

ARAŞTIRMA MAKALESİ

KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mesut TELEŞ*
Sıdıka KAYA**


ÖZ

Sağlık okuryazarlığının önemli olduğu alanlardan bir tanesi kronik hastalık yönetimidir ve kardiyovasküler hastalıklar en yaygın olan kronik hastalıklar arasında yer almaktadır. Bu çalışmanın amacı kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesidir. Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniklerine 3 Ağustos 2015 – 15 Eylül 2015 tarihleri arasında başvuran hastalar oluşturmaktadır. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemede The European Health Literacy Survey Consortium (2012) tarafından geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Araştırması-Avrupa Birliği (SOYA-AB) anketi kullanılmıştır. SOYA-AB anketi 47 maddeden oluşmaktadır. Araştırmada kota örnekleme yöntemiyle 537 hastaya ulaşılmış, sağlık okuryazarlığı indeks hesaplamaları için geçerli cevap sayısı yeterli olan 530 hasta sağlık okuryazarlığı indeks puanı hesaplamalarında analizlere dâhil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri sayı, yüzde, ortalama±standart sapma ve ortanca (25.-75. yüzdeler) değerleri ile incelenmiştir. Bu çalışmada, hastaların sağlık okuryazarlığı ölçeği maddeleri ile ilgili değerlendirmeleri “zor, kolay, bilmiyor” olmak üzere üç seçenek üzerinden değerlendirilmiş, bu değerlendirmelerde sayı ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı indeksleri arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısıyla incelenmiş, hastaların sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testleri kullanılmıştır. Araştırmada hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması 50 üzerinden 31,3±10,3'tür. Hastalar genel sağlık okuryazarlığı indeks puanına göre nitelendirildiğinde yaklaşık her beş hastadan ikisi (%41,9) yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde iken her beş hastadan üçü (%58,1) ise yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Daha yaşlı, eğitim düzeyi, hanehalkı geliri ve sosyal statü algısı daha düşük, il merkezinde yaşamayan, istihdam durumu çalışmayan olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha düşüktür. Çalışma sonunda, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastaların sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesi ve bununla ilgili olarak hastane yönetimi, sağlık çalışanları, hasta yakınları ve toplumun tüm kesimlerinde farkındalığın artırılması yönünde önerilerde bulunulmuştur.


Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı düzeyleri, kardiyoloji, hastalar

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, mesutteles@ohu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3255-0096>

** Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sdkaya@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1495-9373>

Gönderim Tarihi: 09.07.2019

Kabul Tarihi: 12.09.2019

Atıfta Bulunmak İçin:

Teleş, M., Kaya, S. (2019). Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(4): 711-748.

EVALUATION OF HEALTH LITERACY IN PATIENTS WHO PRESENTED TO CARDIOLOGY POLYCLINICS

Mesut TELEŞ*
Sıdıka KAYA**

ABSTRACT

One area in which the value of health literacy has been much advocated is the management of chronic disease and cardiovascular diseases are among the most common chronic diseases. The purpose of this study is to evaluate health literacy in patients who presented to cardiology polyclinics. The population of the study was patients who were admitted to cardiology polyclinics of a university hospital in Ankara between August 3, 2015 and September 15, 2015. The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) developed by the European Health Literacy Survey Consortium (2012) was used to determine the level of health literacy of patients. The HLS-EU-Q consists of 47 items. In the study, 537 patients were identified by quota sampling and 530 patients who had sufficient valid answers for health literacy index calculations were included in the analysis of health literacy index score calculations. Sociodemographic characteristics of the patients were examined by frequency, percentage, mean±standard deviation, median (25th-75th percentiles) values. In this study, the evaluations of the health literacy scale items of the patients were evaluated according to three options; difficult, easy and don't know. In these evaluations, frequency and percentage values were used. The relationship between health literacy indices was examined by Pearson correlation coefficient and Chi-square tests were used to compare health literacy levels of patients by their sociodemographic characteristics. The average general health literacy index score of the patients was 31.3±10.3 out of 50. When the patients were classified according to general health literacy index score; approximately 2/5 (41.9%) of the patients had sufficient or excellent health literacy levels, and 3/5 (58.1%) had insufficient or limited health literacy levels. Patients who were older, had lower educational level, household income and perception of social status, weren't living in a provincial center and weren't working had lower health literacy levels. As a result of the study, it has been suggested to improve health literacy skills of patients with low health literacy levels and thus to raise awareness among hospital managers, health care workers, patient relatives and all segments of society.

Key Words: Health literacy, health literacy levels, cardiology, patients.

ARTICLE INFO

* Niğde Ömer Halisdemir University, mesutteles@ohu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3255-0096>

** Hacettepe University, sdkaya@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1495-9373>

Received: 09.07.2019

Accepted: 12.09.2019

Cite This Paper:

Teleş, M., Kaya, S. (2019). Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(4): 711-748.

I. GİRİŞ

Genel olarak okuryazarlık, bir kişinin toplumda işlevlerini yerine getirebilmesi, hedeflerine ulaşabilmesi, bilgi ve potansiyelini geliştirebilmesi için basılı ve yazılı bilgileri kullanabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Sørensen et al. 2012). Başka bir tanıma göre okuryazarlık, hem belirli bir dilde okuma ve yazma için gerekli olan minimal gereklilik, hem de günlük yaşamda okuma ve yazmanın kullanımını hakkındaki bir düşünce seti ya da düşünme şeklidir (Ingram 2010).

Sağlık okuryazarlığı, eğitim ve sağlığa işaret eden bir dizi farklı okuryazarlık türlerinden birisidir. Diğer okuryazarlık türlerine kültürel okuryazarlık, teknoloji okuryazarlığı, medya okuryazarlığı ve bilimsel okuryazarlık örnek verilebilir. Bütün bu okuryazarlık türlerinin her biri farklı beceri ve yeteneklerin kazanılmasını gerektirir. Bunların hepsi bir temelin üzerine inşa edilmiştir ve genel okuryazarlıkla yakından ilişkilidir. Genel okuryazarlık sağlığın önemli bir belirleyicisi olmasına rağmen sağlık okuryazarlığı kavramı gelişmiştir, çünkü bugünün tüketicileri, karşılaştıkları bazı karmaşık sağlık ve sağlık sistemi sorunlarını yönetebilmek için genel okuryazarlık becerilerinden çok daha fazlasına ihtiyaç duymaktadırlar (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC] 2013).

“Okuryazarlık” ve “sağlık okuryazarlığı” terimleri birçok kişi tarafından birbirinin yerine kullanılabilir. Bu durum, sağlık okuryazarlığı alanına yeni olan kişiler için kafa karıştırıcı olabilmekte ve sağlık sonuçları bağlamında, okuryazarlık ile sağlık okuryazarlığı arasında ayırım yapmanın gerekli olup olmadığı konusunda bir soruyu akla getirmektedir (Ploeg 2012). Sağlık okuryazarlığının temel okuryazarlık seviyesine bağlı olduğu ve bilişsel gelişimle ilişkili olduğu açıktır (Onotai 2008). Elbette her ikisi arasında yadsınamaz ve iyi derecede belgelenmiş bir ilişki vardır ve genel okuryazarlık becerileri sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir, fakat yüksek bir genel okuryazarlık doğrudan yüksek bir sağlık okuryazarlığı ile ilişkili değildir (ACSQHC 2013; Ploeg 2012). Yani, okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı yakından ilişkili ancak aynı değildirler. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde lise mezunlarının yaklaşık %45’i sınırlı sağlık okuryazarıdır (U.S. Department of Health and Human Services 2010).

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu çalışmaların çoğunun da belirli bir hasta ya da hastalık grubundan ziyade toplumun genelinden seçilen örneklem üzerinde yapıldığı ve daha çok katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyesini belirleyen tanımlayıcı çalışmalar olduğu; kardiyoloji hastaları üzerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise bu çalışmada kullanılan ölçekten farklı bir ölçek kullanılarak yapılan sadece bir çalışmanın (Üçpınar 2014) olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın amacı, alandaki bu eksiklikler dikkate alınarak, bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesidir. Aşağıda öncelikle sağlık okuryazarlığı kavramı ve sağlık okuryazarlığının kavramsal yapısı açıklanmış, sonrasında sağlık okuryazarlığının önemi anlatılmıştır.

1.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlık okuryazarlığı kavramı, 1970’li yıllarda ortaya çıkmasına rağmen, 1990’lı yıllarda akademik araştırmalarda yer almasıyla birlikte gelişimi bir ivme kazanmıştır (ACSQHC 2013). Bir kişinin sağlık bilgisini okuma ve kavrama yeteneği, 1990’lı yıllarda sağlık eğitim araştırmalarının odak noktası olmuştur (Ingram 2010). Sağlık okuryazarlığının tanımı ve kavramsallaşması onun kısa tarihi boyunca önemli değişikliklere uğramış, Mancuso (2009) sağlık okuryazarlığının kısa tarihçesini şu ifadeleriyle özetlemiştir: “Sağlık okuryazarlığı bir kişinin eleştirel düşünmesi, problem çözmesi, karar vermesi, bilgiyi araştırması ve iletişim

kurabilmesi için gerekli olan ve sağlık sistemi içerisinde işlevlerin yerine getirilebilmesi için zorunlu olan çok sayıda sosyal, kişisel ve bilişsel beceriler ile birlikte okuma ve sayısal düşünebilme becerilerinden meydana gelmiştir. Buna ek olarak sağlık okuryazarlığı kültür, günün koşulları ve dil alanlarının içerisinde gelişmiştir.”

Sağlık okuryazarlığı yeni bir kavramdır ve sağlık okuryazarlığı tanımı konusunda bir görüş birliği bulunmamaktadır (Mahmud 2013). Benzer şekilde kavramın kavramsal çerçevesi konusunda da görüş birliği bulunmamaktadır ve bu durum kavram konusunda karışıklığın ve tartışmanın kaynağını oluşturmaktadır (ACSQHC 2013). Kavramının karmaşıklığından dolayı Avustralya Sağlık Hizmetleri Güvenlik ve Kalite Komisyonu (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care -ACSQHC- 2013) tarafından sağlık okuryazarlığının tanımı için iki farklı kavram kullanılmıştır: Bireysel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı çevresi.

1. Bireysel sağlık okuryazarlığı (Individual health literacy): Sağlık ve sağlık hizmeti konusunda etkili kararlar alabilmek ve uygun davranışlar sergileyebilmek için sağlık bilgisine erişme, onu anlama, değerlendirme ve uygulamada tüketicinin (consumer) bilgisi, motivasyonu ve yeterlidir. Bireysel sağlık okuryazarlığı sağlıklı beslenme için hangi besinlerin alınması gerektiği, bir kardiyak rehabilitasyon destek grubuna katılmak için motive olabilme ve bir doğum öncesi kliniğinden randevu alarak gerekli yeterlikleri kazanma gibi bir dizi beceri, davranış ve aktiviteleri kapsamaktadır. Bireysel sağlık okuryazarlığı hem kişisel, sosyal, kültürel ve çevresel koşullardan, hem de sağlık sistemi ve günlük yaşam içinde bireylerin spesifik amaç ve görevinden etkilenmektedir. Bireysel sağlık okuryazarlığı statik değildir, durumsal koşullara göre değişebilir. Buna hastalık, stres veya kişinin hayatını nerede yaşadığı örnek verilebilir.
2. Sağlık okuryazarlığı çevresi (Health literacy environment): Sağlık sistemi içerisinde mevcut olan altyapı, politikalar, süreçler, materyaller ve ilişkiler tüketicilerin sağlık ve sağlık hizmeti konusunda etkili kararlar alabilmesi ve uygun davranışlar sergileyebilmesi için onların sağlık bilgisi ve hizmetini anlamasını, yönlendirebilmesini ve kullanabilmesini çok kolay ya da çok zor hale getirebilmektedir. Sağlık okuryazarlığı çevresi hem yerel, bölgesel ve ulusal seviyede sistemleri, politikaları, prosedürleri ve protokolleri, hem de hastanelerin tasarımı ve düzenlenmesi, kronik hastalığı olan hasta gruplarının desteklenmesi ve tüketiciler için eğitim gibi konuları kapsamaktadır. Sağlık okuryazarlığı çevresi aynı zamanda, sağlık hizmeti tüketicileri ve sunucuları arasında var olan iletişim süreçlerini ve ilişkileri de içermektedir. Örneğin; karar alma sürecinin paylaşılması, sağlık hizmeti sunucularının konsültasyon süresince bireysel tüketiciler için kişiye özel bilgi vermesi ya da bu bilgilerin tüketiciler tarafından anlaşıldığının kontrol edilmesi gibi.

ACSQHC (2013)'ye göre, tüketicilerin sağlık ve sağlık hizmeti konusunda etkili kararlar alması ve uygun davranışlar sergilemesi, güvenli ve yüksek kaliteli bir sağlık sistemine katkıda bulunacaktır. Tüketicilerin bireysel sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olmalıdır ve bunun için de sağlık okuryazarlığı çevresi onları desteklemeli ve güçlendirmelidir. Bu da sağlık okuryazarlığı konusundaki sorumluluğun politika yapıcılara, sağlık hizmeti sunucularına ve tüketicilere ait olduğu anlamına gelmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (2018) göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla bilgiye ulaşması, onu anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesidir. ABD'de Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine [IOM] 2004) tarafından yapılan tanıma göre ise sağlık okuryazarlığı, bireylerin uygun sağlık kararlarını alabilmeleri için ihtiyaç duyulan temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesidir. Sørensen ve diğerleri (2012) çok

sayıda araştırmayı inceleyerek yapmış oldukları içerik analizi sonucunda sağlık okuryazarlığı tanımlarının özelliklerinin: 1) yeterli, beceriler ve yetenekler, 2) eylemler, 3) bilgi ve kaynaklar, 4) hedef, 5) bağlam ve 6) zaman olmak üzere altı kümede toplanabileceğini belirtmişler ve sağlık okuryazarlığının kapsamlı açıklamasını şu şekilde yapmışlardır: “Sağlık okuryazarlığı; okuryazarlık ile ilişkilidir ve insanların hayatı boyunca yaşam kalitesini devam ettirmesi ve geliştirmesi için günlük hayatta sağlık hizmetleri, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili yargıda bulunması ve kararlar alması amacıyla sağlık bilgisine erişme, sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve uygulama için onların bilgisini, motivasyonunu ve yeterliliklerini gerektiren bir kapsama sahiptir.”

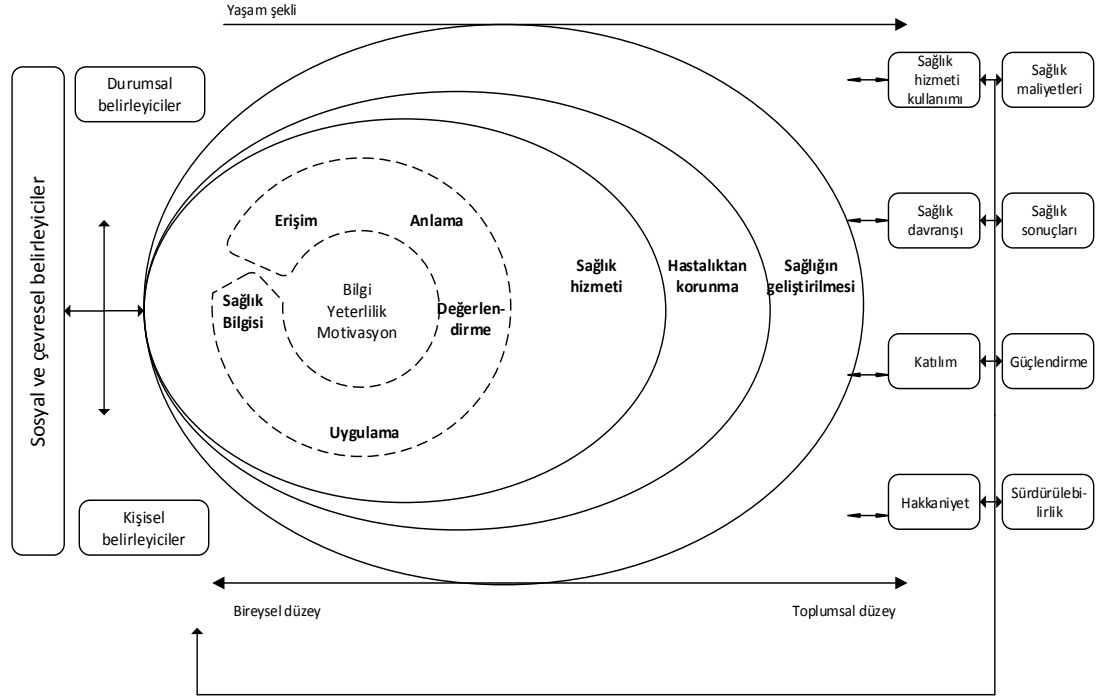
Bu açıklamanın kapsamı daha çok halk sağlığı bakış açısına sahiptir ve sağlığın üç boyutunun, yani “hasta olma, risk altında olma ve sağlıklı kalmanın” “sağlık hizmeti, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi” ile ikame edildiğinde bireysel yaklaşımla çok kolay karşılaştırılabilir olduğu görülmektedir (Sørensen et al. 2012). Bu bağlamda değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olup karmaşık okumaları, dinleyip anlamayı, analitik düşünme ve karar verme becerisini ve bu beceriyi sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi içerir (Durusu-Tanrıöver ve diğerleri 2014).

1.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Yapısı

Sağlık okuryazarlığı kavramsal çerçevelerinin her biri sağlık okuryazarlığı becerilerinin sağlık sonuçlarına olan etkisi ve gelişimi hakkında önemli katkılar sağlamıştır (Squiers 2012). Ancak, literatürde karşılaşılan çok sayıda sağlık okuryazarlığı kavramsal modellerinden hiçbiri değişen sağlık okuryazarlığı tanımlarına ve bu tanımların ima ettiği yeterliliklere gerektiği kadar kapsamlı bir şekilde değinmemiştir. Bu durumun muhtemel sebebi, sağlık okuryazarlığını kavramsallaştırma girişimlerinde bugüne kadar sağlık okuryazarlığı konusunda farklı bakış açıları kapsayan mevcut bilgilerin entegrasyonunun başarısız olmasıdır. Bu eksikliği gidermek için, Sørensen ve diğerleri (2012) tarafından, mevcut çok sayıda sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli incelendikten sonra, bu modellerin ana boyutlarını içeren entegre sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli geliştirilmiştir (Şekil 1).

Model, sağlık okuryazarlığının temel boyutlarını ana hatlarıyla ortaya koyan nitelikleri birleştirmektedir. Model hem sağlık okuryazarlığına etki eden yakın (proksimal) ve uzak (distal) faktörleri, hem de sağlık okuryazarlığını sağlık sonuçlarına bağlayan yolları göstermektedir (HLS-EU Consortium 2012). Modelde sağlıkla ilgili bilgiye erişim, onu anlama, değerlendirme ve uygulama süreçlerine ilişkin yeterlilikler gösterilmekte ve bu yeterliliklerin her biri sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu temsil etmektedir. Bu boyutlar ise belli beceriler gerektirmektedir. Bir bireyin sağlık okuryazarı olabilmek için öncesinde sahip olması gereken beceriler işlevsel, interaktif, özerk, bilgisel (enformasyonel), bağlamsal ve kültürel yetkinlik olarak tanımlanmıştır. Model, sağlık okuryazarlığının bileşenlerine ek olarak, onun gerisindeki ana etmenleri ve sonuçları da göstermektedir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerden uzak faktörler sosyal ve çevresel belirleyicileri (demografik durum, kültür, dil, politik güçler ve toplumsal sistemler gibi), yakın faktörler ise daha çok kişisel belirleyicileri (yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum, eğitim, meslek, istihdam, gelir, okuryazarlık gibi) ve durumsal belirleyicileri (sosyal destek, aile ve akran etkileri, medya kullanımı ve fiziksel çevre gibi) kapsamaktadır. Sağlık okuryazarlığının sırasıyla sağlık davranışları ve sağlık hizmetleri kullanımını etkilemesinin toplumdaki sağlık sonuçları ve sağlık maliyetleri üzerinde etkisi olacaktır (Sørensen et al. 2012).

Şekil 1. SOYA-AB Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli



Kaynak: HLS-EU Consortium (2012).

HLS-EU Consortium (2012) tarafından oluşturulan modele göre, sağlık bilgisinin kullanılma sürecine işaret eden dört boyutun (erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama) üç farklı alanla (sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) olan kombinasyonu sonucunda, Tablo 1’de gösterildiği gibi sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutlu bir matrisi oluşmuştur.

Tablo 1. SOYA-AB Kavramsal Modeline Dayalı Sağlık Okuryazarlığı Alt boyutları Matrisi

Sağlık Okuryazarlığı	Sağlıkla ilgili bilgiye erişim	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama
Sağlık Hizmeti	1. Tıbbi veya klinik konularla ilgili bilgiye ulaşabilme becerisi	2. Tıbbi bilgiyi anlama ve tıbbi bilgidan anlam türetebilme becerisi	3. Tıbbi bilgiyi yorumlama ve değerlendirebilme becerisi	4. Tıbbi konular hakkında bilinçli karar verebilme becerisi
Hastalıktan Korunma	5. Risk faktörleri ile ilgili bilgiye ulaşabilme becerisi	6. Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi anlama ve risk faktörlerinden anlam türetebilme becerisi	7. Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi yorumlama ve değerlendirebilme becerisi	8. Risk faktörleriyle ilgili bilgiler hakkında karar verebilme becerisi
Sağlığın Geliştirilmesi	9. Sağlıkla ilgili konularda kendini güncelleyebilme becerisi	10. Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ve bu bilgidan anlam türetebilme becerisi	11. Sağlıkla ilgili konuları yorumlama ve değerlendirebilme becerisi	12. Sağlıkla ilgili konularda görüş yansıtabilme becerisi

Kaynak: HLS-EU Consortium (2012).

Model aslında sağlıkla ilgili erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama süreçlerine ilişkin yeterlilikleri göstermektedir. Bu yeterliliklerin her biri sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu temsil etmekte, belirli bilişsel yetenekler gerektirmektedir. Erişim, sağlık bilgisini araştırma, bulma ve elde etme becerisine; anlama, ulaşılan sağlık bilgisini kavrama becerisine; değerlendirme, elde edilen sağlık bilgisini yorumlama, filtreleme, yargılama ve değer biçme becerilerine ve uygulama sağlığı devam ettirme ve koruma için karar vermede iletişim ve bilgiyi kullanabilme becerisine işaret etmektedir.

Modele göre sağlık okuryazarlığı alanları; sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanı, hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı alanı ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı alanı olmak üzere üç farklı alandan oluşmaktadır ve bireylerin bu alanlardaki sağlık okuryazarlığı becerileri farklılık gösterebilmektedir. Sağlık hizmeti alanı içerisindeki sağlık okuryazarlığının dört boyutu; tıbbi ya da klinik konularla ilgili bilgilere ulaşma, tıbbi bilgileri anlama, yorumlama ve değerlendirme, tıbbi konularda bilinçli kararlar alabilme ve tıbbi tavsiyelere uyabilme becerilerini kapsamaktadır. Hastalıktan korunma alanı içerisindeki sağlık okuryazarlığının dört boyutu; özellikle sağlık risk faktörleriyle ilgili bilgilere ulaşma, bu bilgileri anlama, bu bilgilerden sonuç çıkarma, bu bilgileri yorumlama, değerlendirme ve bilinçli kararlar alabilme becerilerini içermektedir. Sağlığın geliştirilmesi alanı içerisindeki sağlık okuryazarlığının dört boyutu; özellikle sosyal ve fiziksel çevre içerisinde sağlığın belirleyicileri konusunda bir kişinin kendisini düzenli olarak güncelleyebilmesi, sağlığın belirleyicileriyle ilgili bilgileri anlayabilmesi, bu bilgilerden sonuç çıkarabilmesi, bu bilgileri değerlendirmesi, yorumlaması ve bilinçli kararlar alabilme becerilerini içermektedir. Sørensen ve diğerleri (2012), sağlık okuryazarlığının boyutları incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının; sağlık hizmeti, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında bireylerin güçlendirilmesini geliştirmeye yarayan bir araç olduğunu belirtmektedir.

1.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarı bir kişi sağlık, tıp, bilimsel bilgi ve kültürel inançlar hakkında devam eden genel ve özel diyaloglara rahatlıkla katılabilir. Sağlık okuryazarlığı en karmaşık insan becerileri gibi kişinin ömrü boyunca gelişmeye devam eder ve sağlık statüsünün yanı sıra demografik, sosyopolitik, psikososyal ve kültürel faktörlerden etkilenir. Böylece sağlık okuryazarlığının faydaları ev, iş, toplum ve kültür gibi hayatın bütün aktivitelerini tamamiyle etkiler. Bu durum, Ottawa Sağlığın Teşviki Sözleşmesi'nde ifade edildiği gibi; "sağlık yaşamın amacı değil, hayatın kaynağıdır" sözüyle tamamen uyumludur (Zarcadoolas et al. 2005).

Sağlık okuryazarlığı kaliteli bakım için bir temeldir ve IOM (2001)'nin "Kalite Uçurumu Raporu: 21. Yüzyıl İçin Yeni Bir Sağlık Sistemi (Quality Chasm Report: A New Health System For The 21st Century)" isimli raporunda açıklanan kalite iyileştirmenin 6 amacından üçü ile ilişkilidir. Bunlar; güvenlik, hasta merkezli bakım ve adil tedavidir. Güvenlik, sağlık hizmeti alan ve yardım etme niyeti olunan hastalarda yaralanmaların önlenmesidir (IOM 2001). Sağlık okuryazarlığı açısından, örneğin hastalara ilaç tedavisinin verildiği anda sade bir dilin ve öğrenileni geri anlatma tekniğinin kullanılması, ilaç hatalarını azaltmaya ve uyumu artırmaya yardımcı olabilir (Abrams 2014). Hasta merkezli bakım, bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı ve tüm klinik kararlarda hasta değerlerini dikkate alacak şekilde sağlık hizmetinin sunulmasıdır (IOM 2001). Hastaların seçenekleri anladığından emin olma ve karar verme sürecine dâhil edilmeleri, onların ihtiyaç duyduğu ve istediği bakımı alabilmelerine yardımcı olur. İnsanların yaşam tarzlarını anlamak, öz bakım bilgilerini (self-care information) kullanılabilir hale getirebilmek ve kişisel eylem planlarını ayarlamaya yardımcı olabilmek için önemlidir (Abrams et al. 2014). Adil tedavi, sağlık hizmetinin cinsiyet, etnik köken, coğrafi konum ve sosyoekonomik statü

gibi kişisel özelliklerden dolayı kalitesinin değişmeyeceği şekilde sunulmasıdır (IOM 2001). Sağlık okuryazarlığı açısından iletişimi ele alacak olursak, anlaşılır iletişim sağlık adaletsizliklerini ortadan kaldırma, kültürel ve dilsel yetkinlikleri inşa etme çabalarının anahtarı konumunda olacaktır. Bu durum, yorumlama ve çeviri hizmetleri süresince kültürel ve dil farklılıklarını anlamayı ve bu farklılıklara yanıt vermeyi içermektedir (Abrams et al. 2014).

Sağlık okuryazarlığı giderek akreditasyon kuruluşları tarafından da kabul edilmektedir. The Joint Commission (2007) sağlık okuryazarlığının önemini; “Hasta bakımında, düşük sağlık okuryazarlığının ve etkisiz iletişimin negatif etkileri minimize edilmeksizin hastaların güvenliği garanti edilemez.” şeklinde açıkça ifade etmektedir.

Düşük sağlık okuryazarlığı becerileri sadece tüketiciler (sağlık hizmeti tüketicileri) ve toplum için problemlidir. Diğer taraftan, bazı sağlık profesyonelleri de düşük sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olabilirler; örneğin sağlık profesyonellerinin sağlık hizmeti tüketicilerine ve topluma sağlık sorunlarını anlaşılır bir biçimde açıklayabilme yetenekleri zayıf olabilir. Sağlık hizmeti tüketicilerinin anlayabilme becerisi ve sağlık profesyonellerinin arasındaki bu uyumsuzluk istenmeyen olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilir (Johnson 2014).

Düşük sağlık okuryazarlığının sağlık durumu üzerindeki etkisinin yanı sıra, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde ekonomik etkileri vardır (Health Service Executive (HSE), National Adult Literacy Agency [NALA] 2009). Düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinin; sağlık personeli tarafından söylenenleri anlayabilmede zayıflığa, önerilen ve söylenenleri yerine getirmede zorluklara, sağlık hizmetine erişimde problemlere neden olduğu görülmüştür. Ayrıca, kronik hastalıkların ortaya çıkışında artış, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanılması, acil servis başvurularının artması gibi ciddi sorunlara yol açabilmektedir (Özkan 2014). Birçok araştırmadan elde edilen sonuçlar düşük sağlık okuryazarlığının daha kötü sağlık statüsü, artan hastaneye yatış ve sağlık hizmeti kullanımı, yanlış ilaç kullanımı, sağlık eğitimine düşük duyarlılık ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanımıyla (aşılar dâhil) ilişkili olduğunu göstermiştir (Austvoll-Dahlgren et al. 2013). Ayrıca, birçok araştırmada sağlık okuryazarlığının sağlık statüsünü belirlemede sosyoekonomik statü, yaş, eğitim seviyesi ya da etnik kökenden daha güçlü bir belirleyici olduğu bulunmuştur (Johnson 2014; Austvoll-Dahlgren et al. 2013; Harper 2013). Örneğin, Sudore ve diğerleri (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, sınırlı sağlık okuryazarlığının demografik, sosyo-ekonomik statü, komorbidite ve sağlık statüsü algısı değişkenleri kontrol altına alındığında bile ölüm riskiyle yaklaşık iki kat daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur (Akt. Johnson 2014). Görüldüğü üzere, sağlık okuryazarlığı toplum sağlığı için çok önemli olabilmektedir. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı için önemli olmasının sebepleri genel olarak altı başlıkta aşağıdaki gibi sıralanabilir (Kanj, Mitic 2009):

1. Etkilenen çok sayıda insan olması: Dünya’da yetişkin nüfusun yaklaşık %16’sı temel okuma-yazma becerisinden yoksun, bunların üçte ikisi ise kadındır. Tıpkı düşük okuryazarlığın düşük sağlık statüsüyle ilişkili olduğu gibi, düşük sağlık okuryazarlığı da sosyoekonomik dezavantajlara katkıda bulunmaktadır. Ayrıca, düşük sağlık okuryazarlığı bireylerin toplumla tam anlamıyla kaynaşmasının ve yaşam hedeflerine ulaşmasının önünde engeldir (Kanj, Mitic 2009). Birleşik Krallık’ta Ulusal Tüketici Konseyi (National Consumer Council) tarafından 2000 yetişkin üzerinde yapılan bir sağlık okuryazarlığı çalışmasında her beş kişiden birinin daha sağlıklı olabilmek için gerekli olan basit bilgileri bile anlamakta zorlandığı bulunmuştur (Kanj, Mitic 2009; Kickbusch et al. 2005).
2. Kötü sağlık sonuçları: Sağlık okuryazarlığı insanlar için önemli bir yaşam becerisidir. İnsanlara bilgiyi araştırmada ve kullanmada, sağlıklarını kontrol altına almada yardımcı

olur (Kickbusch et al. 2005). Sağlık okuryazarlığı hasta katılımı için temeldir. Eğer insanlar temel sağlık bilgilerini elde edemez, işleyemez ve anlayamazsa, kendi kendilerine bakmaları mümkün olmayacak ya da sağlıkla ilişkili yerinde kararlar alamayacaklardır. Sağlık okuryazarlığını yükseltme sağlık eşitsizliğiyle mücadelede büyük önem taşımaktadır. Düşük sağlık okuryazarlığı olanlar daha kötü sağlık statüsüne ve daha yüksek hastaneye yatış oranına sahiptirler, belirlenen tedaviye ve bakım planına daha az uyum sağlarlar, ilaç ve tedavi hatasına daha fazla maruz kalırlar ve koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanırlar. Yapılan bazı çalışmalarda yetersiz sağlık okuryazarlığı ile artan ölüm oranları ve hastaneye yatış oranları arasında ilişki olduğu bulunmuştur.

3. Kronik hastalık oranının artması: Kronik hastalıkların toplam hastalık yükünün yaklaşık yarısını (%47) oluşturduğu tahmin edilmektedir. Sağlık okuryazarlığı kronik hastalığın öz-yönetiminde hayati bir rol oynar. Bireyler kronik ya da uzun dönemli hastalıklarını yönetebilmek için karmaşık tıp rejimlerini içeren, yaşam tarzını planlayan ve ona yön veren, bilinçli karar vermeyi ve gerektiğinde sağlık hizmetine nasıl ulaşabileceğini söyleyen sağlık bilgilerini anlamalı ve değerlendirebilmelidir. Bu alanlardaki beceri eksikliği birçok hastanın etkili bir öz-yönetimde bulunabilmesine engel olmaktadır (Kanj, Mitic 2009).
4. Sağlık hizmeti maliyetleri: Düşük sağlık okuryazarlığı önemli bir ekonomik sorundur (Kickbusch et al. 2005). Düşük sağlık okuryazarlığının maliyeti ile ilgili yapılan ilk sistematik çalışmaya göre, sınırlı sağlık okuryazarlığının yarattığı ek maliyet yıllık toplam sağlık hizmeti maliyetinin %3-5'i arasında değişmektedir. Kısıtlı sağlık okuryazarı olan kişilerle yeterli seviyede sağlık okuryazarı olan kişiler karşılaştırıldığında, kısıtlı sağlık okuryazarlarının ilave yıllık sağlık hizmeti harcaması 143-7798 dolar arasında değişmektedir (Kanj, Mitic 2009). Düşük sağlık okuryazarlığının ABD ekonomisine yıllık maliyetinin ise 106-236 milyar dolar aralığında olduğu tahmin edilmektedir (HSE, NALA 2009). Birleşik Devletler'de düşük sağlık okuryazarı olan kişilerin yıllık ortalama sağlık hizmetleri maliyetinin yüksek sağlık okuryazarı olan kişilerin maliyetinden dört kat daha büyük olduğu tahmin edilmektedir (Harper 2013). Avrupa Birliği'nde yılda 700.000 ölüm ve 33 milyon hastalık vakası sağlık koşullarıyla ilişkili eşitsizliğe atfedilmektedir. Bunun sonucunda oluşan maliyetin toplam sağlık harcamalarının %20'sine ve sosyal güvenlik yardımlarının ise %15'ine denk geldiği tahmin edilmektedir. Sağlık eşitsizliklerinin nedenleri karmaşık olmakla birlikte, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin buna katkıda bulunan bir faktör olduğu belirtilmiştir (HSE, NALA 2009).
5. Sağlık enformasyon talepleri: Sağlam ve güvenilir bilgiye erişim sağlık okuryazarlığının temel taşıdır. Ancak iyi bir bilginin sağlanması genellikle yeterli olmamaktadır. Sağlık bilgilerinin sağlık davranışlarına çevrildiğinden emin olmak için doğru iletişim kanallarının oluşturulmasına ihtiyaç vardır (Kickbusch et al. 2005). Yapılan çalışmalara göre sağlıkla ilişkili materyallerin okunma seviyesi ile hedef kitlenin okuma becerisi arasında bir uyumsuzluk olabilmektedir.
6. Hakkaniyet: Bir kişinin okuryazarlık seviyesi eğitim, kişisel beceri, erken çocukluk dönemi, yaşlanma, yaşam ve çalışma koşulları, cinsiyet, kültür ve dil gibi birçok faktörden ve koşuldan etkilenmektedir. Okuryazarlığın bu belirleyicileri, sağlığın belirleyicileriyle de benzerlik göstermekte ve her bireyde farklı olduğundan, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri de değişiklik göstermektedir (Kanj, Mitic 2009). Sağlık okuryazarlığı sosyal sermayenin önemli bir parçasıdır ve düşük sağlık okuryazarlığı sağlık eşitsizliğine neden olmaktadır (Kickbusch et al. 2005). Düşük sağlık okuryazarlığı seviyeleri genellikle kişinin kendi sağlığını etkili bir şekilde yönetememesi, sağlık hizmetlerine etkili bir şekilde erişememesi ve kendisi için mevcut olan bilgileri anlayamaması ve böylece bilgilendirilmiş sağlıklı kararlar verememesi anlamına gelir. En kötü sağlık sonuçlarına sahip olan bireylerin sağlık okuryazarlığının artırılması, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında önemli bir araçtır (Kanj, Mitic 2009).

Genel olarak, düşük sağlık okuryazarlığının sanılandan daha yaygın olduğu ve bireysel sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan insanların olumsuz sonuçları yaşama olasılıklarının 1,5-3 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (ACSQHC 2013). Kanser, diyabet gibi bulaşıcı olmayan bir hastalık türü olan kalp hastalığı değiştirilebilir çok sayıdaki risk faktörüyle, özellikle de fiziksel aktivitenin yokluğu, kötü beslenme alışkanlıkları, sigara içme ve alkol kullanımı gibi davranışsal belirleyicilerle ilişkiliyken sağlık okuryazarlığı da bu tür sağlık davranışlarıyla ilişkilidir (WHO 2013). Kardiyovasküler hastalıklardan iskemik kalp hastalığı ve felç, 2016 yılında toplam 15,2 milyon ölüme neden olmuştur. Bu hastalıklar, son on beş yıl içinde küresel olarak ölüme neden olan hastalıkların başını çekmektedir (WHO 2019). Kardiyovasküler hastalıklar %30 ile tüm ölümlerin, %50 ile de kronik hastalıklardan kaynaklanan ölüm sebeplerinin başında gelmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2009). Türkiye’de kalp hastalıkları 2016’da %40 ile tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013; Türkiye İstatistik Kurumu 2018). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2023 yılında koroner kalp hastalığı için risk grubu olarak kabul edilen 40 yaş ve üstü nüfusun %39,7 oranında artacağını tahmin etmektedir. Yaşlanan nüfusla beraber kronik hastalıkların topluma getireceği yük, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Sağlık programlarındaki değişikliklerin başarıya ulaşması için özellikle en yüksek riskli hastalar hedef alınmalıdır (Akalin ve diğerleri 2012). Sağlık okuryazarlığının önemli olduğu alanlardan bir tanesi kronik hastalık yönetimidir ve kardiyovasküler hastalıklar kronik hastalıklar denilince genellikle ilk aklı gelen hastalıklar arasında yer almaktadır (Doyle et al. 2012).

II. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Veri Toplama Aracı

Bu çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemede The European Health Literacy Survey Consortium (2012) tarafından geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Araştırması-Avrupa Birliği (SOYA-AB) anketi kullanılmıştır. SOYA-AB anketi 47 maddeden oluşmaktadır (Tablo 2, Tablo 7). Çalışmada, hastalara sosyodemografik özellikleriyle ilgili 8 soru (cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşadığı yer ve sosyal statü algısı) sorulmuştur (Tablo 6). SOYA-AB, sağlık süreçleriyle ilgili üç temel alanı (sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanı, hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı alanı ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı alanı) içerdiği ve her bir alanın sağlık bilgisi süreçleri ile ilgili 4 boyutu (sağlık bilgisine erişim süreci, sağlık bilgisini anlama süreci, sağlık bilgisini değerlendirme süreci ve sağlık bilgisini uygulama süreci) bulduğundan toplamda 12 alt boyuttan oluşmaktadır. SOYA-AB sağlık okuryazarlığı indisleri (HLS-EU Health Literacy Indices) genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları, sağlık bilgisi süreçleri ve sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutundan oluşmaktadır (Tablo 8) ve bunların her biri için ayrı ayrı indeks puanı hesaplanabilmektedir (HLS-EU Consortium 2012). Burada belirtilen sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının hesaplanabilmesi için katılımcıların SOYA-AB anketinin maddelerine verdikleri cevapların belirli bir sayının üzerinde geçerli olması gerekmektedir (Tablo 2). Buna göre; katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanının hesaplanabilmesi için 47 maddeden en az 43’ünün, sağlık okuryazarlığı alanlarından sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanı indeks puanının hesaplanabilmesi için 1-16 aralığındaki 16 maddeden en az 15’inin, hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı alanı indeks puanının hesaplanabilmesi için 17-31 aralığındaki 15 maddeden en az 14’ünün, sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı alanı indeks puanının hesaplanabilmesi için 32-47 aralığındaki 16 maddeden en az 14’ünün; sağlık bilgisi süreçlerinden sağlık bilgisine erişim süreci indeks puanının hesaplanabilmesi için 1-4 ve 17-20 ile 32-36 aralığındaki 13 maddeden en az 12’sinin, sağlık bilgisini anlama süreci indeks

puanının hesaplanabilmesi için 5-8 ve 21-23 ile 37-40 aralığındaki 11 maddeden en az 10'unun, sağlık bilgisini değerlendirme süreci indeks puanının hesaplanabilmesi için 9-12 ve 24-28 ile 41-43 aralığındaki 12 maddeden en az 11'inin, sağlık bilgisini uygulama süreci indeks puanının hesaplanabilmesi için ise 13-16 ve 29-31 ile 44-47 aralığındaki 11 maddenin tamamının geçerli olarak cevaplanmış olması gerekmektedir. Uygun hesaplamalara izin vermek ve karşılaştırmaları kolaylaştırmak için sağlık okuryazarlığı indeks puanları 0-50 aralığındaki bir metrikte aşağıdaki formüle göre standartlaştırılarak elde edilmektedir (HLS-EU Consortium 2012):

$$\text{İndeks} = (\text{Ortalama} - 1) * (50/3)$$

Burada;

İndeks; kişiye özel hesaplanan indeks puanını,

Ortalama; her bir katılımcı için ilgili maddelerin ortalamasını,

1; ortalamanın olabilecek en küçük değerini (veya indeks puanının sıfır olmasına neden olan ortalamayı),

3; ortalama dağılım aralığını,

50; yeni metrik için seçilen maksimum skoru (puanı) ifade etmektedir.

Tablo 2. Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçlerinin Maddeleri; İndeks Puanı Hesaplaması için Gerekli Olan Minimum Geçerli Madde Sayısı; Minimum ve Maksimum İndeks Puan Aralığı

Maddeler	Genel sağlık okuryazarlığı	Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	Sağlık bilgisine erişim	Sağlık bilgisini anlama	Sağlık bilgisini değerlendirme	Sağlık bilgisini uygulama
M1	✓	✓			✓			
M2	✓	✓			✓			
M3	✓	✓			✓			
M4	✓	✓			✓			
M5	✓	✓				✓		
M6	✓	✓				✓		
M7	✓	✓				✓		
M8	✓	✓				✓		
M9	✓	✓					✓	
M10	✓	✓					✓	
M11	✓	✓					✓	
M12	✓	✓					✓	
M13	✓	✓						✓
M14	✓	✓						✓
M15	✓	✓						✓
M16	✓	✓						✓
M17	✓		✓		✓			
M18	✓		✓		✓			
M19	✓		✓		✓			
M20	✓		✓		✓			
M21	✓		✓			✓		
M22	✓		✓			✓		
M23	✓		✓			✓		
M24	✓		✓				✓	
M25	✓		✓				✓	
M26	✓		✓				✓	
M27	✓		✓				✓	
M28	✓		✓				✓	
M29	✓		✓					✓
M30	✓		✓					✓
M31	✓		✓					✓
M32	✓			✓	✓			
M33	✓			✓	✓			
M34	✓			✓	✓			
M35	✓			✓	✓			
M36	✓			✓	✓			
M37	✓			✓		✓		
M38	✓			✓		✓		
M39	✓			✓		✓		
M40	✓			✓		✓		
M41	✓			✓			✓	
M42	✓			✓			✓	
M43	✓			✓			✓	
M44	✓			✓				✓
M45	✓			✓				✓
M46	✓			✓				✓
M47	✓			✓				✓
Toplam	47	16	15	16	13	11	12	11
İndeks puanı hesaplaması için gerekli olan minimum geçerli madde sayısı								
	43	15	14	14	12	10	11	11
İndeks puan aralığı								
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0
Maksimum	50	50	50	50	50	50	50	50

Kaynak: HLS-EU Consortium (2012); Doyle et al. (2012)

2.2. Verilerin Toplanması

Çalışmanın yapılabilmesi için etik komisyon onayı Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyonunun 9 Haziran 2015 tarihindeki 76000869/433-1893 sayılı kararıyla alınmıştır. Ayrıca, araştırmanın yapıldığı hastaneden de gerekli izinler alınmıştır. Anket çalışması hafta içi her gün mesai saatleri (08:00 – 17:00) içinde araştırmacı tarafından yapılmıştır. Günlük yapılan anket sayısı 9-25 arasında gerçekleşmiştir. Bir anketin tamamlanma süresi ortalama 20 dakikadır. Tamamlanan anket formları aynı gün içerisinde hastalardan geri alınmıştır. Anket uygulamaları, genellikle hastalar poliklinik sırası için beklerken yapılmıştır. Anket uygulamalarına katılım gönüllük esasına dayalı olup katılım için hastalar zorlanmamıştır ve gönüllü katılmak isteyen hastaların yazılı onayları alınmıştır. Hastalar anket hakkında bilgilendirildikten ve onamları alındıktan sonra, anket formlarını kendi başlarına doldurmuşlardır. Okuma yazma bilmeyen, okuryazarlık becerisi kısıtlı olan veya sağlık problemlerinden dolayı okuyamayacak durumda olan hastalarda ise yüz yüze görüşme yöntemi uygulanmıştır.

2.3. Araştırma Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini 3 Ağustos 2015 – 15 Eylül 2015 tarihleri arasında Ankara’da bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniklerine muayene olmak için başvuran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemi olarak “kota örnekleme yöntemi” kullanılmıştır. Kota örnekleme yönteminde sınırlı bir evren vardır ve bu evren araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacının öngördüğü belirli değişkenlere göre sınıflandırılır (Şahin 2014).

Araştırmada kullanılacak kotalar hastane bilgi sisteminde kayıtlı olan verilerle sınırlı olduğundan, bu çalışma için kota olarak yaş ve cinsiyet değişkenleri kullanılmıştır. Kota olarak belirlenen özellikler hakkındaki bilgilerin güncel olması gerekmektedir (Böke 2011). Çalışmada, kota örneklemede kullanılması düşünülen kotaların oranlarını belirlemede 1-31 Temmuz 2015 tarihleri arasında hastanenin kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastalar temel alınmıştır. Kotalar ve kota oranları belirlendikten sonra, bu oranlar temel alınarak 3 Ağustos 2015-15 Eylül 2015 tarihlerinde araştırmacı tarafından anket çalışması gerçekleştirilmiştir. Çalışmada 500’ün üzerinde hastaya ulaşmak hedeflenmiştir. Anket çalışması tamamlandığında toplam 537 hastaya ulaşılmıştır. Hastaların sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının hesaplanabilmesi için SOYA-AB anketi maddelerine verdikleri cevaplardaki geçerli madde sayısının belirli bir sayının üzerinde olması gerekmekte olduğundan (Tablo 2); bu şartları sağlayamayan 7 hasta çalışma dışı bırakılmış, indekslerle ilgili analizler geriye kalan 530 hasta üzerinden yapılmıştır. Anket çalışması tamamlandıktan sonra, örneklemin evreni yeterince temsil edip etmediğini değerlendirebilmek için hastane bilgi sisteminden araştırmanın yapıldığı tarihlerde (3 Ağustos-15 Eylül 2015) kardiyoloji polikliniklerine başvuran hasta sayısı ile bu hastalara ait cinsiyet ve yaş bilgileri alınmıştır. Kota oranlarını belirlemede temel alınıp 1-31 Temmuz 2015 tarihleri arasında kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastalar (2.609 hasta) ile çalışma evreninde yer alıp 3 Ağustos-15 Eylül 2015 tarihleri arasında kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastaların tamamının (3.866 hasta) ve bu hastalardan kota örnekleme yöntemine göre araştırmaya dâhil edilenlerin (530 hasta) cinsiyet ve yaşa göre dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 3’te verilmiştir. Verilen sonuçlara göre, gruplar arasındaki oranların birbirine yakın olduğu görülmektedir.

İncelenen örneklemden elde edilen oranın belirli bir evrenden çekilip çekilmediği test edilmek istendiğinde tek örneklem Ki-kare testinden yararlanılabilir (Alpar 2014). Çalışmada, örneklemden elde edilen cinsiyet, yaş grupları ve cinsiyete göre yaş grupları oranlarının araştırma döneminde belirlenen evrene ait olup olmadığını incelemek amacıyla tek örneklem Ki-kare testinden yararlanılmıştır. Yapılan tek örneklem Ki-kare

testleri sonucuna göre evren ve örneklemdaki hastaların; cinsiyet oranları arasında ($\chi^2=1,517$; $p=0,218$), yaş gruplarının oranları arasında ($\chi^2=1,276$; $p=0,259$) ve cinsiyetine göre yaş gruplarının oranları arasında ($\chi^2=3,437$; $p=0,329$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre, evren ile örneklemdaki hastaların benzer olduğu söylenebilir. Çalışmada, kota örnekleme yöntemiyle evreninin (araştırmanın yapıldığı dönem - 3866 hasta) %13,71'ine (anketi geçerli sayılan 530 hastaya) ulaşılmıştır.

Tablo 3. Kota Oranlarını Belirlemede Temel Alınan Hasta Grubu, Örneklem ve Evrenin Karşılaştırılması

	Kotalar	Yaş		Toplam n (%)
		≤55 n (%)	≥56 n (%)	
Kota oranlarını belirlemede temel alınan hasta grubu (1-31 Temmuz 2015)	Cinsiyet			
	Kadın	716 (27,4)	743 (28,5)	1459 (55,9)
	Erkek	500 (19,2)	650 (24,9)	1150 (44,1)
	Toplam	1216 (46,6)	1393 (53,4)	2609 (100,0)
Örneklem (3 Ağustos-15 Eylül 2015)	Cinsiyet			
	Kadın	159 (30,0)	134 (25,3)	293 (55,3)
	Erkek	114 (21,5)	123 (23,2)	237 (44,7)
	Toplam	273 (51,5)	257 (48,5)	530 (100,0)
Evren (3 Ağustos-15 Eylül 2015)	Cinsiyet			
	Kadın	1164 (30,1)	1076 (27,8)	2240 (57,9)
	Erkek	721 (18,7)	905 (23,4)	1626 (42,1)
	Toplam	1885 (48,8)	1981 (51,2)	3866 (100,0)

2.4. Verilerin Analizi

Veriler “SPSS 20.0” programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, verilerin yaygınlığı hakkında ek bilgi vermesi bakımından ortalama±standart sapmanın yanı sıra, ortanca (25. ve 75. yüzdeler) ölçüleri de kullanılmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri sayı, yüzde, ortalama±standart sapma ve ortanca (25.-75. yüzdeler) değerleri ile incelenmiştir. Yüzdeler, ilgili sorulara cevap veren hasta sayıları üzerinden hesaplanmıştır. Hastaların ankette sağlık okuryazarlığı ölçeği ile ilgili maddeleri, çok kolaydan çok zora doğru uzanan bir ölçekte “1=çok zor, 2=zor, 3=kolay, 4=çok kolay, 5=bilmiyor” seçeneklerinden biriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Bu çalışmada maddelerin daha kolayca değerlendirilebilmesi amacıyla “çok zor ve zor” seçenekleri “zor” seçeneği altında, “kolay ve çok kolay” seçenekleri “kolay” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığı ölçeği maddeleri ile ilgili değerlendirmeleri “zor, kolay, bilmiyor” olmak üzere üç seçenek üzerinden değerlendirilmiş, bu değerlendirmelerde sayı ve yüzde değerleri kullanılmıştır.

Sağlık okuryazarlığı indeks puanları Likert türü ölçek olan SOYA-AB anketinin ilgili maddeleri üzerinden ilk dört seçenek (1=çok zor, 2=zor, 3=kolay, 4=çok kolay) dikkate alınarak hesaplanmıştır. İndeks puanları hesaplanmadan önce, “5=bilmiyor” seçeneği eksik veri şekline dönüştürülmüştür. Hastaların sağlık okuryazarlığı indeks puanları ortalama±standart sapma ve ortanca (25.-75. yüzdeler) değerleri ile incelenmiştir. Hastaların sağlık okuryazarlığı indeks puanlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesinde aşağıdaki nitelendirme kullanılmıştır (Sørensen 2013).

Sağlık okuryazarlığı indeks puanı	Sağlık okuryazarlığı düzeyleri
0-25	Yetersiz sağlık okuryazarlığı
>25 – 33	Sınırlı sağlık okuryazarlığı
>33 – 42	Yeterli sağlık okuryazarlığı
>42 – 50	Mükemmel sağlık okuryazarlığı

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılmasında Ki-kare testleri kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı indekslerinin arasındaki ilişkiler ise Pearson korelasyon katsayısı (r) ile incelenmiştir.

2.5. Veri Toplama Aracının Geçerlik ve Güvenirliği

Durusu-Tanrıöver ve diğerleri (2014) tarafından SOYA-AB anketinin Türkçe psikometrik çalışması toplumdan rastgele seçilen sağlıklı kişiler üzerinde yapılmıştır. Belirtilen çalışmada, Türkçe'ye yapılan uyarılma çalışmasında, SOYA-AB anketinin geçerliğini belirlemek için bu anketin başka bir sağlık okuryazarlığı ölçeği olan En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (Newest Vital Sign Test - NVST) ile benzerlik gösterip göstermediği incelenmiştir. Yöntem olarak da her iki testin sonuçlarının çeşitli gruplara göre farklılaşp farklılaşmadığına bakılmıştır. Çalışma sonunda, her iki ölçekte katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi gruplara göre benzer şekilde farklılıklar gösterdiğinden, SOYA-AB anketi Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin yeterli bulunduğu belirtilmiştir. Türkiye'de yapılan bir başka geçerlik-güvenirlik çalışması (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2016) ise olasılıklı olmayan örnekleme yöntemiyle rastgele seçilen 505 kişi üzerinde yapılmıştır. Yöntem olarak, genel sağlık okuryazarlığı maddelerinin tamamına ve sağlık okuryazarlığı alanlarına (her bir alanın kendi maddelerine) olmak üzere dört kez faktör analizi uygulanmıştır. Yapılan faktör analizleri sonucunda ise 47 maddeden oluşan SOYA-AB anketinin hem genel hem de üç boyuttaki (sağlık okuryazarlığı alanları) sağlık okuryazarlığını ölçmek için kullanılmasının uygun olduğu belirtilmiştir.

Bu araştırma ise, kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapıldığından, çalışma kapsamında SOYA-AB anketinin geçerlik ve güvenirlik analizleri farklı yöntemlerle yeniden yapılmıştır. SOYA-AB anketinin geçerliğini belirlemede yapı geçerliğinden; güvenirliğini belirlemede ise Cronbach alfa katsayısından yararlanılmıştır. Yapı geçerliğini belirlemede kullanılacak birçok yöntem vardır. Bunlardan biri, grup farklılıkları yardımıyla yapısal geçerliğin (discriminant validity) incelenmesidir. Bu gruplar, geçerliği ölçülecek test açısından aralarında fark olacağı düşünülen gruplardır (Alpar 2014). Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sosyodemografik özelliklerine göre değişmesi beklenmektedir. Çalışmada; hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri hastaların eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşadığı yer ve sosyal statü algısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiğinden (Tablo 10) SOYA-AB anketinin grup farklılıkları yöntemine göre yapısal geçerliğinin sağlandığı söylenebilir. Yapı geçerliğini belirlemede kullanılan bir başka yöntem ise doğrulayıcı faktör analizidir (Alpar 2014; Çokluk ve diğerleri 2014). Çalışmada, SOYA-AB anketinin varsayılan yapısının uygunluğu yüksek düzey doğrulayıcı faktör analizi (high order confirmatory factor analysis) ile test edilmiştir. Modelde, SOYA-AB anketi maddeleri gözlenen içsel değişken, sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutu ve sağlık okuryazarlığı alanları gizil içsel değişkenler, genel sağlık okuryazarlığı ise gizil dışsal değişkendir. Model çalıştırılmadan önce, 12 alt boyut ile ilgili SOYA-AB anketi maddeleri arasında bağ kurulmuş; sağlık okuryazarlığı alanlarından ilgili sağlık okuryazarlığı 12 alt boyutlarına ve genel sağlık okuryazarlığından da sağlık okuryazarlığı alanlarına yapısal etkiler kurulmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda bulunan model uyum indeksleri, değerlendirme kriterleri ile birlikte karşılaştırmalı olarak

Tablo 4'te verilmiştir. Büyük örneklerde (örneklem büyüklüğü 200'ün üzerinde olduğunda), beklenen kovaryans matrisi ile gözlenen kovaryans matrisi arasındaki önemsiz farklar sıklıkla χ^2 'nin manidar olmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla büyük örneklerde varsayımlar χ^2 test istatistikleri temelinde ele alındığında yanlış yorumlamalar yapılabilir. Bu nedenle, büyük örneklerde serbestlik derecesinin χ^2 'ye oranı yeterlilik için bir ölçüt olarak kullanılabilir (Çokluk ve diğerleri 2014). Bu çalışmadaki modelde (n=530) χ^2 testine göre uyum yokken ($p < 0,001$) χ^2/sd ölçütüne göre orta düzeyde (veya yeterli) uyum mevcuttur. Diğer uyum indisleri değerlendirildiğinde RMSEA ve GFI iyi uyuma karşılık gelirken CFI, RMR, SRMR, NFI, NNFI ve IFI'nın ise mükemmel uyuma karşılık geldiği görülmektedir. Bu sonuçlara göre modelin doğrulandığı söylenebilir.

Tablo 4. Uyum İndeksleri Değerlendirme Kriterleri ve Modelde Bulunan Uyum İndeksleri

Uyum indeksleri	Uyum indeksleri değerlendirme kriterleri			Model sonuçları	
	Uyum yok	İyi uyum	Mükemmel uyum	Model Uyum Ölçüsü	Model Uyumu
χ^2 ^a	<0,05	-	-	<0,001	Uyum yok
χ^2/sd ^a	-	$\leq 5^d$	≤ 3	4343,59/1019=4,26	İyi uyum
RMSA ^a	1	$\leq 0,08$	$\leq 0,05$	0,079	İyi uyum
CFI ^a	0	$\geq 0,90$	$\geq 0,95$	0,99	Mükemmel uyum
RMR ^a	1	$\leq 0,08$	$\leq 0,05$	0,034	Mükemmel uyum
SRMR ^a	1	$\leq 0,08$	$\leq 0,05$	0,048	Mükemmel uyum
NFI ^a	0	$\geq 0,90$	$\geq 0,95$	0,98	Mükemmel uyum
NNFI ^a	0	$\geq 0,90$	$\geq 0,95$	0,99	Mükemmel uyum
IFI ^b		$\geq 0,90$	$\geq 0,95$	0,99	Mükemmel uyum
GFI ^c	0	$\geq 0,70$	$\geq 0,90$	0,74	İyi uyum

^a Uyum iyiliği indeksleri için değerlendirme kriterleri "Çokluk ve diğerleri 2014" kaynağından alınmıştır.

^b Uyum iyiliği indeksi için değerlendirme kriteri "İlhan ve Çetin 2014" kaynağından alınmıştır.

^c Uyum iyiliği indeksi için değerlendirme kriteri "Özdamar 2013" kaynağından alınmıştır.

^d Bu değer, belirtilen kaynakta orta düzeyde uyum ve yeterli uyum olarak değerlendirilmektedir.

Geçerli bir testte bulunması gereken en önemli özellik ise testin güvenilir olmasıdır (Alpar 2014). Çalışmada SOYA-AB anketinin güvenilirliğini belirlemede alfa (Cronbach's alpha) katsayısı kullanılmış ve sonuçlar Tablo 5'te verilmiştir. Bu sonuçlara göre genel sağlık okuryazarlığının alfa katsayısı 0,986 olarak; sağlık okuryazarlığı alanlarının alfa katsayıları 0,948-0,964 arasında; sağlık bilgisi süreçlerinin alfa katsayıları 0,921-0,953 arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutunun alfa katsayıları ise 0,821-0,938 arasında bulunmuştur. Alfa katsayısı 0,80-1,00 arasında bulunduğu, testin veya ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu nitelendirmesi yapılır (Alpar 2014). Sağlık okuryazarlığı indekslerinin tamamının güvenilirlik katsayıları 0,80'in üzerinde olduğundan, çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığını ölçmede kullanılan SOYA-AB anketinin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığı İndekslerinin Madde Sayıları ve Güvenirlik Katsayıları

Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri	Madde sayısı (Madde aralığı)	Alfa katsayısı
Genel sağlık okuryazarlığı indeksi		
Genel sağlık okuryazarlığı	47 (1-47)	0,986
Sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri		
Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	16 (1-16)	0,948
Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	15 (17-31)	0,964
Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	16 (32-47)	0,964
Sağlık bilgisi süreçleri indeksleri		
Sağlık bilgisine erişim	13 (1-4; 17-20; 32-36)	0,953
Sağlık bilgisini anlama	11 (5-8; 21-23; 37-40)	0,938
Sağlık bilgisini değerlendirme	12 (9-12; 24-28; 41-43)	0,950
Sağlık bilgisini uygulama	11 (13-16; 29-31; 44-47)	0,921
Sağlık okuryazarlığının 12 alt boyut indeksleri		
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisine erişim	4 (1-4)	0,821
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisini anlama	4 (5-8)	0,853
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisini değerlendirme	4 (9-12)	0,834
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisini uygulama	4 (13-16)	0,882
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	4 (17-20)	0,914
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	3 (21-23)	0,904
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	5 (24-28)	0,917
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	3 (29-31)	0,859
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	5 (32-36)	0,938
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	4 (37-40)	0,887
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	3 (41-43)	0,914
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	4 (44-47)	0,888

III. BULGULAR

Hastaların sosyodemografik özellikleriyle ilgili bulgular Tablo 6’da verilmiştir. Buna göre, hastaların yarısından fazlası (%55,3) kadınlardan oluşurken üçte ikisinin (%66,2) medeni durumu evli, yaklaşık üçte birinin (%34,1) eğitim düzeyi de ilkökul ve altındadır. Hastaların yaş ortalaması 51,5±18,3’tür. Hastaların yaklaşık üçte ikisi (%68,1) çalışmazken yaklaşık yarısının (%50,2) hanehalkı geliri 2000 TL ve altındadır. Hastaların büyük çoğunluğu (%83,7) il merkezlerinde yaşamaktadır. Hastaların toplumdaki sosyal statülerine ilişkin algılarının ortalaması 1-10 aralığındaki puanlama üzerinden 5,7±2,0 iken yarısından fazlasının (%58,1) sosyal statü algısı orta düzeydedir.

Tablo 6. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n=530)

Özellikler	Kategoriler	Sayı	Yüzde	Ortalama ± SS ^a Ort. (25.-75. yüz.) ^b
Cinsiyet	Kadın	293	55,3	
	Erkek	237	44,7	
Medeni durum	Evli	346	66,2	
	Bekar ^c	177	33,8	
	Kabul etmedi	7		
Eğitim düzeyi	Temel eğitimden yoksun ^d	59	11,1	
	İlkokul	122	23,0	
	İlköğretim-Lise ^e	159	30,0	
	Üniversite ^f	190	35,9	
Yaş (yıl)	30 ve altı	99	18,7	
	31-50	120	22,6	51,5 ± 18,3
	51-70	228	43,0	
	71 ve üstü	83	15,7	55 (35-68)
İstihdam durumu	Çalışan	118	22,3	
	Çalışmayan ^g	360	68,1	
	Öğrenci	51	9,6	
	Bilmiyor/Kabul etmedi	1		
Hanehalkı geliri (Türk Lirası-TL)	1000 ve altı	95	18,4	
	1001-2000	164	31,8	
	2001-4000	146	28,3	
	4001 ve üstü	111	21,5	
	Bilmiyor/Kabul etmedi	14		
Yaşadığı yer	İl merkezi	443	83,7	
	Diğer ^h	86	16,3	
	Bilmiyor/Kabul etmedi	1		
Sosyal statü algısıⁱ	Düşük	126	24,4	
	Orta	300	58,1	5,7 ± 2,0
	Yüksek	90	17,5	
	Bilmiyor/Kabul etmedi	14		6 (5-7)

^a Standart Sapma^b Ortanca (25.-75. yüzdeler)^c 98 hiç evlenmemiş, 66 dul, 13 ayrılmış/boşanmış^d 36 okuryazar değil, 23 okuryazar^e 50 ilköğretim, 109 lise^f 44 ön lisans, 117 lisans, 29 lisans üstü.^g 5 yarı zamanlı çalışan, 159 ev hanımı, 16 işsiz, 177 emekli, 3 diğer^h 64 ilçe merkezi, 5 belde, 17 köyⁱ Katılımcılardan toplumdaki sosyal statülerini 1-10 arasındaki bir skalada değerlendirmeleri istemiştir. "1=Toplumdaki en düşük seviye" ve "10=Toplumdaki en yüksek seviye"yi ifade etmektedir. Puanlardan; "1-4 = düşük"; "5-7 = orta" ve "8-10 =yüksek" olarak kategorilendirilmiştir (HLS-EU, 2012'den uyarlanmıştır).

Hastaların SOYA-AB anketinde yer alan ifadelerle ilişkin değerlendirmeleri Tablo 7'de verilmiştir. Buna göre, hastaların sağlık hizmeti alanındaki maddeleri zor olarak algılama yüzdeleri %9,1 – %43,8 arasında değişmektedir. Hastaların sağlık hizmeti alanında en fazla zor olarak algıladığı madde "M6. İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak– %43,8" maddesidir. Katılımcıların %40'ından fazlasının zor olarak algıladığı diğer maddeler; "M12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları) – %42,3"; "M7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak – %40,4" ve "M10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek – %40,4" maddeleridir. Hastaların zorluğunu en düşük olarak algıladıkları maddeler ise "M8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın

tarifini anlamak – %9,1” ve “M16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek – %11,7” maddeleridir.

Hastaların hastalıktan korunma alanındaki maddeleri zor olarak algılama yüzdeleri %15,5 – %34,6 arasında değişmektedir. Hastaların bu alanda en fazla zor olarak algıladığı maddeler “M28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları) – %34,6” ve “M31. Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları) – %33,9” maddeleridir. Hastaların zorluğunu en düşük olarak algıladıkları maddeler ise “M21. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak – %15,5” ve “M23. Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon) – %16,0” maddeleridir.

Hastaların sağlığın geliştirilmesi alanındaki maddeleri zor olarak algılama yüzdeleri %12,8 – %50,8 arasında değişmektedir. Hastaların yaklaşık yarısının bu alanda en fazla zor olarak algıladığı maddeler; “M47. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak – %50,8”, “M35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, hükümet değişikliği, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması) – %49,5” ve “M45. İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak – %49,0” maddeleridir. Hastaların zorluğunu en düşük olarak algıladıkları maddeler ise “M37. Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak – %12,8” ve “M43. Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.) – %16,9” maddeleridir.

Hastaların sağlık okuryazarlığı indeksleri (genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları, sağlık bilgisi süreçleri ve sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutu) puan dağılımları Tablo 8’de verilmiştir. Buna göre, hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması $31,3 \pm 10,3$; ortancası ise 31,9’dur. Sağlık okuryazarlığı alanlarından hastalıktan korunma, sağlık okuryazarlığı alanı indeks puanı ortalaması ($32,2 \pm 11,5$) ve ortancası (33,3) en yüksek alandır. Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı alanlarının ortalamaları (sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı indeks puanı $30,9 \pm 9,6$; sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı indeks puanı $30,8 \pm 11,5$) arasında fazla bir fark olmamakla birlikte ortancaları aynıdır (31,3). Sağlık bilgisi süreçlerinden sağlık bilgisini anlama süreci indeks puanı ortalaması ($32,2 \pm 10,6$) ve ortancası (33,3) en yüksek süreçken, sağlık bilgisine erişim süreci indeks puanı ortalaması ($30,5 \pm 10,9$) en düşük, ortancası ise (32,1) aralarında fazla fark olmamakla birlikte en yüksek ikinci süreçtir. Sağlık bilgisini değerlendirme ($31,2 \pm 11,0$) ve sağlık bilgisini uygulama ($31,2 \pm 10,5$) süreçlerinin ortalamaları aynı, ortancaları ise birbirine çok yakındır (sırasıyla 31,9 ve 31,8).

Tablo 7. Hastaların SOYA-AB Anketinin Maddelerine İlişkin Değerlendirmeleri (n=537)*

Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Maddeleri	Zor	Kolay	Bilmiyor
	n (%)	n (%)	n (%)
Sağlık Hizmeti Alanı			
M1. Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	143 (26,6)	392 (73,0)	2 (0,4)
M2. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	175 (32,6)	361 (67,2)	2 (0,2)
M3. Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	200 (37,2)	332 (61,8)	5 (0,9)
M4. Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (Yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)	107 (19,9)	426 (79,3)	4 (0,7)
M5. Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	118 (22,0)	418 (77,8)	1 (0,2)
M6. İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak	235 (43,8)	300 (55,9)	2 (0,4)
M7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak	217 (40,4)	308 (57,4)	12 (2,2)
M8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	49 (9,1)	488 (90,9)	0 (0,0)
M9. Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek	91 (16,9)	443 (82,5)	3 (0,6)
M10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	217 (40,4)	306 (57,0)	14 (2,6)
M11. İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	169 (31,5)	361 (67,2)	7 (1,3)
M12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	227 (42,3)	302 (56,2)	8 (1,5)
M13. Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	133 (24,8)	398 (74,1)	6 (1,1)
M14. İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	85 (15,8)	452 (84,2)	0 (0,0)
M15. Acil durumda ambulans çağırmak	90 (16,8)	443 (82,5)	4 (0,7)
M16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	63 (11,7)	473 (88,1)	1 (0,2)
Hastalıktan Korunma Alanı			
M17. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıklı davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	101 (18,8)	430 (80,1)	6 (1,1)
M18. Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	168 (31,3)	365 (68,0)	4 (0,7)
M19. Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri)	151 (28,1)	377 (70,2)	9 (1,7)
M20. Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	135 (25,1)	397 (73,9)	5 (0,9)
M21. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	83 (15,5)	452 (84,2)	2 (0,4)
M22. Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	91 (16,9)	440 (81,9)	6 (1,1)
M23. Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	86 (16,0)	447 (83,2)	4 (0,7)
M24. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	109 (20,3)	426 (79,3)	2 (0,4)
M25. Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	97 (18,1)	435 (81,0)	5 (0,9)

Tablo 7. Hastaların SOYA-AB Anketinin Maddelerine İlişkin Değerlendirmeleri (n=537)* (Devamı)

Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Maddeleri	Zor	Kolay	Bilmiyor
	n (%)	n (%)	n (%)
Hastalıktan Korunma Alanı			
M26 Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	182 (33,9)	347 (64,6)	8 (1,5)
M27. Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	173 (32,2)	357 (66,5)	7 (1,3)
M28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	186 (34,6)	342 (63,7)	9 (1,7)
M29. Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	176 (32,8)	355 (66,1)	6 (1,1)
M30. Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığımız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	118 (22,0)	417 (77,7)	2 (0,4)
M31. Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)	182 (33,9)	352 (65,5)	3 (0,6)
Sağlığın Geliştirilmesi Alanı			
M32. Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	120 (22,3)	413 (76,9)	4 (0,7)
M33. Akıl sağlığımız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb)	136 (25,3)	395 (73,6)	6 (1,1)
M34. Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (Yönlendirme: gürültü ve kirliliğin azaltılması, yeşil alanlar yaratmak, boş zaman aktiviteleri)	145 (27,0)	388 (72,3)	4 (0,7)
M35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, hükümet değişikliği, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması)	266 (49,5)	262 (48,8)	9 (1,7)
M36. İşinizde sağlığınızı iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	184 (34,3)	343 (63,9)	10 (1,9)
M37. Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	69 (12,8)	464 (86,4)	4 (0,7)
M38. Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	168 (31,3)	369 (68,7)	0 (0,0)
M39. Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)	151 (28,1)	385 (71,7)	1 (0,2)
M40. Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	133 (24,8)	404 (75,2)	0 (0,0)
M41. Nerede yaşadığının sağlığınızı ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek (Yönlendirme: içinde bulunduğunuz topluluk, yaşadığınız çevre)	119 (22,2)	418 (77,8)	0 (0,0)
M42. Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	104 (19,4)	432 (80,4)	1 (0,2)
M43. Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınızla ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	91 (16,9)	445 (82,9)	1 (0,2)
M44. Sağlığınızı iyileştirecek kararlar vermek	137 (25,5)	398 (74,1)	2 (0,4)
M45. İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfa katılmak	263 (49,0)	271 (50,5)	3 (0,5)
M46. Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	195 (36,3)	341 (63,5)	1 (0,2)
M47. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	273 (50,8)	263 (49,0)	1 (0,2)

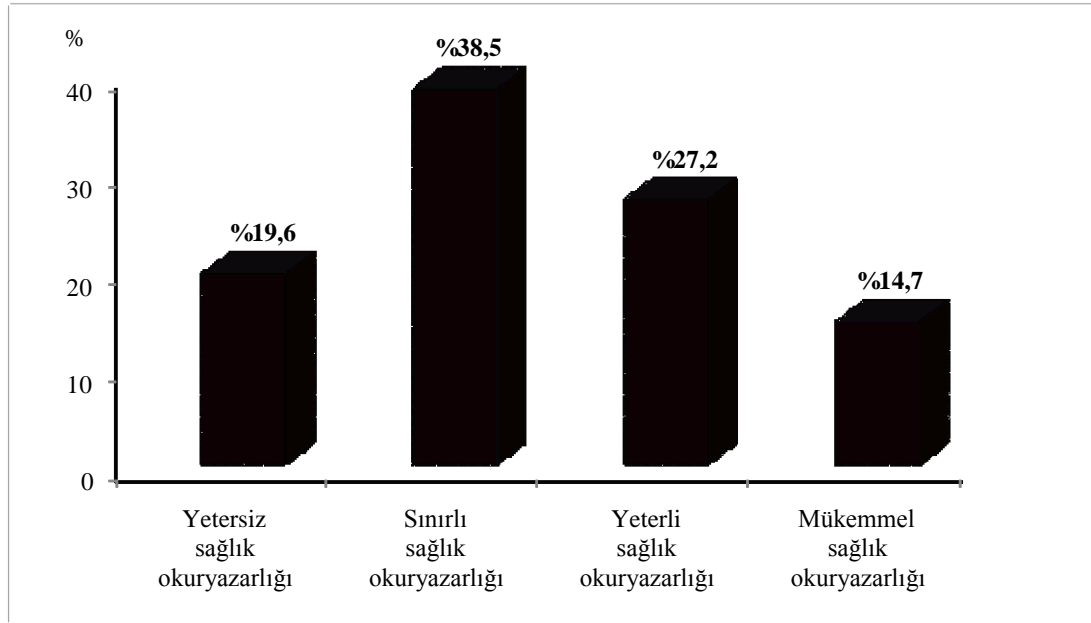
*Sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının hesaplamasında eksik verisi oluşturan 7 kişi bu tabloda çıkarılmamış, maddelerin değerlendirilmesi 537 hasta üzerinden yapılmıştır.

Sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutundan indeks puanı ortalaması en yüksek alt boyutlar; hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama (35,1±12,3), sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama (34,3±11,6) ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme (33,4±12,4) alt boyutlarıdır. İndeks puanı ortalaması en yüksek olan bu üç boyutun ortancaları aynıdır (33,3). Sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutundan indeks puanı ortalaması en düşük alt boyutlar; sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama (28,1±13,0), sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme (29,3±10,7) ve sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim (29,7±10,0) alt boyutlarıdır. İndeks puanı ortalaması en düşük olan bu üç alt boyutun da ortancaları aynıdır (29,2).

Tablo 8. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının Dağılımı

Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri	Ortalama±SS	Ortanca (25.-75. yüzdeler)
Genel sağlık okuryazarlık indeksi		
Genel sağlık okuryazarlığı	31,3±10,3	31,9 (26,6 - 37,2)
Sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri		
Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	30,9±9,6	31,3 (27,1 - 35,5)
Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	32,2±11,5	33,3 (26,7 - 38,9)
Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	30,8±11,5	31,3 (25,0 - 38,5)
Sağlık bilgisi süreçleri indeksleri		
Sağlık bilgisine erişim	30,5±10,9	32,1 (25,6 - 37,2)
Sağlık bilgisini anlama	32,2±10,6	33,3 (27,3 - 38,3)
Sağlık bilgisini değerlendirme	31,2±11,0	31,9 (26,4 - 37,5)
Sağlık bilgisini uygulama	31,2±10,5	31,8 (25,8 - 37,9)
Sağlık okuryazarlığının 12 alt boyut indeksleri		
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisine erişim	29,7±10,0	29,2 (25,0 - 33,3)
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisini anlama	30,2±11,1	31,3 (25,0 - 37,5)
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisini değerlendirme	29,3±10,7	29,2 (25,0 - 33,3)
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisini uygulama	34,3±11,6	33,3 (29,2 - 41,7)
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	31,9±12,5	33,3 (25,0 - 37,5)
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	35,1±12,3	33,3 (33,3 - 44,4)
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	31,5±12,9	33,3 (24,6 - 40,0)
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	31,0±12,5	33,3 (22,2 - 38,9)
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	30,1±13,1	33,3 (23,3 - 36,7)
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	32,2±12,3	33,3 (25,0 - 37,5)
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	33,4±12,4	33,3 (27,8 - 38,9)
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	28,1±13,0	29,2 (19,8 - 37,5)

Çalışmada, hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanlarına göre hangi sağlık okuryazarlığı düzeyinde oldukları Şekil 2’de verilmiştir. Hastaların %19,6’sı yetersiz (n=104), %38,5’i sınırlı (n=204), %27,2’si yeterli (n=144), %14,7’si ise mükemmel (n=78) sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini iki kategoride değerlendirecek olursak, hastaların yaklaşık beşte üçü (%58,1) yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindeyken yaklaşık beşte ikisi (%41,9) yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindedir.

Şekil 2. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Dağılımı (n=530)

Sağlık okuryazarlığı indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 9’da verilmiştir. Sağlık okuryazarlığı alanları arasındaki korelasyon katsayıları 0,83-0,88 arasında, sağlık bilgisi süreçleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,87-0,91 arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutu arasındaki korelasyon katsayıları ise 0,49-0,83 arasında değişmektedir. Sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutu arasındaki ilişkilerden en yüksek ilişki sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini anlama alt boyutu ile sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme alt boyutu arasında olup kuvvetli ($r=0,83$; $p<0,001$) iken en düşük ilişki sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt boyutu ile hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt boyutu arasında olup orta düzeydedir ($r=0,49$; $p<0,001$). Genel sağlık okuryazarlığının; sağlık okuryazarlığı alanları ile arasındaki korelasyon katsayıları 0,94-0,96 arasında, sağlık bilgisi süreçleri ile arasındaki korelasyon katsayıları 0,95-0,96 arasında ($p<0,001$), sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutu ile arasındaki korelasyon katsayıları ise 0,76-0,91 arasında değişmektedir. Genel sağlık okuryazarlığı ile sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutu arasındaki ilişkilerden en yüksek ilişki genel sağlık okuryazarlığı ile sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt boyutu arasında olup çok kuvvetli ($r=0,91$; $p<0,001$) iken en düşük ilişki genel sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutları arasında olup kuvvetlidir ($r=0,76$; $p<0,001$).

Tablo 9. Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
1.Genel sağlık okuryazarlığı	1,00																			
2.Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	0,94	1,00																		
3.Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	0,96	0,85	1,00																	
4.Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	0,96	0,83	0,88	1,00																
5.Sağlık bilgisine erişim	0,96	0,91	0,91	0,91	1,00															
6.Sağlık bilgisini anlama	0,96	0,92	0,91	0,92	0,91	1,00														
7.Sağlık bilgisini değerlendirme	0,96	0,88	0,95	0,91	0,88	0,91	1,00													
8.Sağlık bilgisini uygulama	0,95	0,86	0,91	0,93	0,87	0,88	0,90	1,00												
9.Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,76	0,85	0,67	0,67	0,83	0,73	0,67	0,67	1,00											
10.Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,83	0,91	0,74	0,74	0,80	0,88	0,76	0,74	0,71	1,00										
11.Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,85	0,88	0,79	0,77	0,78	0,80	0,89	0,79	0,63	0,74	1,00									
12.Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,88	0,91	0,82	0,79	0,83	0,85	0,81	0,86	0,69	0,77	0,75	1,00								
13.Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,90	0,84	0,91	0,83	0,92	0,85	0,84	0,83	0,68	0,75	0,74	0,81	1,00							
14.Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,86	0,79	0,88	0,79	0,83	0,89	0,82	0,78	0,63	0,70	0,68	0,79	0,81	1,00						
15.Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,90	0,78	0,95	0,82	0,81	0,84	0,95	0,84	0,60	0,67	0,75	0,74	0,79	0,79	1,00					
16.Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,79	0,65	0,85	0,75	0,70	0,71	0,81	0,82	0,49	0,54	0,67	0,61	0,68	0,62	0,81	1,00				
17.Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,91	0,81	0,85	0,93	0,94	0,86	0,85	0,83	0,66	0,72	0,73	0,76	0,82	0,78	0,78	0,70	1,00			
18.Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,90	0,78	0,84	0,92	0,82	0,91	0,86	0,84	0,61	0,67	0,74	0,73	0,75	0,75	0,80	0,74	0,82	1,00		
19.Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,88	0,77	0,82	0,91	0,82	0,84	0,89	0,83	0,62	0,67	0,71	0,74	0,75	0,76	0,77	0,69	0,82	0,83	1,00	
20.Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,76	0,64	0,68	0,84	0,69	0,69	0,70	0,87	0,51	0,58	0,60	0,59	0,65	0,58	0,63	0,56	0,67	0,69	0,69	1,00

Not: Korelasyonların tamamı <0,001 düzeyinde anlamlıdır.

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılmasıyla ilgili bulgular Tablo 10'da verilmiştir. Bu sonuçlara göre erkek ve kadın hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında fark yoktur ($\chi^2=1,044$; $p=0,791$). Benzer şekilde evli ve bekâr hastaların da sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında fark yoktur ($\chi^2=4,630$; $p=0,201$). Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, eğitim düzeylerine göre fark göstermektedir ($\chi^2=224,822$; $p<0,001$). Temel eğitimden yoksun olan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların yüzdesi %81,4 iken, bu yüzde üniversite mezunu hastalarda sadece %5,3'tür. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, yaş gruplarına göre fark göstermektedir ($\chi^2=53,071$; $p<0,001$). Yaş grubu 30 ve altı (yıl) olan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların yüzdesi %7,1 iken, bu yüzde yaş grubu 71 ve üstü (yıl) olan hastalarda %44,6'dır. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, istihdam durumlarına göre fark göstermektedir ($\chi^2=27,435$; $p<0,001$). Çalışmayan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların yüzdesi %25,3 iken, bu yüzde çalışan hastalarda %9,3 olup öğrencilerde ise sadece %3,9'dur. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, hanehalkı gelirlerine göre fark göstermektedir ($\chi^2=65,038$; $p<0,001$). Hanehalkı geliri 1.000 TL ve altı olan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların yüzdesi %37,9 iken, bu yüzde hanehalkı geliri 4001 TL ve üstü olan hastalarda %9,0'dır. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, yaşadıkları yere göre fark göstermektedir ($\chi^2=34,755$; $p<0,001$). İl merkezinde yaşayan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların yüzdesi %16,3 iken, bu yüzde diğer grubundaki yerlerde yaşayan hastalarda %37,2'dir. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, sosyal statü algılarına göre fark göstermektedir ($\chi^2=61,044$; $p<0,001$). Sosyal statü algısı düşük olan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların yüzdesi %38,9 iken, bu yüzde sosyal statü algısı orta olan hastalarda %15 olup yüksek olan hastalarda ise sadece %5,6'dır.

Tablo 10. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Sağlık okuryazarlığı düzeyleri				χ^2	p
	Yetersiz n (%)	Sınırlı n (%)	Yeterli n (%)	Mükemmel n (%)		
Cinsiyet						
Kadın	58 (19,8)	111 (37,9)	77 (26,3)	47 (16,0)	1,04	0,791
Erkek	46 (19,4)	93 (39,2)	67 (28,3)	31 (13,1)		
Medeni durum						
Evlü	70 (20,2)	135 (39,0)	85 (24,6)	56 (16,2)	4,63	0,201
Bekar	33 (18,6)	67 (37,9)	57 (32,2)	20 (11,3)		
Eğitim düzeyi						
Temel eğitimden yoksun	48 (81,4)	10 (16,9)	0 (0,0)	1 (1,7)	224,82	<0,001
İlkokul	33 (27,0)	63 (51,6)	24 (19,7)	2 (1,6)		
İlköğretim-Lise	13 (8,2)	66 (41,5)	54 (34,0)	26 (16,4)		
Üniversite	10 (5,3)	65 (34,2)	66 (34,7)	49 (25,8)		
Yaş grupları (yıl)						
30 ve altı	7 (7,1)	41 (41,4)	37 (37,4)	14 (14,1)	53,07	<0,001
31-50	15 (12,5)	53 (44,2)	38 (31,7)	14 (11,7)		
51-70	45 (19,7)	86 (37,7)	57 (25,0)	40 (17,5)		
71 ve üstü	37 (44,6)	24 (28,9)	12 (14,5)	10 (12)		
İstihdam durumu						
Çalışan	11 (9,3)	44 (37,3)	40 (33,9)	23 (19,5)	27,44	<0,001
Çalışmayan	91 (25,3)	137 (38,1)	84 (23,3)	48 (13,3)		
Öğrenci	2 (3,9)	23 (45,1)	19 (37,3)	7 (13,7)		
Hanehalkı geliri						
1000 ve altı	36 (37,9)	44 (46,3)	12 (12,6)	3 (3,2)	65,04	<0,001
1001-2000	39 (23,8)	63 (38,4)	42 (25,6)	20 (12,2)		
2001-4000	17 (11,6)	58 (39,7)	47 (32,2)	24 (16,4)		
4001 ve üstü	10 (9,0)	32 (28,8)	39 (35,1)	77 (14,9)		
Yaşadığı yer						
İl merkezi	72 (16,3)	164 (37,0)	130 (29,3)	77 (17,4)	34,76	<0,001
Diğer	32 (37,2)	39 (45,3)	14 (16,3)	1 (1,2)		
Sosyal statü algısı						
Düşük	49 (38,9)	48 (38,1)	24 (19,0)	5 (4,0)	61,04	<0,001
Orta	45 (15,0)	120 (40,0)	84 (28,0)	51 (17,0)		
Yüksek	5 (5,6)	29 (32,2)	34 (37,8)	22 (24,4)		

IV. TARTIŞMA

Bu araştırmada, SOYA-AB anketi kullanılarak bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada, SOYA-AB anketinin maddelerinden 7 tanesini hastaların %40'ından fazlası zor olarak algılamıştır. Bu maddeler; "M47. ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak (%50,8), M35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (%49,5), M45. İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak (%49,0), M6. ilacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak (%43,8), M12. medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (%42,3), M7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağımızı anlamak (%40,4) ve M10. değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek (%40,4)" maddeleridir.

Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcıların %40'ından fazlasının zor olarak algıladığı SOYA-AB anketi maddeleri 11 tanedir ve bu maddeler şunlardır: “M35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (%50,9), M28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (%49,2), M12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (%48,2), M.26 Hangi aşılara ihtiyacımız olduğunu değerlendirmek (%47,2), M27. Hangi tarama testlerine ihtiyacımız olduğunu değerlendirmek (%45,9), M47. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak (%44,7), M45. İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak (%44,3), M10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek (%43,1), M6. İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak (%42,9), M7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak (%42,0) ve M18. Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak (%41,1)”. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %40'ından fazlasının zor olarak algıladığı SOYA-AB anketi maddeleri 5 tanedir ve bu maddeler şunlardır: “M35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (%53,2), M12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (%49,7), M10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek (%42,6), M28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (%42,1) ve M34. Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (%40,3)”. Kardiyoloji polikliniklerinde yapılan bu çalışmada hastaların %40'ından fazlasının zor olarak algıladığı maddelerin (7 madde) tamamı, Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcıların en fazla zor olarak algıladığı maddelerin içinde yer almaktadır. HLS-EU Consortium (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmayla karşılaştırma yapıldığında ise “Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak; Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek ve Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek” maddeleri benzer şekilde en fazla zor olarak algılanan maddeler olmuştur. Durusu-Tanrıöver ve diğerleri (2014) ile HLS-EU Consortium (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda “Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek” maddesinin zor olarak algılanma yüzdesi %40'ın üzerinde iken, bu çalışmada %40'ın altında bulunmuştur. Bununla beraber, çalışmada hastaların hastalıktan korunma alanında en fazla zor olarak algıladığı ilk iki madde; medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (%34,6) ve medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (%33,9) maddeleri olmuştur. Bu sonuçlara göre, genel olarak her üç çalışmada katılımcılar tarafından medyadaki sağlıkla ilgili bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmenin zor olarak algılandığı söylenebilir. Yılmazel (2014) tarafından Çorum'da görev yapan 500 öğretmen üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların dörtte üçü (%74,8) medyadaki sağlık programlarının faydalı olduğunu düşünürken sadece beşte ikisi (%40,2) bu programların güvenilir olduğunu belirtmiştir. Medyada yer alan sağlık haberleri bazı durumlarda daha fazla izleyici çekmek ve ilgi uyandırmak için bilimsellikten uzak olacak şekilde yayınlanabilmektedir. Yayınlanan sağlık haberleri bilimsel olsa bile sağlık profesyonelleri tarafından farklı görüşler ortaya çıkabilmektedir. Bu ve benzeri nedenlerden dolayı medyada yer alan sağlık haberlerinin güvenilirliğinin değerlendirilmesi zor olarak algılanmaktadır. Kardiyoloji polikliniklerinde yapılan bu çalışma ile Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında, HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmadan farklı olarak “Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak” ve “İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak” maddeleri en fazla zor olarak algılanan maddeler olmuştur. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcıların %41,9'u aktif bir şekilde toplumsal aktivitelere hiçbir zaman katılmadığını, %21,7'si ise yılda birkaç kez katıldığını belirtmiştir. Böyle bir sonucun bulunmasında, Avrupa'da ve Türkiye'deki yerel yönetimlerin sunduğu imkanların farklılık göstermesi; insanların kültürel, sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerinin farklı olması etkili olmuş olabilir. Yayınlanan bir çalışmada fiziksel aktivite yapmanın bireysel nedenlerinden bazıları

fiziksel aktivite olanaklarına erişimde zorluk, aile-arkadaş-çevre desteğinin olmaması ve maddi-kültürel-sosyal çekingenlik olarak sıralanmıştır (Evcı-Kiraz 2015).

HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada “Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak” maddesinin zor olarak algılama yüzdesi (%40,3), bu çalışma (%27) ile Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasından (%33,6) farklı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni, Avrupa ülkelerindeki vatandaşların çevrenin daha sağlıklı olması konusundaki duyarlılığının daha yüksek olması olabilir. “Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak” maddesi çok az bir farkla bu çalışmada ikinci, diğer çalışmalarda ise birinci sırada en çok zor olarak algılanan madde olmuştur. Yılmazel (2014)’in çalışmasında katılımcıların sadece yaklaşık üçte biri (%32,4) medyada yer alan Sağlık Bakanlığı’nın politika ve programlarıyla ilgilendiğini belirtmiştir. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) yapmış olduğu çalışmada katılımcılara Sağlık Bakanlığı’nın ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olup olmadıkları sorulduğunda sadece %13,5’i haberdar olduğunu belirtmiş, bu gruptaki sorulara örnek olarak Sağlık Bakanlığı’nın 2014 yılını “Sağlıklı Yaşam ve Hareket Yılı” olarak ilan ettiğinin hatırlatılması üzerine sadece %14,6’sı bu kampanyayı hatırladıklarını ifade etmiştir. Sağlık hizmetlerinin yapısı, sunumu ve sağlık sigortalarının kapsamı gibi konuların sık sık değişmesi, özellikle Türkiye’de şehir hastanelerinin devreye girmesi ve işleyişinin çoğu kimse tarafından hala bilinmemesi ve belirsizliği gibi nedenlerden dolayı insanlar sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmakta zorluk yaşadığını düşünmüş olabilir.

Çalışmada, hastaların zorluğunu en düşük olarak algıladığı SOYA-AB anketinin ilk 3 maddesi şunlardır: “M8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak (%9,1), M16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek (%11,7) ve M37. Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak (%12,8)”. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcıların zorluğunu en düşük algıladığı SOYA-AB anketinin ilk 3 maddesi şunlardır: “M16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek (%8,7), “M8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak (%11,9) ve M14. İlaç üzerindeki talimatları uygulamak (%11,9)”. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların zorluğunu en düşük olarak algıladığı ilk 3 madde şunlardır: “M16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek (%5,6), M8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak (%6,5) ve M14. İlaç üzerindeki talimatları uygulamak (%6,8)”.

Her üç çalışmada da “Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak” ve “Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek” maddeleri katılımcıların zorluğunu en düşük olarak algıladığı maddeler olmuştur. Diğer iki çalışmadaki zorluğu en düşük olarak algılanan maddelerden biri olan “İlaç üzerindeki talimatları uygulamak” maddesi, bu çalışmada zorluğu en düşük olarak algılanan ilk 3 madde arasında yer almasa da, %15,8 ile zorluğu en düşük olarak algılanan dördüncü madde olmuştur. Bu çalışmada zorluğu en düşük olarak algılanan maddelerden biri olan “Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak” maddesinin zor olarak algılanma yüzdesi diğer iki çalışmada, (Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında %28,9; HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada %22,2), bu çalışmaya göre oldukça yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada yer alan katılımcılar, kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalardır ve dolayısıyla onların sağlık durumları daha kötü ve yaşları daha büyüktür. Bu hastalar bakımları esnasında, özellikle kronik hastalıklarının yönetiminde en fazla ailelerinden ve yakınlarından destek almakta, dolayısıyla aralarındaki iletişim geliştiğinden onların tavsiyelerini daha kolay anlayabilmektedirler. Bu sebeple

belirtilen maddenin zor olarak algılanma yüzdesi bu çalışmada daha düşük bulunmuş olabilir.

Çalışmada hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması $31,3 \pm 10,3$ iken ortancası $31,9$ 'dur. Sağlık okuryazarlığı alanlarının indeks puanı ortalamalarının $30,8 \pm 11,5$ ile $32,2 \pm 11,5$ arasında değiştiği görülmüştür. Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı alanı $32,2 \pm 11,5$ indeks puanı ile ortalaması en yüksek sağlık okuryazarlığı alanı olmuştur. Bunu sırasıyla, aralarında çok fazla fark olmamakla beraber, sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı ($30,9 \pm 9,6$) ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı ($30,8 \pm 11,5$) alanları takip etmiştir. Sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamaları $30,5 \pm 10,9$ ile $32,2 \pm 10,6$ arasında değişmektedir. Sağlık bilgisini anlama süreci indeks puanı ortalaması ($32,2 \pm 10,6$) en yüksek, sağlık bilgisine erişim süreci ise indeks puanı ortalaması ($30,5 \pm 10,9$) en düşük süreç olmuştur. Sağlık bilgisini değerlendirme ($31,2 \pm 11,0$) ve sağlık bilgisini uygulama ($31,2 \pm 10,5$) süreçlerinin indeks puanı ortalamaları ise aynı bulunmuştur. Çalışmada sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutunun indeks puanı ortalamalarının $28,1 \pm 13,0$ ile $35,1 \pm 12,3$ arasında değiştiği görülmüştür. Sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutundan indeks puanı ortalaması en yüksek ilk 3 alt boyutun sırasıyla; hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama ($35,1 \pm 12,3$), sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama ($34,3 \pm 11,6$) ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme ($33,4 \pm 12,4$) alt boyutlarının; en düşük ilk 3 alt boyutun ise sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama ($28,1 \pm 13,0$), sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme ($29,3 \pm 10,7$) ve sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim ($29,7 \pm 10,0$) alt boyutlarının olduğu görülmüştür. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması $30,4 \pm 0,16$ bulunmuş, sağlık okuryazarlığı alanlarının indeks puanı ortalamaları $29,8 \pm 0,18$ ile $31,1 \pm 0,16$ arasında değişmekte olup sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanının $31,1 \pm 0,16$ indeks puanı ortalaması ile en yüksek sağlık okuryazarlığı alanı olduğu görülmüştür. Bunu sırasıyla, aralarında çok fazla fark olmamakla beraber, sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı ($29,9 \pm 0,17$) ve hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı ($29,8 \pm 0,18$) alanları takip etmiştir. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması $33,8 \pm 8,0$ bulunmuş, sağlık okuryazarlığı alanlarının indeks puanı ortalamaları $32,5 \pm 9,1$ ile $34,7 \pm 8,3$ arasında değişmekte olup sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanının $34,7 \pm 8,3$ indeks puanı ile ortalaması en yüksek sağlık okuryazarlığı alanı olduğu görülmüştür. Bunu sırasıyla, hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı ($34,2 \pm 8,8$) ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı ($32,5 \pm 9,1$) alanları takip etmiştir. Bu çalışmada hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasındaki katılımcıların ortalamasından yüksek, HLS-EU Consortiumun (2012) çalışmasındaki katılımcıların ortalamasından ise daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada, indeks puanı ortalaması en yüksek alan hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı alanıyken diğer iki çalışmada sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanı olmuştur. Nakayama ve diğerlerinin (2015) çalışmasında ise hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı alanı $22,7 \pm 9,2$ indeks puanı ile ortalaması en düşük sağlık okuryazarlığı alanı iken sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı ($25,5 \pm 9,2$) ve sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı ($25,7 \pm 8,6$) alanları ile genel sağlık okuryazarlığının ($25,3 \pm 8,2$) indeks puanı ortalamaları daha yüksek olup aralarındaki farkın çok az olduğu görülmüştür. Böyle bir sonucun bulunmasında bu çalışmanın doğrudan hastalara uygulanması ve dolayısıyla onların daha çok korunmaya ihtiyaç duyması etkili olmuş olabilir. Bu çalışma ve diğer çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde, katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması ile sağlık okuryazarlığı alanları indekslerinin puan ortalamaları arasındaki farkların çok fazla olmadığı söylenebilir.

Çalışma kapsamındaki hastalar genel sağlık okuryazarlığı indeks puanına göre nitelendirildiğinde; %19,6'sının yetersiz, %38,5'inin sınırlı, %27,2'sinin yeterli, %14,7'sinin ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Hastalar sağlık

okuryazarlığı düzeylerine göre iki kategoride değerlendirildiğinde; yaklaşık beşte üçü (%58,1) yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde, beşte ikisi (%41,9) ise yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcıların %24,5'i yetersiz, %40,1'i sınırlı, %27,8'i yeterli, %7,6'sı ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunmuştur. Belirtilen çalışmada katılımcılar sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre iki kategoride değerlendirildiğinde; %64,6'sının yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %35,4'ünün ise yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %12,4'ü yetersiz, %35,2'si sınırlı, %36,0'ı yeterli, %16,5'i ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunmuştur. Belirtilen çalışmada katılımcılar sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre iki kategoride değerlendirildiğinde; %47,6'sının yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde iken %52,5'inin ise yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Bu çalışma, belirtilen bu iki çalışmayla karşılaştırıldığında, bu çalışmada yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan katılımcıların yüzdesi (%58,1); Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasındaki katılımcıların yüzdesinden (%64,6) daha düşük, HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmadaki katılımcıların yüzdesinden (%47,6) ise daha yüksektir. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada bu yüzdenin daha düşük olmasında, başta eğitim olmak üzere gelir, çalışma koşulları ve kültürel farklılıklar gibi birçok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasına göre belirtilen yüzdenin daha düşük olmasında, bu çalışmadaki katılımcıların hasta olması, dolayısıyla onların daha fazla sağlık hizmeti alması ve sağlık sisteminin işleyişini daha yakından tanıyıp sağlık bilgisine erişim, sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerinin daha yüksek olması etkili olmuş olabilir. Üçpunar (2014) tarafından Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) ölçeği kullanılarak kardioloji polikliniklerine başvuran hastalar üzerinde yapılan çalışmada hastaların yaklaşık dörtte üçü (%72,9) yeterli, yaklaşık beşte biri (%19,7) marjinal (sınırlı) sağlık okuryazarlığı düzeyinde iken sadece %7,4'ünün yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Belirtilen çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan hasta yüzdesinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Böyle bir sonucun bulunmasında, belirtilen çalışma ile bu çalışmada kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin aynı olmaması etkili olabileceği gibi, yaş ve eğitim başta olmak üzere diğer hasta özelliklerinin de farklı olması etkili olmuş olabilir. Tiller ve diğerleri (2015) tarafından Almanya'da 55-91 yaş aralığındaki 1.107 katılımcı üzerinde SOYA-AB anketinin 16 maddeden oluşan kısa versiyonu (HLS-EU-Q16) kullanılarak yapılan bir araştırmada, katılımcıların sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması $36,9 \pm 6,9$ bulunmuş, %4'ünün yetersiz, %23'ünün sınırlı, %50'sinin yeterli; %23'ünün mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya göre, belirtilen çalışmadaki katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha iyi olduğu görülmektedir. Böyle bir sonucun bulunmasında, belirtilen çalışmadaki katılımcıların eğitim, gelir, meslek gibi özelliklerinin farklı olması ve sağlık okuryazarlığı becerilerinin daha iyi olması etkili olmuş olabilir.

Yapılan başka çalışmalarda da katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri bu çalışmadan farklı bulunabilmektedir. Örneğin, Nakayama ve diğerlerinin (2015) çalışmasında katılımcıların yaklaşık yarısının (%49,9) yetersiz, üçte birinden fazlasının (%35,5) sınırlı, yaklaşık onda birinin yeterli (%10,4) ve sadece %4,2'sinin de mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Toçi ve diğerleri (2014) tarafından Kosova'da TOFHLA ölçeği kullanılarak birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 1.035 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %43,8'inin yetersiz; %36,8'inin marjinal (sınırlı) ve %19,3'ünün yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Macabasco-O'Connell ve diğerleri (2011) tarafından 2007-2009 yılları arasında Amerika'da dört farklı hastanenin genel dahiliye ve kardioloji polikliniklerine başvuruda bulunan ve semptomatik kalp yetmezliği tanısı konan 605 hastaya TOFHLA ölçeğinin kısa versiyonu

kullanılarak yapılan bir çalışmada, hastaların %37'sinin düşük (sınırlı ve yetersiz) sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Görüldüğü üzere hem bu çalışmada, hem diğer çalışmalarda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklı olabilmektedir. Bu farklılıkların olmasında, çalışmalarda kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin aynı olmaması, katılımcıların bazen hasta, bazen sağlıklı bireylerden oluşması, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, gelir gibi demografik ve ekonomik özelliklerinin ve sağlık okuryazarlığı becerilerinin değişiklik göstermesinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada, sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,83-0,88 arasında, sağlık bilgisi süreci indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,87-0,91 arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt boyut indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları ise 0,49-0,83 arasında bulunmuştur. Ayrıca, genel sağlık okuryazarlığı indeksinin; sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları 0,94-0,96 arasında, sağlık bilgisi süreci indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları 0,95-0,96 arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutunun indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları ise 0,76-0,91 arasında bulunmuştur. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,70-0,80 arasında, sağlık bilgisi süreci indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,76-0,81 arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutunun indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları ise 0,42-0,69 arasında bulunmuştur. Belirtilen çalışmada genel sağlık okuryazarlığı indeksinin; sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları 0,90-0,93 arasında; sağlık bilgisi süreci indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları 0,90-0,93 arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt boyut indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları ise 0,72-0,82 arasında değişmektedir. Her iki çalışmada da sağlık okuryazarlığı alanları indekslerinin ve sağlık bilgisi süreçleri indekslerinin kendi içinde ve genel sağlık okuryazarlığının bunlarla yaptığı korelasyonların yüksek olduğu görülmektedir. Yine her iki çalışmada sağlık okuryazarlığının 12 alt boyut indekslerinin kendi içinde ve genel sağlık okuryazarlığı indeksinin bu 12 alt boyut indeksleriyle yapmış olduğu korelasyonların diğer korelasyonlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre her iki çalışmada sağlık okuryazarlığı indeksleri arasındaki korelasyonların benzer şekilde değişim gösterdiği söylenebilir. Çimen (2015) tarafından yapılan çalışmada ise, bu çalışmaya göre sağlık bilgisi süreci indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları (0,483-0,720) ve genel sağlık okuryazarlığı indeksinin sağlık bilgisi süreci indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları (0,732-0,913) daha düşük bulunmuştur. Böyle bir sonucun bulunmasında, belirtilen çalışmada SOYA-AB anketininin 25 maddelik kısa versiyonunun kullanılmış olması etkili olmuş olabilir.

Bu çalışmada; eğitim düzeyi daha yüksek, daha genç, istihdam durumu çalışan ve öğrenci olan, hanehalkı geliri daha yüksek, il merkezinde yaşayan ve sosyal statü algısı daha yüksek olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin mükemmel veya yeterli olma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan çok sayıda çalışmada benzer bulguların bulunduğu görülmektedir. Örneğin; Çimen (2015) tarafından yapılan çalışmada, cinsiyeti kadın, daha genç, medeni durumu evli, eğitim düzeyi ve geliri daha yüksek, uzun süre şehirlerde yaşayan ve çalışan hastaların sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Üçpınar (2014)'ın çalışmasında, benzer şekilde eğitim düzeyi daha yüksek, istihdam durumu çalışan, ekonomik durumu daha iyi ve yaşadığı yer şehir merkezi olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek iken, hastaların cinsiyetine ve medeni durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Rasu ve diğerleri (2015) tarafından ABD'de 2005-2008 yılları arasında 22599 kişi üzerinde yapılan başka bir çalışmada cinsiyeti kadın, daha genç, eğitim düzeyi üniversite öğrencisi veya mezunu, gelir seviyesi daha yüksek, medeni durumu evli veya hiç evlenmemiş olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanı ortalamaları ile orta derece veya yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur.

Chen ve diğ erleri (2013) tarafından ABD’de üç farklı hastanede 2009-2011 yılları arasında kalp yetmezliği tanısı konulan 51 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe yaş ortalamalarının dü ştü ğü, eğitim yılı ortalamalarının ise arttığı görülmü ştür. Belirtilen çalışmada, hastaların medeni durumuna ve cinsiyetine göre ise sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu çalışmaya göre farklı sonuçların da bulundu ğu bazı çalışmalar mevcuttur. Örne ğin; Tiller ve diğ erlerinin (2015) çalışması ile Nakayama ve diğ erlerinin (2015) çalışmasında, bu çalışmadan farklı olarak yaş tiki artışın daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyiyle ilişkili oldu ğu görülmü ştür. Ayrıca, Tiller ve diğ erlerinin (2015) çalışmasında erkeklerin, Nakayama ve diğ erlerinin (2015) çalışmasında ise kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmu ştur. Belirtilen bu iki çalışmada, bu çalışmayla benzer şekilde sağlık okuryazarlığındaki artışın eğitim düzeyi, net hane halkı geliri ve sosyal statü algısıyla pozitif ilişkili oldu ğu görülmü ştür. Genel bir değerlendirme yapılacak olursa, bu çalışmanın bulguları ile belirtilen diğ er çalışmaların bulgularının ço ğunun tutarlı oldu ğu söylenebilir.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada, kota örnekleme yöntemiyle araştırmanın yapıldığı dönemdeki evreninin (3.866 hastanın) %13,71’ine (530 hastaya) ulaşılmıştır. Kota örneklemede, kota olarak cinsiyet ve yaş de ğişkenleri kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığının en önemli belirleyicisi eğitim düzeyi olmakla birlikte hastaların eğitim bilgileri hastane bilgi sisteminde kayıtlı olmadığından, çalışma öncesi hastaların eğitim bilgilerine ulaşılammıştır. Sağlık okuryazarlığıyla ilgili gelecekte yapılacak çalışmalarda kota örnekleme kullanılacaksa, mümkün oldu ğu takdirde araştırmacıların belirleyece ği kotalardan birisinin eğitim düzeyi olması tavsiye edilir.

Ölçek maddelerine göre hastaların %40’ından fazlası; ait oldu ğu toplulukta sağlığı iyileştirici faaliyetlere katılmakta, sağlığı etkileyebilecek politik de ğişiklikler konusunda bilgiye ulaşmakta, istediğinde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmakta, ilacıyla birlikte gelen prospektüsleri anlamakta, medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmekte, tıbbi bir acil durumda ne yapacağını anlamakta ve de ğişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmekte zorlanmaktadır. Hastalar tarafından en fazla zor olarak algılanan ölçek maddeleriyle ilgili çeşitli iyileştirmeler yapılabilir. Politika yapıcılar; özellikle hastaların daha fazla egzersiz yapabilmeleri için yerel yönetimlerle, ilgili diğ er kamu kuruluşlarıyla ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yaparak gerekli tesislerin yapılmasını, böylece insanların daha fazla egzersiz yapmasını ve daha sağlıklı kalmasını sağlayabilirler. Bunun dışında, hastane yöneticileri çeşitli eğitim faaliyetleri düzenleyip hasta, hastanın doktoru, hasta yakınları ve diyetisyen ve psikolog gibi sağlık profesyonelleriyle işbirliği yaparak hastaların daha fazla spor yapmasını teşvik edebilir. Sağlığı etkileyebilecek politik de ğişiklikler konusunda başta medya olmak üzere çeşitli iletişim kanallarıyla (broşürler, ilanlar vb.) hastalara gerekli bilgilendirmeler daha etkili yapılmalıdır. İlaç prospektüsündeki Latince veya tıbbi terimlerin yerine, hastaların anlayacağı basitlikte açıklamaların olması hastalara yardımcı olabilir. Medyada yer alan sağlık bilgilerine Radyo ve Televizyon Üst Kurulu tarafından kısıtlama getirilerek bilimsel geçerliği ve güvenilirliği olmayan sağlıkla ilgili bilgilerin yayınlanması engellenebilir. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğinin nasıl değerlendirilebilece ği hakkında halkın eğitilmesi, bir başka deyişle medya okuryazarlığının geliştirilmesi de önerilir. Eğitim kurumlarında, iş yerlerinde veya halka açık eğitim kuruluşlarında sağlıkla ilgili eğitim verildiğinde, acil bir durumda ne yapılması gerektiğiyle ilgili bilgilerin daha doğru, anlaşılır ve uygulamalı verilmesi sağlanmalıdır. Böylece, uygulamalı eğitimlerde bu bilgilerin doğru öğrenilip öğrenilmedi ği kontrol edilebilir. Hastalarla sağlık profesyonelleri arasındaki bilgi asimetrisi çok fazladır. Özellikle doktorlar hastalarına daha fazla zaman ayırarak, basit ve

sade bir dil kullanarak onların değişik tedavi yöntemlerinin avantaj ve dezavantajlarını anlamasını sağlayabilirler.

Hastalar en az (%13'ünden daha azı); reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacının tarifini anlamakta, doktor ya da eczacının talimatlarını yerine getirmekte ve ailesi ya da arkadaşlarının sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamakta zorlanmaktadır. Bu üç maddenin ortak özelliği, iletişim temalı olmasıdır. Hastalar konuşma, anlatma ve açıklama gerektiren bu maddelerde daha az zorlanmaktadır. Açıklama gerektiren diğer durumlarda da sağlık personeli ve hasta yakınlarının duyarlılığı artırılarak daha iyi sonuçlar elde edilebilir.

Hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması $31,3 \pm 10,3$ 'tür. Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçleri indekslerinin ortalamaları ve aralarındaki korelasyonlar birbirine yakın ve benzerdir. Sağlık okuryazarlığının 12 alt boyut indekslerinde ise durum aynı değildir. Sağlık okuryazarlığının 12 alt boyut indekslerinin ortalamaları ve aralarındaki korelasyonların farklılıkları daha fazladır. Bu sonuçlara göre, hastaların genel sağlık okuryazarlığı değerlendirilirken, bunun yanı sıra sağlık okuryazarlığı alanları veya sağlık bilgisi süreçlerinden ziyade, sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının değerlendirilmesi daha önemlidir.

Sağlık personeli hastaların sağlık okuryazarlığını değerlendirirken özellikle indeks puanı düşük olan alt boyutların farkında olmalıdır. İndeks puanı en düşük olan alt boyutlar öncelikli iyileştirme yapılması gereken alanları göstermektedir. Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarından sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutu, indeks puanı ortalaması ($28,1 \pm 13,0$) en düşük alt boyuttur. Bu alt boyutun ortalamasının düşük çıkması, hastaların sağlıklarını iyileştirecek veya geliştirecek uygulamaları yapmaya karar vermekte zorlandığını göstermektedir. Bu nedenle hastalar doğru beslenme, egzersiz yapma gibi sağlığı iyileştirecek kararları daha kolay vermeleri ve uygulamaları için teşvik edilmelidir.

Hastalar genel sağlık okuryazarlığı indeks puanına göre nitelendirildiğinde, yaklaşık her beş hastadan üçü (%58,1) yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde iken her beş hastadan ikisi (%41,9) ise yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Sağlık okuryazarlığının yükseltilebilmesi için; hastane yönetiminin, başta Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı olmak üzere ilgili tüm Bakanlıklar, üniversiteler, çeşitli sivil toplum kuruluşları, medya gibi kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yaparak öncelikle hastaların ve hasta yakınlarının olmak üzere tüm toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha iyi hale gelebilmesi için çaba sarf etmesi gerekmektedir. Bunun dışında, hastane yönetimi, hastalar ve hasta yakınları için hastane içinde çeşitli eğitim programlarının planlanmasını ve yürütülmesini sağlayabilir. Sağlık çalışanlarına da eğitim verilerek düşük sağlık okuryazarlığı düzeyindeki hastalar hakkında farkındalığın oluşması sağlanabilir. Böylece, sağlık personeli özellikle düşük sağlık okuryazarlığı düzeyindeki hastaların ve diğer tüm hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin farkında olacak ve sağlık hizmeti sunarken bu durumu göz önünde bulundurabilecektir. Sağlık profesyonelleri, Amerikan Tıp Birliği Kuruluşunun (American Medical Association Foundation) özellikle sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalarla kişiler arası iletişimi geliştirmek için önerdiği altı adımdan oluşan şu rehberi kullanabilir: 1) yavaşlayın, 2) tıbbi terimler yerine sade bir dil kullanın, 3) hastaların anlamasını ve hatırlamasını sağlayacak resimler kullanın veya çizin, 4) her bir vizitte verilen bilgi miktarını kısıtlayın ve onu tekrarlayın, 5) öğrenileni geri anlatma tekniğini kullanın, 6) özgür bir ortam yaratın - soru sormaya teşvik edin (Weiss 2009). Çalışmada eğitim düzeyi daha düşük, daha yaşlı, istihdam durumu çalışmayan, hanehalkı geliri daha düşük, il merkezinde yaşamayan ve sosyal statü algısı daha düşük olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşüktür. Hastane yönetimi ve bütün sağlık personeli hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesiyle ilişkili (bağı) olan bu özelliklerin farkında olmalıdır.

Gelecekte, benzer çalışmaların farklı türden hastanelerde, hastanelerin farklı polikliniklerinde ve farklı hasta grupları özelinde de yapılması tavsiye edilir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastalar için ne tür iyileştirmelerin yapılabileceğinin ve sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarıyla ilişkisinin de araştırılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Abrams M.A., Kurtz-Rossi S., Riffenburgh A. and Savage B.A. (2014) **Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change**. Wes Des Moines, DC: Author. <http://www.HealthLiterateOrganization.org> Erişim Tarihi: 29.09.2016
2. Akalın E., Durusu–Tanrıöver M. ve Sayran F. (2012) **Sürdürülebilir Sağlık Sistemi için Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü**. Yayın No: TÜSYAD-T/2012-06/529, Sis Matbaacılık, İstanbul.
3. Alpar R. (2014) **Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik-Güvenilirlik**. Detay Yayıncılık (3. Baskı), Ankara.
4. Özdamar K. (2013) **Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi**. Nisan Kitapevi, Ankara.
5. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) (2013) **Consumers, the Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality**. Consultation Paper, Sydney.
6. Austvoll-Dahlgren A., Danielsen S., Opheim E., Bjørndal A., Reinart L. M., Flottorp S., Oxman A. D. and Helseth S. (2013) Development of a Complex Intervention to Improve Health Literacy Skills. **Health Information & Libraries Journal** 30(4):278-293.
7. Böke K. (2011) Örneklem. Böke K. (Ed.). **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri**. (3. Baskı). ALFA Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti., Ankara.
8. Chen A.M., Yehle K.S., Albert N.M., Ferraro K.F., Mason H.L., Murawski M.M., and Plake K.S. (2013) Health Literacy Influences Heart Failure Knowledge Attainment but not Self-Efficacy for Self-Care or Adherence to Self-Care over Time. **Nursing Research and Practice** ID 353290.
9. Çimen Z. (2015) Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi. **Ege Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
10. Çokluk Ö., Şekercioğlu G. ve Büyükoztürk Ş. (2014) **Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları**. Pagem Akademisi, 3. Baskı, Ankara.
11. Doyle G., Cafferkey K. and Fullam J. (2012) **The European Health Literacy Survey: Results from Ireland**. DC: Author, Dublin.
12. Durusu-Tanrıöver M., Yıldırım H. H., Demiray Ready N., Çakır B. ve Akalın H. E. (2014) **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması**. Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
13. Dünya Sağlık Örgütü (2018) **Track 2: Health Literacy and Health Behaviour**. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/> Erişim Tarihi: 19.12.2018
14. Evcı-Kiraz D. (2015) **Halk Sağlığı Perspektifinden Fiziksel Aktivite ve Belediyelerin Rolü**. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Fiziksel Aktivite Çalıştayı, Ankara.

15. Harper R. (2013) Comprehensive Health Literacy Assessment for College Students. **Colorado State University, Doctoral dissertation**, Colorado.
16. Health Service Executive (HSE) and National Adult Literacy Agency (NALA) (2009) **Literacy Audit for Healthcare Settings**. DC: Author, Dublin. https://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HSE_NALA_Health_Audit.pdf Erişim tarihi: 27.09.2016
17. Ingram R.R. (2010) Health Literacy and Adherence to Antihypertensive Regimens in African Americans Ages 50 and Older. **The University of North Carolina, Doctoral Dissertation**, Greensboro.
18. Institute of Medicine (IOM) (2001) **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. DC: The National Academies Press, Washington.
19. Institute of Medicine (IOM) (2004) **Health Literacy: a Prescription to End Confusion**. DC: The National Academies, Washington.
20. İlhan M. ve Çetin B. (2014) LISREL ve AMOS Programları Kullanılarak Gerçekleştirilen Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Analizlerine İlişkin Sonuçların Karşılaştırılması. **Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi** 5(2):26-42.
21. Johnson A. (2014) Health Literacy, does it Make a Difference? **Australian Journal of Advanced Nursing** 31(3):39-45.
22. Kanj M. and Mitic W. (2009) Why is Health Literacy Important? **7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap. Consultants to the Eastern Mediterranean Region**, World Health Organization.
23. Kickbusch I, Wait S. and Maag D. (2005) **Navigating Health: The Role of Health Literacy. Alliance for Health and the Future**, International Longevity Centre-United Kingdom, London.
24. Macabasco-O'Connell A., DeWalt D. A., Broucksou K. A., Hawk V., Baker D.W., Schillinger D., Ruo B., Bibbins-Domingo K., Holmes G. M., Erman B., Weinberger M. and Weinberger M. (2011). Relationship Between Literacy, Knowledge, Self-Care Behaviors, and Heart Failure-Related Quality of Life Among Patients with Heart Failure. **Journal of General Internal Medicine** 26(9):979-986.
25. Mahmud A.J. (2013) Designing ICT-supported Health Promoting Communication in Primary Health Care. **Blekinge Institute of Technology, School of Health Science, Doctoral Dissertation**, Sweden.
26. Mancuso J.P. (2009) Assessment and Measurement of Health Literacy: An Integrative Review of the Literature. **Nursing and Health Sciences** 11(1):77-89.
27. Nakayama K., Osaka W., Togari T., Ishikawa H., Yonekura Y., Sekido A. and Matsumoto M. (2015) Comprehensive Health Literacy in Japan is Lower than in Europe: A Validated Japanese-Language Assessment of Health Literacy. **BMC Public Health** 15(1): 505.
28. Onotai L.O. (2008) A Review of the Impact of the Health Literacy Status of Patients on Health Outcomes. **The Nigerian Health Journal**, 8(3-4): 32-38.
29. Özkan S. (2014) Sağlık Okuryazarlığı. **Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi** 7(19): 36-39.

30. Ploeg W.V.D. (2012) Health Literacy and Healthcare System Navigation for People Who have had, or are at Risk of, a Cardiac Event. **University of Tasmania, Doctoral Dissertation**, Tasmania.
31. Rasu R.S., Bawa W.A., Suminski R., Snella K. and Warady B. (2015). Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. **International Journal of Health Policy and Management** 4(11): 747-55.
32. Squiers L., Peinado S., Berkman N., Boudewyns V. and McCormack L. (2012) The Health Literacy Skills Framework. **Journal of Health Communication** 17(3): 30-54.
33. Sørensen K., Broucke S.V., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z and Brand H. (2012) Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. **BMC Public Health** 12(80): 1-13.
34. Sørensen K. (2013) The European Health Literacy Survey. Hernandez L. M. (Ed.). **Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around The World: Workshop Summary**, National Academies Press, Washington.
35. Şahin B. (2014) Metodoloji. Tanrıoğren A. (Ed.), **Bilimsel Araştırma Yöntemleri** (4. Baskı) Anı Yayıncılık, Ankara.
36. The European Health Literacy Survey (HLS-EU) Consortium (2012) **Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU**. The international Consortium of the HLS-EU Project, DC: Author.
37. The Joint Commission (2007) **“What did the Doctor Say?” Improving Health Literacy to Protect Patient Safety**. DC: Author, Washington, https://www.jointcommission.org/assets/1/18/improving_health_literacy.pdf
Erişim tarihi: 19.03.2019
38. Tiller D., Herzog B., Kluttig A. and Haerting J. (2015) Health Literacy in an Urban Elderly East-German Population—Results from the Population-Based CARLA Study. **BMC Public Health** 15(883): 1-9.
39. Toçi E., Burazeri G., Kamberi H., Jerliu N., Sørensen K. and Brand H. (2014b) Socio-Economic Correlates of Functional Health Literacy Among Patients of Primary Health Care in Kosovo. **Public Health** 128(9): 842-848.
40. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2016) **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması**. Yayın no:1025, ISBN: 978-975-590-594-5), Ankara.
41. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2009) **Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-Koah) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013)**. Ankara.
42. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013) **Türkiye’de Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması**. Yayın No: 909, Ankara.
43. Türkiye İstatistik Kurumu (2018) **Ölüm Nedeni İstatistikleri (2009 ve Sonrası)**. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083 Erişim tarihi: 19.03.2018
44. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion (2010) **National Action Plan to Improve Health Literacy**. Washington, DC: Author.

45. Üçpunar E. (2014) Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarlama Çalışması. **Ankara Üniversitesi Yüksek lisans tezi**, Ankara.
46. Weiss B.D. (2009). **Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand. Second edition, American Medical Association Foundation and American Medical Association**, Chicago.
47. World Health Organization (WHO) (2013) **Health Literacy – The Solid Facts**. Editors: Kickbusch I., Pelikan J.M., Apfel F., Tsouros A.D. WHO Regional Office for Europe, Denmark.
48. World Health Organization (WHO) (2019) **The Top 10 Causes of Death**. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
Erişim tarihi: 01.07.2019.
49. Yılmazel G. (2014) Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı ve Kontrolü Arasındaki İlişki. **Erciyes Üniversitesi Doktora Tezi**, Kayseri.
50. Zarcadoolas C., Pleasant A. and Greer D.S. (2005) Understanding Health Literacy: An Expanded Model. Health Promotion International, **Oxford University Press** 20(2): 195-203.

