

## **KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK ALGISI İLİŞKİSİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

*INVESTIGATION THE RELATION BETWEEN HEALTH LITERACY AND PERCEPTION OF HEALTH AND EFFECTIVE FACTORS ON HEALTH LITERACY IN OLDER PEOPLE WITH CHRONIC ILLNESS*

**Uzman Hemşire Zühal ÇİMEN\***

**Prof.Dr. Ayla BAYIK TEMEL\*\***

\*\*E.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.

---

### **ÖZET**

**Amaç:** Araştırma kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisini ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yürütülmüştür.

**Gereç ve yöntem:** Tanımlayıcı ve ilişkisel çalışma bir üniversite hastanesinde iç hastalıkları kliniklerinde yatarak tedavi gören olasılıksız örnekleme ile seçilen 65 ve üstü yaş grubunda gönüllü 550 bireyle yürütülmüştür. Veriler Birey Tanıtıcı Anket Formu ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılarak yüzyüze görüşme ile toplanmıştır. Veriler SPSS 15 paket programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler, Student t testi, Anova varyans analizi, korelasyon, regresyon analizi ve Bonferroni ileri varyans analizleri ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Bireylerin; % 54.9'u kadındır, %69.6'sı evli ve %39.6'sı 65-74 yaş grubunda olup. %34.7'si sağlığını orta düzeyde algılamaktadır. Yaşlıların %27.6'sının bir, %36.4'sinin iki kronik hastalığı vardır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması  $87.96 \pm 13.89$ 'dır. Alt ölçeklerin (uygulama, erişim, anlama ve uygulama) madde puan ortalamaları  $17.73 \pm 3.28$  ile  $28.60 \pm 5.03$  arasındadır. Kadınların erkeklere, 65-74 yaş arası bireylerin diğer yaş gruplarına, evli bireylerin bekar olanlara, lise ve üzeri eğitim almış grubun daha az eğitim alan gruplara, çalışanların çalışmayanlara göre puan ortalaması daha yüksektir. Sağlığını iyi ve çok iyi algılayan, bireylerin sağlık okuryazarlığı puanı daha yüksektir. Kronik hastalık sayısına göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark gözlenmedi.

Sonuç: Yaşlıların okuryazarlık düzeyi "az zorluk çekiyorum ile biraz zorluk çekiyorum" düzeyi arasındadır. Algılanan sağlık düzeyi yükseldikçe bireylerin okuryazarlık puanı da artmıştır. Kronik hastalık sayısı sağlık okuryazarlık düzeyini etkilememiştir. Yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, en uzun yaşanan yer, sağlık algısı, sağlık hizmetlerine erişim sağlık okuryazarlığı en çok etkileyen değişkenlerdir. Çalışmanın daha geniş örnekleme yapılması ve hemşirelerin yaşlı bireylere sağlık eğitimi ve danışmanlık etkinliklerinden önce sağlık okuryazarlık durumlarını değerlendirmeleri önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık okuryazarlık, sağlık algısı, kronik hastalık, yaşlı

### ABSTRACT

**Object:** The aim was to investigate the relation between health literacy, perception of health and effective factors on health literacy in elderly patients with chronic illnesses.

**Material and methods:** Descriptive and correlational research was carried out with 550 volunteer elderly patients between the ages of 65 and over, in a University Hospital. Data was gathered by using a questionnaire form consisting 30 questions and Health Literacy scale by face to face technique. Data was evaluated via descriptive statistics, variance analysis, Student t test, correlation, regression by using SPSS 15.

**Results:** 54.9% of the elderly was woman, 69.9% was married, and 39.6% were between the ages of 65-74. Of the elderly 34.7% perceived his/her health at medium level and 27.6% has one and 36.4 % has two chronic illness. Mean score of health literacy scale was  $87.96 \pm 13.89$  and the mean scores for subscales were between  $17.73 \pm 3.28$  and  $28.60 \pm 5.03$ . Those between the ages 65-74, married and those who has a high school level of education and employed has higher scale scores. Mean values of the overall health literacy score and sub-scale scores were higher among elderly who perceived a good health status.. No statistical relation was found between the number of chronic illness, the duration of the illness and scale score. Those who perceived her/his health status good and very good has higher health literacy scale score.

**Conclusion:** Elderly patients' health literacy level was between with little difficulty and with some difficulty level. Scale score increased as the level of perceived health status increased. Number of chronic illness has no effect on health literacy level. Age, gender, status of education, the local area, perception of health and utilization of health services were the effective factors in health literacy. It was suggested to implement the research in large sample, and nurses to assess health literacy status before health education and counselling activities.

**Key words:** Health literacy, perception of health, chronic illness, older people

### GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlığı hakkında; bilgi arama, bulma, yorumlama, uygun sağlık bakımı arama, anlama ve onay verme, riskleri anlama yeteneğidir (Bilir 2014). Sorenson ve ark.(2012), sağlık okuryazarlığını "insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir" şeklinde tanımlamışlardır. T.C. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi

Sözlüğü'nde (2011) ise sağlık okuryazarlığı, "bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder" olarak tanımlanmıştır. Bireylerin sağlık personelinin ilettiği karmaşık bilgileri anlayabilmesi de sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır (Nutbeam 2000). Okuryazarlık, okuma, yazmayla sınırlı kalmayıp, yaşam boyunca toplum içinde beceri geliştirmeye yardımcı olacak faaliyetleri de içerir. Ayrıca içinde bulunulan toplumun kültürünü ve dilinin tüm inceliklerini anlama da okuryazarlık ile gelişir ( Mancusa 2008). Sağlık okuryazarlığı insanları güçlü kılar. Yetersiz, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, sağlık bakım hizmetlerinden az ya da ihtiyaçlarını karşılamayacak düzeyde yararlanabilmektedirler (U.S. Department of Health & Human Services).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2013) verilerine göre ülkemizde nüfusun %8'ini oluşturan 65 yaş ve üstü bireylerin %25'inin en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014). Bireyler yaşlılıkla beraber hastalıkları kabullenmekte ve sağlıklarının kötüleştiğini anlamada zorluk yaşarlar. Hastalık ve yetersizliğin olumsuz algılanması olarak tanımlanabilen düşük sağlık durumunun düşük sağlık okuryazarlığı ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (Mancusa 2008, Tokuda 2009). Okuryazarlık insan sağlığı için güçlü bir belirleyicidir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerin; koruyucu sağlık hizmetlerinin düşük düzeyde kullandıkları, semptomatik dönemde sağlık bakımı arayışında geciktikleri, sağlık durumunu anlama, tıbbi önerilere bağlılıkta yetersiz kaldıkları, öz-bakımlarını yönetemedikleri ve bu durumların sağlık bakım maliyetlerinde yükselme ve mortalitede artışa yol açtığı belirtilmektedir (Darcy ve ark. 2009, Sykes ve ark. 2013, Yılmazel ve Çetinkaya 2016). Sağlık okuryazarlığının derecesi yaşlılıkta; diyabet, kanser, hipertansiyon, kalp hastalığı, inme, depresyon gibi yaygın olan tıbbi durumların bakımını ve kişinin özyönetim yeteneğini etkiler. Yaşlanmanın, sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu ve düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı açısından en riskli grubun 65 yaş üzerindeki bireylerin olduğu belirtilmektedir (Nutbeam 2000, WHO 2007). Dünya genelinde 65 yaş ve üzeri nüfusa bakıldığında %59'undan fazlasının temel veya temel düzeyin de altında sağlık okuryazarlığı düzeyinin olduğu saptanmıştır (Nielsen-Bohlman ve ark. 2004, Sorenson ve ark. 2012)

Dünyada yetişkinlerin yaklaşık %16'sı temel sağlık okuryazarlığı düzeyinden yoksundur. <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001631/163170e.pdf>. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD)de yetişkinlerin %50'sinin verilen sağlık bilgilerini anlamadığı ve uygulamaya geçirmede çeşitli zorluklar yaşadığı bilinmektedir (Nielsen-Bohlman, ve ark. 2004). Bunun sonucu olarak da hastaneye yatış sayı ve sıklığı artmaktadır. ABD'de, kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi erkeklerden yüksektir, temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin altındakilerin oranı erkeklerde %16.0 iken kadınlarda %12.0 bulunmuştur. (U.S. Department of Education. National Center for Education Statistic 2006.) Bu amaçla, ABD'de sağlık okuryazarlığı eylem planları hazırlanmış ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için stratejiler uygulanmaktadır (Healthy People 2010). Kanada'da sağlık okuryazarlığı oldukça düşüktür (Canadian

Council on Learning 2007). Sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmalar pek çok ülkede olduğu gibi Avrupa Birliği politikaları içinde de yerini almış, 2012 yılında üye devletler tarafından kabul edilmiş olan Avrupa politik çerçevesi Sağlık 2020'nin temel bir boyutu olmuştur (Kickbusch 2001). Sekiz Avrupa ülkesinde sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amacı ile yürütülen çalışmada "Yetersiz" düzeyde puan alma oranının ülkelere göre %2-27 arasında değiştiği bildirilmiştir (Sorenson ve ark. 2012, HLS-EU Consortium 2012, Sorenson ve Brand 2013). Eğitim seviyesi düşük olanların, azınlıkların, ekonomik durumu kötü olanların, göçmenlerin, yaşlıların, kronik hastalığı olanların ve sağlık algısı düşük olanların sağlık okuryazarlığı puanları da düşük bulunmuştur (Sorenson ve ark. 2012). Gazmararian ve ark. (2003), 65 yaş ve üzeri, ana dili İngilizce veya İspanyolca olan 3260 hasta ile yürüttükleri çalışmada ana dili İngilizce olanların %33.9'unun, ana dili İspanyolca olanların ise %53.9'unun sağlık okuryazarlığının yetersiz veya düşük olduğu saptanmıştır. Avustralya'da yürütülen bir diğer çalışmada da yaş ortalaması 72 olan bir grupta bireylerin sağlık okuryazarlığı açısından sağlık bilgilerini değerlendirmede yetersiz oldukları belirlenmiştir (Beauchamp ve ark. 2015).

Ülkemizde Okyay, Abacıgil ve Harlak'ın (2016) Avrupa Okuryazarlık Ölçeği'ni kullanarak yaptıkları alan çalışmasında da sağlık okuryazarlığı düzeyi katılımcıların %13,1'inde yetersiz; %39,6'sında sorunlu, %32,9'unda yeterli, %14,5'inde mükemmel düzeyde bulunmuştur. Buna göre, katılımcıların %52,7'si sorunlu veya yetersiz düzeyde sağlık okuryazarıdır. Bu çalışmada 65 yaş ve üstü grupta yaklaşık her iki yaşlıdan birinin okuryazarlık düzeyinin yetersiz olduğu dikkati çekmektedir. Genel sağlık durumunu kötü olarak nitelendiren katılımcıların %91,7'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz veya sorunlu olarak tespit edilirken genel sağlık durumunu mükemmel olarak tanımlayan katılımcıların %23,3'ünün sağlık okuryazarlık düzeyi sorunlu olarak tespit edilmiştir. Bireylerin kendi sağlık algıları ile okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı 2016). Okyay, Abacıgil ve Harlak (2016), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması kapsamında ayrıca geliştirdikleri 32 soruluk Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ni 400 bireye uygulayarak yürüttükleri çalışmada sağlık okuryazarlığı açısından 65-83 yaşta bireylerin %64.1'i yetersiz ve %26.4'ü problemlili bulunmuştur. Durusu Tanrıöver ve ark.(2014), Türkiye'de erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek üzere gerçekleştirdikleri araştırmada toplumun %64,6'sının "yetersiz" (%24,5) veya "sorunlu" (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır (Durusu-Tanrıöver ve ark 2014).

Sağlığın değerlendirilmesinde bireyin sağlık algısının ve yaşam kalitesinin sağlık üzerine etkileri de değerlendirilmektedir. Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi (SYK), ileri yaşta çok önemli olan "algılanan sağlık ve mutluluk" üzerine odaklanmış, görece yeni bir kavramdır (Eser ve ark. 2010). Bir toplumun sağlık düzeyini değerlendirebilmek ve daha iyi anlayabilmek için o toplumun algılanan sağlık durumunun ölçülmesi gerekmektedir (Yılmaz ve ark.2010). Algılanan sağlık, toplumun sağlığını ve yaşam kalitesini kontrol etmek için başlıca göstergelerden biridir. Sağlığı algılama bireyin,

genel olarak biyolojik, ruhsal ve toplumsal boyutları ile sağlık durumunu nasıl değerlendirildiği ve güçlü bir göstergedir (Yılmaz ve ark.2010). Sağlık personelinin hizmet verdiği toplumun sağlık düzeyini ve sağlık algılarını bilmesinin toplumun sağlık düzeyini artırmada önemli faktör olduğu düşünülmektedir (Eser ve ark. 2005, Çalıştır ve ark. 2006). Bireyin öznel sağlık değerlendirmesinin; hastalık durumunu belirlemede önemli olduğunu ve kendi bakımında ve hastalıklardan korunmasında olumlu davranışlar sergileyerek bedensel sağlığını da olumlu etkilediği vurgulanmaktadır (Idler ve Benyamaini 1997). Algılanan sağlık ve bireyin iyi olma durumu, stres, bireyin sağlık davranışları, kişisel ve toplumsal faktörlerden etkilenmektedir (Kim ve ark. 2006). Bireyin sağlık durumunu olumlu olarak algılaması, gelecekteki sağlık durumunu kontrol edebilme inancını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu olarak etkileyecektir. Algılanan sağlık düzeyinin güçlü bir şekilde bireysel özelliklerle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Kaplan ve Camaeho 1983, Erengin ve Dedeoğlu 1997). Bayık ve ark.(2009) yürüttükleri bir araştırmada yaşlıların büyük çoğunluğu genel olarak sağlık düzeylerini iyi (%40.1) ve orta (%43.1) derecede değerlendirmişlerdir. Erengin ve Dedeoğlu'nun (2009) yürüttükleri araştırmada da 65 yaş üstü bireylerin %47.2 si sağlığını çok iyi ve iyi, %52.8'i orta ve kötü düzeyde değerlendirmiştir.

Tokuda ve ark.( 2009) yürüttüğü çalışmada da eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bedensel ve ruhsal sağlığını kötü olarak algılayan bireylerin sağlık okuryazarlığının da düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaya önemli ve karmaşık bir yük getiren, kronik hastalığın yönetiminde hastanın sağlık okuryazarlığı önemli bir etkiye sahiptir (Doyle ve ark. 2012.). Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça sağkalım oranları ve hastaneye başvuru sürelerinin azaldığı belirtilmektedir (Paasche-Orlow ve Wolf 2007, Mancusa 2008, Tokuda ve ark. 2009).Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile diabetes komplikasyonları arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Doyle ve ark. 2012). Astımın yönetiminde hastaların okuryazarlık düzeyinin inhaler kullanımda güçlü bir belirleyici olduğu belirtilmiştir (Williams ve ark.2002, Paasche-Orlow ve ark. 2005). Federman ve ark (2014), yaşlı astımlı bireylerde düşük okuryazarlığın kötü astım yönetiminde etkili olduğunu, hastaneye yatışı ve acil servise başvuruları arttırdığını belirlemişlerdir. Diyabet yönetimi ve yetersiz sağlık okuryazarlığı arasında güçlü bir ilişki olduğu diyabetli yaşlı yetişkinlerin bilişsel işleyişi ile ilgili özel sorunları sağlık becerilerini ve sağlık okuryazarlığını etkilediği gösterilmiştir (Iwata ve Munshi 2009, ADA 2012, Doyle ve ark.2012). Başka bir çalışmada hipertansiyonu olan hastalarda bilişsel yetenek, sağlık okuryazarlığı puanlarının varyansını %24 etkilemiştir (Wolf ve ark. 2012). Yetersiz sağlık okuryazarlığının da bireylerin kanserin-erken dönemde tanınmasında tarama programlarına katılmamalarında bir engel olarak belirtilmektedir. (Brewer 2009). Yaşlıların okuryazarlığının düşük olmasının da ilaç uyumunu azaltarak polifarmasi ile ilgili sorunları attırdığı bildirilmiştir (Dişçigil 2006).Yaşlı hastalarının yarısından fazlasının anlatılan tedaviye uymadığı görülmektedir. Randomize yürütülen çalışmalarda işlevsel okuryazarlık düzeyinin düşüklüğünün; hastaneye ve acil servise

başvurularda artışa, hastalıklardan korunmaya yönelik sağlık hizmetlerinin az kullanımına, kötü ilaç uyumuna, sağlık mesajlarını yorumlama yeteneğinin bozulmasına ve 65 yaş ve üstü hastalarda daha yüksek mortaliteye neden olduğu sonucuna varılmıştır (Golin ve ark. 2002, Koskan ve ark. 2010). Araştırmalar sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin, kronik hastalık durumlarında, hastalıkla ilgili süreçleri etkili bir şekilde yönetme yeteneklerinin düşük olması nedeniyle acil servislere başvurularının ve hastanede yatışlarının daha fazla olduğunu göstermektedir (Safeer ve Keenan 2005). Sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmetinin maliyetini ve sonuçlarını da etkilediği belirtilmektedir (Nielsen-Bohlman ve ark.2004, Aslantekin ve Yumrutaş 2014).Sağlık okuryazarlığı sağlık personeli için hastalarla iletişimi arttırmakta ve kararlara onları dahil edebilmeye olanak tanımaktadır (Ishikawa ve Yano 2008).

Olumlu sağlık çıktılarının artması doğrudan yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgilidir. Sağlığın geliştirilmesi çabaları açısından sağlık okuryazarlığı sadece bireyler/hastalar açısından değil, aynı zamanda da sağlık hizmeti sağlayanlar açısından değerlendirilmesi gereken bir konu ve sorundur. Sağlık okuryazarlığının bireylerin ve aynı zamanda genel kamu, sağlık hizmeti sağlayanlar, akademi, dini kuruluşlar, toplumsal örgütler, medya tarafından paylaşılan bir sorumluluk olduğu belirtilmektedir (WHO 2013, Sykes ve ark.2013, Çınarlı 2014, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2016). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı aile sağlığı merkezi çalışanlarında farkındalık oluşturmak üzere aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına yönelik sağlık okuryazarlığı eğitici eğitimi programı da başlatmıştır. [http:// www.saglik.gov.tr/ TR,2638/ saglik-okuryazarligi-icin-dugmeye-basildi](http://www.saglik.gov.tr/TR,2638/saglik-okuryazarligi-icin-dugmeye-basildi).

Ülkemizde giderek artan yaşlı nüfus ve kronik hastalık olgularındaki artış göz önünde bulundurulduğunda, kronik hastalığı olan yaşlı hastalarda sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi hastaların kronik hastalıklarının yönetimi için verilecek hemşirelik bakımının kalitesini arttıracaktır. “Kronik hastalığı olan yaşlı hastalarda sağlık okuryazarlığı ve sağlığı algılama ne düzeydedir? “Kronik hastalık sayısına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı mıdır?” “Sağlığı algılama düzeyine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı mıdır?” “Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler nelerdir?” sorularından yola çıkılan bu araştırma; kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisini ve sağlık okuryazarlığında etkili faktörleri incelemek amacı ile yürütülmüştür. Araştırmada “H1: Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin sağlık algısı arttıkça sağlık okuryazarlığı da artar” ve “H1: Yaşlı bireylerin kronik hastalık sayısı arttıkça sağlık okuryazarlığı azalır” hipotezleri test edilmiştir.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Tanımlayıcı ve ilişkisel araştırma bir üniversite hastanesinde iç hastalıkları kliniklerinde 2015 yılında yatarak tedavi gören olasılıksız örnekleme seçilen 65 yaş ve üstü 550 bireyle yürütülmüştür. Gönüllü, 65 yaş ve üstü, hekim tanısı almış kronik hastalığı olan, görme, işitme, anlama ve mental sağlık sorunu olmayan, Türkçe konuşup anlayabilen ve terminal dönemde olmayan hastalar örnekleme kapsamına

alınmıştır. Veriler Bireyi Tanıtıcı Anket Formu(30 soru) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile toplanmıştır. Sağlık algısı "Genel olarak sağlığını nasıl algılıyorsunuz?" sorusuna 'çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü' şeklinde verilen yanıtla değerlendirilmiştir. 'Çok iyi ve iyi' iyi algılanan sağlık, 'orta, kötü ve çok kötü' kötü algılanan sağlık şeklinde değerlendirilmiştir.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Instrument for Assessment of Health Literacy): Araştırmada Sorensen ve ark (2012) tarafından geliştirilen HLS-E.U (Health Literacy Survey in Europe) Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin (47 madde), Toçi, Bruzari ve Sorenson'ın birlikte çalışarak sadeleştirdikleri 25 maddelik (Health Literacy Index) formu kullanılmıştır (Sorensen ve ark. 2013; Toçi ve ark. 2013). Bu form Aras-Çimen ve Bayık Temel tarafından psikometrik özellikleri incelenerek Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği adı ile dilimize çevrilmiş olup Türk toplumuna uyarlanmıştır (Aras ve Bayık 2017). Ölçek 25 madde ve dört alt ölçekten oluşmaktadır; Bilgiye Erişim beş (minimum:5 puan, maksimum:25puan), Bilgileri Anlama yedi (minimum:7puan, maksimum:35 puan), Değer Bıçme/Değerlendirme sekiz (min:8 puan- mak: 40 puan) ve Uygulama/Kullanma beş madde (minimum:5 puan - maksimum:25 puan) içermektedir. Ölçekten alınacak minimum puan 25 ve maksimum puan 125'dir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından "5:Hiç zorluk çekmiyorum, 4:Az zorluk çekiyorum, 3:Biraz zorluk çekiyorum, 2:Çok zorluk çekiyorum, 1:Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/olanaksız" şeklinde likert yapıda yanıtlanır. Ölçek özgün formunun standart sapması 0.95 ve alt ölçekleri için belirlenen iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı, 0.90 ile 0.94 arasında değişmektedir (Toci ve ark. 2013). Türkçe formun zamana göre değişmezliği  $r = 0.74$ ,  $p \leq 0.05$  olup madde toplam puan korelasyonları 0.20 ile 0.72 arasındadır ( $p \leq 0.01$ ), Cronbach Alfa değeri 0.92, alt boyutların Alfa değerleri de 0.62 ile 0.79 arasında bulunmuştur. Alt boyutların puanları ile toplam ölçek puanları arasında güvenilirlik katsayıları 0.74 ile 0.91 arasındadır ( $p < 0.01$ ). Aracın uygulanma süresi ortalama 5-10 dakikadır. Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve kötü olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınacak puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (Toci ve ark. 2013). Veriler kliniklerde yatarak tedavi gören bireylere araştırmanın amacı açıklandıktan ve gönüllü onamları alındıktan sonra formlar dağıtılarak yüz yüze görüşülerek toplandı.

### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 15.0 paket programı (Statistical Package for the Social Sciences) kullanılarak yapıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler(sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) ve Student t testi, Anova varyans analizi, korelasyon, regresyon analizi ve Bonferroni ileri varyans analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

### **Araştırmanın Etiği**

Araştırmanın yürütülebilmesi için Hastane Bilimsel Etik Kurulundan(No:69631334-1069-15677 Tarih:08-07-2015) yazılı izin alındı. Gönüllü katılımcılara çalışmanın amacı,

veri toplama işlemi, süresi ve bilgilerin bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı ve üçüncü şahıslar ile paylaşılmayacağı konusunda etik açıklamalar yapılarak yazılı onamları sağlandı.

## BULGULAR VE YORUM

### **Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri, İlaç Kullanma Öyküsü, Sağlık Hizmetlerini Kullanma ve Erişim ve Yaşam Kalitesi Durumları**

Bireylerin yaş ortalaması 76.4±2.5 olup, %24.4'ü 85 ve üzeri yaş grubundadır, %54.9'u kadındır ve %69.6'sı evlidir. Bireylerin %46.4'ü ilkokul mezunudur, %14.0'ü ise okuryazar değildir. Kentlerde yaşayan oranı % 58.4 olup, %51.1'in halen aktif bir işte çalışmaktadır, %55.7'sinin geliri giderinden azdır.

Yaşlıların % 82.5'i ilaç kullanmaktadır, ilaç kullananların %38.9'ı bir, %37.8'i iki, %23.3'u üç ve daha fazla türde ilaç tüketmektedir.

Bireylerin %42.9'u yaşamları boyunca bir-üç kez, %34.8'i dört-beş, %22.3'i altı ve daha fazla hastaneye yatarak tedavi olmuştur. Hastaneye yatarak tedavi olanların %26.5'i bir haftadan az, %26.9'u iki haftadan fazla süre hastanede yatmıştır. Katılımcılardan %73.3'ü bu güne kadar en az bir kez acil servise başvurmuştur. Sağlık hizmetlerine erişimde %51.3'ü çok, %32.0'si az oranda zorluk yaşadığını belirtmiştir.

Katılımcılardan % 4.5'i yaşam kalitesini çok iyi, % 19.6'sı iyi, % 35.3'ü orta, % 31.8'i kötü ve % 8.8'i çok kötü algılamaktadır.

### **Bireylerin Kronik Hastalık Sayısı/Süresi, Sağlık algısı ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyi**

Yaşlıların %27.6'sının bir, %36.4'sinin iki, %25.6'sının üç, %10.4'ünün dört ve daha fazla sayıda kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığının süresi açısından %17.3'ünün 1 yıldan az, %14.5'inin 11-20 yıldır ve % 3.9'unun 20 yıldan fazla süredir kronik hastalığı bulunmaktadır.

Bireylerin %34.7'si sağlık düzeyini orta, %32.0'si kötü, %18.4'ü iyi, %9.5'i çok kötü ve yalnızca %5.5'i çok iyi düzeyde algılamaktadır.

Yaşlı bireylerin Sağlık okuryazarlık düzeyi ölçek puan ortalaması 87.96±13.89 (minimum: 51 puan, maksimum: 125 puan), standart sapması 13.9, varyansı 192.9 bulunmuştur. Madde puan ortalamaları Uygulama/kullanma, Bilgiye erişim, Bilgiyi anlama ve Değer Biçme/Değerlendirme alt ölçekleri için sırasıyla; 17.73±3.28, 18.48±3.30, 23.12±4.52 ve 28.60±5.03 belirlenmiştir. Uygulama/kullanma en düşük ve değerbiçme/değerlendirme en yüksek ortalamaya sahip olan alt ölçeklerdir. Alt ölçek puanları ve genel ölçek puanları arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel açıdan anlamlı korelasyonlar (.91- .84) saptanmıştır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamasına göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin (madde puan ortalaması: 3.5), az zorluk çekiyorum ile biraz zorluk çekiyorum düzeyi arasında olduğu görülmektedir. Alt ölçeklerden alınan puanlar değerlendirildiğinde; yaşlıların sağlık okuryazarlık özellikleri açısından zorluk çekme düzeylerinin 3.3-3.7 arasında değiştiği ve yaşanan



zorluğun "az zorluk çekiyorum ile biraz zorluk çekiyorum" düzeyinde algılandığı belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin uygulama boyutu açısından en düşük, değer biçme boyutu açısından en yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğu fark edilmektedir. Bu sonuçlar kronik hastalığı olan yaşlıların; verilen önerilere uyma, aşı yaptıрма, tehlikeli alışkanlıkları bırakma, sağlıklı ürünlere ulaşma ve sağlıkla ilgili bilgileri yararları için kullanma gibi sağlık davranışlarını uygulamada biraz zorlandıklarını göstermektedir. Bu bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma, belirtiler ortaya çıktıktan sonra ve son dönemde sağlık kuruluşuna başvurma, sağlığının ne durumda olduğunu anlayamama, sağlık personeli tarafından verilen önerilere uymama, öz bakımını sağlayamama, daha sık hastalanma gibi olumsuzluklarla karşılaşabilecekleri beklenebilir (Tokuda 2009). Dünya genelinde de 65 yaş ve üzeri bireylerin yarısı temel düzeyin altında sağlık okuryazarlığı sahiptir (Nielsen-Bohlman ve ark.2004, Sorenson ve ark. 2012 ). Gazmararian ve ark. (2003) da, yaşlıların % 33.9-%53.9 unun, sağlık okuryazarlığının yetersiz veya düşük olduğunu belirlemiştir. Okyay, Abacıgil ve Harlak (2016), ülkemizde her iki yaşlıdan birinin okuryazarlık düzeyinin yetersiz olduğunu sağlık okuryazarlığı açısından 65-83 yaşta bireylerin % 64.1'inin yetersiz ve %26.4'ünün problemlili olduğunu bulmuştur.

### **Bireylerin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi**

Tablo 1'de görüldüğü gibi bireylerin yaş grubu arttıkça ölçek puanı azalmaktadır ( $p=0.000$ ) ve 65-74 yaş grubu bireylerde en düşüktür. ABD'de (2003) yürütülen çalışmalarda da, 65 ve üstü yaş grubundaki kişilerin sağlık okuryazarlığı puanlarının tüm yaş grupları arasında en düşük olduğu bildirilmiştir (Kunter ve ark. 2006, <http://www.health.gov/communication/literacy/olderadults/literacy.htm>).Toci ve ark'nın (2013) yaşlı bireylerle yürüttüğü çalışmada da yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı puanlarının azaldığı saptanmıştır. Özdoğan (2014), radyoterapi alan hasta ve yakınlarında sağlık okuryazarlığı 60 yaş ve daha yaşlı olanlarda daha düşük bulmuştur. Yaşlılık döneminde yaşlanmayla birlikte eğitim düzeyinin düşmesi yanı sıra, bilişsel yetilerde de azalma söz konusudur. Bu durumun da bireylerin sağlık okuryazarlığını etkileyebileceği düşünülmüştür.

Araştırmada kadınların okuryazarlık puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksektir ( $p=0.001$ ). Ülkemizde Özdemir ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada da, kadınlarda sağlık okuryazarlığı daha düşük bulunmuştur (Özdemir 2010). Uğurlu'nun (2011) yürüttüğü tez çalışmasında da kadınların sağlık okuryazarlık puanlarının erkeklere göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (Uğurlu 2011). Sorensen ve ark.(2012), çalışmasında ise sağlık okuryazarlığı kadınlarda daha yüksektir (Sorenson 2012). Beaucham ve ark. (2015) yürüttükleri çalışmada yaşlılarda düşük okuryazarlık durumunun cinsiyet, yaş grubu kronik hastalık sayısı ve yalnız yaşama gibi faktörlerden etkilendiğini belirlemişlerdir. Bölgesel farklılıklar yanı sıra kadınların sağlıklarına daha fazla önem vermeleri ve sağlıkla ilgili konuları öğrenme çabaları burada etkili faktörler olarak düşünülebilir (Tablo1).

**Tablo 1.** Bireylerin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Ölçek Puanı (X±SD) (N=550)	Önemlilik Testi, p
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	89.7±14.3	t=3.20, p=0.001
Erkek	85.9±13.1	
<b>Yaş</b>		
65-74	91.9±13.6	F=15.77, p=0.000
75-84	85.9±13.7	
85 ve üzeri	84.6±13.3	
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	88.8±13.7	t=2.2, p=0.025
Bekar	85.9±14.1	
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okuryazar Değil	83.6±12.3	F=17.0, p=0.000
İlkokul	85.9±12.7	
Ortaokul	89.1±15.2	
Lise ve üzeri	96.9±12.7	
<b>En Uzun Yaşanılan Yer</b>		
Köy ve Kasaba	83.1±12.7	F=27.0, p=0.000
Şehir	89.0±13.5	
Büyükşehir ve Yurtdışı	96.2±14.1	
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	90.8±14.2	t= 5.0, p=0.000
Hayır	85.0±12.9	
<b>Mesleği</b>		
Ev hanımı	91.1±15.3	F=4.4, p=0.002
Çiftçi	83.9±13.2	
Devlet Memuru	88.1±13.3	
İşçi	88.0±12.4	
Diğer	85.1±13.7	
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Geliri Giderinden Az	86.1±13.7	F=7.8, p=0.000
Geliri Giderine Eşit	89.8±13.6	
Geliri Giderinden Fazla	94.8±14.2	

<b>Sağlık Güvencesi</b>		
Bağkur	85.34±13.6	F=10.0, p=0.000
Emekli Sandığı	92.46±14.3	
Yeşil-Kart	86.39±13.1	
Özel Sağlık Sigor.	93.15±13.0	
<b>Birlikte yaşanan kişi</b>		
Eş	89.6±13.7	F=10.1, p=0.000
Çocuklar ve Akraba	82.8±13.9	
Huzurevi/Bakımevi ve Yalnız	84.9±13.5	

Evli bireylerin bekar olanlara göre okuryazarlık puanları daha yüksektir ( $p=0.025$ ). Evli bireylerin bekar olanlara göre, eşiyile yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamalarının, diğer gruplara göre istatistiksel olarak yüksek bulunması eşlerin birbirlerine karşılıklı verdikleri destek, sağlık bilgi paylaşımından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Çalışmada eşiyile beraber yaşayanların puan ortalamasının en yüksek, çocukları ile ya da yalnız yaşayanların puan ortalamasının ise en düşük bulunmuş olması ( $p=0.000$ ) ve gruplar arasındaki bu farkın eşiyile birlikte yaşayan gruptan kaynaklanması bu görüşü desteklemektedir (Tablo1).

Yaşlı bireylerin eğitim düzeyleri yükseldikçe ölçek puanları da artmaktadır ve lise ve üzeri eğitim almış grupta en yüksek bulunmuştur ( $p=0.000$ ). Benzer olarak Pink'in (2008), Tokuda (2009) ve ülkemizde Özdemir ve ark (2010) yaptıkları çalışmalarda da eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığının da arttığı saptanmıştır (Pink 2008, Tokuda 2009, Özdemir ve ark. 2010). Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında bütün ülkelerde genel eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı puanının da arttığı saptanmıştır (HLS-EU Consortium 2012) (Tablo1).

Köy- kasaba gibi küçük yerleşim birimlerinde yaşayan bireylerin ölçek puan ortalaması en düşük, büyükşehir ve yurtdışında yaşayanların ise en yüksektir ( $p=0.000$ ). Gruplar arasında bu fark anlamlıdır ve fark her üç gruptan kaynaklanmaktadır ( $p=0.000$ ). Bu çalışmada kentlerde yaşayan ve çalışan yaşlı bireylerin okuryazarlık oranının daha yüksek bulunması kentlerde bilgi kaynaklarına ve sağlık kuruluşlarına ulaşma olanaklarının daha fazla olmasına, çalışanların da eğitim düzeyinin daha yüksek olması, daha genç yaşta olmaları, gelir ve sağlık kuruluşlarından yararlanma olanaklarının etkilerine bağlanabilir. Araştırmada çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre ölçek puan ortalaması yüksektir ( $p=0.000$ ). Mesleklere göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farkın çiftçilikle uğraşan ve diğer meslekleri (kendi işinde çalışan bakkal, emlakçı, taksici vb. ) kapsayan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ( $p=0.002$ ). Gelir düzeyi arttıkça ölçek puanı da artmıştır ( $p=0.000$ ) Geliri giderden az olan bireylerin ölçek puan ortalaması en azdır ve fark bu gruptan kaynaklanmıştır. Bağkurlu bireylerin ölçek puan ortalaması en düşük, özel sağlık sigortası olan bireylerin puan ortalaması ise en yüksektir ( $p=0.000$ ). Gruplar arasındaki bu fark incelendiğinde Bağkur, Emekli Sandığı ve Yeşil-Karta sahip olan

bireylerin puanlarının bu farkın ortaya çıkmasında etkili olduğu belirlenmiştir. Çalışmada Sorenson'ın (2012) çalışmasına benzer biçimde geliri giderinden yüksek olan grupta okuryazarlık en yüksek bulunmuştur. Maddi durum ve sağlık okuryazarlığı arasında çift taraflı ilişki vardır, bireylerin ekonomik durumu kötüleştikçe sağlık okuryazarlığı puanı da düşmektedir (Eichler ve ark.2009). Pink (2008) yürüttüğü araştırmada sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde sağlık okuryazarlığının daha düşük, sosyo-ekonomik düzeyin yüksek olduğu bölgelerde ise sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğunu saptamıştır (Pink 2008). Özdemir ve ark.(2010) da, düşük ekonomik durumu olan bireylerin okuryazarlığının daha az olduğunu belirlemiştir. Buradaki fark emekli sandığının memur gibi belli eğitim düzeyine sahip kişilerle, esnaf gibi daha az eğitim düzeyine sahip Bağkurlu kişilerden kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir(Tablo1).

**Tablo 2.** Bireylerin İlaç kullanma, Sağlık Hizmetlerini Kullanma/ Erişme Özellikleri ve Yaşam Kalitesi Algısı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

<b>İlaç Kullanma Durumu</b>		
Evet	87.3±13.8	t=-2.6, p=0.009
Hayır	91.4±13.9	
<b>Kullanılan İlaç Sayısı</b>		
0	91.4±13.9	F=1.3, p=0.079
1	86.6±14.4	
2	87.2±13.3	
3 ve üzeri	88.5±13.7	
<b>Hast. Yatma Sayısı</b>		
0	92.7±12.6	F=1.2, p=0.014
1-3	87.6±14.4	
4-5	87.3±14.0	
6 ve üzeri	86.5±13.0	
<b>Hastanede Kalış Süresi</b>		
Hiç Yatmamış	92.7±12.6	F=1.10, p=0.05
1 haftadan az	89.6±13.6	
1-2 hafta	87.4±14.2	
2 haftadan fazla	85.3±14.0	
1 aydan fazla	85.4±13.3	
<b>Acil Servise Başvurma Durumu</b>		
Evet	87.1±13.5	t=-2.3, p=0.026
Hayır	90.2±14.8	

<b>Acil Servise Başvurma Sayısı</b>		
0	90.2±14.8	F=1.07, p=0.043
1-3	87.4±12.8	
4-5	86.9±14.5	
6 ve üzeri	87.0±13.3	
<b>Sağlık Hizmetlerine Erişim</b>		
Çok zorluk çekiyorum	85.4±12.2	F=21.1, p=0.000
Az zorluk çekiyorum	87.9±15.1	
Hiç zorluk çekmiyorum	95.9±13.5	
<b>Yaşam Kalitesi</b>		
Çok iyi	99.0±11.3	F=9.6, p=0.000
İyi	92.6±15.0	
Orta	86.3±14.2	
Kötü	85.5±12.6	
Çok kötü	87.9±10.8	

Araştırmada ilaç kullanmayanların kullanan bireylere göre sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ( $p=0.009$ ), ancak kullanılan ilaç sayısı arttıkça ölçek puan ortalaması azalsa da anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.079$ ). Bu sonuca ilaç kullanmayan bireylerin kullananlara göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının daha yüksek olması daha sağlıklı olmalarına ve öz bakımlarını gerçekleştirdiklerine bağlı olabilir. Bireylerin kullandıkları ilaç sayısı arttıkça ölçek puan ortalamasının düşmesi de bu görüşü destekler niteliktedir. Williams ve ark.(2002) sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin hastalıkları hakkındaki bilgileri anlamadıklarını ve astım ilaçlarını yanlış kullandıklarını, inhalerleri uygulayamadıklarını belirlemişlerdir. Ayrıca çalışmalarında bireylerin birçoğunun temel tıbbi bilgileri okuyamadığı ve anlayamadığını, %41,6'sının ilacı aç alması gerektiğini, %26'sı kontrole geleceği zamanı, %59,5'i ise yazılı onam formunu bilmediklerini belirlemişlerdir. Sağlık okuryazarlığı düşüklüğünün, bireylerin kendi hastalıklarını tanıma ve önerilen tedaviyi anlamada ve tedavi sonuçlarının daha iyi olmasında engel oluşturduğu görülmektedir (Tablo 2).

Araştırmada; yaşlılarda hastaneye yatma sıklığı arttıkça ölçek puan ortalamasının düştüğü gözlenmiştir. Katılımcılardan hastaneye hiç yatmayanların ölçek puan ortalaması en yüksek, altı ve daha fazla kez yatanların ise en düşük bulunmuştur ( $p=0.014$ ) ve bu farkın 1-3 kez hastaneye yatan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ( $p=0.05$ ). Hastanede kalış süresi arttıkça, katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığı ve bu farkın bir aydan fazla hastanede kalan gruptan kaynaklandığı gözlenmiştir. Araştırmada bireylerin ölçek puan ortalaması düştükçe acil servise başvuru sayısının arttığı gözlenmiştir. Acil servise hiç başvurmayanların başvuranlara göre sağlık okuryazarlık ölçek puanı yüksektir ( $p=.026$ ), acile başvuru sayısına göre ölçek puanı anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur( $p=0.043$ ) ve bu fark 1-3 kez başvuran

gruptan kaynaklanmıştır (Tablo 2). Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların, sağlık durumlarını ifade etmekte başarısız kaldıkları, hastalık durumlarını ve önerilen tedaviyi anlamadıkları ve hastalıklarını yönetemedikleri ve dolayısıyla hastaneye yatış sıklığının arttığı düşünülmüştür. Avrupa projesinde de sağlık okuryazarlığı derecesi ile doktora gitme, acil servise, hastaneye başvurma, hastanede yatma arasında beklenildiği gibi ters ilişki saptanmıştır (Sorenson 2012). Sağlık okuryazarlığı düşük olanların, birinci basamak hizmetlerden daha az yararlandıkları, acil servise başvurarak hizmet aldıkları da yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır (Baker ve ark. 2004, Sequeira et al 2013, Tözün ve Sözman 2014).

Araştırmada sağlık hizmetlerine erişimde çok zorluk çekenlerin puan ortalamaları en düşük, hiç zorluk çekmeyenlerin ise en yüksek bulunmuştur ( $p=0.000$ ). Bu farkın sağlık hizmetlerine erişimde hiç zorluk çekmeyen gruptan kaynaklandığı gözlenmiştir (Tablo 2). Nielsen-Bohlman ve ark. (2004)'nın yürüttüğü çalışmada sağlık okuryazarlığı düşüklüğünün bilgileri anlayamama, sağlık kuruluşlarına ulaşamama, işlem ve önerilenleri yapmada zorluklara sebep olduğu belirlenmiştir. Jessup ve ark (2017) yürüttükleri araştırmada ise okuryazarlık düzeyi ve sağlık hizmetlerini kullanma arasında fark saptanmamıştır. Waverijn ve ark.(2016),Hollanda'da yürüttükleri çalışmada sosyal kapital okuryazarlık düzeyine göre sağlık bilgilerini anlama ve sağlığa erişim açısından önemli bir pozitif ilişki belirlemişlerdir.

Bu çalışmada yaşam kalitesini çok iyi ve iyi olarak değerlendiren bireylerin kötü ve çok kötü biçiminde değerlendirenlere göre sağlık okuryazarlık puanının da daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0.000$ ) (Tablo 2).Okuy,Abacıgil ve Harlak'ın (2016) yürüttükleri araştırmada, 65 yaş ve üzeri bireylerden genel sağlık durumunu kötü olarak nitelendiren katılımcıların %91,7'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz veya sorunlu olarak tespit edilirken genel sağlık durumunu mükemmel olarak tanımlayan katılımcıların %23,3'ünün sağlık okuryazarlık düzeyi sorunlu olarak saptanmıştır. Bireylerin kendi sağlık algıları ile okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı 2016).

### **Bireylerin Kronik Hastalık Sayısı/Süresi ve Sağlık algısına göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi**

Düşük sağlık okuryazarlığının bireylerde kronik hastalıkların erken tanınması ve kronik hastalığı yönetebilme davranışlarını olumsuz etkilediği bilinmektedir (WHO 2013). Tablo 3 incelendiğinde bu çalışmada bireylerin hekim tanıli kronik hastalık sayısı arttıkça ölçek puan ortalamalarının azaldığı fark edilmektedir. Ancak, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçek puanları ile kronik hastalık sayısı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır( $p=0.55$ ). Bu sonuca göre "H1: Yaşlı bireylerin kronik hastalık sayısı arttıkça sağlık okuryazarlığı azalır" hipotezi desteklenememiştir. Benzer biçimde sağlık okuryazarlığı ve kronik hastalık süresi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=.305$ ). Kronik hastalıklar devamlı ve iyileşmesi mümkün olmayan hastalıklardır. Sağlık okuryazarlığının düşük olması, sağlık bilgilerini kullanamama ya da erişememe gibi nedenlerle bireylerin hastalığı ve semptomlarını kabullenme nedeniyle sağlık okuryazarlığı açısından çabalarının da engellenmesine neden

olabileceği düşünülebilir. Toçi ve ark. (2014) yaşlı bireylerde ancak en az bir kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre sağlık okuryazarlığını daha düşük bulmuştur. Araştırmada sağlığı algılama düzeyi düştükçe yaşlıların ölçek puanlarının da azaldığı belirlenmiş ve bu farkın sağlığını çok iyi ve iyi olarak algılayan bireylerden kaynaklandığı görülmüştür ( $p=0.000$ ). Bu bulguya göre "H1: Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin sağlık algısı arttıkça sağlık okuryazarlığı da artar" araştırma hipotezi kanıtlanmıştır. Bireylerin algıladıkları sağlık düzeyi kötüleştikçe sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puanlarının da azaldığı saptanmıştır ( $r=-0.256$ ,  $p=0.001$ ). Bireylerin toplam ölçek puanları ile algıladıkları sağlık düzeyi arasında negatif yönde, anlamlı ancak zayıf bir ilişki belirlenmiştir. Tokuda ve ark.'nın (2009) yürüttüğü çalışmada; bedensel ve ruhsal sağlığın kötü olmasının okuryazarlığın düşüklüğüne zemin hazırladığı belirlenmiştir. Hastalıkların algılanması şeklinde tanımlanan sağlık durumu düşüklüğünün, sağlık okuryazarlığı düşüklüğü ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Mancusa 2008, Toçi ve ark. 2013 ). Baker (2006) da sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin sağlıklarının daha iyi olduğunu ifade ettiklerini bildirmiştir. Avrupa sağlık okuryazarlık çalışmasında da eğitim seviyesi düşük olanların, azınlıkların, ekonomik durumu kötü olanların, göçmenlerin, yaşlıların, kronik hastalığı olanların ve sağlık algısı düşük olanların sağlık okuryazarlığı puanları da düşük bulunmuştur (Sorenson ve ark. 2012). Uğurlu'nun çalışmasında da (2011) sağlık düzeyini kötü ve çok kötü olarak değerlendiren hastaların puan ortalamalarının diğer gruplara göre düşük olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 3.** Bireylerin Kronik Hastalık Sayısı/Süresi ve Sağlık Algısına Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kronik Hastalık Sayısı/Süresi, Sağlık Algısı	Ölçek Puanı (X±SD) (N=550)	Önemlilik Testi, p
<b>Kronik Hastalık Sayısı</b>		
1	87.3±14.0	F=0.7, p=0.552
2	87.9±14.6	
3	87.8±13.3	
4 ve üzeri	90.4±12.4	
<b>Kronik Hastalık Süresi(Yıl)</b>		
1	90.2±13.1	F=1.2, p=0.305
2-4	87.4±12.6	
5-10	88.1±14.5	
11 ve üzeri	86.6±15.6	
<b>Sağlık Algısı</b>		
Çok iyi	104.2±10.7	F=18.5, p=0.000
İyi	92.8±15.5	
Orta	85.6±14.0	
Kötü/Çok kötü	85.2±12.1	

### Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Değişkenlerin Yordanması

Bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanını etkileyen yordayıcı değişkenler çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde (Tablo 4) analizde yordayıcı değişkenlerden yararlanarak kurulan modelin anlamlı olduğu saptanmıştır ( $F=7.360$ ,  $p=0.000$ ).

**Tablo 4.** Bireylerin Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Değişkenlerin Yordanması

Yordanan değişken	Yordayıcı değişkenler	B	Beta	F	P
Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplam Puanı	Yaş	-2.530	-.143	7.360	<b>0.001</b>
	Cinsiyet	-2.958	1.146		<b>0.010</b>
	Medeni Durum	1.795	.059		0.261
	Eğitim Durumu	1.543	.102		<b>0.043</b>
	En Uzun Yaşanılan Yer	1.365	.105		<b>0.027</b>
	Çalışma Durumu	-1.764	-.064		0.161
	Mesleği	-.307	-.031		0.459
	Gelir Durumu	.671	.028		0.510
	Sağlık Güvencesi	.786	.056		0.168
	Beraber Yaşanılan Kişi	-.535	-.055		.289
	Sağlık Algısı	-1.625	-.120		<b>0.030</b>
	Sağlık Hizmetlerine Erişim	2.106	.114		<b>0.020</b>
	Yaşam Kalitesi	.390	.028		0.611
	İlaç Kullanma Durumu	1.135	.031		0.485
	Hastaneye Yatma Sayısı	1.065	.081		0.112
	Hastanede Yatma Süresi	-.239	-.022		0.661
	Acil Servise Başvurma Durumu	3.078	.0998		0.161
	Acil Servise Başvurma Sayısı	-.363	-.031		0.657

Oluşturulan regresyon modelinde Durbin-Watson=0.952 olarak bulundu. Bu değer modelin iyi oluşturulduğunu gösterdi. Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı ile değişkenler arasında korelasyon değeri  $R=0.447$ ,  $R^2=0.200$  bulundu. Sağlık okuryazarlığı ölçek puanındaki değişimin %20'sinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, en uzun yaşanılan yer, sağlık algısı, sağlık hizmetlerine erişimi gibi değişkenlere bağlı olduğu saptandı ( $p=0.05$ ). Sağlık okuryazarlığı ölçek puanında değişimlerin yaklaşık %20'sini; yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, en uzun yaşanılan yer, çalışma durumu, mesleği, gelir durumu, sosyal güvence, bireyin beraber yaşadığı kişi, sağlık algısı, sağlık hizmetlerine erişim, yaşam kalitesi, ilaç kullanma durumu, hastaneye yatma sayısı, hastanede yatma süresi, acil servise başvurma durumu ve acil servise



başvurma sayısı gibi değişkenler açıklamaktadır. Her bir değişkenin etkisi kısmi korelasyon katsayısı Beta ile değerlendirildiğinde yaş grubu (Beta= -0.143), cinsiyet (Beta= -0.106), sağlık algısı (Beta= -0.120) değişkenlerin sağlık okuryazarlığı ile negatif ilişkili olduğu, eğitim düzeyi (Beta= 0.102), en uzun süre yaşanan yer (Beta= 0.105), sağlık hizmetlerine erişim (Beta= 0.114) değişkenlerinin ise pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucunda sağlık okuryazarlığı ölçeğini etkileyen değişkenler arasında yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, en uzun yaşanan yer, sağlık algısı, sağlık hizmetlerine erişimin en çok etkileyen değişken olduğu belirlenmiştir ( $p=0.001$ ). Bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçek puanını; medeni durum, çalışma durumu, meslek, gelir, sosyal güvence, beraber yaşadığı kişi, yaşam kalitesi, ilaç kullanma durumu, hastaneye yatma sayısı ve süresi, acil servise başvurma ve başvurma sayısı ile ilgili değişkenlerin etkilemediği belirlenmiştir.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Yürütülen bu çalışmada yaşlıların okuryazarlık düzeyi "az zorluk çekiyorum ile biraz zorluk çekiyorum" düzeyi arasında bulunmuştur. Algılanan sağlık düzeyi yükseldikçe bireylerin okuryazarlık puanı da artmıştır. Yaşlı bireylerin kronik hastalık sayısı sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilememiştir. Yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, en uzun yaşanan yer, sağlık algısı, sağlık hizmetlerine erişim sağlık okuryazarlığını en çok etkileyen değişkenlerdir. Araştırma sonuçları dikkate alınarak aşağıdaki öneriler verilebilir.

Tüm sağlık kuruluşlarında hemşireler ve diğer görevli sağlık personeli yaşlı bireylerin bakımında ve sağlık tanılması sürecinde sağlık okuryazarlık durumunu değerlendirmeli ve bireyin düzeyine göre bakımı, sağlık eğitimi ve danışmanlık girişimlerini yapılandırmalıdır. Sağlık personeli iletişimde ve sağlık eğitiminde, ileri yaşta, erkek, eğitim düzeyi düşük, kırsal alanda yaşayan, gelir durumu düşük, çalışmayan, evli olmayan, yalnız yaşayan bireylerin okuryazarlık durumlarının daha düşük olması özelliğini dikkate almalıdır. Sağlık algısı ve yaşam kalitesi düzeyi düşük olan, sağlık hizmetlerine erişimde zorluk çeken, çok ilaç kullanan, hastaneye ve acil servise başvuru sayısı fazla olan yaşlı bireylerin de okuryazarlık durumunun düşük olduğu bakımda göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık kuruluşlarında, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığının yükseltilebilmesi için yazılı, görsel eğitim materyalleri hazırlanmalı ve ücretsiz erişim sağlanmalıdır. Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi geliştirilmesine yönelik tanımlayıcı ve kanıta dayalı çalışmalar farklı risk gruplarında yürütülmelidir. Sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen diğer değişkenlerin de incelenmesi yararlı olacaktır.

#### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma kronik hastalığı olan ve yatarak tedavi gören 65 yaş ve üstü gönüllü hastalar ile sınırlandırılmıştır. Sonuçlar bu gruba genellenebilir.

## KAYNAKLAR

- ADA. Standards of Medical Care in Diabetes—2012. *Diabetes Care* 2012;35: 11–63.
- Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. *TAF Prev Med Bull* 2014;13(4):327-334.
- Aras Z, Bayık Temel A. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. *F.N. Hem. Derg* 2017; 25(2): 85-94.
- Baker DW, Parker RM, Williams MV & et al. Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. *J Gen Int Med* 1998;13(12): 791-798.
- Baker DW. The Mean in Hand the Measure of Health Literacy. *International Medicine* 2006; 21,878-883.
- Bayık Temel A, Özsoy S, Uysal A & et al. Yaşlılarda Sağlık Anlayışı. *Aile ve Toplum* 2009; 4(16):95-105.
- Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S & et al. Distribution of Health Literacy Strengths and Weaknesses Across Socio-Demographic Groups: A Cross-Sectional Survey Using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 2015; 15:67.
- Bilir N. Sağlık Okuryazarlığı. *Türk J Public Health* 2014; 12(1): 61-68.
- Brewer NT, Tzeng JP, Lillie SE & et al. Health Literacy and Cancer Risk Perception: Implications for Genomic Risk Communication. *Med Decis Making* 2009;29: 157-166.
- Canadian Council on Learning. Health Literacy in Canada Initial Result from The International Adults Literacy and Skills Survey. 2007. Retrieved July 31, 2017, from [https://books.google.com.tr/books/about/Health\\_Literacy\\_in\\_Canada\\_Initial\\_Result.html?id=In-PoAEACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.tr/books/about/Health_Literacy_in_Canada_Initial_Result.html?id=In-PoAEACAAJ&redir_esc=y).
- Çalıştır B, Dereli F, Ayan H & et al. Muğla il Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006;9(1): 30-33. Çınarlı İ. Sağlık Enformasyonu ve Sağlık Enformasyonu ve Sağlık Okuryazarlığı. *Galatasaray Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış* 2014;19 :20-25.
- Dişçigil G, Tekinç N., Anadol Z & et al. Toplum İçinde Yaşayan ve Bakımında Kalan Yaşlılarda Polifarmasi. *Türk Geriatri Dergisi* 2006;9(3):117-121.
- Doyle G, Cafferkey K, Fullam J. The European Health Literacy Survey: Results From Ireland. April 2012. Retrieved July 28, 2017, from <http://healthliteracy.trinityseven.biz/wp-content/uploads/2010/11/EU-Health-Literacy-Survey-Full-Report.pdf>.
- Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım H H , Demiray-Ready F.N & et al. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (1.Baskı), Sağlık-Sen Yayınları-25 Ankara (2014). Retrieved July 31, 2017, from <http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf>.
- Eichler K, Wieser S, Brügger U. The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review. *International Journal of Public Health* 2009;4(5);313-324.
- Erengin H, Dedeoğlu N. Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu: Algılanan Sağlık. *Toplum ve Hekim* 1997;12(77):11-16.
- Eser E, Eser S, Özyurt B & et al. Perception of Quality Of Life by a Sample of Turkish Older Adults: Whoqol-Old Project Turkish Focus Group Results, *Turkish Journal of Geriatrics* 2005; 8(4): 169-183.
- Eser S, Saatli G, Eser E & et al. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21(1): 37-48.
- Federman A D, Wolf M S, Sofianou A & et al . Asthma Outcomes Are Poor Among Older Adults With Low Health Literacy. *Journal of Asthma* 2014; 51(2): 162-167.
- Freedman DA, Bess KD, Tucker HA et al. Public Health Literacy Defined. *American Journal of Preventive Medicine* 2009; 36(5):446-51.

- Gazmararian JA, Williams MV, Peel J & et al. Health Literacy and Knowledge of Chronic Disease. *Patient Education Counseling* 2003;51(3): 267-275.
- Golin CE, Liu H, Hays RD & et al. A Prospective Study of Predictors of Adherence to Combination Antiretroviral Medication. *J Gen Intern Med* 2002;17(10): 756-765.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013". T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2014. Retrieved July 28, 2017, from [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf).
- HLS-EU CONSORTIUM (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU, online publication: Retrieved July 31, 2017, from <http://www.health-literacy.eu>.
- Idler EL, Benyamini Y. Self Rated Health and Mortality: A Review of Twenty Seven Community Studies. *J. Health Society Behavior* 1997;38: 21-37.
- Ishikawa H, Kiuchi T. Health Literacy and Health Communication. *BioPsychoSocial Medicine* 2010;4: 18-21.
- Iwata I, Munshi MN. Cognitive and Psychosocial Aspects of Caring for Elderly Patients with Diabetes. *Curr Diab Rep.* 2009;9: 140-146.
- Jessup R L, Osborne R H, Beauchamp A & et al. Health literacy of Recently Hospitalised Patients: A Cross-Sectional Survey Using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Health Services Research BMC series – open, inclusive and trusted* 2017, 17:52 July 8, 2014. Retrieved July 31, 2017, from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).
- Kaplan GA, Camaeho T. Perceived Health and Mortality: A Nine-year Follow-up of The Human Population Laboratory Cohort. *Am J.Epidemiol.* 1983;117: 292-304.
- Kickbusch I. "Improving Health Literacy in the European Union: Towards A Europe Of Informed and Active Health Citizens" "Improving Health Literacy – A Key Priority For Enabling Good Health in Europe." European Health Forum Gastein 2004. Retrieved July 31, 2017, from [http://www.infosihat.gov.my/infosihat/artikelHP/bahanrujukan/HE\\_DAN ICT/PDF/Improving%20Health%20literacy.pdf](http://www.infosihat.gov.my/infosihat/artikelHP/bahanrujukan/HE_DAN ICT/PDF/Improving%20Health%20literacy.pdf).
- Kim Y, Leventhol B, Koh Y & et al. School Bullying and Youth Violence: Causes or Consequences of Psychopathologic Behavior?. *Arch. Gen Psychiatry* 2006;63: 1035-1041.
- Koskan A, Friedman D, Messias D. Health Literacy Among Hispanics: A Systematic Research Review (1992-2008). *Hispanic Health Care Int.* 2010;8(2): 65-76.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y & et al. The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics, (2006) . Retrieved July 31, 2017, from <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>.
- Mancusa MJ. Health Literacy: A Concept / Dimensional Analysis. *Nursing and Health Sciences* 2008;10: 248-255.
- Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy: 'A Prescription to End Confusion. Committee on Health Literacy. Institute of Medicine of The National Academies. The National Academies Press Washington DC 2004: 65-81. Retrieved July 31, 2017, from <https://tr.scribd.com/document/337217747/healthliteracy-pdf>.
- Nutbeam D. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International* 2000;15(3): 9-11.

- Özdemir H, Alper Z, Uncu Y& et al. Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. Health Education Research 2010;25(3): 464-477.
- Özdoğan P Ş. Radyoterapi Alan Hasta ve Yakınlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Gereksinimlerine Yönelik Öğretim Materyali Geliştirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2014.
- Paasche-Orlow MK, Riekert KA, Bilderback A & et al. Tailored Education May Reduce Health Literacy Disparities in Asthma Self-management. Am J Respir Crit Care Med 2005;172: 980-986.
- Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. Am J Health Behavior 2007;31: 19-26.
- Pink B. Health Literacy in Australia. Canberra Time 2008:9-13. Retrieved December 20, 2017, from <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4233.0>.
- Safeer RS, Keenan J. Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. American Family Physician 2005;72;3: 463-468.
- Sequeira SS, Eggermont LH, Silliman RA & et al. Limited Health Literacy and Decline in Executive Function in Older Adults. J Health Commun. 2013;18 Suppl 1:143-157.
- Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J & et al. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health 2012;25(12): 80.
- Sykes S, Wills J, Rowlands G, & et al. Understanding Critical Health Literacy: A Concept Analysis. BMC Public Health 2013; 13(150):1-10. Retrieved July 31, 2017, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/150>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması Edi: Pınar Okyay, Filiz Abacıgil Mayıs 2016. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (Asoy-Tr), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (Tsoy-32), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (Soy-Sen) Geliştirilmesi Ön Çalışması ISBN : 978-975-590-594-5, Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1025, Baskı : 1.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü Bakanlık Yayın No: 814, Ankaralı. Baskı Anıl Matbaacılık Nisan 2011.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık okuryazarlığı eğitici eğitimi programı. Retrieved July 31, 2017, from <http://www.saglik.gov.tr/TR,2638/saglik-okuryazarligi-icin-dugmeye-basildi>.
- T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı Tedavi ve Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetlerinde Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi Ankara, 2016 Bakanlık Yayın No: 1004. Retrieved July 31, 2017, from [http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/cok\\_paydasli\\_saglik\\_sorumlugu/dokumanlar/cok\\_paydasli\\_saglik\\_sorumluluğu\\_tedavi\\_saglik\\_iletisiminin\\_gelistirilmesi.pdf](http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/cok_paydasli_saglik_sorumlugu/dokumanlar/cok_paydasli_saglik_sorumluluğu_tedavi_saglik_iletisiminin_gelistirilmesi.pdf).
- Toci E, Burazeri G, Sorenson K, & et al. Health Literacy and Socioeconomic Characteristics Among Older People in Transitional Kosovo. British Journal of Medicine & Medical Research 2013;3(4): 1646-1658.
- Tokuda Y, Doba N, Butler JP & et al. Health Literacy and Physical and Psychological Wellbeing in Japanese Adults. Patient Education and Counseling 2009;75: 411-417.
- Tözün M, Sözmen M K. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı Smyrna Tıp Dergisi – 48. Retrieved July 31, 2017, from [http://smyrnatipdergisi.com/dosyalar\\_upload/belgeler/Sa%C4%9Flu%C4%B1k%20okuryazar%C4%B1%C4%9F%C4%B11486417076.pdf](http://smyrnatipdergisi.com/dosyalar_upload/belgeler/Sa%C4%9Flu%C4%B1k%20okuryazar%C4%B1%C4%9F%C4%B11486417076.pdf).

- U.S. Department of Education. National Center for Education Statistic 2006. The Health Literacy of America's Adults Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Retrieved July 31, 2017, from <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>.
- U.S. Department of Health & Human Services Quick Guide to Health Literacy and Older Adults: Health Literacy and Older Adults. Retrieved July 31, 2017, from <http://www.health.gov/communication/literacy/olderadults/literacy.htm>.
- U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding an Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000. Retrieved July 31, 2017, from <http://www.healthypeople.gov/2010/document/pdf/uih/2010uih.pdf>.
- Uğurlu Z, Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.34-90.
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (Unesco). The Global Literacy Challenge A Profile of Youth and Adult Literacy at the Mid-point of the United Nations Literacy Decade. 2003 – 2012. Retrieved July 31, 2017, from [http:// unesdoc.unesco.org/images/0016/001631/163170e.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001631/163170e.pdf).
- Waverijn G, Heijmans M, Spreeuwenberg P & et al. Associations Between Neighborhood Social Capital, Health Literacy, and Self-Rated Health Among People With Chronic Illness. *Journal of Health Communication* 2016; 21: 36–44.
- Williams MV, Davis T, Parker RM & et al. The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. *Family Medicine* 2002;34(5): 383-389.
- Wolf M S, Gazmararian J A, Baker DW. Health Literacy and Health Risk Behaviors Among Older Adults. *American Journal of Preventive Medicine* 2007;32(1);19–24.
- Wolf MS, Curtis LM, Wilson EA & et al. Literacy Cognitive Function and Health Results of The Lit Cog Study. *J. Gen Intern Med.* 2012;27: 1300-1307.
- World Health Organization. (2013). Health literacy: The solid facts. Editors: Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros. Retrieved July 31, 2017, from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).
- World Health Organization. Active ageing: A policy framework. 2002. Retrieved July 31, 2017, from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf).
- World Health Organization. The Determinants of Active Ageing: Understanding the Evidence 2007. Active Ageing: A Policy Framework Geneva. Retrieved July 31, 2017, from <http://www.who.int/ageing>.
- Yılmaz F, Çolak YM, Ersoy K. Sağlık Okuryazarlığının Hasta Hekim İletişimi Üzerine Etkisi. IV. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Antalya 2010.
- Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016; 15(1):69-74. Retrieved July 31, 2017, from [https:// www.researchgate.net /publication/299436169](https://www.researchgate.net/publication/299436169).