

**Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı
Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

**Examining the association between Health Literacy and Health Perception in
Older People Living at Home**

Fatma ARPACI*

Ömer Faruk CANTEKİN**

Makale Bilgisi

Geliş: 08.01.2024

Kabul: 11.04.2024

Doi:
10.20296/tsadergisi.1526802

Anahtar Sözcükler:

Yaşlı birey

Sağlık okuryazarlığı

Sağlık algısı

ÖZET

Bu çalışma, evde yaşayan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile planlanmış ve yürütülmüştür. Araştırmada "Demografik Bilgi Formu", Aras ve Bayık Temel (2017) tarafından Türkçeye uyarlanan "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" ile Kadioğlu ve Yıldız'ın (2012) Türkçeye uyarladığı "Sağlık Algısı Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini olasılıklı olmayan kolayda örnekleme yöntemi ile ulaşılan 200 yaşlı birey oluşturmuştur. Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin (62.10 ± 20.56) ve sağlık algısının (50.27 ± 7.04) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ile sosyal güvence durumu ($p < 0.01$), kronik hastalık olma durumu ($p < 0.01$), düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu ($p < 0.01$) ve sürekli kullandığı ilaç durumu ($p < 0.01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Sağlık algısı yaş grubu ($p < 0.01$) ve medeni duruma göre anlamlıdır ($p < 0.05$). Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta derecede ve pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($r = 0.404$; $p < 0,01$). Sağlık okuryazarlığının artmasının ve sağlık algısının güçlenmesinin daha sağlıklı ve bağımsız yaşayabilecek yaşlı bireylerin oluşmasına katkı sağlayacağı, böylece yaşlı bireylerin kendilerine ilişkin sağlık yönetimlerini gerçekleştirmelerini kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

Article Information

Submission: 08.01.2024

Acceptance: 11.04.2024

Doi:
10.20296/tsadergisi.1526802

Key Words:

Four

keywords

should be

written

ABSTRACT

This study was planned and carried out to examine the association between health literacy and health perception in older people living at home. In the study, "Demographic Information Form", "Health Literacy Scale," adapted to Turkish by Aras and Bayık Temel (2017), and "Health Perception Scale," adapted to Turkish by Kadioğlu and Yıldız (2012) were used. The study sample comprised 200 older adults selected using the convenience sampling method. It was determined that the health literacy level (62.10 ± 20.56) and health perception (50.27 ± 7.04) of the elderly individuals were at a moderate level. A statistically significant relationship was found between the health literacy and social security status ($p < 0.01$), chronic disease status ($p < 0.01$), regular health check-up status ($p < 0.01$) and continuous medication status ($p < 0.01$) of elderly individuals. Health perception was significant according to age group ($p < 0.01$) and marital status ($p < 0.05$). There was a statistically significant, moderate, and positive correlation between health literacy and health perception ($r = 0.404$; $p < 0.01$). It is thought that improvements in health literacy and health perception levels will contribute to the formation of elderly individuals who can live healthier and independently, thus facilitating the health management of elderly individuals.

Atıf İçin

Arpacı, F. & Cantekin, Ö.F. (2024). Evde yaşayan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 28(3), 706-721. doi: 10.20296/tsadergisi.1526802

* Prof. Dr., Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara, arpacif@gazi.edu.tr. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6619-6358>

**Doç. Dr., Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara, cantekin@gazi.edu.tr. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5096-3233>

GİRİŞ

Sağlık, bireylerin ve toplumların yaşam kalitesini belirleyen en temel unsurlardan biridir. Fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanan sağlık, sadece hastalık veya sakatlık durumunun yokluğu değil, aynı zamanda bireylerin kendilerini iyi hissetmeleri ve günlük yaşam aktivitelerini sorunsuzca yerine getirebilmeleri anlamına gelir. Sağlıklı bir yaşam, bireylerin yaşam kalitesini artırırken, toplumsal refahı da olumlu yönde etkiler (Aytaç & Kurtdaş, 2015).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlama, yorumlama ve bu bilgileri sağlıklı ilgili kararlar almak için kullanma yeteneğini ifade eder. Yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, sağlık hizmetlerine erişimlerini artırabilir, hastalıkların önlenmesi ve yönetimi konusunda daha bilinçli kararlar alabilir ve sağlıklarını koruma konusunda daha etkin olabilirler. Bu yetenekler, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanma ve sağlık maliyetlerini azaltma potansiyeli taşır (Alır Derbent vd., 2023). Sağlık okuryazarlığını, hasta birine tıbbi bir bilgi vermeyi istediğimizde, bireyin bu bilgiyi alması, anlaması ve öğrenerek buna uygun davranması olarak ifade edebiliriz. Ülkemizde sağlık sistemi, hasta olan kimseleri, karmaşık bilgi ve tedavi süreçleriyle karşı karşıya getirmektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olduğunda, tanı ve tedavileri olumsuz etkilemekte, hastane yatışlar artmakta ve yatış süresi uzamaktadır. Tüm bunlarla birlikte, acil servislerin uygunsuz kullanılmasına neden olunmakta ve sağlık sistemine ek yükler gelmektedir (Kendir Çopurlar & Kartal, 2016).

Sağlık okuryazarlığının açıklanmasıyla birlikte bir kimsenin kendi sağlığı ile ilgili doğru kararları alabilmesi için sağlıkla ilgili mesajları doğru anlamasının önemli olduğu görülmektedir. Yeterli olmayan veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi olan bireylerin, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip kimselere göre, hastane masraflarının gereksiz bir şekilde arttığı, tedavi için hastanede daha uzun süre yattığı, gerekli olmayan tetkiklerin yapılma oranlarının da çok daha fazla olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla sayılan nedenlerin, ülkemizde sağlık alanında gerekli olmayan işgücü kayıplarına ve sağlık harcamalarının artmasına neden olarak ekonomik yükü getirmektedir (Kendir Çopurlar & Kartal, 2016). Toplumumuzda yalnızca bireylerin veya sağlık sektörünün çabası ile sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlanamaz, çok sektörlü yaklaşım yapılması sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için gerekmektedir. Sağlık sektöründe olduğu gibi, Milli Eğitim Bakanlığı ve eğitim alanı, konu ile ilgili sivil toplum kuruluşları, akademik çevreler, yazılı ve görsel medya ve iletişim alanı, iş dünyası gibi birlikte çalışabilecek grupların yapabileceği faaliyetlerle toplumsal sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi sağlanabilir. Toplumda yaşlı bireyler gibi bireylerin gereksinimleri, beklentileri ve toplumun bu tür yaklaşımlara ilgisi incelenerek belirlenmesinin ardından hem iletişim aracı olarak değişik gruplara göre uygun yöntemler seçilmeli hemde eğitim araçları kullanılmalıdır (Bilir, 2014).

Sağlığın yalnızca tıbbi bir olgu olmadığı, aynı zamanda sosyal bir olgu olarak kabul edildiği ve sosyal boyutunun gözardı edilemeyeceği ortaya çıkmaktadır. Diğer deyişle sağlık statüsünün, hem biyolojik ve çevresel faktörler tarafından hem de sosyo-kültürel uygulamalar tarafından şekillendiği bilinmektedir. Hastalık ve sağlık hakkındaki bilgi ve davranışların toplumdan topluma değişebildiği, bir toplum için geçerli olanın başka bir toplumda geçerli olmayacağı görülmektedir. Bununla birlikte, belirli homojen yapı gösteren toplumlarda bile gruplar ve bireyler arasında da çok çeşitli farklılıklar olabilmektedir (Bayık Temel vd., 2009).

Bireyin sağlığına ilişkin anlayışı ya da algısı, bilgi ve davranışında, törelerin, sosyal ve kültürel nitelikte olan sosyokültürel çevresinin, yaşadığı yerin, ekonomik durumunun, eğitim seviyesinin, hatta sosyal medya kullanıp kullanmamasının etkisiyle belirgin bir biçimde görülebilmektedir. Yaşlı bireyin sağlığını sürdürmek ve hastalıklara yakalanmamak için kendisine uyguladığı sağlık davranışları; onun içinde yaşadığı topluma göre sahip olduğu sağlık anlayışı, inançları, güdülere, değerleri ve algılarından etkilenmektedir. Ayrıca yaşlı bireyin duygusal yapısı, psikososyal özellikleri ve yaşam alışkanlıkları sağlık davranışlarını belirlemektedir (Bayık Temel vd., 2009).

Ülkemizde yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi iken son beş yılda %21,4 artarak 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2018 yılında %8,8 iken, 2023 yılında %10,2'ye yükselmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir. Yaşlı nüfus yaş grubuna göre incelendiğinde, 2018 yılında yaşlı nüfusun %62,2'sinin 65-74 yaş grubunda, %28,6'sının 75-84 yaş grubunda ve %9,2'sinin 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görülürken, 2023 yılında %64,0'ının 65-74 yaş grubunda, 75-84 yaş grubunda %28,1'inin ve 85 ve daha yukarı yaş grubunda ise %7,9'unun yer aldığı görülmektedir (TÜİK, 2024).

Yaşlı nüfus artışı, beraberinde getirdiği sık görülen fiziksel, psikososyal, ruhsal, spiritual ve ekonomik sorunların tüm ülkelerde yaşlanma ve yaşlılık ile ortaya çıkan problemlere ilgisini arttırmıştır ve yaşlı bireyler halk sağlığı açısından öncelikli bir grup haline gelmektedir. Yaşlı bireylerin temel düzeydeki sağlık bilgilerine kolayca ulaşabilmeleri, bu bilgileri uygun şekilde kullanabilmeleri ve ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri önem kazanmaktadır. Ülkelerin sağlık politikaları ise yaşlı bireylerin mümkün olduğunca yaşamlarını bağımsız bir şekilde sürdürmelerini ve toplumsal katılımlarını sağlamayı amaçlamaktadır. Giderek çoğalan yaşlı nüfus ve artan yaşlı hasta sayısı sağlık hizmetlerine ulaşma ve kullanma ile ilgili olarak yaşlı bireylerin bilgi seviyesi, yaşadıkları zorluklar ve hastalıkların yönetimini daha önemli kılmaktadır. Sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi yaşlı bireylerin yaşlanmaya bağlı ortaya çıkan yetersizlikleri ve sahip olduğu hastalıkları ile ilgili tedavileri veya sağlık bakımları hakkında doğru ve geçerli bilgi sahibi olmaları ve tedavi ve bakım sürecine dâhil olmalarını, yaşlılara verilen sağlık hizmetlerini ve hizmetin içeriğini doğru algılamalarını böylece olumlu davranış geliştirebilmelerini sağlayabildiği gibi hastalık tedavi sürecini hızlandırmakta, kolaylaştırmakta vesağlık bakım maliyetini azaltmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkması yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi ile belirginleşmektedir. Yaşlı bireylerin hastalıkları ve yetersizlikleri ile ilgili bakım ve tedavi süreçleri kısalarak bireylerin sağlık algısı etkilenebilmekte ve yaşam kalitesi yükseltilmektedir (Kozak & Çevik Akçıl, 2021). Sağlığın geliştirilmesi çabaları açısından yaşlı bireylerin yüksek sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı sağlık hizmeti sağlayanlar açısından da önemli bir konu ve sorundur. Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi olumlu sağlık çıktılarının artması ile doğrudan ilintilidir.

YÖNTEM

Bu çalışma, evde yaşayan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile nicel araştırma olarak planlanmış ve yürütülmüştür.

Araştırma Evreni ve Örneklem

Bu araştırma tanımlayıcı tiptedir. Evde yaşayan yaşlı bireyler ile Ekim-Aralık 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Ankara'nın Çankaya ve Etimesgut (Sincan) ilçelerinde evde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaştaki bireyler çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırma kolayda örnekleme yöntemiyle gönüllülük esasına dayalı olarak, sağlıklı bilgi alınabileceği değerlendirilen ulaşılabilen 200 yaşlı birey ile yapılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 14.05.2024 tarih ve 09 sayılı toplantısında 2024-845 araştırma kod no ile (E-77082166-604.01-957432) oy birliği ile onay alınmıştır. Çalışmaya katılan yaşlı bireylere çalışma hakkında bilgi verilmiştir ve gönüllülük ilkesine dikkat edilerek bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun şekilde yürütülmüştür.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Demografik Bilgi Formu”, “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği”, “Sağlık Algısı Ölçeği” kullanılmıştır.

Demografik bilgi formu: Yaşlı bireylerin demografik bilgilerini ölçmek için oluşturulan soru formudur. Yaşlı bireylere ilişkin özellikler olarak cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu, evli ise evlilik süresi, çocuk sahibi olma durumu varsa çocuk sayısı, yaşının şu anda kiminle yaşadığı, sosyal güvencesi, aylık gelir durumu vb. değişkenlerini içeren sorular yer almaktadır.

Sağlık okuryazarlığı ölçeği: Sorenson tarafından geliştirilen 47 maddelik Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği olup, daha sonra Toçi, Bruzari ve Sorensen’un sadeleştirdikleri 25 maddelik ölçektir (Sorensen vd., 2013; Toçi vd., 2013). Aras ve Bayık Temel Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır (Aras & Bayık Temel, 2017). Dört alt ölçekten oluşan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinde; bilgiye erişim (1-5. maddeler) alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 25’dir. Bilgileri Anlama (6-12. maddeler) alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek 35’dir. Değer Bıçme/Değerlendirme sekiz maddeden oluşmaktadır (13-20. maddeler), bu alt ölçekten alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek 40’dır. Uygulama/Kullanma alt ölçeği 21-25. maddeleri içermektedir, bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek 25’dir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tümü için alınabilecek en düşük puan 25 ve en yüksek puan 125’dir. Ölçek maddeleri “Hiç zorluk çekmiyorum=5”, “Az zorluk çekiyorum=4”, “Biraz zorluk çekiyorum=3”, “Çok zorluk çekiyorum=2”, “Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/olanaksız=1” şeklinde Likert tipidir. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıdadır.

Ölçekten alınan puanın artması yüksek sağlık algısını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt ölçekleri için belirlenen iç tutarlık katsayıları (Cronbach’s alpha) 0.90 ve 0.94 arasında değişmektedir. Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu; yüksek puanlar yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınan puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlığı artmaktadır (Toçi vd., 2013b). Aras ve Bayık Temel Bilgiye Erişim alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.71, Bilgileri Anlama alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.79, Değer bıçme/değerlendirme alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.66, Uygulama/kullanma alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.62 olarak ve toplam ölçek Cronbach’s alpha 0.92 olarak bulmuşlardır (Aras & Bayık Temel, 2017). Bu çalışmada Bilgiye Erişim alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.92, Bilgileri Anlama alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.89, Değer Bıçme/değerlendirme alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.91, Uygulama/kullanma alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.85 olarak, Toplam ölçek Cronbach’s alpha 0.96 olarak bulunmuştur.

Sağlık algısı ölçeği: Diamond vd. tarafından (2007) geliştirilen Sağlık Algısı Ölçeğini Kadioğlu ve Yıldız (2012) Türkçeye uyarlamıştır. Dört alt boyutu sahip olan ölçek 15 maddedir (Diamond vd., 2007; Kadioğlu & Yıldız, 2012). Kontrol merkezi (2, 3, 4, 12, 13. maddeler) alt ölçeği puanları 5-25 puan; öz farkındalık (5, 10, 14. maddeler) alt ölçeği puanları 3-15’dir. Kesinlik (6, 7, 8, 15. maddeler) alt ölçeği puanları 4-20; sağlığın önemi (1, 9, 11. maddeler) alt ölçeği puanları 3-15’dir. Sağlık Algısı Ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 75’tir. Ölçek maddeleri “Çok katılıyorum=5”, “Katılıyorum=4”, “Kararsızım=3”, “Katılmıyorum=2”, “Hiç katılmıyorum=1” şeklinde Likert tipi yapıda yanıtlanır. Ölçekteki olumsuz ifadeler tersten puanlanmaktadır. Ölçeğin 1, 5, 9, 10, 11 ve 14. ifadeleri olumlu, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13 ve 15. ifadeleri olumsuzdur.

Kontrol merkezi alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.90, Öz farkındalık alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.91, Kesinlik alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.91, Sağlığın önemi alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.82’dir (Diamond vd., 2007). Kadioğlu ve Yıldız Kontrol merkezi alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.67, Öz farkındalık alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.53, Kesinlik alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.73, Sağlığın önemi alt ölçeği Cronbach’s alpha 0.54 olarak bulmuşlardır

(Diamond vd., 2007; Kadioğlu & Yıldız, 2012). Bu çalışmada Cronbach Alpha Değerleri Kontrol merkezi 0.71; Öz farkındalık 0.64; Kesinlik 0.79; Sağlığın önemi 0.49 olarak bulunmuştur. Toplam ölçek Cronbach's alpha 0.57 olarak bulunmuştur.

Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 26.0 ile analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Araştırma verileri normal dağılım gösterdiği için hipotez testleri olarak ANOVA ve t testi, Pearson korelasyon testi değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerini belirlemede, basit doğrusal regresyon analizi bir bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin tespit edilmesi amacıyla kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında 0.05 ve 0.01 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonuçlarının anlamlı çıktığı durumlarda, farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Scheffe Testi uygulanmıştır. Araştırmada örneklem yeterliliği ve ölçeklerin geçerlilik katsayıları (Cronbach's Alpha) hesaplanmış; örneklemin yeterli ve ölçeklerin güvenilir olduğu gözlenmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Yaşlı bireylere ilişkin demografik özellikler

Araştırmada yer alan yaşlı bireylerin yarısından biraz fazlası (%51.5) 69 yaşında ve daha küçük yaşta, %22.5'i 70-74 yaş grubunda ve %26.0'sı da 75 yaşında yada daha büyük yaşta. Yaşlı bireylerin yaşları 65 ile 95 arasında değişmekte olup, ortalama olarak 71.16±6.26 yaş bulunmuştur. Yaşlı bireylerin %50.5'i kadın, %46.5'i ilköğretim ve %27.0'si orta dereceli okul mezunu olup, %70.0'i evlidir. Evli yaşlı bireylerin %55.7'si 40-49 yıldan beri evlidir ve %95.0'i çocuk sahibidir. Çocuk sahibi yaşlı bireylerin %30.3'ü 1-2 çocuk sahibi, %46.6'sı 3-4 çocuk sahibi ve %23.1'i 5 ve daha çok sayıda çocuk sahibidir. Yaşlı bireylerin çocuk sayısı 1 ile 9 arasında değişmekte olup ortalama çocuk sayısı 3.45±1.62'dir. Yaşlı bireylerin %14.0'ü yalnız yaşamakta iken, %46.0'i eşyle birlikte yaşamaktadır. Büyük çoğunluğunun (%94.0) sosyal güvencesi bulunmaktadır. Yaşlı bireylerin %41.5'i gelir algısını düşük, %47.5'i orta ve %11.0'i yüksek olarak ifade etmiştir. Yaşlı bireylerin %19.0'u sigara kullanmakta ve çoğunluğu (%81.0) sigara kullanmamaktadır. Kronik hastalığı olan yaşlı bireyler %89.0 oranındadır. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin %98.0'i kronik hastalığı ile ilgili bilgi aldığını ifade ederken, %2.0'si bilgi almadığını ifade etmiştir. Düzenli sağlık kontrolü yaptıran yaşlı bireyler %41.5 oranındadır ve yaşlı bireylerin %88.0'i sürekli ilaç kullandığını belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Yaşlı bireylerin tanıttıcı özellikleri (n=200)

Değişken	Sayı	%	
Yaş grubu	≤ 69	103	51.5
	70 – 74	45	22.5
	75 ≤	52	26.0
Age Mean±SD, Median (Min-Max)	71.16±6.26	69 (65 -95)	
Cinsiyet durumu	Kadın	101	50.5

	Erkek	99	49.5
	Okuryazar	46	23.0
Eğitim durumu	İlkokul	93	46.5
	Orta dereceli okul	54	27.0
	Üniversite	7	3.5
	Evli	140	70.0
Medeni durumu	Evli değil	60	30.0
	≤ 39	34	24.3
Evlilik süresi (yıl) (n=140)	40 – 49	78	55.7
	50 ≤	28	20.0
	Var	195	97.5
Çocuk sahibi olma durumu	Yok	5	2.5
	1-2	59	30.3
Çocuk sayısı (n=195)	3-4	91	46.6
	5 ≤	45	23.1
	Mean±SD, Median (Min-Max)	3.45±1.62	3 (1-9)
Birlikte yaşadığı kişi	Yalnız	28	14.0
	Eşiyle	93	46.5
	Çocuklarıyla	32	16.0
	Eşi ve çocuklarıyla	47	23.5
Sosyal güvence durumu	Var	188	94.0
	Yok	12	6.0
Gelir algısı	Düşük	83	41.5
	Orta	95	47.5
	Yüksek	22	11.0
Sigara kullanma durumu	Evet	38	19.0
	Hayır	162	81.0
Kronik hastalık olma durumu	Var	178	89.0
	Yok	22	11.0
Kronik hastalık ile ilgili bilgi alma durumu (n=178)	Evet	174	98.0
	Hayır	4	2.0
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu	Evet	83	41.5
	Hayır	117	58.5
Sürekli kullandığı ilaç durumu	Evet	176	88.0
	Hayır	24	12.0

Yaşlı bireylerin ölçek puanları

Tablo 2’de araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği ve sağlık algısı ölçeği puan aralığı, ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerini belirlemek için iki farklı ölçek kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinden ortalama en düşük puan 31, en yüksek puan 115 ve ölçeğin hesaplanan aritmetik ortalaması 62.10 ± 20.56 olarak bulunmuştur. Bilgiye erişim alt ölçeğinden ortalama en düşük puan 5, en yüksek puan 25 ve ölçeğin hesaplanan aritmetik ortalaması 11.88 ± 4.85 ’dir. Bilgileri anlama alt ölçeğinden ortalama en düşük puan 7, en yüksek puan 35 ve ölçeğin hesaplanan aritmetik ortalaması 20.39 ± 6.60 ’dır. Değer biçme/değerlendirme alt ölçeğinden ortalama en düşük puan 9, en yüksek puan 40 ve ölçeğin hesaplanan aritmetik ortalaması 19.09 ± 7.24 olarak bulunmuştur. Uygulama/kullanma alt ölçeğinden ortalama en düşük puan 5, en yüksek puan 25 ve ölçeğin hesaplanan aritmetik ortalaması 10.74 ± 3.97 ’dir.

Sağlık algısı ölçeğinden ortalama en düşük puan 24, en yüksek puan 72’dir. Ölçeğin hesaplanan aritmetik ortalaması 50.27 ± 7.04 ’tür. Kontrol merkezi alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 25’dir. Ölçeğin hesaplanan aritmetik ortalaması 18.35 ± 4.29 ’dur. Kesinlik alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 20’dir ve ölçeğin hesaplanan aritmetik ortalaması 11.18 ± 3.86 olarak belirlenmiştir. Öz farkındalık alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 15’dir ve ölçeğin hesaplanan aritmetik ortalaması 9.48 ± 2.5 ’dir. Sağlığın önemi alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan 15’dir. Ölçeğin hesaplanan aritmetik ortalaması 11.25 ± 3.08 ’dir.

Tablo 2. Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği ve sağlık algısı ölçeği puan aralığı, ortalama ve standart sapma değerleri

Bağımsız değişken	Puan aralığı (Min-max)	Aritmetik ortalama	St.sapma
Sağlık okuryazarlığı	31-115	62.10	20.56
Bilgiye erişim	5-25	11.88	4.85
Bilgileri anlama	7-35	20.39	6.60
Değer biçme/değerlendirme	9-40	19.09	7.24
Uygulama/kullanma	5-25	10.74	3.97
Sağlık Algısı	24-72	50.27	7.04
Kontrol merkezi	5-25	18.35	4.29
Kesinlik	4-20	11.18	3.86
Öz farkındalık	5-15	9.48	2.55
Sağlığın önemi	3-15	11.25	3.08

Sorensen vd. (2012), sağlık okuryazarlığının en kapsamlı kanıta dayalı boyutlarını kapsayan tanım ve kavramsal modeli olarak sağlık okuryazarlığına ilişkin tanımları ve modelleri gözden geçirerek bütünlük bir yaklaşım geliştirmek amacı ile yaptıkları sistematik bir

literatür taraması çalışmasında sağlık okuryazarlığının 17 tanımı ve 12 kavramsal model ortaya çıkarmışlardır. Sonuçta bu incelemeye dayanarak, tıbbi ve halk sağlığı sağlık görüşlerini bütünleştiren bir model önerilmiştir. Model, sağlık okuryazarlığını artırıcı müdahalelerin geliştirilmesi için bir temel oluşturabilir. Sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi kapsamında sağlık okuryazarlığının farklı boyutlarını yakalayan ölçüm araçlarının geliştirilmesi ve doğrulanması için kavramsal temel sağlayabilir. Alır Derbent (2023) sağlık okuryazarlığının ilk adımı olarak güvenilir bilgi kaynaklarına erişim becerisi kazandırmaya yönelik bir eğitim programı hazırlama ve bu eğitimin etkinliğini ortaya koyma amacı ile 36 katılımcıdan elde ettiği bulgular sonucunda; eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamamıştır. Ancak katılımcıların son test bulgularında “Mükemmel” düzeydeki katılımcı oranı artmış, “Sorunlu” katılımcı oranı azalmıştır. Araştırmada sonuç olarak, eğitimin kapsam, sunum, süre olarak beklentilerin karşılandığı, bilgisel yetkinliklerin ve farkındalıkların arttığı belirlenmiştir. Çimen ve Bayık Temel’in (2017), kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yürüttükleri araştırmada; bireylerin % 54.9’u kadındır, %69.6’sı evli ve %39.6’sı 65-74 yaş grubunda olup, %34.7’si sağlığını orta düzeyde, %35.3’ü de yaşam kalitesini orta düzeyde algılamaktadır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması 87.96 ± 13.89 ’dır. Alt ölçeklerin (uygulama, erişim, anlama ve uygulama) madde puan ortalamaları 17.73 ± 3.28 ile 28.60 ± 5.03 arasındadır. Kerkez ve Şahin’in (2023), sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı düzeyi arasındaki ilişkiyi inceledikleri ve bu değişkenleri etkileyen demografik özellikleri belirledikleri çalışmada; genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin (107.37 ± 13.11) orta üstü ve genel sağlık algısının (53.07 ± 7.19) orta düzeyde olduğunu belirlemişlerdir.

Yaşlı bireylerin demografik özellikleri ve ölçek puanları arasındaki ilişki

Bağımsız değişkenlerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı üzerindeki etkisi ayrı ayrı incelenmiş ve ölçek puanları ile demografik özellikler arasındaki ilişki Tablo 3’te ele alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği ortalama puanlarına bakılınca en yüksek ortalama puana 75 yaşında ya da daha büyük yaştakilerin sahip olduğu (77.88 ± 21.01) ve tüm yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p < 0.01$). Sağlık algısı ölçeği ortalama puanlarına göre en yüksek ortalama puana 70-74 yaş grubundaki (53.28 ± 6.54) yaşlı bireyler sahiptir. Hem 69 yaşında ve daha küçük yaşta olan yaşlı bireyler ile 70-74 yaş grubundakiler, hem de 69 yaşında ve daha küçük yaşta olan yaşlı bireyler ile 75 yaşında ya da daha büyük yaşta yaşlı bireyler arasında ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$).

Yaşlı bireylerden erkeklerin hem sağlık okuryazarlığı (62.54 ± 20.83) hem de sağlık algısı (51.16 ± 6.73) puan ortalamaları kadınların puan ortalamalarından daha yüksektir. Ancak cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$). Sağlık okuryazarlığı yaşlı bireyin eğitim durumu ile ilişkilidir ve bu ilişki tüm gruplar arasında saptanmıştır ($p < 0.01$). Sağlık algısı da yaşlı bireyin eğitim durumu ile ilişkilidir ve bu ilişki ilkökul mezunu yaşlı bireyler ile üniversite mezunu yaşlı bireyler arasındadır ($p < 0.05$). Sağlık okuryazarlığı medeni duruma göre anlamlıdır ($p < 0.01$) ve evli olmayan yaşlı bireyler (73.31 ± 21.41) daha yüksek ortalama puana sahiptir. Sağlık algısı medeni duruma göre anlamlıdır ($p < 0.05$) ve evli olmayan yaşlı bireyler (52.08 ± 6.50) daha yüksek ortalama puana sahiptir.

Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı evlilik süresi ile ilişkilidir ve 40-49 yıldan beri evliler ile 50 yıl ve daha uzun süreden beri evli yaşlı bireyler arasında bulunmuştur ($p < 0.01$). Sağlık

algısı ile yaşlı bireyin evlilik süresi arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığının çocuk sayısı ile ilişkili olduğu görülmektedir ve bu ilişki 1-2 çocuğu olanlar ile 5 ve daha fazla sayıda çocuğu olan yaşlı bireyler arasında bulunmuştur ($p<0.01$). Sağlık algısı ile yaşlı bireyin çocuk sayısı arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Sağlık okuryazarlığı ile yaşlı bireyin birlikte yaşadığı kişi arasında anlamlı bir ilişkili bulunmuştur ($p<0.01$). Yaşlı bireyin birlikte yaşadığı kişiye göre en yüksek ortalama puana çocukları ile birlikte yaşayanlar (74.84 ± 21.68) sahiptir ve gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Buna göre birlikte yaşanan kişi olmasının yaşlı bireyin sağlık okuryazarlığını etkilediği söylenebilir. Sağlık algısı ile yaşlı bireyin birlikte yaşadığı kişi arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sağlık okuryazarlığı ölçeği ortalama puanlarına göre en yüksek ortalama puana gelir algısı düşük olan yaşlı bireyler (69.86 ± 21.04) sahiptir ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Bu ilişki hem gelir algısı düşük ve orta olanlar hem de gelir algısı düşük ve yüksek olanlar arasındadır. Sağlık algısı ile yaşlı bireyin gelir algısı arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ile çocuk sahibi olma durumu, sigara kullanma durumu, kronik hastalık ile ilgili bilgi alma durumu arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ile sosyal güvence durumu ($p<0.01$), kronik hastalık olma durumu ($p<0.01$), düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu ($p<0.01$) ve sürekli kullandığı ilaç durumu ($p<0.01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Yaşlı bireylerin sağlık algısı ile çocuk sahibi olma durumu, sosyal güvence durumu, sigara kullanma durumu, kronik hastalık olma durumu, kronik hastalık ile ilgili bilgi alma durumu, düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu ve sürekli kullandığı ilaç durumu arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3. Demografik özelliklere göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve sağlık algısı ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişken	Grup	Sağlık Okuryazarlığı	Sağlık Algısı
Yaş grubu	≤ 69	$52.97\pm 16.33^*$	$48.00\pm 6.08^*$
	70 – 74	$64.77\pm 16.89^*$	$53.28\pm 6.54^*$
	$75 \leq$	$77.88\pm 21.01^*$ P=0.000	$52.15\pm 7.76^*$ P=0.000
Cinsiyet durumu	Kadın	61.67 ± 20.38	49.39 ± 7.25
	Erkek	62.54 ± 20.83 P=0.765	51.16 ± 6.73 P=0.076
Eğitim durumu	Okuryazar	$78.23\pm 16.14^*$	50.69 ± 8.65
	İlkokul	$62.05\pm 20.64^*$	$50.88\pm 7.27^*$
	Orta dereceli okul	$50.96\pm 14.63^*$	49.77 ± 4.34
	Üniversite	$42.71\pm 9.58^*$ P=0.000	$43.14\pm 5.87^*$ P=0.039
Medeni durumu	Evli	57.30 ± 18.25	49.49 ± 7.13
	Evli değil	73.31 ± 21.41	52.08 ± 6.50

		P=0.009	P=0.014
	≤ 39	57.17±20.79	47.79±10.16
Evlilik süresi (yıl) (n=140)	40 – 49	54.52±16.88*	50.00±5.14
	50 ≤	66.75±16.37*	50.17±7.49
		P=0.000	P=0.014
Çocuk sahibi olma durumu	Var	62.32±20.64	50.28±7.10
	Yok	53.60±16.45	49.80±3.89
		P=0.350	P=0.880
Çocuk sayısı (n=195)	1-2	55.13±18.69*	49.23±7.47
	3-4	62.97±20.73	50.18±6.39
	5 ≤	70.42±20.03*	51.84±7.83
		P=0.001	P=0.177
Birlikte yaşadığı kişi	Yalnız	69.00±21.96*	50.78±6.82
	Eşi ile	56.82±18.58*	49.01±8.27
	Çocukları ile	74.84±21.68*	52.65±5.64
	Eşi ve çocukları	59.76±18.27*	50.82±4.59
		P=0.001	P=0.068
Sosyal güvence durumu	Var	60.19±19.25	50.11±6.74
	Yok	92.00±17.56	52.66±10.84
		P=0.000	P=0.225
Gelir algısı	Düşük	69.86±21.04*	50.16±7.94
	Orta	56.61±18.81*	50.47±6.17
	Yüksek	56.54±16.84*	49.77±7.23
		P=0.000	P=0.903
Sigara kullanma durumu	Evet	57.00±16.64	48.81±5.36
	Hayır	63.30±21.24	50.61±7.35
		P=0.089	P=0.158
Kronik hastalık olma durumu	Var	63.44±20.52	50.52±6.98
	Yok	51.27±17.85	48.22±7.28
		P=0.008	P=0.150
Kronik hastalık ile ilgili bilgi alma durumu (n=178)	Evet	63.01±20.45	50.63±6.98
	Hayır	82.00±15.93	45.50±5.80
		P=0.067	P=0.147
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu	Evet	55.45±18.34	50.25±5.86
	Hayır	66.82±20.88	50.30±7.80

		P=0.000	P=0.960
Sürekli kullandığı ilaç durumu	Evet	63.57±20.59	50.55±7.02
	Hayır	51.29±17.11	48.20±6.96
		P=0.006	P=0.127

* Scheffe Testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Hazer ve Ateşoğlu (2019), yaşlıların sağlık okuryazarlığını yetersiz ve sorunlu düzeyde olduğunu bulmuştur. Yaşlıların aaglık okuryazarlığını birinci sırada algılanan sağlık durumu, ikinci sırada eğitim durumu, üçüncü ve son sırada medeni durum değişkenlerinin etkiledikleri gözlenmiştir. Yaşlıların sağlık okuryazarlığı ile başarılı yaşlanma arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir Buna göre; sağlık okuryazarlığı yüksek olan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylere göre başarılı yaşlanma konusunda daha yeterli oldukları belirlenmiştir.

Bayık Temel ve ark. (2009) yaşlıların, sağlık, sağlıklı olma, sağlığı koruma kavramlarını nasıl anladıklarını sosyo-demografik değişkenler çerçevesinde incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri tanımlayıcı tipteki araştırmada yaşlıların %70.7'sini kadın, %29.3'sini erkekt ve yaş ortalamasını 66.98±6.88 olarak belirlemişlerdir, Yaşlıların %22.2'si yurtdışında, %44.3'ü Türkiye'nin Batı Bölgesi'nde doğmuş olup, %63.5'i "sağlıklı olmanın anlamı"nı sağlığın fiziksel boyutu ile değerlendirmiştir. Türkiye'de farklı coğrafik bölgelerde doğmuş yaşlıların sağlığı anlama ve değerlendirme biçimlerinde çok büyük farklılıklar olmadığı, sadece toplumsal özellikler çerçevesinde sağlığın boyutlarının daha geniş veya dar çerçevede ele alındığı saptanmıştır. Toçi vd. (2013), savaş sonrası bir ülke olan Kosova'da yaşlılar arasında sağlık okuryazarlığının düzeyini ve sosyoekonomik ilişkisini değerlendirme amacı ile yürüttükleri araştırmada sağlık okuryazarlığı alt ölçek puanlarının birbiriyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Genel sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalama değerleri erkeklerde, kentte yaşayanlarda, evli bireylerde, eğitilmiş ve daha iyi durumda olan katılımcılarda önemli derecede daha yüksek bulunmuştur. Ertem vd. (2021), sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi amacıyla polikliniğe başvuran 65 yaş ve üzeri yaştaki hastalarda çalışma yürütmüşlerdir. Hastaların sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için Türk Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği indeks puanı ortalaması 27,92±7,53 olarak bulunmuştur. Cinsiyet, medeni durum ve son 3 ayda hastaneye başvuru sıklığı ile sağlık okuryazarlığı (p>0,05) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sonuç olarak yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğunu tespit edilmiştir. Kozak ve Çevik Akyl (2021), yaşlıların sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi ilişkisini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 25.53±11.18 olan yaşlıların %75.6'sı sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulmuşlardır. Yaşlıların genel yaşam kalitesi puan ortalamaları ise 74.5±12.9 olarak bulunmuştur. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı genel puan ortalamaları ile yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu ilişkili bulunmuştur (p<0.05). Genel yaşam kalitesi ile medeni durum, gelir durumu ve eğitim düzeyi ilişkili bulunmuştur (p<0.05). Yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin yetersiz olduğu ve yaşlıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çimen ve Bayık Temel (2017), kadın yaşlıların 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 ortalamasını daha yüksek belirlemişlerdir. Sağlığını iyi ve çok iyi algılayan, yaşam kalitesini iyi ve çok iyi olarak

değerlendiren, sağlık hizmetlerine erişimde hiç zorluk yaşamayan bireylerin sağlık okuryazarlığı puanı daha yüksektir. Kronik hastalık sayısı ve kronik hastalık süresi ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Yaşlıların okuryazarlık düzeyi “az zorluk çekiyorum ile biraz zorluk çekiyorum” düzeyi arasında bulunmuştur. Algılanan sağlık düzeyi yükseldikçe bireylerin sağlık okuryazarlık puanı da artmıştır. Salar ve Duran (2023) erkek yaşlı bireylerin kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu ($b=-2,200$; $p=0,044$), internet kullanma becerisi artıkça e-sağlık okuryazarlık puanının anlamlı düzeyde arttığını ($b=0,854$, $p=0,001$), eğitim düzeyi dahil regresyon modeline dahil edilen diğer değişkenlerin ise e-sağlık okuryazarlık puanı üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve sağlık algısı ölçeklerine ilişkin korelasyon matrisi (R)

Alt Boyutlar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Bilgiye erişim ⁽¹⁾	r 1	.823**	.767**	.650**	.897**	.353**	.624**	.975	-.465**	.353**
Bilgileri anlama ⁽²⁾	r	1	.792**	.682**	.926**	.470**	.666**	.355	-.419**	.444**
Değer biçme/değerlendirme ⁽³⁾	r		1	.761**	.935**	.339**	.604**	.908	-.437**	.343**
Uygulama/kullanma ⁽⁴⁾	r			1	.834**	.365**	.528**	.950	-.495**	.297**
Sağlık okuryazarlığı ⁽⁵⁾	r				1	.424**	.676**	.740	-.494**	.404**
Kontrol merkezi ⁽⁶⁾	r					1	.429**	-.206**	-.107	.723**
Kesinlik ⁽⁷⁾	r						1	.570	-.409**	.645**
Öz farkındalık ⁽⁸⁾	r							1	.144*	.323**
Sağlığın önemi ⁽⁹⁾	r								1	.202**
Sağlık Algısı ⁽¹⁰⁾	r									1

*Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmış olup, genel olarak sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında orta derecede, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir [$r(200)=0.404$; $p<0,01$] (Tablo 4).

Kahraman vd. (2022), yaşlılarda sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yaptıkları çalışmada Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamasını $47,08 \pm 13,38$ ve Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalaması $52,64 \pm 6,50$ olarak bulmuşlardır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile ve Sağlık Algısı Ölçeği ($r = 0,341$, $p < 0,001$) düşük pozitif korelasyon bulunmuştur. Eğitim durumu, meslek ve ekonomik durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Sonuç olarak sağlık algısının orta düzeyde olduğu tespit edilirken yaşlı katılımcıların sağlık okuryazarlığının düşük olduğu belirlenmiştir. Kerkez ve Şahin (2023), sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki tespit etmiştir ($r= 0.458$; $p<0.05$). Genel olarak sağlık algısının ve alt boyutlarından kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın öneminin sağlık okuryazarlığı üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu ve genel olarak sağlık

okuryazarlığının ve bilgiye erişim ve uygulama alt boyutlarının sağlık algısı üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5. Sağlık algısının sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçları

Değişken	β	Standart Hata	t	P	F	p anlamlılık
Sabit	41.679	1.456	28.630	0.000	38.622	0.000*
Sağlık Algısı	0.138	0.022	6.215	0.000		

p<0.01* Düzeltilmiş R² 0.159; Bağımsız Sağlık Okuryazarlığı, Bağımlı Sağlık algısı

Yaşlı bireylerde sağlık algısının sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi regresyon analizi ile incelenmiştir. Yaşlı bireylerde sağlık algısı (t=6.215; p<0.001) üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu %95 güven düzeyinde belirlenmiştir. Sağlık algısı düzeyinin sağlık okuryazarlığının %15.9'unu açıkladığı bulunmuştur (R² 0.159). Buna göre yaşlı bireylerin sağlık algısı düzeylerindeki bir birimlik artışın sağlık okuryazarlığında 0.138'lik bir artışa neden olacağı belirlenmiştir (Tablo 5).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yaşlı bireylerde sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesine yönelik olarak sağlıklı davranış biçimlerinin benimsenmesi, sağlıklı ve aktif yaşlanma ülkemizde giderek artan yaşlı nüfusun sağlıklı yaşlı bireylerden oluşmasının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısının, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde etkili olduğuna dikkat çekmektedir.

Araştırmada sonuç olarak sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında orta derecede, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu ve alt boyutların genel düzeyleri arasında pozitif etkileşimler olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığının artması ve sağlık algısının yükselmesinin bakım gereksinimi duymayan ve kendi kendine bakabilen böylece sağlıklı ve bağımsız yaşayabilecek yaşlı bireylerin oluşmasına katkı sağlayacağı, bu durumun da yaşlı bireylerin kendilerine ilişkin sağlık yönetimlerini gerçekleştirmelerini kolaylaştıracağı düşünülmektedir. Böylece, sağlık sisteminin içerisinde güçlendirilen yaşlı bireylerin, mevcut sistemin geliştirilmesi yönünde olumlu etkileri gözlenebilecektir. Yaş alma ile birlikte yaşamda sağlık riskleri artarken, sağlık harcamaları da artmaktadır. Yaşlı bireylerin bakım gereksinimi veya hastalık nedeniyle artan sağlık talepleri hem onların sağlık bakım harcamalarının artmasını hem de kamusal sağlık harcamalarının artmasını etkilemektedir. Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısının geliştirilmesi, onların sağlık hizmetlerinden daha etkili bir şekilde ve daha düşük maliyetle yararlanmasına yardımcı olacaktır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesinde genel eğitim düzeyinin yeri ve önemi akılda tutulmalı, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısının artırılması için onlara uygun eğitim seminerleri düzenlenmelidir. Sosyal medyada sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısının artırılmasına yönelik yaşlı bireylere uygun programlar düzenlenmelidir. Birçok yaşlı bireye uygun olabilen yazılı sağlık materyalleri, sağlık okuryazarlığı çok düşük olan yaşlı bireylerde

etkisiz olabilmektedir. Bu nedenle bu yaşlı bireylerde görsel materyaller ya da beceri geliştirebileceği uygulamaları içeren kalıcı öğrenme yöntemleri önerilebilir. Sağlık okuryazarlığının artması ve sağlık algısının güçlendirilmesi için yaşlı bireylerle açık ve anlaşılır iletişim kurulmalıdır.

Ülkemizde ve dünyada sağlık okur-yazarlığına yönelik farkındalık ve eğitim programlarına yönelik artan bir talep vardır. Yaşlı sağlığına yönelik sağlık okur-yazarlığı eğitimi, yaşlı bireylerin sağlık bilincini artırabilir, sağlık algısını güçlendirebilir ve sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik edebilir. Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığına yönelik pozitif ayrımcılık, yaşlı bireylerin sağlık bilgilerinin artırılması ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaştırılması açısından önemlidir. Bu yaklaşım, toplum sağlığını genel olarak iyileştirebilir ve yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırabilir.

KAYNAKLAR

- Alır Derbent, G., Büyüközmen, E., Akkaya, M. A. & Polat, Ö. (2023). Sağlık okuryazarlığı eğitiminin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmedeki yerine ilişkin bir uygulama: Foça İlçe Halk Kütüphanesi örneği. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(2), 388-417. <https://doi.org/10.54558/jiss.1344260>
- Aras, Z. & Bayık Temel, A. (2017). Evaluation of validity and reliability of the turkish version of health literacy scale. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 25 (2), 85-94. <https://dergipark.org.tr/en/pub/fnjin/issue/30823/333466>
- Aytaç, Ö. & Kurtdaş, M. Ç. (2016). Sağlık - Hastalığın toplumsal kökenleri ve sağlık sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-250. <https://doi.org/10.18069/fusbed.31544>
- Bayık Temel, A., Altuğ Özsoy, S., Uysal, A., Ergül, Ş. Vural, B. ve Yıldırım, B. (2002). Yaşlılarda sağlık anlayışı. *Aile ve Toplum*, 4(16), 95-105.
- Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, 12 (1), 61-68. <https://doi.org/10.20518/thsd.46492>
- Çimen, Z. & Bayık Temel, A. (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 33(3), 105-125.
- Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV & Rosenthal MP. (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *Journal of Community Psychology*, 35(5), 557- 561. <https://doi.org/10.1002/jcop.20164>
- Ertem, U., İrdesel, J. & Göktaş, N. (2021). Evaluatin of health literacy level and related factors in older adult patients. *Turkish Journal of Geriatrics*, 24(4), 490-498.
- Hazer O, Ateşoğlu L. (2019). Yaşlılarda sağlık okuryazarlığının başarılı yaşlanma üzerine etkisi: Ankara ili örneği. Akdemir N, editör. *Geriatric ve Gerontolojiye Disiplinlerarası Yaklaşım*. 1. Baskı. Türkiye Klinikleri; p.48-56.
- Kadıoğlu H, Yıldız A. (2012). Validity and reliability of turkish version of perception of health scale. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 32(1), 47-53. (in Turkish) <https://doi.org/10.5336/medsci.2010-21761>
- Kahraman B. B., Gorgulu Ü., Polat Ü., Ekenler S., Yılmaz E. & Sirin B. (2022). The relationship between health literacy and health perception in elderly living in nursing home in Turkey. *Turkish Journal of Geriatrics*, 25 (1),161-172.

- Kendir Çopurlar C. , Kartal M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 10 (1), 0-0. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjfm/issue/24141>.
- Kerkez, N. & Şahin, T. (2023). Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ilişkisinin incelenmesi üzerine bir araştırma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12 (2), 336-346. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1177899>
- Kozak, F. & Çevik Akyıl, R. (2021). Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi ilişkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4 (3), 122-132. <https://doi.org/10.54189/hbd.997788>
- Salar, S. & Duran S. (2023). Aile sağlığı merkezlerine başvuran yaşlı bireylerin e-sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(2), 396-412. <https://doi.org/10.21020/husbfd.1268108>
- Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.
- Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Kondilis B, Stoffels V, Osborne RH & Brand H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13, 948.
- Toçi E, Burazeri G, Sorensen K, Jerliu N, Ramadani N, Roshi E, & Brand H. (2013). Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional Kosovo. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 3(4), 1646- 1658.
- TÜİK. (2024). İstatistiklerle Yaşlılar, 2023. Yayın Tarihi :27 Mart 2024. Sayı: 53710. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-2022-49667>. Erişim Tarihi: 18.07.2024

Extended Abstract

Health literacy refers to the ability of older individuals to understand, interpret, and use health-related information to make health-related decisions. Older individuals with a high level of health literacy may also have a high perception of health. Health perception, which is a concept that encompasses all of the thoughts, feelings, prejudices, and expectations of elderly individuals regarding their health, emerges as an important motivational source of health-related beliefs and perceptions, as well as health literacy, in improving public health. The fact that the proportion of the elderly population in the total population exceeds 10.0% is an indicator of the aging of the population. The elderly population in Turkey has increased at a higher rate than the population in other age groups. The population aged 65 and over, which is considered the elderly population, increased to 10.2% in 2023. In Turkey, mortality rates have increased in elderly individuals due to obesity, circulatory system, respiratory system, benign and malignant tumors. This reveals the importance of health literacy and health perception. This study was planned and carried out to examine the relationship between health literacy and health perception in elderly individuals living at home. The study population comprised individuals aged 65 and older living at home in the Çankaya and Etimesgut districts of Ankara. The study sample included 200 older adults who participated voluntarily and were selected using the convenience sampling method. In the study, the "Demographic Information Form," created by the researchers, the "Health Literacy Scale" of Aras and Bayık Temel (2017) and the "Health Perception Scale," adapted to Turkish by Kadioğlu and Yıldız (2012) were used. The Health Literacy Scale consists of four subscales: Access to Information, Understanding, Appraisal/Evaluating/Evaluating and Applying/Using Information. The Cronbach's alpha values were found as 0.92, 0.89, 0.91, 0.85, and 0.96 respectively. The Health Perception Scale consists of four subscales: Locus of Control, Self-awareness, Certainty, and the importance of health. The Cronbach's alpha values were found as 0.71, 0.64, 0.79, and 0.49. The Cronbach's alpha for the whole scale was found to be 0.57. Descriptive statistical methods were employed to evaluate the data.

ANOVA and t-tests were used as hypothesis tests, while the Pearson correlation test was applied to assess the relationships between variables. Additionally, simple linear regression analysis was conducted to examine the effect of the independent variable on the dependent variable. First, the sample adequacy and the validity coefficients of the scales (Cronbach's Alpha) were calculated. It was observed that the sample was convenient and the scales were reliable. Slightly more than half of the elderly individuals included in the study were 69 years old or younger; 22.5% were in the 70-74 age group, and 26.0% were 75 years old or older. The ages of the elderly ranged from 65 to 95 years, with a mean age of 71.16 ± 6.26 years. More than half of the married elderly were married for 40-49 years, and the vast majority had children. The number of children of elderly individuals varied between 1 and 9 and the average number of children was 3.45 ± 1.62 . Most elderly individuals did not smoke. Elderly individuals with chronic diseases were 89.0%. Almost all the elderly individuals with chronic diseases stated that they received information about their chronic disease. Among the elderly individuals, 41.5% reported having regular health check-ups, and 88.0% stated that they were consistently using medication. Two different scales were used to determine the health literacy and health perception levels of elderly individuals. The lowest mean score from the health literacy scale was 31, while the highest score was 115 and the calculated arithmetic mean of the scale was 62.10 ± 20.56 . On the health perception scale, the average lowest score was 24 and the highest score was 72. The calculated arithmetic mean of the scale was 50.27 ± 7.04 . The average scores of the health literacy scale of the elderly individuals showed that those aged 75 or older had the highest average score and there was a significant relationship between all age groups. According to the average scores of the health perception scale, elderly individuals in the 70-74 age group had the highest average score. It was determined that there was a relationship between elderly individuals aged 69 years and younger and those in the 70-74 age group, as well as elderly individuals aged 69 years and younger and elderly individuals aged 75 years or older. Health literacy of elderly individuals was associated with the duration of marriage and was found among elderly individuals who had been married for 40-49 years and those who had been married for 50 years or more. There was no relationship between health perception and the duration of marriage of the elderly. There was no relationship between the health literacy of elderly individuals and the status of having children, smoking, or receiving information about chronic diseases. A statistically significant relationship was found between the health literacy of elderly individuals and their social security status, chronic disease status, regular health check-up status and the status of medication they use continuously. Pearson correlation analysis was performed to examine the relationship between health literacy and health perception of elderly individuals, and it was seen that there was a moderate, positive, and significant relationship between health literacy and health perception in general. It was found that the level of health perception explained 15.9% of health literacy. Accordingly, it was determined that a one-unit increase in the health perception levels of elderly individuals would cause an increase of 0.138 in health literacy. In Turkey, there is an increasing demand for awareness and education programs for health literacy. Health literacy education for elderly health can increase the health awareness of elderly individuals, strengthen the perception of health, and promote healthy lifestyles.