



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ARAŞTIRMA: KOCAELİ İLİ DERİNCE İLÇESİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN KİŞİLERİN SAĞLIK OKUR YAZARLIK DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Araştırma Grubu Üyeleri:

İnt. Dr. Abdul JAMAL
İnt. Dr. Aleyna BEYAZATLI
İnt. Dr. Berçin TEKEŞ
İnt. Dr. Burak ŞANCI
İnt. Dr. Buse ŞENTÜRK
İnt. Dr. Çağatay ALAGÖZ
İnt. Dr. Eda KILIÇ
İnt. Dr. Elif Nur URAL
İnt. Dr. Feyzanur AK
İnt. Dr. İbrahim Berkan SARIŞEN
İnt. Dr. İremnur Selenay ÖZDİL
İnt. Dr. Merjema BAHTANOVIC
İnt. Dr. Merve AYGÜN
İnt. Dr. Murat Emre YURDALAN
İnt. Dr. Mustafa ATILGAN
İnt. Dr. Mustafa Tayfun YILDIZ
İnt. Dr. Mustafa TEMİZEL
İnt. Dr. Ogeday BEŞER
İnt. Dr. Osman Yavuz ERGÜN
İnt. Dr. Rino GAUTAMA
İnt. Dr. Saliha ÇAKIR
İnt. Dr. Sevim Hazal ÖZEL
İnt. Dr. Syed Faraz Ali SHAH
İnt. Dr. Yunus ŞAHİNTÜRK
İnt. Dr. Yusufcan TOPAL
İnt. Dr. Zeynep ATILGAN
İnt. Dr. Zhanar HOJANIYAZOVA

GİRİŞ

(1)Sağlık okuryazarlığı, bireylerin uygun sağlık kararları verebilmek için gereksinim duydukları sağlık bilgilerine erişme imkanlarının, bilgiyi anlama ve amaçları yönünde kullanabilme yeterliliklerinin düzeyini tanımlayan bir kavram olarak kullanılmaktadır. Kavramsallaştırmanın geniş bir çerçeveyi içine alması nedeniyle sağlık okuryazarlığı çok sayıda etmenle ilişkili bir olgu olarak ortaya çıkmaktadır. Bireylerin ve sağlık çalışanlarının sağlık bilgilerinin, iletişim becerilerinin yanı sıra, sağlık hizmet sunumunun nitelikleri, sağlık sisteminin genel işleyişinden tutun sağlık politikaları ve ülkenin kültürel yapısına varana değin birçok etmen sağlık okuryazarlığıyla ilişkilendirilebilir.

Hastalıklar, hastalıklardan korunma yolları ve tedavi biçimlerinde yaşanmakta olan değişimin yanı sıra, sağlık hizmeti sağlayanlar ile hastalar arasındaki iletişimin doğası da değişmektedir. Sağlık hizmeti sağlayanlar ve hastalar arasındaki iletişim sürecinde hastanın hekimi ya da sağlık personelinin anlayabilmesi, yazılı metinleri ve sayıları okuyabilmesi her iki taraf için de büyük önem taşımaktadır (2). Hasta katılımı, tedavi rejimlerinin planlaması ve uygulamasındaki başarı için hayati öneme sahiptir. Hastaların kendi tıbbi durumları hakkındaki sözlü veya yazılı bilgileri anlayabilmeye, tanı ve tedavi testleri ile ilgili yazılı ve sayısal yönergeleri takip edebilmeye, sağlık personeline yerinde ve uygun sorular sorabilmeye, önceki tedavi ve koşullarını bildirebilmeye ve bakım sırasında ortaya çıkan sorunları çözebilmeye ihtiyaçları vardır (3). Günlük yaşamda yetişkinler; koruyucu sağlık uygulamaları, ilaç seçimi ve satın alma, sağlık ile ilgili bir makale okurken sağlık okuryazarlık görevlerinin geniş bir yelpazesi ile karşı karşıya kalabilirler. Örneğin, ebeveynler kendi çocuklarının sağlık bakım hizmetlerini yönetmek zorundayken yaşlı yetişkinler reçeteli bir ilacın yararları hakkında karar almak zorundadır. Tüm bu etkinlikler yazılı ve basılı bilgi okuma ve anlama yeteneği gerektirir (4).

Sağlık Okuryazarlığı Tanımının Gelişimi

Sağlık okuryazarlığı terimini ilk kez Scott K. Simonds 1974 yılında “Health Education as Social Policy” adlı çalışmasında kullanmıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramının yaygınlaşması 1986 yılında Ottawa’da yapılan “Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı (International Conference on Health Promotion) sonrası başlamıştır.(5) 20. yüzyılın sonlarına doğru ABD’de önem kazanmaya başlayan sağlık okuryazarlığı, yapılan araştırmalarla sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olduğu anlaşılan Avrupa Birliği ülkelerinde de önem kazanmıştır. (6). Ülkemizde yakın zamanda yapılan bir araştırma sonucunda bireysel sağlık okuryazarlık düzeyinin yeterli olmadığı anlaşılmıştır.(7)

İlk aşamada kişilerin sağlık hizmetleriyle ilgili broşürleri ve ilaç prospektüslerini okuyabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri anlayabilmeleri anlamında kullanılan sağlık okuryazarlığı kavramının süreç içerisinde anlamı genişlemiştir.

Günümüzde “Bireylerin, yaşam boyu sağlıklarını geliştirmek, hastalıklardan(8)korunmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla, günlük hayatta yapacakları değerlendirmeler ve verecekleri kararlar için ihtiyaç duydukları sağlık bilgilerine ulaşma, anlama, değerlendirebilme ve kullanma konusundaki bilgi, motivasyon ve yetenekleri” olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı (9) bireyler açısından ömür boyu süren ve sürekli geliştirilmesi gereken bir öğrenme faaliyetidir.

Sağlık Okuryazarlığının Önemi

SOY, (10)tanımlanmasından yola çıkarak bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararları doğru alabilmesi için sağlık mesajlarını doğru anlaması için önemlidir. Yetersiz ve sınırlı SOY düzeyi olan bireylerin, yeterli SOY düzeyine sahip bireylere göre değerlendirildiğinde, gereksiz hastane masraflarının arttığı, hastane yatış sürelerinin uzadığı, gereksiz tetkik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. (11) Ayrıca, bu bireylerin gereksiz acil servis kullanımlarının da arttığı görülmektedir. Tüm bu nedenler, gereksiz iş gücü kayıplarına ve bununla birlikte artmış sağlık harcamalarına neden olmaktadır. Diğer bir açıdan, bireylerin SOY düzeyi ile sağlık yönetimleri arasındaki ilişkiye bakıldığı zaman, yetersiz veya sınırlı SOY düzeyi olan bireylerin, yeterli SOY düzeyi olan bireylere göre koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları ve kronik hastalık yönetimlerinin daha kötü olduğu görülmektedir. Bu bireylerin, mortalite ve morbidite oranları da daha yüksektir. (12)Kronik hastalıklarla SOY ilişkisi irdelendiğinde, böbrek hastalıkları, astım ve KOAH, Tip 2 Diyabet, romatoid artrit ve depresyon nedeniyle izlenen bireylerde, düşük SOY nedeniyle bariyerlerin oluştuğu ve bunların aşılmasının gerekliliğine vurgu yapılmaktadır.

Düşük SOY düzeyi, bireylerin yazılı materyali okuyup, anlayıp, buna uygun davranış oluşturmasını engellemektedir. (13)Bu noktada hazırlanan yazılı materyallerin, bireylerin SOY düzeyine göre düzenlenmesi veya toplumun SOY düzeyini yükseltecek girişimlerin yapılması gündeme gelmiştir. Yapılan çalışmaların sonuçları, SOY düzeyinin bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerine bağlı olarak farklılık gösterdiğine işaret etmektedir.

(14)Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Son zamanlarda Türkiye’de de sağlık okuryazarlığı konusuna gereken önem verilmeye başlanmış ve gerekli adımlar atılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2012 yılında “Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı” düzenlemiştir. Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve bazı üniversiteler birlikte hareket ederek sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için çalışmalar planlamaktadır (15). Sağlık Bakanlığı’nın Stratejik Plan 2013-2017’de sağlık okuryazarlığı konusunda yaptığı planlamada stratejik amaçların içerisine; “bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluklarını artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek” maddesi yer almıştır. (16)Buna bağlı olarak Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile ortak bir çalışma

sonucunda Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32 (TSOY-32)'nin geçerlilik - güvenilirlik çalışması yapılmış ve sonuçları bakanlık tarafından 2016 yılında yayınlanmıştır (17). Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikasının “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire, 21 HLS-EU-Q)” aracılığıyla Türkiye genelinde 2014 yılında sonuçlarını açıkladığı ve erişkinler üzerinde yaptığı çalışma sonuçlarına göre Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık puanı 30,4 olarak saptanmıştır. Toplumun %64,6'sının yetersiz ve/veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu da ortalama 35 milyon bireyin yetersiz ve/veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir. Bu araştırmaya göre Türkiye sağlık okuryazarlık düzeyinin Avrupa'da 2012 yılında yapılan benzer bir çalışmaya katılan ülkelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin altında olduğu tespit edilmiştir (18). Çorum'da kamuya ait ilköğretim okullarında çalışan öğretmenler üzerinde NVS sağlık okuryazarlığı anketi kullanılarak yapılan çalışmada öğretmenlerin %44'ünün çok sınırlı, %29,8'inin sınırlı ve %26,2'sinin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Yeterli sağlık okuryazarlık düzeyi sigara ve alkol kullanmayanlarda, kronik hastalığı olmayanlarda ve medyadaki sağlıklı yaşam stilleri ile ilgilenen öğretmenlerde daha yüksek bulunmuştur (19). Bursa'da 2009 yılında bir üniversitenin aile hekimliği kliniğine başvuran hastalar üzerinde REALM ve NVS ölçeklerinin kullanıldığı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada REALM ölçeğine göre hastaların %2,7'si yetersiz, %38,6'sı marjinal ve %58,7'si yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahipken, NVS ölçeğine göre %28,1'inin yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir (20).

Sağlık Okuryazarlığı'nın Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlişkisi

WONCA Avrupa kurulunun 2002 yılında yaptığı tanımlamaya göre, Aile Hekimleri yaş, cinsiyet, hastalık ayırt etmeksizin her bireye bakmakla yükümlüdür. Bu bakımın verilmesinde, aile hekimlerinin sahip olması gereken çekirdek yeterlilikler, birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşım olarak tanımlanmıştır. (21) Aile hekimlerinin, bireylerin her türlü sağlık hizmeti alımı açısından, sıklıkla sağlık sistemine ilk giriş noktası olması izledikleri ailelerin sağlık bakım hizmetlerinin etkin kullanımı noktasında da önemlidir. Uygun sağlık davranışlarının geliştirilmesi, ihtiyaç duyulan hizmetlere erişim, sağlık bakımının her aşamasında yapılan bilgilendirmelerin bireylere sağlanması noktasında, aile hekimlerinin SOY konusunda hem farkındalık, hem de yetkinlik sahibi olması önemlidir. Aile hekimleri, kapsamlı ve tekrarlayan görüşmelerle, bireylerin SOY düzeylerini belirleyerek, SOY düzeyine uygun etkin müdahaleler ile hem bireysel hem de toplumsal sağlığın geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Birinci basamak hizmetlerinde SOY'un önemini vurgulamak üzere, Sağlık Hizmeti Araştırmaları ve Kalite Ajansı'ı (Agency for Healthcare Research and Quality) Evrensel SOY Tedbirlerini Uygulama Rehberi'nin (Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit) ikinci versiyonunu birinci basamak hizmetlerine yönelik hazırlayarak yayınlamıştır. Bu rehberde, SOY düzeyi düşük

bireylerin farkına varma, bu bireyler için materyal hazırlama, bu kişilerle iletişim kurma gibi konulara değinilmiştir. Bireylere, kanıta dayalı yol gösteren bu rehberde, sözlü iletişim, yazılı iletişim, özyönetim, güçlendirme ve destekleyici sistem gibi alt başlıklar yer almaktadır. Buna ek olarak, zor hasta grupları için pratik yöntemler ve sağlık sistemi içinde, yol alma gibi anlatımı yaklaşık 30-4 dakika sürecek sunumları da içermektedir. (22)

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Derince bölgesindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerin sağlık okur yazarlık düzeyini ve ilişkili faktörlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; Kocaeli İli Derince ilçesindeki Aile Sağlık Merkezleri'ne başvuran hastalar üzerinde, 16-20 Ağustos 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Grubu

Kocaeli İli Derince ilçesindeki Aile Sağlık Merkezleri'ne başvuran hastalardan, araştırmaya katılmayı kabul eden 135 hasta üzerinde çalışılmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

-16-20 Ağustos 2021 tarihleri arasında Derince ilçesindeki Aile Sağlık Merkezleri'ne başvurmak.

-Araştırmaya katılımını kabul etmek.

Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir çalışmadır.

Araştırmanın Değişkenleri

1. Bağımsız Değişkenler:

Bu araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, okur-yazarlık, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvencesi, ailenin aylık gelir düzeyi, genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu, kronik hastalığı olma durumu, herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğu sağlık kuruluşu, hane içinde ve/veya yakın akrabalarda kronik hastalığı olan birey varlığı, sağlıkla ilgili bilgilere en çok nereden eriştiğidir.

2. Bağımlı Değişkenler:

Bu araştırmanın bağımlı değişkeni sağlık okuryazarlık düzeyidir.

Araştırmanın Gerçekleştirilmesinde Uygulanan Testler

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla geçerlilik ve güvenilirliği T.C. Sağlık Bakanlığı ile Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri

Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması” ile belirlenmiş Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılmıştır.

Ölçek 32 sorudan oluşmaktadır, katılımcılar her bir soruda geçen konular için zorluk derecesine göre beşli Likert ölçeğine göre çok kolay/kolay/zor/çok zor/fikrim yok cevaplarından birini işaretlemişlerdir.

Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması) HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır. İndeks = (ortalama-1) x (50/3) Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Soru numaraları 1 → 4, 2 → 3, 3 → 2, 4 → 1, 5 → 0 olacak şekilde tekrar kodlanarak toplam puan ve ortalama puan hesaplanmıştır. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı; (0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı (>25-33): Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı (>33-42): Yeterli sağlık okuryazarlığı (>42-50): Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmıştır.(23)

Veri Toplama Yöntemi

Araştırma sırasında anketler, Kocaeli İli Derince ilçesindeki Aile Sağlık Merkezleri'ne gidilerek gözlem altında uygulanmıştır. Katılımcılara anket uygulamadan önce katılımcıların sözlü onamları alınmıştır.

Anket Formu

Araştırmada veri toplama aracı olarak literatürden yararlanarak hazırlanan, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, okur-yazarlık, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvencesi, ailenin aylık gelir düzeyi, genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu, kronik hastalığı olma durumu, herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğu sağlık kuruluşu, hane içinde ve/veya yakın akrabalarda kronik hastalığı olan birey varlığı, sağlıkla ilgili bilgilere en çok nereden eriştiği gibi 15 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesinde, 32 sorudan oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 kullanılmıştır.

İnsan Gücü ve Finansman

Araştırmada fotokopi ve yol masrafları araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Araştırmanın insan gücünü sadece araştırmacılar oluşturmuştur.

Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 21.0 yazılımı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak, sayısal değişkenler için ortalama± standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer olarak verilmiştir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

-Anket ve ölçekler beraber uygulandığı için bazı katılımcılar tarafından uzun bulunması ve anket formunu doldururken aceleci davranılması veya katılımın reddedilmesi

BULGULAR

Tablo 1: Araştırmaya katılan kişilerin yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grupları	Sayı	Yüzde
0-20	4	3
20-30	25	18,5
30-40	21	15,6
40-50	34	25,2
50-60	31	23
60 ve üzeri	20	14,8
Total	135	100

Araştırmaya katılan kişilerin %3'ü (n=4) 0-20 yaş aralığındadır. Katılımcıların %18,5'i (n=25) 20-30 yaş aralığındadır, %15,6'sı (n=21) 30-40 yaş aralığındadır, %25,2'si (n=34) 40-50 yaş aralığındadır, %23'ü (n=31) 50-60 yaş aralığındadır ve %14,8'i (n=20) 60 yaş ve üzerindedir.

Tablo 2: Araştırma katılımcılarının yaş durumları

	Yaş
Ortalama	43,68
Medyan	45
Standart Deviasyon	13,87
En Düşük	16
En Yüksek	76

Katılımcıların yaş ortalaması 43,68 dir. En düşük yaş 16, en yüksek yaş ise 76 dır.

Tablo 3: Araştırmaya katılan kişilerin cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Erkek	51	37,8
Kadın	84	62,2

Total	135	100
--------------	-----	-----

Araştırmaya 51 erkek (%37,8) , 84 kadın (%62,2) olmak üzere toplam 135 kişi katılmıştır.

Tablo 4 : Araştırmaya katılan kişilerin medeni durum dağılımları

Medeni Durum	Sayı	Yüzde
Evli	96	71,1
Bekar	39	28,9
Total	135	100

Araştırmaya 96 evli (%71,1) , 39 bekar (%28,9) kişi katılmıştır.

Tablo 5: Araştırmaya katılan kişilerin çocuk sahibi olma dağılımları

	Sayı	Yüzde
Evet	95	70,4
Hayır	40	29,6
Total	135	100

Araştırmaya katılan 95 kişinin (%70,4) çocuğu var, 40 kişinin (%29,6) çocuğu yoktur.

Tablo 6: Araştırmaya katılan kişilerin okuryazarlık durumları

Okuryazarlık	Sayı	Yüzde
Evet	135	100
Hayır	0	0
Total	135	100

Araştırmaya katılan 135 kişinin hepsi (%100) okuryazardır.

Tablo 7: Araştırmaya katılan kişilerin eğitim durumları

	Sayı	Yüzde
İlkokul	28	20,7
Ortaokul	20	14,8
Lise	39	28,9
Meslek Yüksekokul	5	3,7
Üniversite/Yüksekokul	37	27,4

Yüksek Lisans	6	4,4
Toplam	100	100

Araştırmaya katılan kişilerin %28,9'unu (n=39) lise mezunları, %27,4'ünü (n=37) üniversite mezunları oluşturmaktadır. 3. Sırada %20,7'lik oranla (n=28) ilkokul mezunları yer almaktadır. Araştırmaya katılan kişiler içinde en düşük yüzdeyi %4,4 (n=6) ile yüksek lisans mezunları oluşturmaktadır.

Tablo 8: Araştırmaya katılan kişilerin gelir durumları

	Sayı	Yüzde
Asgari Ücretten Az	11	8,1
Asgari Ücret	29	21,5
Asgari Ücret ile Asgari Ücretin 2 Katı Arası	53	39,3
Asgari Ücretin 2 Katı ile 3 Katı Arası	32	23,7
Asgari Ücretin 3 Katı veya Daha Fazlası	10	7,4
Toplam	135	100

Araştırmaya katılan kişiler arasında %39,3'ünün (n=53) gelir durumu asgari ücret ile asgari ücretin 2 katı arasındadır. Asgari ücretin 2 katı ile 3 katı arası kazananların yüzdesi %23,7'dir (n=32). Asgari ücretten az kazananlar ise %8,1 (n=11) oranındadır.

Tablo 9: Araştırma katılımcılarının algılanan sağlık düzeyleri

	Sayı	Yüzde
İyi	48	35,6
Orta	52	38,5
Kötü	35	25,9

Katılımcıların %38,5'inin (n=52) algıladığı sağlık düzeyleri orta düzeydir. %35,6 (n=48) iyi, %25,9 (n=35) kötü düzeydedir.

Tablo 10: Araştırma katılımcılarının düzenli ilaç kullanımı gerektiren hastalık durumları

	Sayı	Yüzde
--	-------------	--------------

Evet	43	31,9
Hayır	52	68,1

Katılımcıların %68,1'inin (n=52) düzenli ilaç kullanımını gerektiren bir hastalığı yoktur.%31,9 unun (n=43) ise düzenli ilaç kullanımını gerektiren hastalığı vardır.

Tablo 11: Katılımcıların hastalık durumunda ilk başvurduğu sağlık kuruluşu

Sağlık Kuruluşu	Sayı	Yüzde
Aile Sağlığı Merkezi	73	54,1
Devlet Hastanesi	48	35,6
Üniversite Hastanesi	6	4,4
Özel Hastane	7	5,2
Özel Muayenehane	1	0,7
Total	135	100

Araştırma katılımcılarının %54,1'i (n=73) hastalık durumunda önce aile sağlığı merkezlerine başvuruyor. %35,6 (n=48) devlet hastanelerine %4,4 (n=6) üniversite hastanelerine %5,2(n=7) özel hastanelere başvuruyor.

Tablo 12: Araştırmaya katılanların hane içi yakın akrabalarında kronik hastalık oranını gösteren tablo

Kronik Hastalık	Sayı	Yüzde
Var	87	64,4
Yok	48	35,6
Total	135	100

Katılımcıların %64'lük (n=87) kısmının evinde kronik hastalığı olan birey bulunuyor.

Tablo 13: Araştırmaya katılanların sağlık bilgilerine ulaştığı kaynaklar

Kaynaklar	Sayı	Yüzde
Sağlık Kuruluşu	42	31,1
İnternet	61	45,2
Kitap/Dergi/Gazete	2	1,5
Televizyon	8	5,9
Çevredeki Kişiler	22	16,3

Total	135	100
--------------	-----	-----

Katılımcıların %45,2'si(n=61) sağlık bilgilerine ulaşmak için interneti kullanıyor .Kitap , dergi , gazeteler %1,5 (n=2) sağlık kuruluşları %31,1 (n=42) televizyon % 5,9 (n=8) çevredeki kişiler %16,3 (n=22) oranında kullanılıyor.

Tablo 14: Araştırmaya katılan kişilerin sağlık okur-yazarlık düzeyleri.

Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	Sayı	Yüzde
Yetersiz	27	20.0
Sınırlı	41	30,4
Yeterli	38	28,1
Mükemmel	29	21,5
Total	135	100

Araştırmaya katılan kişilerin % 20'si (n=27) yetersiz, %30,4'ü (n=41) sınırlı sağlık okuryazarlığına sahiptir. Katılımcıların %28,1'i (n=38) yeterli sağlık okuryazarlığı düzey ine sahip iken %21,5'i (n=29) mükemmel düzeyde sağlık okuryazarıdır.

Tablo 15: Araştırmaya katılan kişilerin sağlık okur-yazarlık düzeylerinin yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Aralıkları		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				Toplam
		Yetersiz	Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
0-20	Sayı	1	1	0	2	4
	Yaş Grup Yüzdesi	25	25	0	50	100
	SOY Düzey Yüzdesi	3,7	2,4	0	6,9	3
20-30	Sayı	1	7	11	6	25
	Yaş Grup Yüzdesi	4	28	44	24	100
	SOY Düzey Yüzdesi	3,7	17,1	28,9	20,7	18,5
30-40	Sayı	4	8	4	5	21

	Yaş Grup Yüzdesi	19	38,1	19	23,8	100
	SOY Düzey Yüzdesi	14,8	19,5	10,5	17,2	15,6
40-50	Sayı	5	10	11	8	38
	Yaş Grup Yüzdesi	14,7	29,4	32,4	23,5	100
	SOY Düzey Yüzdesi	18,5	24,4	28,9	27,6	25,2
50-60	Sayı	9	8	8	6	31
	Yaş Grup Yüzdesi	29	25,8	25,8	19,4	100
	SOY Düzey Yüzdesi	33,3	19,5	21,1	20,7	23
60 ve üzeri	Sayı	7	7	4	2	20
	Yaş Grup Yüzdesi	35	35	20	10	100
	SOY Düzey Yüzdesi	25,9	17,1	10,5	6,9	14,4
Total	Sayı	27	41	38	29	135
	Yaş Grup Yüzdesi	20	30,4	28,1	21,5	100
	SOY Düzey Yüzdesi	100	100	100	100	100

Araştırmaya katılan kişilerden 0-20 yaş aralığındaki katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri %50 (n=2) mükemmel, yüzde 25 (n=1) sınırlı ve yüzde 25 (n=1) yetersizdir. 20-30 yaş arasındaki katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri %24 (n=6) mükemmel, yüzde 44 (n=11) yeterli, yüzde 28 (n=7) sınırlı ve yüzde 4 (n=1) yetersizdir. 30-40 yaş arasındaki katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri %23,8 (n=5) mükemmel, yüzde 19 (n=4) yeterli, yüzde 38,1 (n=8) sınırlı ve yüzde 19 (n=4) yetersizdir.40-50 yaş arasındaki katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri %23,5

(n=8) mükemmel, yüzde 32,4 (n=11) yeterli, yüzde 29,4 (n=10) sınırlı ve yüzde 14,7 (n=5) yetersizdir. 50-60 yaş arasındaki katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri %19,4 (n=6) mükemmel, yüzde 25,8 (n=8) yeterli, yüzde 25,8 (n=8) sınırlı ve yüzde 29 (n=9) yetersizdir. 60 ve üzeri yaşlardaki katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri %10 (n=2) mükemmel, yüzde 20 (n=4) yeterli, yüzde 35 (n=7) sınırlı ve yüzde 35 (n=7) yetersizdir.

Tablo 16: Araştırmaya katılan kişilerin sağlık okur-yazarlık düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				Total
		Yetersiz	Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
Erkek	Sayı	11	16	13	11	51
	Cinsiyet Grup Yüzdesi	21,6	31,4	25,5	21,6	100
	SOY Düzey Yüzdesi	40,7	39	34,2	37,9	37,8
Kadın	Sayı	16	25	25	18	84
	Cinsiyet Grup Yüzdesi	19	29,8	29,8	21,4	100
	SOY Düzey Yüzdesi	59,3	61	65,8	62,1	62,2
Total	Sayı	27	41	38	29	135
	Cinsiyet Grup Yüzdesi	20	30,4	28,1	21,5	100
	SOY Düzey Yüzdesi	100	100	100	100	100

Araştırmaya katılan erkeklerin sağlık okuryazarlık düzeyleri %21,6 (n=11) mükemmel, yüzde 25,5 (n=13) yeterli, yüzde 31,4 (n=16) sınırlı ve yüzde 21,6 (n=11) yetersizdir. Araştırmaya katılan kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri %21,4 (n=18) mükemmel, yüzde 29,8 (n=25) yeterli, yüzde 29,8 (n=25) sınırlı ve yüzde 19 (n=16) yetersizdir.

Tablo 17: Araştırma katılımcılarının eğitim durumuna göre sağlık okur-yazarlık düzeyleri

Eğitim Durumu		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				Total
		Yetersiz	Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
İlkokul	Sayı	9	6	8	5	28
	Eğitim Durum Yüzdesi	32,1	21,4	28,6	17,9	100
	SOY Düzey Yüzdesi	33,3	14,6	21,1	17,2	20,7
Ortaokul	Sayı	3	8	5	4	20
	Eğitim Durum Yüzdesi	15	40	25	20	100
	SOY Düzey Yüzdesi	11,1	19,5	13,2	13,8	14,8
Lise	Sayı	9	10	9	11	39
	Eğitim Durum Yüzdesi	23,1	26,6	23,1	28,2	100
	SOY Düzey Yüzdesi	33,3	24,4	23,7	37,9	28,9
Meslek Yüksek Okulu	Sayı	0	2	2	1	5
	Eğitim Durum	0,0	40	40	20	100

	Yüzdesi					
	SOY Düzey Yüzdesi	0,0	4,9	5,3	3,4	3,7
Üniversite/ Yükseköğretim	Sayı	6	11	13	7	37
	Eğitim Durum Yüzdesi	16,2	29,7	35,1	18,9	100
	SOY Düzey Yüzdesi	22,2	26,8	34,2	24,1	27,4
Yüksek Lisans	Sayı	0	4	1	1	6
	Eğitim Durum Yüzdesi	0,0	66,7	16,7	16,7	100
	SOY Düzey Yüzdesi	0,0	9,8	2,6	3,4	4,4
Total	Sayı	27	41	39	29	135
	Eğitim Durum Yüzdesi	20	30,4	28,1	21,5	100
	SOY Düzey Yüzdesi	100	100	100	100	100

Araştırmaya katılan ilköğretim mezunlarının %17,9(n=5) mükemmel, %28,6 (n=8) yeterli %21,4 (n=6) sınırlı %32,1 (n=9) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir.

Araştırmaya katılan ortaokul mezunlarının %20 (n=4) mükemmel, %25 (n=5) yeterli, %40 (n=8) sınırlı, %15 (n=3) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir.

Araştırmaya katılan lise mezunlarının %28,2(n=11) mükemmel, %23,1(n=9) yeterli, %26,6(n=10) sınırlı, %23,1(n=9) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir.

Araştırmaya katılan meslek yüksekokulu mezunlarının %20(n=1) mükemmel, 40% (n=2) yeterli, %40(n=2) sınırlı, %0(n=0) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir.

Araştırmaya katılan üniversite mezunlarının %18,9(n=7) mükemmel, %35,1(n=13) yeterli, %29,7(n=11) sınırlı, %16,2(n=6) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir.

Araştırmaya katılan yüksek lisans mezunlarının %16,7(n=1) mükemmel, %16,7(n=1) yeterli, %66,7(n=4) sınırlı, %0(n=0) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir.

Tablo 18:Araştırmaya katılan kişilerin gelir durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişki

Gelir Durumu		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				Total
		Yetersiz	Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
Asgari Ücret ve Daha Az	Sayı	7	11	13	9	40
	Grup Yüzdesi	%17,5	%27,5	%32,5	%22,5	%100
	SOY Düzey Yüzdesi	%25,9	%26,8	%34,2	%31	%29,6
Asgari Ücretten Fazla	Sayı	20	30	25	20	95
	Grup Yüzdesi	%21,1	%31,6	%26,3	%21,1	%100
	SOY Düzey Yüzdesi	%74,1	%73,2	%65,8	%69	%70,4
Total	Sayı	27	41	38	29	135
	Grup Yüzdesi	%20	%30,4	%28,1	%21,5	%100
	SOY	%100	%100	%100	%100	%100

	Düzye					
	Yüzdesi					

Araştırmaya katılan kişilerden gelir durumu asgari ücretten az olanların %22,5'i (n=9) mükemmel, %32,5'i(n=13) yeterli, %27,5'i (n=11) sınırlı, %17,5'i(n=7) yetersiz, sağlık okur-yazarlığı seviyesindedir.

Araştırmaya katılan kişiler arasında gelir durumu asgari ücretten fazla olan kişilerin %21,1'i(n=20) mükemmel, %26,3(n=25) yeterli, %31,6'sı (n=30) sınırlı %21,2'si(n=20) yetersiz sağlık-okuryazarlığı seviyesindedir.

Tablo 19: Araştırma katılımcılarının sağlık okur-yazarlık düzeyinin algılanan sağlık düzeyine göre durumu

Algılanan sağlık düzeyi		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				Toplam
		Yetersiz	Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
İyi	Sayı	7	12	13	16	48
	Grup Yüzdesi	14,6	25,0	27,1	33,3	100
	SOY Düzey Yüzdesi	25,9	29,3	34,2	55,2	35,6
Orta	Sayı	11	19	16	6	52
	Grup Yüzdesi	21,2	36,5	30,8	11,5	100
	SOY Düzey Yüzdesi	40,7	46,3	42,1	20,0	38,5
Kötü	Sayı	9	10	9	7	35
	Grup Yüzdesi	25,7	28,6	25,7	20,0	100
	SOY Düzey Yüzdesi	33,3	24,4	23,7	24,1	25,9
Total	Sayı	27	41	38	29	135
	Grup Yüzdesi	20,0	30,4	28,1	21,5	100
	SOY Düzey Yüzdesi	100	100	100	100	100

Algılanan sağlık düzeyi iyi olan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyine bakıldığında %33,3 (n=16) mükemmel, %27,1 (n=13) yeterli, %25 (n=12) sınırlı, %14,6 (n=7) yetersizdir.

Algılanan sağlık düzeyi orta olan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyine bakıldığında %11,5 (n=6) mükemmel, %30,8 (n=16) yeterli, %36,5 (n=19) sınırlı, %21,2 (n=11) yetersizdir.

Algılanan sağlık düzeyi kötü olan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyine bakıldığında %20 (n=7) mükemmel, %25,7 (n=9) yeterli %28,6 (n=10) sınırlı %25,7 (n=9) yetersizdir.

Sağlık okuryazarlığı mükemmel olanların % 55'i sağlık düzeyini iyi olarak algılamaktadır

Tablo 20: Araştırmaya katılan kişilerin sağlık okur-yazarlık düzeyinin, düzenli ilaç kullanımı gerektiren hastalığa sahip olma/olmama durumuna göre dağılımı

Düzenli İlaç Kullanımı Gerektiren Hastalık		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				Total
		Yetersiz	Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
Evet	Sayı	13	10	11	9	43
	Grup Yüzdesi	30,2	23,3	25,6	20,9	100
	SOY Düzey Yüzdesi	48,1	24,4	28,9	31	31,9
Hayır	Sayı	14	31	27	20	92
	Grup Yüzdesi	15,2	33,7	29,3	21,7	100
	SOY Düzey Yüzdesi	51,9	75,6	71,1	69	68,1
Total	Sayı	27	41	38	29	135
	Grup Yüzdesi	20	30,4	28,1	21,5	100
	SOY Düzey Yüzdesi	100	100	100	100	100

Araştırmaya katılan kişilerin 43'ü düzenli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığa sahip iken 92'si sahip değildir. Araştırmaya katılan ve düzenli ilaç kullanımı gerektiren hastalığa sahip olan kişilerin yüzde 20,9'u (n=9) mükemmel, yüzde 25,6'sı (n=11) yeterli, yüzde 23,3'ü (n=10) sınırlı ve yüzde 30,2'si (n=13) yetersiz düzeyde sağlık okuryazarıdır. Araştırmaya katılan ve düzenli ilaç kullanımı gerektiren hastalığa sahip olmayan kişilerin yüzde 21,7'si (n=20) mükemmel, yüzde 29,3'ü

(n=27) yeterli, yüzde 33,7'si (n=31) sınırlı ve yüzde 15,2'si (n=14) yetersiz düzeyde sağlık okuryazarıdır.

Tablo 21: Hane içi yakın akrabalarında kronik hastalık bulunanları sağlık okuryazarlığı durumu

Yakın Akrabalarında Kronik Hastalık Bulunma Durumu		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				Total
		Yetersiz	Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
Var	Sayı	19	25	23	20	87
	Grup Yüzdesi	21,8	28,7	26,4	23,0	100
	SOY Düzey Yüzdesi	70,4	61,0	60,5	69,0	64,4
Yok	Sayı	8	16	15	9	48
	Grup Yüzdesi	16,7	33,3	31,3	19,8	100
	SOY Düzey Yüzdesi	29,6	39,0	39,5	31,0	35,6
Total	Sayı	27	41	38	29	135
	Grup Yüzdesi	20	30,4	28,1	21,5	100
	SOY Düzey Yüzdesi	100	100	100	100	100

Tabloya göre hane içi yakın akrabalarında kronik hastalığı olan bireylerin % 23'ü (n=20) mükemmel, %26,4'ü (n=23) yeterli, %28,7'si (n=25) sınırlı, %21,8'i (n=19) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir.

Hane içi yakın akrabalarında kronik hastalığı bulunan birey olmayanların %19,8'i (n=9) mükemmel, %31,3'ü (n=15) yeterli, %33,3'ü (n=16) sınırlı, %16,7'si (n=8)yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir.

TARTIŞMA

Günümüzde sağlık okuryazarlığı çalışmaları hızla artmakta ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi için tavsiyelerde bulunmaktadır. Bireylerin yaşam kalitelerini artırmaları, daha sağlıklı bir hayat sürdürebilmeleri için hastalandıklarında uygun şekilde sağlık bilgisine ulaşmaları, sağlık durumunu anlamaları ve bu bilgiler doğrultusunda doğru davranış göstermeleri bireyler için oldukça önemli ve bazen hayatidir.

Aile sağlık merkezlerine başvuru yapan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguların tartışması aşağıda verilen başlıklar altında sunulmuştur:

Yaş:

Araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması 43,68, medyanı 45'tir. En düşük yaş 16, en yüksek yaş ise 76'dır. Literatürde yaş gruplarına göre okuryazarlık düzeyine bakıldığında 65 yaş ve üzeri grupta yaklaşık her iki yaşlıdan birinin okuryazarlık düzeyinin yetersiz olduğu dikkat çekmekte.(24)

Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında 29 yaşından küçüklerde diğer yaş gruplarına göre sağlık algısı düzeyi daha yüksek olduğu belirlenmiştir.(25)

Bizim çalışmamızda ise yetersiz olarak değerlendirilen kişi sayısı en az 0-20 ve 20-30 yaş arasında olup en fazla 50-60 yaş arası gruptadır.

Cinsiyet:

Katılımcıların %62,2'i (n=84) kadındır. Kadınların sağlık okuryazarlık skorları daha yüksektir

Tıbbi bilgilere ulaşma ve anlayabilme ile cinsiyet arasındaki korelasyonu gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur. Amoah ve arkadaşlarının, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi Kısa Versiyonu (HLS-EU-Q16) kullandıkları Gana'daki çalışmalarında; katılımcıların %53,4'ünü kadınlar oluşturmuştur ve kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Çalışmanın yapılan toplumdaki kadınların bilgiye ulaşmadaki güçlüklerinden dolayı olduğu belirtilmektedir (26).

Orlow ve arkadaşlarının Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA) kullandıkları çalışmasında da katılımcıların %65'ini kadınlar oluşturuyordu ve kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (27). Bizim bulduğumuz verilerle karşılaştığımızda paralellik gösterdiği görülmektedir.

Ekonomik durum:

Araştırmaya katılan kişilerin %39,3'ünün (n=53) gelir durumu asgari ücretin 2 katı arasındadır. Asgari ücretin 2 katı ile 3 katı arasında kazananların yüzdesi %23,7'dir (n=32). Asgari ücretten az kazananlar ise %8,1 (n=11) oranındadır.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi en yüksek olduğu grup asgari ücretten fazla alan gruptur ama araştırmaya katılan kişilerin çoğunluğunun gelir düzeyinin asgari ücretten fazla olması bu duruma yol açmış olabilir.

Sosyoekonomik yapı sağlık okuryazarlığı için bilgiye erişimde önemli hususlardan birisidir. Literatürde sağlık okuryazarlığı ile sosyoekonomik durumu inceleyen çalışmalar vardır. Jessup ve arkadaşlarının Sağlık Okuryazarlığı Anketi'ni (HLQ) kullandıkları çalışmalarında düşük sosyoekonomik statüye sahip bireylerin sağlık bilgisine ulaşmada daha çok zorlandıkları belirtilmiştir. (28)

Almanya'da Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU-Q) kullanılarak yapılan bir araştırmada 65-70 yaş arasındaki katılımcılarda düşük gelirli olanların sağlık okuryazarlığı durumları diğer gruplara göre 1.95 kat daha düşük olduğu görülmüştür. Düşük gelirli olanların sunulan sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları gösterilmiş ve verilen tıbbi bilgileri anlama ve kavrama yeteneklerinin daha az olduğu saptanmıştır. (29)

Silk ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada da insanların gelir düzeyleri yükseldikçe sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yükseldiği görülmüştür. (30)

Avcı'nın (2013) anneler üzerine yaptığı tez çalışmasında da, gelirin sağlık okuryazarlığını pozitif yönde etkilediği, yüksek gelir grubundaki annelerin, sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yüksek olduğu görülmüştür. (31)

Gelir değişkenine göre sağlık okuryazarlığı alt boyutları incelendiğinde, katılımcıların bilgiye erişim ve bilgiyi kullanma konularındaki ortalamalarının gelire göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu durumda kişilerin gelirleri arttıkça sağlıkla ilgili bilgilere daha kolay ulaşacağı ve bu bilgileri daha kolay kullanacağı yorumu yapılabilir.

Eğitim

Araştırmaya katılan kişilerin %28,9'unu (n=39) lise mezunları, %27,4'ünü (n=37) üniversite mezunları oluşturmaktadır. 3.sırada %20,7'lik oranla (n=28) ilk okul mezunları yer almaktadır. Araştırmaya katılan kişiler içinde en düşük yüzdeyi %4,4 (n=6) ile yüksek lisans mezunları oluşturmaktadır.

En yüksek skoru alanları üniversite – yüksek lisans mezunları oluşturmaktadır (%24.1 'mükemmel' skoru alanlar). En düşük skoru alanları ise ('yetersiz' skoru alanlar) %33,3 ile ilkokul ve lise mezunları oluşturmaktadır.

Katılanların sağlık okuryazarlık düzeyleri eğitim durumlarına göre incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça genel sağlık okuryazarlık ortalamalarının da arttığı görülmektedir.

Schillinger ve arkadaşlarının (2002) diyabet hastaları üzerinde yaptıkları araştırmada da, eğitim durumunun sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerden birisi olduğu ortaya konmuştur. (32) Christmann da (2005) sağlık okuryazarlığı ve internet kullanımı üzerine yaptığı çalışmada eğitim seviyesinin hem sağlık okuryazarlığı düzeyini hem de internet kullanımını pozitif yönde etkilediğini belirtmiştir. Kişilerin eğitim düzeyleri arttıkça sağlıkla ilgili bilgilere daha kolay ulaşmakta, anlamakta, değerlendirmekte ve bu bilgileri daha kolay değerlendirmektedir.

Kronik hastalık

Çalışmamızda katılımcıların çoğu düzenli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığa sahip değildir. Düzenli ilaç kullananlar arasında yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesi daha fazladır. Düzenli ilaç kullanmayanlarda ise sınırlı seviyedeki sağlık okuryazarlığı daha fazladır.

Katılımcılara hane içinde kronik hastalığı olan bireyin bulunup bulunmadığı soruldu. Bulduğumuz sonuca göre kronik hastalığı olan bireyin bulunması sağlık okuryazarlığını pek etkilemediği görülmüştür.

Başka bir çalışma kapsamında ise kronik hastalıkları olan bireylerin bulunduğu hanelerde yaşayanların sağlık okuryazarlık seviyelerinin, hane içerisinde kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. (33)

“Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna araştırmaya katılanların %35,6’sı (n=48) kendi sağlığının iyi, %38,5’i (n=52) orta, %25,9’u (n=35) kötü olarak değerlendirmiştir.

Şimşek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin %16,7’si kendi sağlığını çok iyi, %32,1’i iyi, %43,7’si orta olarak belirtmiştir (34).

Türkiye İstatistik Kurumu’nun Türkiye Sağlık Araştırması 2016 verilerine göre ülke genelinde algılanan sağlıkları çok iyi, ya da iyi olanların sıklığı %63,5 olarak belirtilmiştir (34). Çalışmamızda ise kendi sağlığını iyi olduğunu belirtenler, katılımcıların %35,6’sını oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda kendi sağlığını iyi olduğunu belirtenlerin oranının yüksek olmamasının nedeni katılımcıların Aile Sağlık Merkezlerine başvurup sağlık şikayeti olan kişiler olmalarından kaynaklanmaktadır.

İlk başvuru sağlık kuruluşu

Araştırma katılımcılarının yarısından fazlası hastalık durumunda önce aile sağlık merkezlerine başvurmakta. Geri kalanının büyük bir kısmı ise devlet hastanelerine başvurmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların büyük bölümünün sağlık bilgilerine ulaşmak için internet kullandıkları bulunmuştur.

Genellikle sağlık okuryazarlık düzeyi sınırlı ve yetersiz olanlarda;

- Daha sağlıklı bir yaşam
- Kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği (hipertansiyon, diyabet, kalp rahatsızlıkları, astım gibi) ve verilen eğitimleri anlamada güçlük
- Sağlıklı kalma ve koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliği ve bu hizmetleri kullanmada sorunlar (tarama, aşılar, egzersiz programları, beslenme vb.)
- Verilen tedaviye uyumda güçlük (ilaç tedavisine, kontrollere uyum vb.)
- Hastaneye yatış hızında artma
- Sağlık harcamalarında artma gibi olumsuz sağlık sonuçları olmaktadır.

SONUÇLAR

1. Araştırmaya 135 kişi katılmıştır. Katılımcıların %21,5’i mükemmel (n=29), %28,1’i yeterli (n=38), %30,4’ü sınırlı (n=41), %20’si (n=27) yetersiz SOY düzeyine sahiptir.

2. Katılımcıların yaş ortalamaları 43,68, medyanı 45’tir. En düşük yaş 16, en yüksek yaş ise 76’dır. %3’ü (n=4) 0-20 yaş, %18,5’i (n=25) 20-30 yaş, %15,6’sı (n=21) 30-

40 yaş, %25,2'si (n=34) 40-50 yaş, %23'ü (n=31) 50-60 yaş aralığında, %14,8'i (n=20) 60 yaş ve üzeridir. En yüksek yeterli-mükemmel SOY düzeyi oranı 20-30 yaş bireylerde görülürken en düşük oran 60 yaş ve üzeri bireylerde görülmektedir. Bununla birlikte genellikle daha genç yaştaki bireylerde SOY düzeyinin daha yeterli-mükemmel olduğu ve yaş büyüdükçe bu düzeyin düştüğü tespit edilmiştir.

3. Katılımcıların %62,2'si (n=84) kadın, %37,8'i (n=51) erkektir. Kadınların SOY düzeyleri yeterli-mükemmel olanlarının sıklığının (%51,2) erkeklere (%47,1) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

4. Katılımcıların tamamı okuryazardır. Eğitim durumlarına baktığımızda %28,9 (n=39) ile en yüksek oranı lise mezunları, %4,4 (n=6) ile en düşük oranı ise yüksek lisans mezunları oluşturmaktadır. Katılımcıların %27,4'ü (n=37) üniversite/yüksekokul, %20,7'si (n=28) ilkokul, %14,8'i ortaokul (n=20) mezunudur. Eğitim düzeyi daha yüksek olanlarda SOY düzeyinin daha yeterli-mükemmel olduğu tespit edilmiştir.

5. Katılımcıların %8,1 (n=11)'inin geliri asgari ücretten azdır, %39,3 (n=53)'ünün gelir durumu asgari ücret ile asgari ücretin 2 katı arasındadır, %23,7'sinin (n=32) gelir durumu asgari ücretin 2 katı ile 3 katı arasındadır. Asgari ücret veya daha az gelire sahip olanların SOY düzeyi yeterli-mükemmel olanlarının sıklığının (%55) asgari ücretten fazla geliri olanlardan (%47,4) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

6. Araştırmaya katılan kişilerin %35,6'sı (n=48) kendi sağlığını iyi, %38,5'i (n=52) orta, %25,9'u (n=35) ise kötü olarak değerlendirmiştir. Kendi sağlığını iyi olarak değerlendiren bireylerin SOY düzeyi yeterli-mükemmel olanlarının sıklığının (%60,4) kendi sağlığını orta (%42,3) ve kötü (%45,7) olarak değerlendirenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

7. Katılımcıların %68,1'inin (n=52) düzenli ilaç kullanımını gerektiren bir hastalığı yoktur. %31,9'unun (n=43) ise düzenli ilaç kullanımını gerektiren hastalığı vardır. Düzenli ilaç kullanımını gerektiren hastalığa sahip olmadığını belirten bireylerin SOY düzeyleri yeterli-mükemmel olanlarının sıklığının (%51) düzenli ilaç kullanımı gerektiren hastalığa sahip olduğunu belirtenlere (%46,5) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

8. Katılımcıların %64,4'ünün (n=87) hane içi yakınında kronik hastalık bulunmaktadır. Hane içi yakın akrabalarda kronik hastalık bulunup bulunmamasının SOY düzeyini etkilemediği tespit edilmiştir.

9. Katılımcıların hastalık durumunda ilk başvurduğu sağlık kuruluşu %54,1 (n=73) ASM, %35,6 (n=48) devlet hastanesi, %4,4 (n=6) üniversite hastanesi, %5,9 (n=8) diğer(özel hastane, özel muayenehane).

10. Katılımcılar sağlık bilgilerine %45,2 (n=61) oranı ile en sık internet aracılığıyla ulaşmaktadır, bunu sırasıyla %31,1 (n=42) oranıyla sağlık kuruluşu, %16,3 (n=22) oranıyla çevredeki kişiler, %5,9 (n=8) oranıyla TV ve %1,5 (n=2) oranıyla kitap/dergi/gazete takip etmektedir.

ÖNERİLER

1. Ülkemizde sağlık okuryazarlığının geliştirilebilmesi için genelde eğitime, özelden ise sağlık eğitimine önem verilmelidir. Bu kapsamda örgün eğitimin her seviyesinde sağlık eğitimi konusuna ağırlık verilebileceği gibi, TSM ve ASM'lerde de çeşitli

eğitimler verilerek halkın sağlık okuryazarlık seviyesinin yükseltilmesine katkı sağlanabilir.

Sağlığın geliştirilmesi için tedavi kadar hastalıklardan korunmanın da önemini anlatan eğitim ve seminerler düzenlenmelidir.

Vatandaşlar için sağlıkla ilgili etkinlikler, organizasyonlar gerçekleştirilmeli ve katılımları teşvik edilmelidir.

2. Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgilere internetten erişiminin yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Vatandaşların sağlık bilgilerini sağlık bakanlığının web sitesinden takip etmeleri için yazılı ve görsel basında reklam kampanyası düzenlenmelidir.

3. Aile hekimlerinin, bireylerin her türlü sağlık hizmeti alımı açısından sıklıkla sağlık sistemine ilk giriş noktası olması izledikleri ailelerin sağlık bakım hizmetlerinin etkin kullanımı noktasında da önemlidir. Uygun sağlık davranışlarının geliştirilmesi ihtiyaç duyulan hizmetlere erişim sağlığı bakımının her aşamasında yapılan bilgilendirmelerin bireylere sağlanması noktasında aile hekimlerinin SOY konusunda hem farkındalık hem de yetkinlik sahibi olması önemlidir. Aile hekimleri kapsamlı ve tekrarlayan görüşmelerle bireylerin SOY düzeylerini belirleyerek SOY düzeyine uygun etkin müdahaleler ile hem bireysel hem de toplumsal sağlığın geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

KAYNAKÇA

1. Simonds SK. Health Education as Social Policy. 1974;2(1_suppl):1-10.
2. Track 2: Health literacy and health behaviour: World Health Organization; 2009 [Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>].
3. Bilir N. Sağlık Okuryazarlığı/Health Literacy. Turkish Journal of Public Health. 2014;12(1):8.
4. Ozkan S, Dikmen AU, Tuzun H, Karakaya K. Prevalence and Determinants of Health Literacy in Turkey. European Journal of Public Health. 2016;26(1).
5. Ratzan S. C. (2001). Health literacy: Communication for the public good. Health Promotion International, Vol:16, No:2, 207–214.
6. Sartorius N. The meanings of health and its promotion. Croat Med J. 2006;47(4):662-4.
7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 7 edition. Pearson; 2014:6–17.
8. Sağlık Bakanlığı. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Anıl Matbaacılık, Ankara. 2011.
9. Sezer A, Kadioğlu H, Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;17:3
10. Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. "Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models" BMC Public Health, 12(1), 80, 2012.
11. Brach, C., Keller, D., Hernandez, L.M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A., Schillinger, D. "Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations" Institute of Medicine of the National Academies, Washington, DC, 2012
12. Baker D, Parker RM, Williams MV. Health literacy and the risk of hospital admission. J Gen Intern Med. 1998 Dec; 13(12): 791–798.
13. Dageforde LA, Cavanaugh KL. Health literacy emerging evidence and applications in kidney disease care. Adv Chronic Kidney Dis. 2013;20(4):311-9.
14. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. COPD.2013;10(1):72-8

15. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiology & Community Health*. 2007;61(12):1086–90.
16. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. <http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/article/viewFile/5000071880/5000066131>, Erişim Tarihi: 1 .10.201
17. Sağlık okuryazarlığını e-öğrenme. http://uzem.ankara.edu.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=377&Itemid=108 =>tr, Erişim Tarihi: 08.09.201
18. Tanrısu Över M. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. <http://www.sagliksen.org.tr/MediaContent/vYcK-1419245270-mA r.pdf>, Erişim tarihi: 20.06.2015
19. Aile hekimliği/ Genel pratisyenlik Avrupa tanımı. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20versiyon.pdf>, Erişim tarihi: 16.04.2014
20. Cifuentes M, Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Albright K, Weiss BD et al. Guide to implementing the health literacy universal precautions toolkit. AHRQ Publication No. 15-0023-1-EF Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. January 2015
21. Cifuentes M, Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Albright K, Weiss BD et al. Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit. AHRQ Publication No. 15-0023-1-EF Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. January 2015.
22. De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guide to Good Prescribing. WHO/Action Program on Essential Drugs, Geneva;1994
23. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOYTR) Mayıs. 2016:24-41.
24. TC SAĞLIK BAKANLIĞI: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, 2018
25. Yılmaz AT., Çulha İ., Kersu Ö., Gümüş D., Ünsal A, Köşgeroğlu N. Cerrahi hastalarının sağlık algıları ve etkileyen faktörler. *J Acad Soc Sci*. 2018;68:89–99.
26. Amoah, P. A., & Phillips, D. R. (2019). Socio-demographic and behavioral correlates of health literacy: a gender perspective in Ghana. *Women & Health*, 1–17. doi:10.1080/03630242.2019.1613471
27. Orlow P K M., Parker M. R., Gazmararian A J., The Prevalence of Limited Health Literacy *J Gen Intern Med*. 2005 Feb; 20(2): 175–184. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.
28. Jessup L R., Osborne H. R., Beauchamp A. Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ) *BMC Health Serv Res*. 2017 Jan 52 19;17(1):52. doi: 10.1186/s12913-016-1973-6.
29. Vogt D., Schaeffer D. , Messer M., Health literacy in old age: results of a German cross-sectional study *Health Promotion International*, Volume 33, Issue 5, October 2018, Pages 739–747.
30. Silk, KJ., Horodyski, MA., Rienzo, M., Mercer, L., Olson, B., Aldrich R. (2010). Strategies to Increase Health Literacy in The Infant Feeding Series (TIFS): A Six-Lesson Curriculum for Low-Income Mothers Health Promotion Practice. *Society for Public Health Education*. 11(2), pp:226-234.
31. Avcı, E. (2013). Annelerin Anne Sütü İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Ve Etkileyen Faktörleri Saptama, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
32. Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang F, Osmond D, Daher C, (2002). Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *American Medical Association*, 288(4), pp: 475-482.
33. Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovich, V., Marinkovich, J. (2009). Functional Health Literacy among Primary Health-Care Patients: Data from Belgrade Pilot Sstudy. *Journal of Public Health*, 31(4), pp: 490-495

34. Şimşek H, Őztoprak D, İkozolu E, Safalı F, Yavuz Ő, Onur Ő, et al. Tıp fakóltesi Őğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranıŐları ve ilişkili etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi 2012; 26(3): 151-157.
35. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016.