



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YETİŞKİNLERDE İŞLEVSEL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI TESTİNİN
UYARLAMA ÇALIŞMASI

Esra ÜÇPUNAR

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Birgül PİYAL

2014- ANKARA

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YETİŞKİNLERDE İŞLEVSEL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI TESTİNİN
UYARLAMA ÇALIŞMASI

Esra ÜÇPUNAR

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Birgül PİYAL

2014- ANKARA


Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans **Programı**

Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans **Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 24.01.2014



Prof. Dr. Recep AKDUR
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı


Prof. Dr. Feride AKSU TANIK
Ankara Üniversitesi
Raportör

Prof. Dr. Birgül PİYAL
Ankara Üniversitesi




Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR
Ankara Üniversitesi


Doç. Dr. Turgay ÇELİK
Gülhane Askeri Tıp Akademisi

ÖNSÖZ

Bu çalışma Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılma ölçütlerini karşılayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen başlıca sosyodemografik özellikleri belirlemek ve Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (YİSOT)' nin uyarlama çalışmasını yapmak amacıyla yapılmıştır.

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık üzerindeki etkileri, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün daha fazla önem kazanan bir halk sağlığı konusudur. Sağlık okuryazarlığının yeterli olmaması sıklıkla zayıf sağlık iletişimi, olumsuz sağlık sonuçları, yüksek hastaneye yatış hızları, orantısız yükseklikte morbidite ve mortalite hızları ile ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi, yükseltilmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir. Farklı toplum kesimlerinin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen öğelerin belirlenmesi, ulusal ölçekte çalışmalar tasarlanması ve uygulanması ile mümkün olacaktır.

Çalışmamın yapılandırılmasında ve bütün aşamalarında her türlü bilimsel katkı ve manevi desteğini esirgemeyen değerli tez danışman hocam Dr. Birgül PİYAL' e, yüksek lisans eğitimim boyunca deneyim ve bilgileriyle bana her zaman yol gösteren Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı ve Kardiyoloji Anabilim Dalı öğretim üyelerine, yaşamımda ve eğitimimde her koşulda sabır ve hoşgörü ile beni destekleyen, çalışma sürecimde de hep yanımda olan babam Turan DEVECİ, annem Nihal DEVECİ ve biricik kardeşim Ahmet Haşim DEVECİ' ye, varlığı ve bilimsel desteğiyle yanımda olan sevgili eşim Hanifi ÜÇPUNAR' a sonsuz ve en içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
Önsöz	iii
İçindekiler	iv
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Çizelgeler	ix
1.GİRİŞ	1
1.1. Okuryazarlık	1
1.1.1.Değişen ve Gelişen Okuryazarlık Tanımları	1
1.1.2. Okuryazarlıkta Kazanılması Gereken Unsurlar	3
1.1.3. Okuryazarlıkta Yeterliliğin Boyutları	4
1.1.4. Okuryazarlık Türleri	6
1.1.5. Okuryazarlık ve Sağlık İlişkisi	7
1.2. Sağlık Okuryazarlığı	10
1.2.1. Tıp Enstitüsü Sağlık Okuryazarlığı Komitesi ve Sağlık Okuryazarlığı	12
1.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	15
1.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması	18
1.2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Etmenler	20
1.2.4.1. Sağlık Okuryazarlığının Yetersiz ve/veya Sınırlı Olduğunu Düşündüren Davranışlar	21
1.2.4.2. Yetersiz ve/veya Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Çıktıları	23
1.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi	26
2. GEREÇ YÖNTEM	31
2.1. Araştırmanın Tipi	31
2.2. Araştırmanın Yeri	31
2.3. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu	32

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	33
2.5.1. Bağımlı Değişkenler	33
2.5.2. Bağımsız Değişkenler	33
2.6. Araştırmanın Hipotezleri	34
2.7. Veri Toplama Araçları	35
2.7.1. Sosyodemografik Özellikler Veri Formu	35
2.7.2. YİSOT	36
2.8. Araştırmanın Etiği	40
2.9. Veri Toplama Formunun Uygulanması	40
2.10. Verilerin Değerlendirilmesi	40
3. BULGULAR	41
3.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri	41
3.2. Araştırma Grubunun Kendi Bildirimlerine Dayalı Okuryazarlık ve Sağlık Davranışlarına İlişkin Özellikleri	44
3.3. Çalışma Grubunun YİSOT sorularına verdikleri yanıtlar ve puan ortalamaları	51
3.4. Çalışma Grubunun Kendi Bildirimlerine Göre Bazı Özellikleri ile YİSOT' a Göre Belirlenen Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin İlişkisinin İrdelenmesi	54
4. TARTIŞMA	69
4.1. Çalışma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri	70
4.2. Çalışma Grubunun Okuryazarlık ve Sağlık Davranışı Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	71
4.2.1. Çalışma Grubun Okuryazarlık Davranışlarına İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi	71
4.2.2. Çalışma Grubunun Sağlık Davranışı Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	73
4.3. Çalışma grubunun YİSOT' a verilen yanıtlardan elde edilen puanlar ile	

belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyinin sosyodemografik veriler ile ilişki durumu	79
4.4. Çalışma grubunun YİSOT' a verilen yanıtlardan elde edilen puanlar ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve YİSOT sorularına verilen yanıtlar	86
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	90
ÖZET	92
SUMMARY	94
KAYNAKLAR	96
EKLER	104
Ek-1. Araştırma İçin Gerekli Olan İzin Belgeleri	104
Ek-2. Korkut Boratav' ın Kentsel Sınıf Şeması	105
Veri Toplama Formu	106
ÖZGEÇMİŞ	113

SİMGELER VE KISALTMALAR

AİFD	: Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği
AMA	: American Medical Association/ Amerikan Tıp Derneği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BTK	: Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GATA AEAH	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
HALS	: Health Activities Literacy Scale/ Sağlık Etkinlikleri Okuryazarlık Ölçeği
HHS	: Health and Human Services/ Sağlık ve İnsan Hizmetleri
HIV	: Human Immunodeficiency Virus/ İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
İEİS	: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
MART	: Medical Achievement Reading Test/ Tıbbi Başarı Okuma Testi
NAAL	: National Assessment of Adult Literacy/ Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi
NVS	: The Newest Vital Sign/ Yeni Yaşamsal Gösterge
REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/ Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi
SAHLSA	: Short Assesment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults/ İspanyolca Konuşan Yetişkinler için Sağlık Okuryazarlığının Kısa Değerlendirilmesi
SO	: Sağlık Okuryazarlığı

SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TNSA	:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy in Adults/ Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization/ Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
WHO	: World Health Organization/ Dünya Sağlık Örgütü
WRAT	: Wide Range Achievement Test/ Geniş Erimli Başarı Testi
YİSOT	: Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Yetişkin nüfusun cinsiyete göre okuryazarlık oranı	7
Çizelge 1.2. Sağlık Okuryazarlığı Nedensel İlişki Taslağı	14
Çizelge 1.3. REALM Özellikleri	27
Çizelge 2.1. TOFHLA Sayısal Bölüm Ham ve Ağırlıklı Puan Cetveli	38
Çizelge 2.2. Orijinal TOFHLA, Alt Bölümleri ve Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar	38
Çizelge 2.3. Türkçe' ye uyarlaması yapılan YİSOT, Alt Bölümleri ve Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar	39
Çizelge 3.1. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri-I.	42
Çizelge 3.2. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri-II.	43
Çizelge 3.3. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre okuduğunu anlama, bilgisayar kullanma ve okuma yazma ile ilgili etkinliklere ilişkin yardım alma durumu	44
Çizelge 3.4. Çalışma grubunun günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaştığı kaynaklar ve ulaşma sıklığı.	45
Çizelge 3.5. Çalışma grubunun sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaştığı kaynaklar ve ulaşma sıklığı	46
Çizelge 3.6. Çalışma grubunun sigara ve alkol kullanımına ilişkin özellikleri.	46
Çizelge 3.7. Çalışma grubunun antropometrik özellikleri.	47
Çizelge 3.8. Çalışma grubunun antropometrik özelliklerinin bazı tanımlayıcı istatistikleri.	47
Çizelge 3.9. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre sağlık durumu özelliklerine göre dağılımı.	48
Çizelge 3.10. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre hastaneye yatma durumu ve aylık hastane başvurusu	48

Çizelge 3.11. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre hastaneye yatma ve aylık başvuru durumunun bazı tanımlayıcı istatistikleri	49
Çizelge 3.12. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre ilaç kullanım durumu	49
Çizelge 3.13. Çalışma grubunda ilaç kullananların/kullanmış olanların kendi bildirimlerine göre önerilen ilaçları düzenli kullanma, prospektüs okuyabilme ve anlayabilme durumu	50
Çizelge 3.14. Çalışma grubuna sağlık broşürü verilme sıklığı	50
Çizelge 3.15. Çalışma grubunda sağlık broşürü alanların kendi bildirimlerine göre broşür okuyabilme ve anlayabilme durumu	51
Çizelge 3.16. Çalışma grubunun TOFHLA sözel beceri bölümünü doğru yanıtlama boyutu	52
Çizelge 3.17. Çalışma grubunun TOFHLA sayısal beceri bölümünü doğru yanıtlama boyutu	53
Çizelge 3.18. Çalışma grubunun YİSOT sayısal ve sözel beceri puanı ile toplam puan durumu	54
Çizelge 3.19. Çalışma grubunun sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre YİSOT dönüştürülmüş puan ortalamaları	54
Çizelge 3.20. Çalışma grubunun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun, bazı sosyodemografik özelliklere göre kıyası	55
Çizelge 3.21. Çalışma grubunun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun diğer bazı sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması.	57
Çizelge 3.22. Çalışma grubunun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun, okuduğunu anlama ve bilgisayar kullanma durumu ile kıyası	58
Çizelge 3.23. Çalışma grubunun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun, grubun günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaştığı bazı kaynaklar ve ulaşma sıklığının kıyası	60
Çizelge 3.24. Çalışma grubunun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumu ile grubun günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaştığı diğer bazı kaynaklar ve ulaşma sıklığının karşılaştırılması	61
Çizelge 3.25. Çalışma grubunun sigara kullanma ve alkollü içecek tüketme durumu ile işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun kıyası	62

- Çizelge 3.26.** Çalışma grubunun sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaştığı bazı kaynaklar ve ulaşma sıklığının, grubun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumu ile karşılaştırılması 63
- Çizelge 3.27.** Çalışma grubunun sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaştığı diğer bazı kaynaklar ve ulaşma sıklığı durumunun, grubun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumu ile kıyası. 65
- Çizelge 3.28.** Çalışma grubunun kendi bildirimlerine dayalı sağlık durumu ile işlevsel sağlık okuryazarlığı düzeyinin kıyası 66
- Çizelge 3.29.** Çalışma grubunun kendi bildirimlerine dayalı ilaç kullanma sıklığı, ilaç kullananların düzenli ilaç kullanma, prospektüs okuma/anlama durumu ile grubun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun kıyası 68

1. GİRİŞ

1.1. Okuryazarlık

Değişen hayat şartları, şehirleşme ve gelişen iletişim teknolojileri, yaşadığımız hayatı yeniden sorgulamayı gerektirmektedir. Sorgulanacak tutum ve davranışlarından biri de okuryazarlıktır. Başlangıçta kavram çerçevesi okuma ve yazma eylemi ile sınırlı bu kavram, günümüzde farklı şekil ve görünüşleri ile neredeyse hayatın her yerini kuşatmıştır (Aşıcı, 2009).

İngilizce alan yazın tarandığında da okuma ve yazma dil becerileri ile ilgili; “okuma-yazma (ing. reading-writing)” ve “okuryazarlık (ing. literacy)” olmak üzere iki farklı terimin karşımıza çıktığını görmekteyiz (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010).

En genel ve geleneksel ifade ile okuma-yazma, alfabe aracılığıyla yazılı metinlerin okunması ve yazılması olarak tanımlanmaktadır (Longman 2003). Genel anlamda okuryazarlık ise temel olarak okuma yazma yeteneğidir (Mancuso, 2008). Okuryazarlık toplum tarafından anlam verilen iletişimsel simgelerin etkili bir biçimde kullanılabilmesi yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Kellner 2001; Kress 2003).

Okuryazarlık, yazı sembollerini seslendirme ve anlamlandırma ile başlayan, bu becerinin etkili bir şekilde kullanılması ile nesnelere, olgu ve olayları daha ayrıntılı anlama ve anladıklarına kendi özünü katarak kendini ifade etme durumudur. Bir başka boyutuyla okuryazarlık, bir etkileşim yoludur. Toplumdaki bilgileri, becerileri ve sosyal normları anlama, birbiriyle paylaşma, yorumlayabilme ve sonraki nesillere aktarma aracıdır (Altun, 2005)

1.1.1. Değişen ve Gelişen Okuryazarlık Tanımları

Okuma ve okuryazarlık tanımları kültür, ekonomi ve toplumdaki değişimlere paralel olarak zaman içinde değişmiştir (Mancuso, 2008). Okuma-yazma belirli bir harf sistemini çözmeye yarayan statik bir davranışken, okuryazarlık, iletisi olan her şeyi anlamlandırmayı hedefleyen geliştirilebilir bir beceridir (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010). Okuryazarlık konuşma, dinleme,

okuma, yazma ve hem sözlü hem de yazılı dilin önemini kavramayla ilgili aktivitelerin tümünü içerir (National Institute for Literacy, 2006).

Günümüzde okuryazarlık, yazı sembolleri ile gerçekleştirilen bir eylem olmanın çok ötesinde, pek çok zihinsel beceriyi, dili kullanarak gerçekleştirilen iletişim becerilerini ve tutumlarını ifade eden, kültür ve gelenek kelimeleriyle tanımlanan bir eğitim terimidir (Aşıcı, 2009).

Kirsch (2001) okuryazarlığı, Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Yetişkin Okuryazarlık Araştırması (National Assessment of Adult Literacy, NAAL) Raporunda okulun ilk yıllarında geliştirilen bir yetenekten öte; bireylerin hayatları boyunca, çeşitli bağlamlarda akranları ve katıldıkları büyük topluluklar ile etkileşim yoluyla inşa ettikleri bilgi, beceri ve stratejilerin gelişmesi/ilerlemesi olarak tanımlamaktadır (Mancuso, 2008).

Okuryazarlığın ek bir tanımı Quebec Okuryazarlık Merkezi tarafından oluşturulmuştur. Okuryazarlık kişisel ve toplumsal gelişim için gereken, bir dizi karmaşık becerilerin anlaşılması ve bir kültürün -alfabeler, sayılar, görsel simgeler gibi- baskın sembol sistemlerinin kullanılması olarak tanımlanmıştır (Mancuso, 2008).

NAAL' da 1992 yılında okuryazarlığın tanımı olarak “ basılı ve yazılı bilgileri toplumda işlevsel kullanma” şeklindeki kısa ve öz yaklaşımı kullanıldı (Rudd ve ark., 2004). Yapılan araştırmalarda, okuryazarlığın temel okuma yazma becerileri ile sınırlı olmadığı, okuryazarlığın okuduğunu anlama ve kendini yazıyla ifade etme, zihin becerilerinin gelişimi gibi daha geniş bir bilgi ve beceri alanı ile ilişkili olduğu anlaşılmıştır (Güneş, 1997).

Okuryazarlık, (ing. literacy), okuma (ing. reading) ve yazma (ing. writing) eylemlerinden farklıdır. Okuryazarlık, okuma ve yazma faaliyetinin eşliğinde kişinin yaşadığı hayatı ve bu hayat içinde nesne ve olayları algılayışı, anlaması ve sosyal hayatındaki bütün ilişkileri kapsayan bir kavramdır (Aşıcı, 2009).

UNESCO tarafından 1951 yılında yapılan tanımda okuryazar, günlük hayatı ile ilgili basit ve kısa bir cümleyi anlayarak okuyup yazabilen kişi olarak ifade edilmiştir (Yıldız ve ark., 2011).

Kavramın dünyadaki gelişimini ve yapılan araştırmaları dikkate alan UNESCO, 1987 yılında, Herkes İçin Eğitim programı çerçevesinde, okuryazarlığı yeniden ele alma ihtiyacı duymuştur. Bu sefer, kavramının daha iyi anlaşılması için üç farklı düzeyde, okuryazarlık tanımı yapmıştır. Birinci düzey, temel okuryazarlık; ikinci düzey, işlevsel (fonksiyonel)

okuryazarlık; üçüncü düzey ise, çok işlevli (multi-fonksiyonel) okuryazarlık olarak nitelendirilmiştir. Birinci düzey, kelimeleri seslendirme ve cümleleri anlama gibi temel okuma yazma becerilerine sahip olma düzeyidir. İkinci düzey, kişinin okuma, yazma ve aritmetikle ilgili bilgi ve becerilerini bireysel, sosyal ve kültürel alanda kullanma durumunu anlatır. Fonksiyonel okuryazarlık insanların bir dili konuşmasını, okumasını ve anlamasını gerektiren bir uygulamadır. Üçüncü düzey ise bireyin kapasitesini sonuna kadar geliştirmeyi amaçlar, sadece kendini değil okuyarak ve yazarak toplumun ilerlemesi için çaba göstermesini içerir. Çok işlevli okuryazar olan bir kişi, kendini gerçekleştirme, yaratıcılığını geliştirme, derin değerlere sahip olma, karmaşık sorunları anlama ve kapsamlı bir dünya görüşüne sahip olma gibi özellikler taşır (Güneş, 1997; Kagıtcıbası ve ark., 2005).

Toplumun beklentileri ve değerleri her çağda farklı bir özellik göstermekte; çağın özelliklerine göre toplumsal kabul ve anlamlar değişmektedir. Dolayısıyla okuryazarlık bu manada çağın gerektirdiği bir beceri olarak kavramlaşmaktadır (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010).

Okuryazarlık, kişinin okuma, yazma, konuşma, hesap yapma ve problem çözmede toplumda ve işindeki işlevselliği, hedeflerindeki başarısı, bilgi ve potansiyelini geliştirmesi için gerekli seviyedeki yeteneği olarak tanımlanabilir (Quick Guide to Health Literacy, 2008).

Okuryazarlık kavramı, çeşitli metin ve sanat yapılarını okuma, yorumlama, üretme bilgi ve becerisi ile bir kültür ve topluma tam anlamıyla katılabilme kapasitesi ve entelektüel becerileri kazanmayı içerir. Bu bilgi ve beceriler, bireyin kendi çatışmalarını, tartışmalarını, mücadelelerini yönlendirme ve bir sonuca bağlamasında etkin olmasını gerektirir (Kıncal ve Kartal, 2009).

1.1.2. Okuryazarlıkta Kazanılması Gereken Unsurlar

Okuryazarlık tanımlarının farklı olması, kişinin okuryazar olabilmesi için kazanması gereken bilgi ve beceri düzeyinin gelişmesi yanında, günlük yaşamla ilgili işlevsel bilgilerin kazanılmasından da kaynaklanmaktadır (Güneş, 1997).

Okuryazarlığın kazanımı sürecinde gereksinimler yeniden şekillenmiş, farklı amaçlara, araçlara ve kavramlara yönelik okuryazarlık türleri algılanmaya başlanmıştır (Önal, 2010).

Bireylerin çağdaş toplumun işlevsel bir üyesi olabilmesi, kendi iş ve yaşam koşullarını düzenleyebilmesi; özgür, bağımsız ve katılımcı bir kişilik oluşturabilmesi; hepsinden de öte çağdaş bir bakış açısı kazanabilmesi okuryazarlık becerilerini geliştirebilmelerine bağlıdır. Gerek toplumsal iletişimin nesiller arasında kopmadan devam edebilmesi gerekse bireylerin teknoloji ile barışık bir yaşam sürebilmeleri için modern okuryazarlık becerileri ile donatılmaları gerekmektedir (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010).

Hayat boyu öğrenmenin öneminin kabulü ve artmasıyla birlikte okuma ve okuryazarlığın görüş ve talepleri de genişlemektedir (Mancuso, 2008). Okuma ve yazma eylemleriyle başlayan, okuryazarlık becerilerinin edinilmesine uzanan yolda kazanılması gereken unsurlar arasında şunlar bulunmaktadır (Önal, 2010):

- ◇ Gerçekleri görebilme, konuşabilme, ifade edebilme;
- ◇ Çevreyi anlamlandırabilme ve bireysel anlamları oluşturabilme;
- ◇ Bilgiyi kullanabilme ve yeni düşünceler üretebilme;
- ◇ Sistemleri kullanabilme, birleştirebilme ve bunlardan yeni anlamlar ortaya koyabilme;
- ◇ Edinilen bilgiyi davranışlara yansıtabilme ve kullanabilme;
- ◇ Güncel bilgi ve becerilere sahip olabilmedir.

1.1.3. Okuryazarlıkta Yeterliliğin Boyutları

Okuryazarlık sadece bilişsel yetenekleri değil, sosyal yönleri de gerektiren çok boyutlu bir kavramdır. Bireylerin belirli beceri ve yeteneklere sahip olması sağlık okuryazarlığında yeterliliğe ulaşması için gereklidir (Mancuso, 2008). Yetkinlik, sağlık bakım durumlarında etkin bir şekilde işlev gücüne/kapasitesine sahip olunması anlamına gelmektedir (Cross ve ark., 1989; Mancuso, 2008).

Literatürde -sağlık okuryazarlığında da gerekli görülen- okuryazarlık için yeterliliğin 6 boyutu tanımlanmıştır: (1) Operasyonel, (2) İnteraktif, (3) Otonomi, (4) Bilgisel, (5) İçeriksel, (6) Kültürel.

Operasyonel yeterlik, dilin yeterli düzeyde kullanımı için araçların, prosedürlerin ve tekniklerin-okuma ve yazma gibi bir dizi bağlamda- yeterince kullanılmasıdır (Hull ve ark.,

2003; Mancuso, 2008). Okuma ve yazmadaki yeterli temel becerileri günlük durumlarda etkin olarak kullanabilmedir (Nutbeam, 2000). Bu beceriler onam formları, ilaç etiketleri ve diğer sağlık bakım bilgilerinin okunmasını; sağlık profesyonelleri tarafından verilen yazılı ve sözlü bilgilerin anlaşılmasını, ilaç ve randevu kartında belirtilen yönergelerde belirtildiği gibi davranmayı içerir (Kickbusch, 2011; Mancuso, 2008).

İnteraktif yeterlik, bireyin öz-yönetim yoluyla bireysel iyileşme ve gelişim için başkaları ile işbirliği içerisinde olmasıdır (Mancuso, 2008). Sağlık müdahaleleri çıktılarındaki düzelme sağlık hizmeti sağlayıcıları ile bireyler ve bireylerin aileleri arasındaki ortaklıklara bağlıdır (Levin-Zamir ve Peterburg, 2001). Öz yönetim, sağlığın geliştirilmesi için birey tarafından alınan kararları ve eylemleri kapsar (Mancuso, 2008). Daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerilerini, sosyal becerilerle birlikte, bilgiyi elde etme ve günlük aktivitelere katılımında aktif olarak kullanılabilme, farklı iletişim formlarından anlam çıkarma ve yeni bilgileri değişen koşullara uygulayabilmeyi içerir (Nutbeam, 2000).

Bilgisel yeterlilik, sağlık bilgisinin geçerliliğini ve otoritesini belirleme yeteneğidir (Mancuso, 2008). Tıpta aktif bir araştırma sahası olan otorite ve geçerlilik kavramları, sağlık bilgisi için kritik birer kavramdır (Burnham & Peterson, 2005). Bilgisel yeterlilik, sağlık bilgisi ihtiyacı konusunda farkındalığı, olası güncel bilgi kaynaklarını tanımlama, ilgili bilgiyi elde etme ve kullanma stratejilerini, bilginin kalitesini ve özel durumlarda uygunluğunu değerlendirme becerisini, analiz etme, anlama ve sağlık ile ilgili kararlarda bu bilgiyi kullanma yeterliliğini gerektirir (Medical Library Association, 2003).

İçeriğe dayalı yeterlilik, çevre konusunda uzmanlıktır. Bazı bireyler sağlık bakım çevresinde rahat değilken bazıları rahattır. Bu bireylerin tanıdık ortamlarda içeriği etkileşim ve yorumlama yoluyla daha iyi öğreneceklerini düşündürmektedir (Mancuso,2008).

Kültürel yeterlilik, sosyal uygulamalar sisteminin anlamını yorumlama yeteneğidir (Hull ve ark., 2003). Kültür kelimesi, düşünce, iletişim, eylemler, adetler, inançlar, değerler ve kurumlar, etnik, dinsel, ırksal ya da sosyal grubu içeren insan davranış örüntüsünün entegrasyonunu ima etmesi nedeniyle kullanılmaktadır. Bu bireysel beceriler, sağlık bilgisi için harekete geçmek ve yorumlamak için sosyal kimliğinin ve ortak inanç, gelenek, dünya görüşünün kullanılması ve farkına varılması için gereklidir (Mancusa, 2008).

1.1.4. Okuryazarlık Türleri

UNESCO'nun 1970'lerde tanımladığı ve 1980'lerden bu yana yaygın olarak dile getirilen “işlevsel okuryazar” kavramı geçmişteki okuryazarlık kavramının ötesinde, önceden bilinenlerle yeni öğrenilenler arasında ilişki kurabilme, çıkarım yapabilme ve yeni metinler oluşturabilme gibi nitelikleri de kapsayarak genişlemiştir. Eğitimin 2000’li yıllardan itibaren değişen yüzünde öğretim ve bununla ilgili uygulamalarda yeni okuryazarlık türleri her geçen gün yeni terimlerle birleşerek anlam sahasını genişletmektedir. Bilginin oluşturulması, değişik ortamlarda sunumu ve bilgi teknolojileri üzerine yapılandırılan teknolojik devrim sağlık sistemi de dahil olmak üzere çoklu ve yeni okuryazarlık türlerini ortaya çıkartmıştır. Çoklu zeka uygulamaları, farklılaşma istekleri, disiplinler arası bakış, kültürel yapı ve değişen toplum gereksinimleri okuryazarlık çeşitliliğini artırmakla kalmamış, okuryazarlık yeterlikleri konusunda yeni beklentiler doğurmuştur (Önal, 2010; Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010).

Bireylerin toplumsal birikimlerden faydalanmaları, ilgili bilgiyi kullanmayı öğrenmeleri ve etkin değişimler yaratmaları okuryazarlıkla mümkündür. Burada bilginin özümsemesi kadar, edinilen bilgiler üzerine yeni okuryazarlık türlerinin yapılandırılması da büyük önem kazanmaktadır. Farklı işlevleriyle okuryazarlık kavramı çeşitlenmektedir (Önal, 2010).

Bu bağlamda geleneksel okuryazarlığın yanı sıra, yeni iletişim teknolojilerinin gelişimine paralel olarak görsel okuryazarlık (ing. visual literacy), medya okuryazarlığı (ing. media literacy), bilgi okuryazarlığı (ing. information literacy), sağlık okuryazarlığı(ing. health literacy), sinema okuryazarlığı (ing. cine-literacy), televizyon okuryazarlığı (ing. tele-literacy) ve bilgisayar okuryazarlığı (ing. computer literacy) alanlarının geliştirilmesi yolunda son yıllarda kuramsal olarak yoğun çalışmaların olduğu gözlemlenmektedir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004; Parsa, 2007; Tüzel, 2010; Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010; Önal, 2010).

Okuryazarlık türleri, gelişmiş bir toplumda yaşayan bir insanın doğduğu andan ölümüne kadar bütün hayatını kuşatan bir yaşam tarzı anlamında kullanılır olmuştur (Aşıcı, 2009). Adına önem verilmeksizin okuryazarlıkların temelinde bilgi, bilgiyi uygulama, kurallara uygunluk, günceli izleme ve bilgi kullanımına etkin katılım bulunmaktadır (Önal, 2010).

1.1.5. Okuryazarlık ve Sağlık İlişkisi

Okuryazarlık kişinin toplumdaki başarısının (okul başarısı, mesleki başarı, hayat başarısı) bir göstergesi olduğu kadar, toplumlarının gelişmişlik durumunu gösteren en önemli ölçütlerinden biridir (Aşıcı, 2009).

Türkiye’de genel okuma-yazma oranı kadınlarda %88,9, erkeklerde %95,1 (Çizelge 1.1.) olmak üzere toplamda %92,0’dır (TÜİK,2012). Erkek nüfusun ortanca eğitim süresi 5.1 yıldır, bu değer kadınların ortanca eğitim süresine (4,5 yıl) göre 0,6 yıl daha uzundur (TNSA, 2008). Ülkemizde sağlık okuryazarlığı konusunda yapılan toplum tabanlı bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak, ortalama eğitim süresinin 4,85 yıl/kişi olduğu düşünüldüğünde sağlık okuryazarlığının da oldukça düşük olduğu sonucuna varılabilir.

Çizelge 1.1. Yetişkin nüfusun cinsiyete göre okuryazarlık oranı (15 ve daha yukarı yaştaki nüfus)

Sayım yılı	Okuma Yazma Bilen %	Okuma Yazma Bilmeyen %
Erkek		
2010	97,30	2,70
2011	97,93	2,07
Kadın		
2010	88,07	11,93
2011	90,31	9,69

Kaynak: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) 2010 ve 2011 Nüfus Sayımı sonuçları, TÜİK

Not (1). Oranlar hesaplanırken bilinmeyen kapsanmamıştır.

Not (2). Yabancılar kapsama alınmamıştır.

Okuryazar olmamak iyi bilinen bir ulusal krizdir (Parker ve ark., 1995). Okuryazar olmama terimi okuma veya yazma becerisinin olmaması olarak tanımlanabilir. Kişinin sınırlı veya düşük okuryazar olması, okuryazar olmadığı anlamına gelmez (Quick Guide to Health Literacy, 2011). Okuryazarlık durumunun zayıf olması insanların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimini sınırlandırarak ve sağlık okuryazarlığına engel olarak kişilerin sağlığını doğrudan etkileyebilir (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011).

Okuma ve yazma yeteneği açısından değerlendirildiğinde yüksek okuryazarlık seviyesinin, bireyin sağlık eğitimi ve iletişim aktiviteleri yönünden de istenilen şekilde olduğu anlamına

gelmez (Nutbeam, 2000). Yetişkinlerin yazılı bilgileri kullanma becerileri hakkında yapılan ulusal ve uluslararası değerlendirmeler bu varsayımların hatalı olabileceğini düşündürmektedir. Günümüzdeki kanıtlar kişilerin okuryazarlık yetenekleri ve sağlık sisteminin beklentileri arasında uyumsuzluk olduğunu göstermektedir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Okuma, yazma ve aritmetikteki temel beceriler, özellikle sağlık hizmetleri ortamında önemlidir. 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 (Parker ve ark., 1995).

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 (Özdemir ve ark., 2011).

Bugünkü sağlık sistemlerinin sağlık hizmeti alanlardan karmaşık talepleri vardır. Sağlığın kendi kendine yönetilmesi arttıkça kişilerden bilgi arama, hakları ve sorumlulukları kavrama ve kendileri ve başkaları için sağlıklı ilgili kararlar vermede yeni roller üstlenmeleri beklenir. Bu taleplerin altında yatan kişilerin bilgi ve yetenekleri hakkındaki varsayımlardır (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Okuryazarlık yüzyıl boyunca, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme faaliyetleri için gerekli bir kavram olmuştur. Ana çocuk sağlığını geliştirmek, bulaşıcı hastalıkları önlemek, aşılama ve diğer önleyici sağlık hizmetlerinin gelişimi için olan kampanyalar uzun bir geçmişe sahiptir. Gelişmekte olan ülkelerde, bu hedeflere yönelik yapılan sağlık eğitimi, sağlığın gelişimi ve hastalıkların önlenmesi için temel araç olmaya devam etmektedir (Nutbeam, 2000).

Okuryazar kişilerin kendini geliştirdiği kadar içinde yaşadığı toplumun problemlerinin çözümüne ve ilerlemesine katkıda bulunduğu inanişmektedir (Güneş, 1997).Sağlık

okuryazarlığı net bir şekilde temel okuryazarlık seviyelerine bağlı ve bilişsel gelişimle ilişkili bir kavramdır. Okuma ve yazma becerileri gelişmemiş bireyler sadece geleneksel sağlık eğitiminden daha az yararlanmayacak, aynı zamanda edinilen bilgilere dayanarak geliştirilen becerileri de daha az olacaktır. Bu nedenlerden dolayı, sağlık okuryazarlığını geliştiren stratejiler okuryazarlığı geliştirmek için gereken daha genel stratejilere ayrılmaz bir şekilde bağlı kalacaktır (Nutbeam, 2000).

Sağlık okuryazarlığının sağlık durumuna, uygunsuzluğuna, sağlık harcamalarına, sağlık hizmetine erişime, sağlık bilgilerinin idrakine ve sağlıkla ilgili karar verme becerisine etkisi göz önüne alındığında, hastaların sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için neler yapıldığını incelemek yerinde olacaktır (Mancuso, 2009).

Bir bireyin sağlık okuryazarlığından bahsedebilmek için, o kişinin okuryazarlık düzeyinden de bahsetmek gerekmektedir. Okuryazarlığı olmayan ya da yetersiz okuryazarlık düzeyine sahip bir bireyin sağlık okuryazarlığının yüksek olması beklenemez. Sağlık okuryazarlığında kelimeleri anlama, anahtar noktaları fark etme ve sayıları okuyup yorumlayabilmek önemlidir (Sezgin, 2011).

Dünyadaki bilimsel gelişmeler doğrultusunda, Türkiye’de hem okuryazarlık kavramı üzerine çalışılmakta, hem de bilgi çağına erişime yardımcı olacak araçlar saptanmaktadır (Önal, 2010). Buna rağmen anket ve ölçek kullanımına dayanarak yürütülen çalışmalarda dahi daha çok tutum belirleme üzerine odaklanıldığı; okuryazarlık düzeylerini belirlemeye dönük çalışmaların ise genel olarak yapılmadığı söylenebilir. Bu alanda veri toplamak amacıyla geliştirilmiş ve geçerlik-güvenirlilikleri test edilmiş ölçeklerin bulunmayışının, bu durum üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Bir başka ifade ile sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemeye yönelik geliştirilmiş ölçeklerin bulunmayışının alanyazın açısından önemli bir eksiklik olduğu söylenebilir.

1.2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık bilgisine erişimin kolaylaştığı günümüzde bireyler, sağlık hizmeti sunanlar, eczacılar, medya ve internet tarafından sağlıkla ilgili bilgi yağmuruna tutulmaktadır. Bu bilgilerin anlaşılır ve uygulanabilirliği bireylerin sağlık okuryazarlığı ile bağlantılıdır (Sezgin,2011). Sağlık okuryazarı olmak demek sağlık durumları ile ilgili olarak sağlık hizmeti sağlayıcılarını,

tedavi seçeneklerini anlamak ve yardım gerektiğinde nereye gidileceğini ve kime başvurulacağını bilmektir. Bu, ayrıca, ilaçları doğru şekilde alabilmek ve evdeki tıbbi cihazları doğru şekilde kullanabilmek anlamına gelir (Barrett ve Puryear, 2006).

Sağlık okuryazarlığı kişinin sağlık bakım ortamında işlevsel olmasını sağlayan temel sözel ve sayısal becerilerdir (Safeer, 2005).

Sağlık okuryazarlığının birçok benzerliklere rağmen alanyazında çeşitli tanımları mevcuttur.

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974'te sağlık eğitiminin sağlık sistemini, kitle iletişimini ve eğitim sistemini etkileyen bir sosyal politika sorunu olarak tartışıldığı bir sağlık eğitimi konferansının muamele sürecinde yayınlanmış ve S.K. Simons'un "Health Education as Social Policy" adlı kitabında kullanılmıştır (Simonds,1974; aktaran Ratzan, 2001;Selden ve ark., 2000). Sağlık literatüründe sağlık okuryazarlığı tanımına bundan 25 yıl sonrasında rastlanmaya başlanmıştır. Amerika'da, sağlık profesyonelleri sağlık okuryazarlığını "sağlık ortamında fonksiyon görebilmek için gereken temel okuma yetisi ve matematiksel yetilere sahip olmayı içeren beceriler topluluğu" olarak belirtirler (Mancuso, 2009).

Hem yeni hem de eski bir kavram olarak kabul edilen sağlık okuryazarlığı terimi, sağlık literatüründe 30 yılı aşkın bir süredir kullanılmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, insan sağlığı üzerinde büyük etkisi olacağı düşüncesi ile 1990'lı yıllarda yeniden tartışılmaya ve yeniden tanımlanmaya başlanmıştır. Amerikan Tıp Derneği (The American Medical Association, AMA) sağlık okuryazarlığını "sağlık bakım ortamında işlevsellik için gereken, ilaç şişelerini, randevu kartlarını ve sağlıkla ilişkili diğer gerekli malzemeleri okuma ve kavrama yeteneği gibi temel okuma ve rakamsal işlerin yapılabilmesini içeren becerilerin takımıydı" olarak tanımlar. Bu terim, özellikle Amerika Birleşik Devletlerinde hastaların okuryazarlık seviyeleri ve onların öngörülen tedavi edici rejimler ile uyum yetenekleri arasındaki ilişkiyi tanımlamak ve açıklamak amacıyla kullanılmaktadır (AMA, 1999).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını: "Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler" olarak tanımlanmıştır (WHO Health Promotion Glossary, 1998; Nutbeam, 1998; Nutbeam, 2000; Mancuso, 2009). DSÖ'ye göre sağlık okuryazarlığı "kişisel yaşam tarzını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması" anlamına gelir. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığı, broşürleri

okuyabilme ve söylenenleri yapabilmekten daha fazlasıdır (Nutbeam, 2000; Özdemir ve ark., 2010).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, bu terim, özellikle hastaların okuryazarlık düzeyleri ile sağlık bakımı için reçeteler, randevu kartları, ilaç etiketleri ve talimatlara uyma yeteneği arasındaki ilişkiyi tanımlamak ve açıklamak için kullanılır (Baker, 2006).

Kavramsallaştırılırsa, sağlık okuryazarlığı birçok sosyal, kişisel ve bilişsel yetenek ile birlikte sağlık sisteminde yer almak için zorunlu olan kritik düşünme, problem çözme, karar verme, bilgi alma ve iletişim için gereken okuryazarlık becerilerinden doğmuştur. Ek olarak, sağlık okuryazarlığı kültür, kavram ve dil alanına yayılmıştır (Mancuso, 2009).

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin kendileri ve toplum sağlığı ile ilgili karar ve davranışlarını yönlendirecek, temel sağlık bilgisi ve hizmetleri konusunda bilgi birikimleri, bu bilgiye erişimleri, erişilen bilgiyi anlamaları, kullanmaları ve nesilden nesle aktarmaları olarak tanımlanabilir (Sezgin, 2011).

Bireylerin, temel sağlık bilgisi ve hizmetlerini anlama, uygun sağlık kararlarını verme ihtiyacı sağlık okuryazarlığı olarak isimlendirilir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004; Özdemir ve ark., 2010).

İnsanlar; yaşam kalitelerini artırmak ve sağlık risklerini azaltmak, bilinçli seçimler yapmak, sağlık bilgilerini ve kavramlarını kullanmak, araştırmak, kavramak, değerlendirmek için kendilerini geliştirir (Berkman ve ark., 2010). Bilişsel ve sosyal yetenekler ise bireylerin bilgiye erişmek, bilgiyi anlamak ve kullanmak gibi yollarla sağlıkta iyilik halini geliştirmek ve sürdürmekteki motivasyon ve becerisini belirler (Nutbeam, 2000). Ratzan(2001) sağlık okuryazarlığını, sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri için bir çerçeve ve bilgi ile uygulama arasında bir bağlantı olarak kavramsallaştırır. Sağlık okuryazarlığının kavramsallaştırılması ve tanımlanması bilim ve teknolojiye hızlı gelişmelere, sağlık bakımı ve halk sağlığı hizmetlerinin sunumundaki değişikliklere bir yanıt olarak yavaş yavaş gelişmeye devam edecektir (Berkman ve ark., 2010).

Kişisel, bilişsel ve sosyal beceriler; bireylerin sağlığı geliştirmek ve sürdürmek için bilgilere erişme, bilgileri anlama ve kullanma yeteneğini belirler. Bunlar sağlık belirleyicilerinin geliştirilmiş bilgi ve anlayışı, sağlık tutumu ile ilişkili davranış ve motivasyon değişiminin yanı sıra tanımlanmış görevlere ilişkin öz yeterliliğin geliştirilmesi gibi birçok çıktılarını içerir. Bunlar genellikle sağlık eğitim faaliyetleri ile ilişkili sonuçlardır. Sağlık okuryazarlığı sağlığın

geliştirilmesinin kavramsal modeli içinde bir etki alanı olarak kavramsallaşır (Berkman ve ark., 2010).

Sağlık okuryazarlığı, bilişsel ve psikososyal gelişim ile ilişkili gelişimsel yapılara, sağlık sistemi/sağlık profesyonelleri ile önceki ve şimdiki deneyimlere bağlıdır. (Nutbeam, 2000).

1.2.1. Amerikan Tıp Enstitüsü Sağlık Okuryazarlığı Komitesi ve Sağlık Okuryazarlığı

Amerikan Tıp Enstitüsü, sağlık okuryazarlığı problemini değerlendirmek ve bu alandaki sonraki adımları düşünmek için çok sayıda akademik disiplin ve zeminden uzmanları içeren Sağlık Okuryazarlığı komitesini topladı. Komite aşağıdaki görevlere değindi:

1)Sağlık okuryazarlığı probleminin kapsamını belirleyiniz. Amaç sağlık cahilliğinin altında yatan ana problemleri netleştirmektir. Bu, etkilenen popülasyonları belirleme ve topluma maliyetini tahmin etmeyi kapsar. Problemin kişisel, toplumsal ve ulusal düzeylerde büyüklüğünü değerlendirebilmek için bir dizi sağlık okuryazarlığı indikatörü belirlenmelidir.

2) Sağlık konusunda yeterli bilgiye sahip bir halk oluşturmadaki engelleri belirleyiniz. Bu engeller muhtemelen şunları içerir: Sağlık sisteminin karmaşıklığı, çok fazla ve sıklıkla çelişkili sağlık mesajları, teknolojideki hızlı gelişim, yetişkin ve çocukların sağlık bilgisini arttırmak için halk eğitimindeki sınırlar.

3) Amerika ve yurtdışında sağlık okuryazarlığı arttırma yaklaşımlarını değerlendiriniz. Yönelmesi gereken araştırmaları ve programlardaki boşlukları tanımlayınız. Sağlık hizmeti profesyonelleri halkın sağlık okuryazarlığını geliştirmeye odaklanmalıdır.

4) Sağlık okuryazarlığı çabaları için hedefleri ve bu hedeflere ulaşmak için engellerin üstesinden gelmek için yaklaşımlar belirleyin. Bunlar, araştırma veya politika girişimlerini veya sağlık okuryazarlığını arttıracak işbirliklerini içerebilir.

Bu raporda komite, Ulusal Tıp Kütüphanesi tarafından sunulan (Selden ve ark.,2000) ve Healthy People 2010'da kullanılan (HHS, 2000) sağlık okuryazarlığı tanımını kabul etmiştir:

'Kişilerin, temel sağlık bilgilerini ve doğru sağlık kararları vermek için gereken hizmetleri elde etme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma dereceleri' (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004; Quick Guide To Health Literacy, 2008). Bireylerin sağlık bilgisini anlaması ve

kullanması; sağlıklı yaşam tarzını seçmeleri, tıbbi bakımın nasıl aranacağını bilmeleri, gereken önleyici tedbirlerin avantajını kullanmaları demektir. (Quick Guide To Health Literacy, 2008).

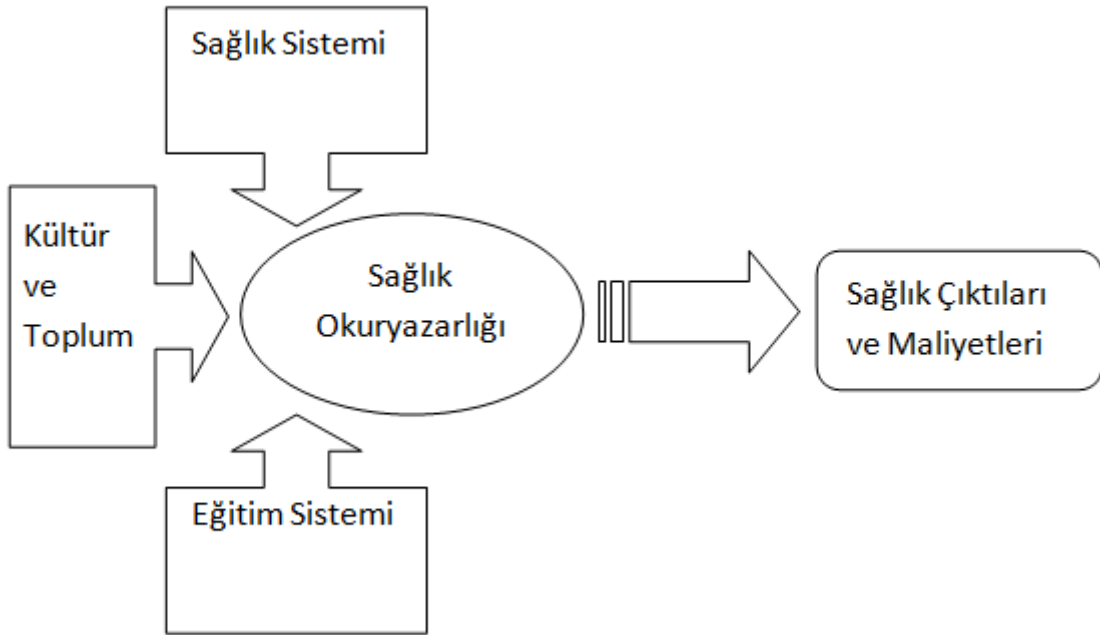
Tıp Enstitüsü Sağlık Okuryazarlığı Komitesi göre: Sağlık okuryazarlığı, sağlığın teşviki ve korunması, hastalıkların önlenmesi ve erken tarama, sağlık bakımı sağlama ve politika yapma ile uğraşan herkesi ilgilendirir. Sağlık okuryazarlığı için gerekli olan beceriler; sağlık bilgileri/broşürlerini okuma, grafik yorumlama, araştırma çalışmalarına katılım hakkında kararlar verme, kişisel veya aile sağlığı bakımı için tıbbi araçlar kullanma, ilaç dozunu veya zamanı hesaplama gibi yetenekleridir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004; Betz ve ark., 2008; Özdemir ve ark., 2010; Berkman ve ark., 2010).

Ulusal Tıp Kütüphanesi sağlık okuryazarlığını “kişilerin, temel sağlık bilgilerini ve doğru sağlık kararları vermek için gereken hizmetleri elde etme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma dereceleri” olarak tanımlar (Mancuso, 2009).

Sağlık okuryazarlığı sosyal ve kişisel faktörlerin ortak bir fonksiyonudur. Kişilerin sağlık okuryazarlık becerileri ve kapasitelerine eğitimleri, kültürleri ve dilleri aracılık eder. Kişilerin iletişim ve değerlendirme becerileri, medya, hükümet birimleri ve pazarın hedef kitleye uygun bir yolla sağlık bilgisi sağlamaları eşit derecede önemlidir.

Komite sağlık okuryazarlığı için, üç majör potansiyel girişim alanını belirleyen ve bu raporun organizasyonel prensiplerini şekillendiren bir taslak geliştirmiştir. Bu taslak kişilerin eğitim sistemleri, sağlık sistemleri, kültürel ve sosyal faktörler ile etkileşiminin sağlık okuryazarlığı üzerindeki potansiyel etkisini gösterir ve bu faktörlerin sonuçta sağlık sonuçları ve maliyetlerine katkıda bulunabileceğini öne sürer. Mevcut araştırmalar nedensellik ile ilgili sadece sınırlı sonucu desteklediğinden, önerilen çerçeve bir modeldir. Bununla birlikte, birçok tutarlı kanıtın toplam etkisi sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları arasında nedensel bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Taslakta tanımlanan çeşitli faktörler arasındaki nedensel ilişkilerin natürünü belirlemek için araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Çizelge 1.2. Sağlık Okuryazarlığı Nedensel İlişki Taslağı



Komite günümüzde mevcut olan okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı ölçümlerinin limitasyonları ve güçlü yanlarının gözden geçirmiştir. Sağlık okuryazarlığı bir çok sosyal ve kişisel faktörü içerir ve kültürel ve kavramsal bilgi, dinleme, konuşma, aritmetik, yazma ve okuma becerilerini kapsar. Bununla birlikte, günümüzde mevcut olan ölçüm araçları primer olarak okuma becerilerini ölçer diğer kritik becerileri içermez. Dahası, yetişkinlerin okuma yetenekleri sıklıkla ‘üst düzey’ olarak ölçülür, bu ölçüm fazlasıyla özensizdir. Sağlık okuryazarlığı alanının gelişmesi için bazal düzeyleri belirlemek ve zaman içindeki değişimi izlemek için kullanılacak yeni ölçümlerin geliştirilmesini gerektirir.

Bulgu 1-1 Çeşitli disiplinlerden elde edilen literatür tutarlı bir biçimde komitenin, sağlık okuryazarlığının kişisel yeteneklerin sağlık kavramları, sağlık sistemi, eğitim sistemi, evdeki, işteki ve toplumdaki birçok sosyal ve kültürel faktörle etkileşimine dayandığı-bu raporda belirtildiği gibi- kararını desteklemektedir. Komite sağlık okuryazarlığını geliştirme sorumluluğunun çeşitli sektörlerce paylaşılması gerektiği konusunda hemfikirdir. Komite sağlık sisteminin sağlık okuryazarlığını geliştirmede anlamlı fırsat ve sorumluluklara sahip olduğunu-fakat tek başına değil- belirtmektedir.

Bulgu 1-2 Eğitim ve sağlık sonuçları arasındaki bağlar kanıtlanmıştır. Komite, sağlık okuryazarlığının eğitim ve sağlık arasındaki kanıtlanmış bağı açıklamanın tek yolu olabileceğine karar vermiştir fakat ileri araştırmalar gerekmektedir.

Bulgu 1-3 Bu raporda belirtildiği gibi sağlık okuryazarlığı okuma, yazma, dinleme, konuşma, kültürel ve kavramsal bilgilerin ötesinde çeşitli bileşenleri içermektedir.

Bulgu 1-4 Günümüzde kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçümleri araştırma girişimlerini teşvik etse ve değerli fikirler sunsa da, sağlık okuryazarlığı için gerekli olan tüm becerilerden (kültürel ve kavramsal bilgi, dinleme, konuşma, yazma ve okuma, rakamsal beceriler) çok okuma becerilerinin (kelime tanıma veya okuduğunu anlama ve rakamsal beceriler) göstergeleridir. Günümüzdeki değerlendirme araçları ve araştırma bulguları şunları ayırt edemez. (a) okuma yeteneği, (b) Biyoloji gibi sağlıkla ilişkili konularda temel bilgi eksikliği, (c) Materyal tiplerine ve dile yabancılik veya (d) Sağlık ve sağlık hizmetlerine yaklaşımda kültürel farklılıklar. Ek olarak, günümüzdeki sağlık okuryazarlığı ölçümleri sözlü iletişim becerileri veya yazma becerilerini içermemekte ve hiçbiri farklı sağlık durumlarındaki kişilerde sağlık okuryazarlığı ihtiyacını ölçümlememektedir.

1.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık sistemi, eğitim sistemi, kitle iletişimi ve sağlık okuryazarlığı arasında önemli bir bağ vardır ve sağlık okuryazarlığı toplumun her kesimini ilgilendiren bir gereksinimdir (Ratzan, 2001).

Hastaların sağlık okuryazarlığı sağlık iletişimi ve sonuçlarını doğrudan etkileyen kritik bir faktör olarak kabul edilmektedir. Bireylerin sağlık bilgisine ulaşmalarını ve bunu etkili biçimde kullanma kapasitelerini geliştirmek suretiyle bireyi yetkilendirmek için son derece önemlidir. Nutbeam, sağlık okuryazarlığının hem kişisel hem de sosyal yararları olabileceğini belirtmekte; sağlığa ilişkin bilgilerle bireylerin yaşam tarzı ve sağlık hizmetlerini kullanma biçimlerinin değiştirilmesi amacıyla yönlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığının yalnızca kişisel çıkarlara yönelik bir kaynak olmadığını, sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel etkilerinin de olduğu konusunda farkındalığı arttırması gerektiğine inanmaktadır (Nutbeam, 2000).

Sağlık okuryazarlığı; sağlık sistemini yönetmek (karmaşık formları doldurmak, hizmet ve sağlayıcılarını bulmak dahil olmak üzere), hizmet verenlerle kişisel bilgi paylaşımı (sağlık öyküsü gibi), öz bakım ve kronik hasta yönetimi ile meşgul olmak, olasılık ve risk gibi matematiksel kavramları anlamak gibi insanların bazı yetenekleri üzerinde son derece etkilidir (Quick Guide To Health Literacy, 2008).

Sağlık okuryazarlığı ciddi bir halk sağlığı konusudur. Genel olarak toplumların okuryazarlığı yetersiz seviyededir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz seviyede olan bireyler, korku, güvensizlik ve özsaygı eksikliğinin yanı sıra, durumlarından mahcup olarak bunu gizlemeye çalışmaktadır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin, sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişilere oranla, sağlık personeline kendi durumlarını anlatma becerileri daha zayıftır. Birçok hasta vereceği bilgi ve miktarından emin olmadığından; aynı zamanda anlatılanı anlamayacağı endişesi ile sağlık hizmeti sunanlarla sınırlı iletişim kurmaktadır. Hastanın kendine olan güven eksikliğinin yanı sıra, sağlık hizmeti sunanlar ve hasta arasındaki ilişkideki güç farkı nedeniyle, bazı hastalar soru sormamakta ya da yanlış anladıkları tedavi talimatları için açıklama istememektedir. Gücün doktor tarafında olduğu bu asimetrik iletişim biçiminde hasta, pasif iletişim pozisyonunu üstlenmekte; tam cevap verememekte ya da soru soramamaktadır. Benzer bir şekilde, bazı hastalar doktorla anlaşamadığında sessiz kalmayı tercih etmektedir. Sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz hastalar, doktorun sabırsız veya kızgın olması durumunda korku nedeniyle soru soramamakta ve yanlış bilgileri söylememektedir (Betz ve ark., 2008; Wright ve ark., 2008; Sezgin, 2011).

Bununla beraber, tıbbi bilgileri doktorların günlük terimlerle ya da hastaların anlayabileceği biçimde açıklamaları aradaki iletişim sorununun büyümesine neden olmaktadır. Doktorlar zaman zaman hastaların tıbbi bilgiyi, talimatları anlamadıklarının farkına bile varmayabilmekte ya da ilgilenmemektedir. Ek olarak, hastalara tedavi ve talimatlarla ilgili bilgileri yalnızca doktorların vermesi, doktorların iş yükünü artırmakta ve diğer hastaların zamanından çalmaktadır. Bu nedenle diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarının sağlık sistemi içinde daha aktif rol alması ya da sayılarının artırılması sağlık okuryazarlığının yükseltilmesine de yardımcı olacaktır. Aksi takdirde hastaların tedaviyi anlamamaları halinde sağlık hizmeti alma süreçleri yeniden başlamakta ve karmaşıklaşmaktadır (Sezgin, 2011).

Hastalar tıbbi sorunlarını açık bir şekilde ifade edemediklerinde doğabilecek sorunlardan biri, sağlık hizmeti sunanların kısıtlı ya da hatalı bilgilerle sonuçlara ulaşabilmesi, bu hastalara hatalı teşhis koyma riskinin artmasıdır. Bununla beraber bir diğer olası sorun, sağlık ve ilaç

hakkındaki artmış yanlış uygulamalara yol açması; sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz kişilerin, sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek kişilere oranla ilaç reçetelerini yanlış yorumlaması ve verilen talimatları çoğu kez anlamamasıdır. Bu durum sadece hasta bireyleri etkilemekle kalmamakta; aynı zamanda tedavinin artan tutarlarının finansal yükünü, toplumun geri kalanına yansıtmakta, sonuç olarak ülkenin sağlık harcamalarını etkilemektedir (Sezgin,2011).

Artan tedavi masraflarının bir diğer nedeni, sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz kişilerin, yüksek olanlara oranla hastanede tedavi olma oranlarının daha fazla olmasıdır. Ancak bununla beraber, hizmetlerin eksik kullanımı, kısa dönemli sağlık hizmeti tutarlarına yol açabilirken; tedavi edilmeyen, ertelenen tedavilerden doğan sakatlık ya da hastalıklar nedeniyle uzun süren ve maliyetleri artan sonuçlar doğabilmektedir. Ayrıca hasta uyumu ve tıbbi hatalardan kaynaklanan sorunlar verilen sağlık bilgilerini iyi anlamamaktan kaynaklanabilmektedir. Tüm hastaların sadece yarısının belirtildiği gibi ilaçlarını alma gerçeği, yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesinin olumsuzluğunu göstermektedir (Sezgin, 2011).

Sağlık okuryazarlığı tek yönlü değildir. Hastalar çeşitli kanallardan nasıl güvenilir sağlık bilgisi toplaması gerektiğini öğrenmek durumundadır. Hastaların kendi sağlık sorunları hakkında bilgi bulma ve uygulama becerileri onların gelecekteki refahı üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Aksi takdirde sağlık sistemi, yanlış anlama labirentine dönüşebilir. Bilgi vermek sağlık hizmeti sağlayanların görevi olduğu gibi, bilgi edinmek de sağlık hizmeti alanların görevidir. Her sağlık bilgisi ya da istatistiğinin, her hastaya uyması gerekmediğini anlamak, öğrenmek hastanın da sorumluluğudur (Ishikawa ve Yano, 2008; Sezgin, 2011).

Sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz hastaların soru sormamasının iletişim sürecinin verimli geçtiği anlamına gelmediği, bilgi eksikliği duyan hastanın bu bilgileri aile, arkadaş, medya, internet gibi başka kanallardan tamamlamaya çalışacağı unutulmamalıdır. Bunun sonucu olarak, eksik ya da yanlış bilgi hızla akmaya ve kullanılmaya başlamaktadır. Edinilen bilginin sağlığa ilişkin olması birçok tehlikeyi beraberinde getirmektedir. Eksik ya da yanlış anlaşılmiş sağlık bilgisi, yeni hastalıklara, ölüm dahil istenmeyen durumlara sebep olabileceği gibi; sonuç olarak tedavi maliyetlerini artırma; sağlık konusunda yanlış bilinç ve kültür oluşması gibi sonuçlara neden olmaktadır (Sezgin, 2011).

Okuryazarlık, eğitim programları ile gelişebilir, yaşlanma ya da bilişsel bozukluk ile gerileyebilir (Baker, 2006). Yetersiz okuryazarlık genellikle sağlıkla ilişkili okuma gereksiniminin büyük ve kronik hastalık yükünün ağır olduğu grup olan yaşlılar arasında

yaygındır. Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması (National Assessment of Adult Literacy, NAAL)'nda 65 yaş ve üstü yetişkinlerin %44'ü işlevsel okuryazar olarak sınıflandırılmıştır. Yaşlı yetişkinlerin daha düşük okuma yetenekleri genellikle yaşla beraber gelen bilgi işleme azlığının sonucudur. Bu durum onların daha az eğitim aldıklarıyla, kronik hastalık sıklığının yüksek oluşu, fiziksel/mental sağlıklarının kötü oluşu ya da demans gibi faktörlerle açıklanamaz (Kirsch ve ark., 1993; Weiss ve ark., 1994; Baker ve ark., 2002).

Sağlık okuryazarlığı sağlıklı yaşam tarzı seçimi ve ulaşılabilir sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını gibi sadece kişisel yararları olan bireysel bir kaynak değildir. Nüfusun büyük bir kesiminin yüksek sağlık okuryazarlık seviyesine ulaşması, sağlık için etkili toplumsal hareket sağlanması ve sosyal sermayenin gelişimine katkı sağlanması gibi sosyal yardım ve katkı sağlayacaktır (Nutbeam, 2000).

Sağlık okuryazarlığın geliştirilmesi sağlıklı yaşam tarzı seçimlerine olanak sağlayabilir, sağlık servisini etkin bir şekilde kullanmayı destekleyebilir, tedavi rejimine uyumu sağlayabilir (Nutbeam, 2000).

1.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığını karmaşıklık ve yetkinlik artacak şekilde üç ardışık düzeyde kavramlaştırmıştır:

1. Temel/İşlevsel sağlık okuryazarlığı: Bireylerin okuma ve yazmadaki yeterli temel becerilerini günlük durumlarda etkin olarak kullanabilme olarak tanımlanır. Bu tanım sağlık okuryazarlığının en genel ifadesi ile örtüşür.

İşlevsel bir sağlık okuryazarı temel okuma, yazma ve sayılardan anlama becerilerini sağlık çerçevesi içindeki ilgili materyallere ve aktivitelere uygulayabilir (Speros, 2005).

İşlevsel sağlık okuryazarlığı sağlık riskleri ve sağlık sisteminin nasıl kullanılacağı hakkında somut bilgi iletişimine dayanan geleneksel sağlık eğitiminin çıktılarını yansıtır. Sağlık riskleri, sağlık hedefleri ve öngörülen eylemlere uyum hakkında bilgi gelişimine yönelik sınırlı hedefler içerir. Sözel ve sayısal becerileri uygulama yeteneği olarak tanımlamıştır. Örneğin eylemin bu biçimi bilgilendirici broşürlerin üretimi, geleneksel hasta eğitimi, onam formlarını, ilaç etiketlerini, ilave sayfaları ve diğer sağlık bakım bilgilerini okuma, sağlık

personeli tarafından verilen yazılı ve sözlü bilgileri anlama, ilaç ve randevu programları gibi gerekli prosedür ve talimatlara göre hareket etme gibi becerileri kapsar. Bu tür faaliyetler genelde bireysel kazanç ile sonuçlanacaktır, fakat örneğin tarama ve immünizasyon programlarına katılımın artırılmasıyla toplum yararına yönelik faydalar da sağlanabilir (Nutbeam, 2000; Rudd ve ark., 2004; Betz ve ark., 2008; Özdemir ve ark., 2010).

2. İletişimsel/Etkileşimsel sağlık okuryazarlığı: Daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerilerini, sosyal becerilerle birlikte, bilgiyi elde etme ve günlük aktivitelere katılımda aktif olarak kullanılabilme, farklı iletişim formlarından anlam çıkarma ve yeni bilgileri değişen koşullara uygulayabilme düzeyidir.

Etkileşimsel sağlık okuryazarlığı, destekleyici bir ortamda kişisel becerilerin geliştirilmesi üzerine odaklanır. Bu yaklaşım, özellikle alınan tavsiyelerden hareketle özgüven ve motivasyonun gelişimi ve bilgilerden bağımsız bir şekilde kişisel kapasitenin gelişimi için eğitimin yönlendirilmesini kapsar. Bu eylem biçiminin örnekleri kişisel ve sosyal becerilerin geliştirilmesine ve davranışsal sonuçlarına yönelik birçok çağdaş okul sağlığı eğitim programlarında bulunabilir. Ebeveynlerin etkileştikleri doktordan bilgilendirme ve açıklama istemeleri şeklinde örneklendirilebilir. İletişimsel/Etkileşimsel sağlık okuryazarlığı olan bir genç yaklaşmakta olan, preoperatif hazırlık gerektiren -belirli bir zamanda ilaç alma, ağızdan gıda almama durumuna başlama ve sürdürme gibi- bir operasyon için verilen açıklamaları isteyebilir ve anlayabilir. (Nutbeam, 2000; Betz ve ark., 2008).

3. Eleştirel sağlık okuryazarlığı: İleri düzeyde gelişmiş bilişsel becerileri, sosyal becerilerle birlikte, bilgilerin eleştirel analizinde uygulayabilme ve bu bilgileri yaşam olay ve durumlarında kontrolü daha fazla sağlayabilmek için kullanabilme becerilerini içerir.

Eleştirel sağlık okuryazarlığına sahip bireyler normal laboratuvar ile yaşamsal bulgu değerlerinin anlamını bilirler ve eğer değerleri normalin üzerinde ise davranışlarını gerektiği şekilde değiştirirler (Betz ve ark., 2008).

Eleştirel sağlık okuryazarlığı, hem bireysel eylemleri, hem de etkin sosyal ve politik eylemleri desteklemeye yönelik bilişsel ve beceri geliştirme sonuçlarını yansıtmaktadır. Bu paradigma çerçevesinde, "sağlık eğitimi" bilgi iletişimini ve becerilerin (sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerinin tanımlanması için çeşitli eylem biçimlerinin siyasi uygulanabilirlik ve örgütsel olanaklar çerçevesinde inceleyen becerilerin) geliştirilmesini içermelidir. Sağlık

okuryazarlığının bu çeşidinde, bireysel kazanımların yanında toplumsal kazançta sağlanır (Nutbeam, 2000).

Sağlık okuryazarlığı broşür okumak ve başarılı bir şekilde randevu almaktan çok daha fazlasıdır. Sağlık okuryazarlığı, eleştirel sağlık okuryazarlığı tanımında da belirtildiği gibi bireylerin sağlık bilgisine erişmeleri ve kapasitelerini bu yönde etkili bir şekilde kullanmaları için kritik bir öneme sahiptir. Bu tanım sağlık eğitimi ve iletişiminin içerik sahasını önemli ölçüde genişletmekte, sağlık okuryazarlığının hem bireysel hem de sosyal yararları olabileceğini göstermekte ve eğitim ve iletişim yöntemleri için derin etkileri olmaktadır. Sağlık eğitimi ise sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicileri üzerinden hareketle bireysel ve toplumsal kapasiteyi geliştirmeye ve değiştirmeye yönelik olmalıdır.

Böyle bir sınıflandırma okuryazarlığın farklı seviyelerinin giderek daha fazla özerklik ve kişisel güç kazandırdığını göstermektedir. Seviyeler arasında ilerleme sadece bilişsel gelişime bağlı değildir, aynı zamanda farklı bilgi/ileti varlığını da gösterir. Bu, kişisel ve sosyal beceriler ile tanımlanan konulara ilişkin öz yeterlilik tarafından şekillenir.

1.2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Etmenler

Baker ve arkadaşları (2002), sağlık okuryazarlığını sağlık bakımı çerçevesinde işlevsel bir yetenek olarak kabul ettiklerinden, bireysel ve sağlık bakım sistemi ile ilişkilendirmektedir. Bu perspektiften, sağlık okuryazarlığı dinamik bir durumdur ve sağlık problemine, sağlık bakım kuruluşu ve sağlık sistemine bağlı olarak değişebilir. Nielsen-Bohlman ve arkadaşları (2004), sağlık bilgisinin sağlık okuryazarlığının bir parçası olduğunu kabul etmektedir.

Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı sağlık bakımına erişim, doktor talimatlarının izlenmesi ve düzenli ilaç alımında zorluk çekmeye sebep olurken, hastalıklara uyumun zayıflamasına, kronik hastalıkların kontrolsüzlüğüne ve sağlık bakım maliyetlerinin artmasına katkıda bulunur. Yetersiz sağlık okuryazarlığı uygun olmayan sağlık iletişimi, istenmeyen sağlık çıktıları, hastaneye yatış oranının artması ile yüksek mortalite ve morbidite ile doğrudan ilişkilidir (Baker ve ark., 1997; Baker ve ark., 2007; Gazmararian ve ark., 1999; Williams ve ark., 2002; Nielsen-Bohlman ve ark., 2004; Safeer ve Keenan, 2005; Schwartzberg ve ark., 2005; Eichler ve ark., 2009; Özdemir ve ark., 2010). Bu açıdan bakıldığında, sağlık okuryazarlığı, sağlık bakımı ortamında işlev yeteneğidir. Sağlık okuryazarlığı sadece bireysel

özelliklerle değil, aynı zamanda sağlık bakım sistemiyle de ilişkili olmak zorundadır (Özdemir ve ark., 2010).

Sağlık okuryazarlığı; hastalar ile profesyonellerin iletişim becerileri, sağlık konularında mesleki bilgi, kaynaklara erişim, eğitim, dil, kültür, yaş, inanç, kamu sağlık sistemi ve sağlık hizmeti talebi, durum/bağlam talebi gibi bazı bireysel ve sistematik faktörlere bağlıdır (Quick Guide To Health Literacy, 2008).

Sağlık okuryazarlığı, profesyonel sağlık bilgisine sahip olmayan bireyler ve sağlık profesyonelleri arasındaki bilgi açısından asimetrik bir iletişime dayanır. Bu iletişimde hasta ve sağlık hizmeti sunanlar arasında, bireyin sağlık okuryazarlığının düşük seviyede olması kadar; sağlık hizmeti sunanların yüksek sağlık okuryazarlığı ile ifade biçimleri de sağlık okuryazarlığını etkiler. Sağlık okuryazarlığı, sadece yazılan ya da söylenen tıbbi terimlere aşina olmak değil, aynı zamanda bu terimleri anlaşılır kılacak şekilde ifade etme yeteneğini de içerir. Bununla beraber, iletişim sürecinin nasıl bir ortamda ve bağlamda gerçekleştiği de sürece etki eden faktörlerden biridir. Ayrıca sağlık hizmetlerine ulaşım ve hizmetlerin sunum biçimleri de sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (Sezgin, 2011).

Sağlık okuryazarlığı, bireyin kültürel alt yapısına bağlıdır. Amerika Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması' na göre ortalama okuryazarlık skorları etnik guruplar arasında farklılık göstermiştir. Ayrıca bilgiyi elde etme kaynakları da etnik guruplar arasında farklı bulunmuştur (Kutner ve ark., 2007). Birey sağlık profesyonellerinin verdiği bilgi ve önerileri, kendi kültürel birikimine göre değerlendirdiğinden, sağlık okuryazarlığında kültürün etkisi göz önünde bulundurulmalıdır (Sezgin, 2011).

1.2.4.1. Sağlık Okuryazarlığının Yetersiz ve/veya Sınırlı Olduğunu Düşündüren Davranışlar

Safeer ve Keenan (2005), yetersiz ve/veya sınırlı sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi yönünden ipuçları veren davranışları belirlemişlerdir:

- Sağlık personelinden yardım istemek,
- Sağlık kuruluşuna gelirken okuryazar birini getirmek
- Randevuların hatırlanmaması

- Bahane üretme (gözlüklerimi unuttum)
- İlaç kullanımında uyumsuzluk
- Önerilen müdahalelere uyumsuzluk
- Karar vermeyi erteleme (“Talimatları eve alabilir miyim?” ya da “Ben eve gittiğimde okuyacağım”)
- Diğer kişileri izleme (taklit davranışlar)

Tüm hastalar açık ve anlaşılır bir dille yazılmış tıbbi bilgileri okumayı tercih eder. Hastalar sınırlı miktarda, daha basit kelimelerle ve yavaş konuşularak sunulan tıbbi bilgileri daha iyi anlamaktadırlar. En iyi anlama ve uyum için, hasta eğitim materyalleri ulaşılması istenen grubun okuryazarlık seviyesi göz önünde bulundurularak hazırlanmalı, tercihen resim ve şekiller içermelidir. Hastaların çoğu okuma yazma sorunlarını kabul etmek istemediklerinden sağlık profesyonelleri bu konuda dikkatli olmalıdır. Özellikle yaşlı hastaların okuma ve kavrama kapasitesi, yaşla birlikte değişen bilişsel, görme ve duyma kabiliyetinden de etkilendiği için bu durumdan daha fazla etkilenmektedir.

Yetersiz ve/veya sınırlı sağlık okuryazarı olan bireylerde algıyı ve uyumu arttırmak için önerilen bazı uygulamalar şu şekildedir (William ve ark., 2002; Safeer ve Keenan, 2005):

- Sağlık personeli bireyin sağlık okuryazarlık beceri seviyesini değerlendirebilmek için hastaya zaman ayırmalı ve mümkün olduğunca yavaş hareket etmelidir.
- Tıbbi terminoloji kullanmak yerine halkın günlük konuşma dili tercih edilmelidir.
- Algılamayı arttırmak ve sonrasında hatırlamayı kolaylaştırmak için resim gösterilebilir/çizilebilir.
- Her iletişim sırasında sınırlı bilgi aktarılmalı ve verilen talimatlar tekrarlanmalıdır.
- Sağlık personeli anlaşıldığından emin olmak için “bana göster” ya da “tekrar öğret” yaklaşımını kullanmalıdır. Bu yaklaşım ile sağlık profesyonelleri verdikleri eğitimin, hasta için yeterli ve uygun olup olmadığını anlayabilirler (Örneğin; eğitimden sonra, hastadan kendi ilaçlarını nasıl alması gerektiğini anlatması istenebilir).
- Saygılı, duyarlı ve sevecen bir yaklaşım, hastanın kendi sağlık bakımına katılması için teşvik edici ve cesaretlendirici olacaktır.

Hastalar sınırlı sağlık okuryazarlık nedeniyle, sağlık bilgilerini yeterince anlayamayabilirler. Bu gibi durumlarda bireye daha fazla bilgi yüklemek; hastaları güçlendirmek yerine, onların daha şaşkın ve güçsüz hissetmelerine neden olmaktadır. Dolayısıyla sağlık profesyoneli eğitim verilen bireyin, aktarılan bilgileri ne derece anladığını belirlemeli ve iletişime yön vermede anahtar rol oynamalıdır (Longo, 2005).

1.2.4.2. Yetersiz ve/veya Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Çıktıları

Hayatlarının diğer hususlarıyla etkin şekilde başa çıkan birçok insan sağlık bilgisi elde etmeyi, anlamayı ve kullanmayı zor bulabilir. Çiftçiler gübreyi etkin şekilde kullanabilse de, gübrenin üzerindeki güvenlik bilgilerini anlamayabilir. Bir şef mükemmel tabaklar yaratabilir fakat sağlıklı bir diyetin nasıl yaratılacağını bilmeyebilir. Gerçekten de, sağlık okuryazarlığı gizli bir problem olabilir, çünkü bu sorun genellikle politikacılar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından bilinmez ve okuma yazma becerileri zayıf olan insanlar veya sağlıkla ilgili bocalama yaşayanlar giderek karmaşıklaşan sağlık sisteminde karşılaştıkları problemler hakkında konuşmaktan utanabilir. Bu durumun kaçınılmaz sonucu olarak sağlık okuryazarlığında gelişme olmadığı sürece, sağlık sonuçlarını iyileştirmek için bilimsel gelişim ile ilgili umutlar azalabilir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

İnsanların bilgi, anlayış ve uygulama kapasitelerini içerik açısından geliştirme çabaları sadece kişisel yaşam tarzlarını ya da sağlık hizmetlerini kullanma biçimlerini değiştirmeye yönelik olmamalıdır. Sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerinin farkındalığını artıran sağlık eğitimi, bu belirleyicilerin değişimine yol açarak bireysel ve toplu hareketlerin gelişimini yönlendirebilir (Nutbeam, 2000).

Sağlık profesyonelleri bir ulusal halk sağlığı zorluğu olan yetersiz sağlık okuryazarlığına etkin şekilde değinmemişlerdir (Betz ve ark., 2008). Düşük sağlık okuryazarlığı hemşireler tarafından yeterince dikkate alınmayan ve değerlendirilmesi yapılmayan ciddi bir sorundur. Düşük işlevsel sağlık okuryazarlığı, hemşirenin organize olmuş bir şekilde verdiği güncel sağlık eğitiminin etkinliğini, gücünü ve zamanını önemli ölçüde etkiler (Boswell ve ark., 2004).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı yanlış ilaç uygulanmasına, randevuların kaçırılmasına ve evde yanlış bakıma (örneğin steril maddelerin kontaminasyonu gibi) neden olabilir ve bu şekilde bireyin sağlık ve tedavi sonuçlarını olumsuz etkileyebilir (Betz ve ark., 2008).

Zayıf okuryazarlık insanların sağlığını, onların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimlerini sınırlamakla birlikte kendi sağlık okuryazarlıklarının gelişimine de doğrudan engel olabilir (Özdemir ve ark., 2010). Sağlık okuryazarlığı, temel okuryazarlık becerilerinin yanı sıra, sağlık konularında da bilgi gerektirir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı olan kişiler genellikle hastalığın sebepleri ve doğasının yanı sıra vücutları hakkında ya bilgisizdirler ya da yanlış bilgiye sahiptirler. Bu bilgi olmadan; diyet, egzersiz ve çeşitli sağlık sonuçları gibi çeşitli yaşam tarzı faktörleri arasındaki ilişkiyi anlayamayacaklardır (Quick Guide to Health Literacy, 2008).

Araştırmalar, sağlık okuryazarlığı kazanılmamasının kişiler ve toplumdaki geniş kapsamlı sonuçlarını değişmez bir şekilde göstermiştir. Rapor edilen klinik hastalık veya hastalık algısı olarak tanımlanan, kötü sağlık durumu, hastalık veya bozukluk (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004), bilgi eksikliğinden kaynaklanan kötü sağlık sonuçları (Beckman ve ark., 2004), sağlık uygunsuzluğu, ve yüksek bir hastalık veya sakatlık riski sağlık bilgisizliği ile ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı bilgisi az olan kişiler daha fazla sağlık hizmeti kullanırlar, daha fazla hospitalizasyon riskine sahiptirler, acil bakım ve yataklı bakım gibi pahalı hizmetleri daha fazla kullanırlar (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004; Mancuso, 2009).

Sağlık okuryazarlığı sınırlı ya da yetersiz olan kişiler, hastalıkları ve tedavileri hakkında daha az bilgi sahibi olurlar, daha az kendi kendilerini tedavi etme becerisine sahip olurlar, tedaviye uyumları azalır ve daha fazla tıbbi hata veya ilaç tedavisi hatası yaparlar. Sağlık bilgisizliği olan kişiler ayrıca sağlık sistemini başarılı şekilde irdeleme becerisinden yoksundur, sağlık hizmetlerine erişimleri azdır ve daha fazla sağlık harcaması yaparlar (American Medical Association, 1999).

Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması 1993'te 40 milyondan fazla Amerikalı'nın işlevsel okuryazar olmadığını bildirmiştir, bunun anlamı toplumda bütünüyle işlevsel olması için gereken temel okuma becerisini gösteremedikleridir (Kirsch ve ark., 1993). Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması'nda sağlıkla ilişkili terimler olmamasına rağmen, bu bulgular Amerikalıların büyük bir kısmının gerekli bilgileri anlayıp kavrayamadıklarını, sağlık bakım sistemiyle etkileşime girdiklerinde genellikle zorlandıklarını gösterir (Williams ve ark., 1995).

İki farklı kamu hastanesinde yürütülmüş bir çalışmada, İngilizce konuşan hastaların üçte birinin sağlıkla ilgili en temel malzemeleri okuyup anlayamadıkları saptanmış ve hastalar yetersiz işlevsel sağlık okuryazarlığı grubunda sınıflandırılmıştır (Williams ve ark., 1995). Böyle bireyler ilaç şişelerini, randevu kartlarını, öz-bakım talimatlarını ve sağlık eğitim broşürlerini okuyup anlamada genellikle zorluk yaşarlar. Benzer şekilde kronik hastalığı olan yetersiz okuryazarlar, kendi durumlarını nasıl yöneteceklerine dair özel sınıflara gitseler bile, kendi tıbbi sorunlarının temel bakım unsurlarını genellikle bilemezler (Baker ve ark., 2002).

Hastalardan beklenenler ve onların gereksinimleri arasındaki uyumsuzluğun önemli boyutta mali etkileri olabilir. Weiss ve arkadaşlarının Arizona'da (Medicaid hizmeti alıcılarının arasından rastgele seçilmiş küçük bir örnekte) yapılan araştırmasında okuryazarlık ve tıbbi bakım maliyeti arasında bir ilişki bulamamasına rağmen, Kuh ve Stirling kadın genital sistemi hastalıkları nedeniyle hastaneye yatma riskini eğitim seviyesi düşük olan kadınlarda iki kat fazla bulmuştur (Kuh ve Stirling, 1995; Baker ve ark., 2002).

Okuryazarlık ve sağlık bakım maliyetleri arasındaki ilişkinin anlaşılması son derece önemlidir. Yetersiz okuryazarlığın kötü sağlık çıktıları ve yüksek sağlık bakım maliyetlerine yol açması, sağlık personelinin, okuma yeteneği ne düzeyde olursa olsun bütün hastalara ulaşabilecek eğitim programları geliştirmeleri için teşvik edici bir unsurdur (Baker ve ark., 2002).

Yeterli işlevsel sağlık okuryazarlığı; okuryazarlık becerilerinin reçete, randevu kartları, ilaç etiketleri ve evde sağlık bakımı talimatları gibi sağlıkla ilişkili materyallere uygulanabilirliği anlamına gelir. Bu tanıma temellendirilen araştırmalar, zayıf işlevsel sağlık okuryazarlığının kronik hastalığı olanları eğitmek için büyük bir bariyer olduğunu gösterir, ayrıca ilaçların yetersiz ve uygunsuz kullanımı ise sağlık sektöründe önemli bir maliyeti işaret eder (Parker ve ark., 1995; Nutbeam, 2000).

Zayıf okuryazarlık insanların sağlığını, onların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimlerini sınırlamakla birlikte kendi sağlık okuryazarlıklarının gelişimine de doğrudan engel olabilir (Özdemir ve ark., 2010).

1.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için geliştirilen bazı ölçekler ve testler şunlardır:

1) Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)

Davis ve arkadaşları (1991), birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran bireylerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için ilk sağlık okuryazarlığı tarama testi olan REALM'i (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini) geliştirmişlerdir. REALM, düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerin belirlenmesini sağlayan ve 125 ögeden oluşan bir kelime tanıma testidir. Bireylerden testteki kelimeleri yüksek sesle okumaları istenir ve her doğru telaffuz için bir puan verilir. Tamamlanması üç-beş dakika alan testten alınan puan; alt (temel) seviye, ilköğretim, ortaokul ve lise seviyesi şeklinde dört grupta değerlendirilir (Pavlak, 2005; Betz ve ark., 2008; Mancuso, 2009; Özdemir ve ark., 2010).

Testin kısa formu yine Davis ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiştir. Ögeler uzun formda olduğu gibi kullanım sıklığına, hece sayısına ve telaffuzdaki zorluk seviyesine göre kolaydan zora doğru sıralanmıştır. Tamamlanması bir-üç dakikayı alan testten alınan puanın değerlendirilmesi uzun formunda olduğu gibidir (Pavlak, 2005; Betz ve ark., 2008; Mancuso, 2009; Özdemir ve ark., 2010).

Testin gözden geçirilmiş/değiştirilmiş formu ise (REALM-Revised) Bass ve arkadaşları (2003) tarafından tasarlanmıştır. Testin asıl değerlendirilen kısmı 8 kelimedenden oluşmaktadır. İlk üç kelimeyi, bireyin anksiyetesini gidermek ve kendine güvenini artırmak amacıyla seçilmiş zorluk seviyesi düşük olan terimler (şişman, grip ve ilaç) oluşturur. Toplamda 11 kelimedenden oluşan REALM-R, bir-iki dakikada tamamlanmaktadır (Pavlak, 2005; Betz ve ark., 2008; Mancuso, 2009; Özdemir ve ark., 2010).

Çizelge 1.3. REALM Özellikleri

REALM	
Amaç ve içerik	Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran hastaların tıbbi terimleri ne derece okuyabildiklerini belirlemek ve sınırlı okuma becerisine sahip hastaları saptamak bu testin başlıca amacıdır. Kelime tanıma ve kavrama testidir. REALM: Dört sütunda yer alan 125 kelimedenden oluşmaktadır. REALM-S: Her bir sütunda 22 kelimenin yer aldığı test, toplamda üç sütun ve 66 kelimedenden oluşmaktadır. REALM-R: 8 kelimedenden oluşmaktadır.
Derecelendirme	1) REALM VE REALM-S Derecelendirmesi 0-18 (3.seviyeden düşük): Düşük okuryazarlık seviyesindeki bireylere yönelik hazırlanmış materyalleri okuyamayabilir. 19-44 (4-6.seviye): Düşük okuryazarlık seviyesindeki bireylere yönelik hazırlanmış materyalleri okuyabilir fakat ilaç etiketlerini okumakta zorluk çekebilir. 45-60 (7-8.seviye): Düşük okuryazarlık seviyesindeki bireylere yönelik hazırlanmış materyalleri okumakta zorluk çekmez fakat hasta eğitim materyallerini yorumlamakta zorlanabilir. 61-66 (yüksek okul): Birçok hasta eğitim materyalini okuyabilir. 2) REALM-R Derecelendirmesi 6'dan düşük puan alınması, bireyin yetersiz sağlık okuryazarlığı olduğunu düşündürmelidir.
Avantajları	Kısa sürede uygulanabilirliği ve tıbbi terimlerden oluşuyor olması
Sınırlılıkları	Sadece sözel olarak tıbbi terimlerin okunma ve kavranmasını derecelendirir, bireylerin okuduklarını ne derece anladığını ölçemez.
Dil	İngilizce çevrimine ulaşılabilir.

2) Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)

Gereç- Yöntem bölümünde bahsedilecektir.

a)Test of Functional Health Literacy in Adults-Spanish (TOFHLA-S)

Parker ve arkadaşları (1995), TOFHLA(Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi)'nin İspanyol çevrimi TOFHLA-S' i geliştirmişlerdir. İçeriği, uygulaması ve puanlaması İngilizce çevrimiyle aynıdır. TOFHLA' nın İngilizce çevriminde olduğu gibi, güçlü geçerlik ve güvenilirlik verileri, yakını görmede sıkıntı yaşayan bireyler de düşünülerek formun yazılarının 14 punto büyüklükte olması, okuma ve kavrama becerilerin yanında sayısal becerileri de ölçmesi ve İspanyolca ulaşılabilirliği avantajları arasında gösterilebilir. Ayrıca testteki paragraflar yardımıyla bireyin okuma seviyesi de büyük bir oranda belirlenebilmektedir. Testin belirli bir zaman diliminde (22 dakika) tamamlanması gerekliliği,

bir yandan bireye zaman yönetiminin önemini hatırlatırken bir diğer taraftan hayal kırıklığı ve stres yaratmaktadır (Mancuso,2009).

b) Short and Brief-Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA, B-TOFHLA)

TOFHLA' nın kısaltılmış formları, Baker ve arkadaşları(1999) tarafından geliştirilmiştir. TOFHLA' nın kısaltılmış formları sözel beceri bölümünde 36 soru (iki paragraf) ve sayısal beceri bölümünde dört sorudan olmak üzere 40 maddeden oluşmaktadır. Testin tamamlanması 12 dakika sürmektedir ve sonuç TOFHLA' da olduğu gibi 0-100 puan aralığında değerlendirilmektedir. Sayısal beceri bölümün güvenilirliği tartışılabilir iken($\alpha=0,68$), sözel beceri bölüm(okuduğunu anlama) güvenilirliği($\alpha=0,97$) yüksek bulunmuştur. Kapsam geçerliliği değişmemiştir. Her iki formun da İspanyolca çevrimi bulunmaktadır. Kısa TOFHLA sağlık okuryazarlığı seviyesini tespit etme yerine okuduğunu anlama testi olarak adlandırılmaktadır, bu nedenle sınırlı okuma yeteneği olan hastaların tespitinde bir tarama aracı olarak kullanılmak için oldukça uygundur (Mancuso, 2009).

3) Medical Achievement Reading Test (MART)

Kolay ve hızlı bir şekilde yönetilebilen bir okuryazarlık testi geliştirmek ve bireysel okuma düzeyini belirlemek amacıyla Hanson-Divers (1997) tarafından geliştirilen MART, REALM gibi bir tıbbi kelime tanıma testidir. 42 kelimedenden oluşan test, temelini Wide Range Achievement Test (WRAT)' den alır. WRAT güçlü geçerlik ve güvenilirliği olan bir okuma testidir ve bireylerin okuryazarlığını kelimeleri telaffuz edebilme durumlarına göre sınıflandırır. MART' ın geliştirilmesinin çıkış noktası ise tıbbi kelimeleri okuma zorluğu çeken bireylerin kullandığı görülen en sık “üç mazeret” sebebiyledir. En sık kullanılan bu üç mazeret; tıbbi kelimelerle sadece ilaç etiketleri üzerinde ve hasta eğitim malzemelerinde karşılaşılması, ilaç etiketleri üzerindeki yazıların küçük puntuyla yazılması ve parlak zeminin okumayı güçleştirmesi olarak sıralanmıştır (Mancuso, 2009; Betz ve ark., 2005)

MART, ilaç etiketleri ve hasta eğitim malzemelerinde sıklıkla kullanılan kelimelerden oluşmaktadır. 42 tıbbi kelimedenden oluşan testin sadece son kısmında yer alan 15 kelimesi büyük harflerle yazılmış olup, diğerleri küçük harflerle parlak bir zemine yazılmıştır. Test üç ile beş dakika gibi bir sürede tamamlanabilmektedir, hızlı uygulanabilirliği büyük bir avantajdır. Kelimelerin doğru telaffuz edilebilme durumlarına göre bireylerin okuryazarlıkları belirlenir (Mancuso, 2009; Betz ve ark., 2005). MART' ın sadece kelimelerin okunabilirliğini test etmesi, anlama ve kavrama yetileri üzerinde belirleme yapmaması, içerik ve ölçüt

geçerliliği varsayımı, örneklem büyüklüğünün küçük olması nedeniyle topluma genellenememesi testin sınırlılığıdır. MART, geliştirilmesinden sonra başka bir literatürde kullanılmamış ve yayınlanmamıştır (Mancuso, 2009).

4) Health Literacy Screening Questionnaire

Sağlık okuryazarlığı tespitinin hızlı bir şekilde yapılabilmesi amacıyla Chew ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilmiştir. Beşli likert tipinde bir testtir(1:her zaman, 5:hiçbir zaman). Hızlı cevaplanabilecek üç sorudan oluşmaktadır. 18-65 yaş grubuna uygulanabilen testin sadece İngilizce çevrimi bulunmaktadır. Puanlaması; öğrenme güçlüğü, düşük özgüven ve okuma etkinliği için bir başkasına ihtiyaç duyma ile ilgili sorunları yansıtan değerlerin analizine dayalı yapılıdır.

Yetersiz okuryazarlığı olan bireylerin belirlenmesi için uygun olmasına rağmen geliştirilmesi gereken bir testtir. Soruların iki tanesi lise eğitimi düzeyinde olması sınırlılığı olarak gösterilebilir (Betz ve ark., 2005).

5) The Newest Vital Sign (NVS)

Weiss ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen, düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerin belirlenmesini sağlayan bir hızlı okuryazarlık tarama testidir. İngilizce ve İspanyolca çevrimleri bulunmaktadır. NVS, dondurma etiketinden kaynak alan 6 maddeli bir testtir. Dondurma etiketinin üzerindeki bilgilere dayalı 6 adet soru sorulur ve soruların cevaplandığı sırada bireyin etiket bilgilerine bakmasında sakınca görülmez. Her bir doğru yanıt için bir puan verilir ve puanların toplamı bireyin okuryazarlığı hakkında fikir verir. 18-85 yaş grubuna uygulanabilen bu testin tamamlanması yaklaşık üç dakikayı bulur. Sıfır-bir puan %50'den büyük bir olasılıkla yetersiz okuryazarlığı, iki-üç puan sınırlı okuryazarlığı, 4-6 puan ise büyük olasılıkla yeterli okuryazarlığı gösterir. Testteki nicel sorular hem okuduğunu anlama hem de sayısal beceri gerektirir ve bu yetenekler de doğrudan temel sağlık bilgilerinin anlaşılması ve yönetimi ile ilişkilendirilebilir (Betz ve ark., 2005; Mancuso, 2009; Özdemir ve ark., 2010).

6) Short Assesment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults (SAHLSA)

Lee ve arkadaşları (2006) tarafından İspanyolca konuşanlar için geliştirilen hızlı kullanımlı bir sağlık okuryazarlığı testidir. 66 maddeli REALM'i temel alan SAHLSA, aynı zamanda bir kelime kavrama testidir. Anlam bakımından birbirine benzer ve sağlıkla ilişkili 50 adet

kelimenin yüksek sesle okunmasını gerektirir. Kelimenin doğru telaffuzu, doğru cevap olarak kabul edilir. Testin yönetilmesi ve sonuçlandırılması oldukça kolaydır. 37 puandan az alınması yetersiz sağlık okuryazarlığını işaret eder. Uygulama öncesi minimal eğitim gerektirmesi, üç-altı dakikada sonuçlanması, yönetim ve puanlama kolaylığı, güçlü güvenilirliğinin olması ve 18-80 yaş aralığındaki geniş bir kitleye uygulanabilir olması başlıca avantajlarıdır. Geçerliliğinin ikna edici olmayışı, örneklemin küçük olması ve ağırlıklı olarak kadınlardan oluşması, sadece kelime tanıma ve kavrama özelliğinin bulunması ve hiçbir sayısal beceriyi ölçmemesi testin bazı sınırlılıklarıdır (Mancuso, 2009).

7) Health Activities Literacy Scale (HALS)

HALS, sağlıkla ilgili beş alanda(sağlığın geliştirilmesi, sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımı ve sistem yönetimi) düz yazı, nicel ve sözel öğeler içerir. HALS testinin tamamlanması yaklaşık bir saati bulur ve alınan puan sıfır ile 500 arasında değerlendirilir. HALS sağlık okuryazarlığının daha geniş bir alanda değerlendirilme fırsatını sunarken, uygulanma süresinin uzunluğu araştırma çalışmalarında kullanımını sınırlandırır (Kutner ve ark., 2006; Özdemir ve ark., 2010).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GATA AEAH) Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran bireylerin sağlık okuryazarlığı durumlarının belirlenmesi amacıyla 2012-2013 yılında yürütülmüş olan, Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi (YİSOT)' nin uyarlama çalışmasıdır. Bu test Türkçeye çevrilmiş ancak daha önce hiç kullanılmamıştır.

2.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma GATA AEAH Kardiyoloji Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir. GATA AEAH bilimsel özerkliğe sahip, Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK)' nin sağlık bilimleri alanında en yüksek danışma organı olan, ön lisans, lisans, lisansüstü düzeyde eğitim öğretim veren, askeri ve genel tababet alanlarında bilimsel araştırmalar yapan, silahlı kuvvetlerin ihtiyaç duyduğu askeri tabip, askeri yüksek hemşire, sağlık astsubayı ve diğer sağlık personelini yetiştiren bir komutanlıktır. GATA AEAH 1600 yataklı olup hastanelere günlük başvuru sayısı ortalama 3500 ile 4000 arasında değişmektedir.

GATA Kardiyoloji kliniği ilk kez 1959 yılında Prof. Dr. Lütfü Vural tarafından GATA II. İç Hastalıkları kliniği bünyesinde bir bölüm olarak kurulmuştur. Türkiye'de 1990 yılında çıkan yasa ile Kardiyoloji bilim dalları, Anabilim dalı haline getirilmiş ve aynı yıl GATA Kardiyoloji kliniği de İç Hastalıkları Kliniğinin bünyesinden ayrılarak Anabilim Dalı haline gelmiştir.

GATA Kardiyoloji Anabilim Dalı; Başkanlık, İdari Kısmı, Eğitim ve Öğretim Kısmı, Özel Teşhis ve Laboratuvar Kısmı, Poliklinik ve Yoğun Bakım Kısmı olarak yapılanmıştır. Klinik

30' u yoğun bakım ünitesinde olmak üzere toplam 119 yatak kapasitesine sahiptir. Anabilim Dalı'nda 20 doktor, 36 hemşire, 12 astsubay ve 15 sivil memur görev yapmaktadır.

Araştırma GATA AEAH kardiyoloji polikliniğinde yapılmıştır. Hastane poliklinik hizmetleri 09: 00–12: 00 ve 13: 30–16: 00 saatleri arasında sunulmaktadır. Kayıtlar incelendiğinde aylık kardiyoloji poliklinik başvuru sayıları 2011 yılı Ekim-Kasım-Aralık sırasıyla 2361, 2109, 1980' dir. 2011 yılında kardiyoloji polikliniğine yapılan toplam başvuru sayısı ise yaklaşık 26000' dir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini Aralık 2012- Şubat 2013 tarihleri arasında GATA AEAH kardiyoloji polikliniğine hafta içi başvuran bireyler oluşturmuştur.

Araştırmanın çalışma grubu yine bu tarihler arasında GATA AEAH kardiyoloji polikliniğine hafta içi başvuran bireyler arasından durumu stabil, 19 - 65 yaşları arasında, en az ilkokul mezunu, araştırmaya katılmaya sözel olarak olur vermiş, Türkçe iletişim kurabilen bireylerden oluşmaktadır. Okuma yazması olmayan, görme engelli, yakın gözlüğü kullanmadan okuyamayan ve gözlüğü yanında olmayan, anket sorularını anlamaya ya da açık ve net yanıtlar vermeye engel olacak düzeyde kognitif bozukluğu olan bireyler çalışma dışı bırakılmışlardır.

Bir ölçek kullanıldığında, ölçek madde sayısının en az 5-10 katı çalışma grubu büyüklüğüne ulaşılması istenmektedir (Pett ve ark., 2003). Ölçeğin madde sayısı 45 olduğu için çalışma grubu sayısının 225 - 450 arasında olması hedeflenmiştir. Ölçek 450 bireye ulaştırılmış ancak özensiz ve eksik doldurulmuş olanlar sebebiyle analizler kullanılabilir durumda olan 351 form üzerinde yapılmıştır.

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları GATA AEAH Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran ve çalışma grubunu oluşturan bireylerle sınırlıdır.

Anketlerin polikliniğe başvuran bireylerle doldurulması için ideal koşulların sağlanamaması nedeniyle, anketlerin bir an önce doldurulması için hastalar zaman zaman ilgilerini kaybetmiş olabilirler.

2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

2.5.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni, YİSOT' tan elde edilecek puandır.

2.5.2. Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Öğrenim durumu
- Medeni durum
- Aile tipi
- Meslek
- Çalışma durumu
- Ekonomik durum
- Sağlık güvenceleri
- Yaşadıkları yer
- Sigara kullanım durumu
- Alkollü içecek tüketme durumu
- Boy uzunluğu ve vücut ağırlığı
- Bilgisayar kullanabilme durumu
- Günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylara ulaşılan kaynaklar ve ulaşma sıklığı
- Sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastaların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaşılan kaynaklar ve ulaşma sıklığı
- Okuma ve yazma ile ilgili etkinlikler için diğer kişi/kişilerden yardım alma durumu
- Kendisinde ve/veya ailesinde tanısı konmuş bir hastalık olma durumu
- Hastanede yatma durumu
- İlaç kullanma durumu

2.6. Araştırmanın Hipotezleri

Çalışma grubunu oluşturanların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile;

- Cinsiyetleri arasında ilişki yoktur.
- Öğrenim düzeyleri arasında ilişki yoktur.
- Medeni durumları arasında ilişki yoktur.
- Aile tipleri arasında ilişki yoktur.
- Meslekleri arasında ilişki yoktur.
- Çalışma durumları arasında ilişki yoktur.
- Ekonomik durumları arasında ilişki yoktur.
- Sağlık güvenceleri arasında ilişki yoktur.
- Yaşadıkları yer arasında ilişki yoktur.
- Tanısı konulmuş bir hastalığın olma durumu arasında ilişki yoktur.
- Hastanede yatma öyküsünün olma durumu arasında ilişki yoktur.
- Ailelerinde tanısı konmuş bir hastalığı olan bireyin olma durumu arasında ilişki yoktur.
- Okuryazarlık düzeyleri arasında ilişki yoktur.
- Gazete ve kitap okuma alışkanlıkları arasında ilişki yoktur.
- Günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaştıkları kaynaklar arasında ilişki yoktur.
- Günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaşma sıklıkları arasında ilişki yoktur.
- Sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaştıkları kaynaklar arasında ilişki yoktur.
- Sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaşma sıklıkları arasında ilişki yoktur.
- Okuma yazma etkinliklerinde başkalarından yardım alma gereksinimi olup olmama durumu arasında ilişki yoktur.
- Sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri arasında ilişki yoktur.
- İlaç kullanımları arasında ilişki yoktur.
- Sigara kullanma durumları arasında ilişki yoktur.
- Alkollü içecek tüketme durumları arasında ilişki yoktur.

2.7. Veri Toplama Araçları

- Sosyodemografik Özellikler (SÖ) Veri Formu
- Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (YİSOT)

2.7.1. Sosyodemografik Özellikler Veri Formu

Araştırmacı tarafından alanyazın incelenmesiyle geliştirilen SÖ veri formunda araştırmaya katılanların sosyodemografik özelliklerine, okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı davranışlarına ilişkin sorulara yer verilmiştir.

Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, aile tipi, meslek, çalışma durumu, ekonomik durum, sağlık güvenceleri, yaşanılan yer, yaşamın çoğunun geçtiği yer, tütün ve alkol kullanımına ilişkin özellikler, boy uzunluğu ve vücut ağırlığı, bilgisayar kullanma durumları, bilgiye erişim sıklığı ve çeşitleri, okuma ve yazma ile ilgili etkinliklerde diğer kişilerden yardım alma durumu, tanısı konmuş bir hastalık olma durumu, hastanede yatma durumu ve ilaç kullanımına ilişkin özellikleri belirlemeye yönelik 31 maddeden oluşmaktadır.

Çalışmaya katılanların mesleklerinin belirlenmesi ve sınıflandırılması için Korkut Boratav' ın Kentsel Sınıf Şeması (Ek-2) kullanılmıştır (Nesanır, 2007).

Boratav' ın Kentsel Sınıf Şeması :

- Kendi Hesabına Çalışanlar

İşveren (Emrinde en az 2 veya daha çok insan çalıştırıyor): Sanayi patronu, imalathane patronu, toptancı ve pazarlama şirketi patronu, her türlü diğer şirket patronu (ithalat-ihracat), eğitim işkolunda (dersane, özel okul) patronu, özel hastane patronu ... gibi.

Yüksek Eğitimli (Emrinde en çok bir kişi çalışıyor veya tek başına): Doktor, diş hekimi, veteriner hekim, mimar, mühendis, avukat, mali danışman, eczacı, üst düzey yönetici (Yüksek eğitimli müdür, müdür yardımcısı)... gibi.

Küçük Esnaf- Zanaatkar (Yanında en çok bir kişi çalışıyor): Çarşı esnafı (Bakkal, market, zahireci, hırdavatçı, züccaciyece, manifaturacı, her türlü mal üreticisi ve satıcısı), küçük sanayi esnafı (tamirci, boyacı, parçacı, elektrikçi), usta-zanaatkar (el sanatları, inşaat, demirci, tornacı), muhasebeci, sabit tezgahı olan pazar esnafı... gibi.

İş Buldukça Çalışanlar (Düzenli aylık gelirleri yok): En az 6 aydır aralıklı olarak bu işlerden gelir sağlayan şoför, inşaat işçisi, seyyar satıcı, sokak sergicisi, pazarcı, hizmetli, temizlikçi, çocuk bakıcısı... gibi.

- Ücretli (İşinden düzenli aylık kazanç sağlayanlar)

Yüksek Eğitimli Ücretli: Doktor, diş hekimi, veteriner hekim, üniversite öğretim üyesi, mimar, mühendis, hakim, savcı, avukat, üst düzey yönetici (yüksek eğitimli müdür, müfettiş), hesap uzmanı... gibi.

Memur- Büro Çalışanı (Beyaz yakalı): Öğretmen, öğretim görevlisi, okutman, polis, hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanları, devlet dairelerinde büro memuru, devlet gezici memuru, belediye büro çalışanları, bankada memur, özel sektörde büro çalışanı... gibi.

Sanayi İşçisi (Mavi yakalı): Fabrika işçisi, küçük sanayide işçi, devlet kuruluşlarında işçi... gibi.

Niteliksiz İşlerde Çalışanlar (Kamuda veya özel sektörde düzenli aylık gelirleri var): En az 6 aydır bu işlerden düzenli aylık geliri olan şoför, bekçi, güvenlikçi, koruma görevlisi, hizmetli, temizlikçi, kapıcı, hasta bakıcı... gibi.

İşsiz: En az 6 aydır gelir getiren bir işi olmayanlar.

2.7.2. YİSOT

Okuryazarlığa ilişkin çalışmalar, çoğunlukla kelime tanımaya ya da metin anlamasına odaklanmaktadır. Okuryazarlığın daha kapsamlı değerlendirilmesi, işlevsel sağlık okuryazarlığın ölçülebilmesi ve düşük okuryazarlığın sağlık durumuna etkisini anlamaya yarayacak kavramsal bir çerçeve oluşturulması amacıyla “Sağlık Hizmetleri Projesi” kapsamında Parker ve arkadaşları (1995) Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA’ yı (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi, YİSOT) geliştirmiştir (Mancuso, 2009; Akalın, 2009; Betz ve ark., 2008; Speros, 2005, Nurss ve ark., 2001). Testin geliştirilmesi için okuryazarlık uzmanları hastanede yaygın olarak kullanılan hasta eğitim materyalleri, tarama ve teşhis testleri, ilaç etiketleri ve kullanım talimatları, hasta kayıt formları gibi otuzdan fazla materyalden yararlanmıştır. TOFHLA yaygın olarak kullanıldığı bilinen ve çeşitli seviyelerde zorluklar içeren bu materyaller ile geliştirilmiştir. Testin ölçmeye

çalıştığı okuryazarlık bireyin, sağlık sistemini anlayıp düzgün iletişim kurma becerisiyle ilişkili olup, sadece olağan okuryazarlık becerisini hedef almamaktadır. TOFHLA, özellikle sayısal ve sözel anlama becerileri üzerine yönelmektedir. Test okuduğunu kavrama(sözel) ve sayısal bölüm olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır (Paker ve ark., 1995; Pawlak, 2005; Betz ve ark., 2008; Mancuso, 2009; Akalın, 2009; Özdemir ve ark., 2010).

Okuduğunu kavrama bölümü paragrafta boşluk doldurma testi (cloze test) şeklinde 50 soru olarak düzenlenmiş ve sorular ilerledikçe zorluk seviyesinin de artması öngörülmüştür. Ölçeğin aslında paragraftaki her yedi kelimenin beşincisi koyulmamış, katılımcılardan bu boşluk için verilen dört şık arasından doğru olanı seçmesi beklenmiştir. Verilen dört şıktan doğru olmayan üç seçenek birbirine benzer olmasına rağmen ya dil bilgisi kurallarına uymamakta ya da cümleye getirildiğinde anlam bütünlüğünü sağlamamaktadır. Paragraflar; üst gastrointestinal işlem hazırlığı öncesine ilişkin formu, hasta hakları ve yükümlülükleri formu, Medicaid başvuru formu ve standart hastane bilgi onam formu kullanılarak oluşturulmuştur. Bu test ile hastanın sağlık sisteminde var olan gerçek materyallerle kısa metinleri okuması sağlanmakta ve bunların sonucunda da hastanın okuduğunu ne ölçüde anlayabildiği ortaya konmaktadır. Her doğru cevap için bir puan verilir (Parker ve ark., 1995, Akalın, 2009; Mancuso, 2009).

Sayısal bölüm; gerçek hastane formları ve ilaç şişesi etiketleri kullanılarak oluşturulan 17 maddelik bir testtir. Bu test hastaların ilaç kullanım talimatlarını, kan şekeri değerlendirmesini ve klinik randevu kartı bilgilerini değerlendirebilmesi gibi konuları test eder. Bireylere etiketli ilaç şişeleri ve bilgi kartları sunulur, kartlara veya şişelere ilişkin sorular sözlü sorulara cevap vermesi istenir. Her soru için verilen doğru cevabın ağırlıklı puanı hesaplanarak, sayısal bölümden alınan toplam puana ulaşılır. Orijinal testin ham ve ağırlıklı puan cetveli Çizelge 2.1' de verilmiştir. Bu cetvel uyarlama çalışmasında soru sayısı değiştiği için kullanılmamış, her sorunun değeri eşit tutulmuştur. Sayısal test kısmıyla amaçlanan ise bireyin sağlık personeli tarafından kendisine verilen sayısal verileri ne derece anladığını ve uyguladığını belirlemektir (Parker ve ark., 1995; Akalın, 2009; Mancuso, 2009).

Çizelge 2.1. TOFHLA Sayısal Bölüm Ham ve Ağırlıklı Puan Cetveli

Ham Sayısal Puanlar	Ağırlıklı Sayısal Puanlar
0	0
1	3
2	5
3	9
4	12
5	15
6	18
7	21
8	24
9	27
10	30
11	33
12	36
13	39
14	42
15	45
16	48
17	50

Testin tamamlanması yaklaşık 22 dakika almaktadır. Okuduğunu anlama ve sayısal bölümün ağırlıklı puanı toplamı sıfır ile 100 arasında bir değer verir ve bu bölümlerin sonuca eşit katılımı söz konusudur (Okuduğunu anlama sıfır-50 puan, sayısal bölüm sıfır-50 puan arasında değerlendirilir). TOFHLA puanlamasına göre anketi cevaplayanların okuryazarlık düzeyi üç kategoriye ayrılmaktadır: 1) Yetersiz sağlık okuryazarlığı (sıfır-59 puan); 2) Düşük düzey/Sınırlı sağlık okuryazarlığı (60-74 puan); 3) Yeterli sağlık okuryazarlığı (75-100 puan). Puanlama sonuçlarına göre yeterli sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin çoğu sağlık metnini okuma, anlama ve yorumlama becerisine sahip oldukları; düşük ya da yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin ise, çoğu sağlık metnini okuma, anlama ve yorumlamada zorluk yaşadıkları değerlendirilmiştir (Paker ve ark., 1995; Pawlak, 2005; Betz ve ark., 2008; Mancuso, 2009; Akalın, 2009; Özdemir ve ark., 2010).

Çizelge 2.2. Orijinal TOFHLA, Alt Bölümleri ve Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar

TOFHLA	Soru Sayısı	Soru Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
	67 soru	1-67.maddeler	0	100
Alt Bölümler	Soru Sayısı	Soru Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Okuduğunu Anlama (Sözel Bölüm)	50 soru	1-50. maddeler	0	50
Sayısal Bölüm	17 soru	51-67. maddeler	0	50

Testin Cronbach Alfa katsayısı Parker ve arkadaşları (1995) tarafından 0,98 olarak belirlenmiştir, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması henüz yapılmamıştır.

Testin Türkçe’ ye uyarlaması için aşağıdaki işlemler sırasıyla gerçekleştirilmiştir.

- TOFHLA’ nın Türkçe’ ye çevirisi, dil geçerliliği ve gönüllülerde ön denemesi Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) tarafından yapılmıştır. Kendileri formun tez çalışması için kullanılmasına 7 Ocak 2012 tarihinde dijital ortamda izin vermişlerdir.
- Türkçe’ ye AİFD’ nin çevirttiği testin uyarlaması için GATA AEAH’ de test 10 gönüllüye uygulanmıştır (Şubat 2012).
- Konunun uzmanı olan halk sağlığı, ölçme değerlendirme ve dil bilim alanından 10 öğretim üyesinin değerlendirmesi alınarak Türkçe’ ye çevrilen ölçek üzerinde düzeltme ve değişiklik yapılmıştır (Ekim 2012- Kasım 2012).
- GATA AEAH’ de 10 gönüllüye düzeltilen testin ön uygulanması yapılmıştır (Kasım 2012).
- GATA AEAH Kardiyoloji Polikliniği’ ne başvuran ve araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan bireylerden veri toplanmıştır (Aralık 2012- Şubat 2013).

Orijinal testin Türkçe’ ye uyarlanması ve Türkiye koşullarına uymayan soruların çıkarılması aşamasında yapılan değişiklikler sonucu testin soru sayısı azalmıştır. Bununla birlikte değerlendirme ölçütünün değişmemesi için testten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar aynı tutulmuştur. Okuduğunu anlama bölümündeki 30 sorudan alınabilecek en düşük puan sıfır iken, en yüksek puan 50’dir ve bütün sorular aynı puanı verir. 15 sorudan oluşan sayısal bölümden alınabilecek en düşük puan sıfır iken, en yüksek puan 50’dir ve bütün sorular aynı puanı verir (Çizelge 2.3.).

Çizelge 2.3. Türkçe’ ye uyarlaması yapılan YİSOT, Alt Bölümleri ve Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar

YİSOT	Soru Sayısı	Soru Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
	45 soru	1-45. maddeler	0	100
Alt Bölümler	Soru Sayısı	Soru Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Okuduğunu Anlama (Sözel Bölüm)	30 soru	1-30. maddeler	0	50
Sayısal Bölüm	15 soru	31-45. maddeler	0	50

2.8. Araştırmanın Etiği

GATA AEAH Etik Kurulu' nun 6 Mart 2012 günü yapılan 187. oturumunda araştırmanın amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere uygun olduğuna karar verilmiştir (Ek-2). Gereken izin ve onaylar GATA AEAH Etik Kurulu, GATA AEAH Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı ve Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden alınmıştır.

Çalışmaya katılacak olan GATA AEAH kardiyoloji polikliniğine başvuran bireyler, araştırma hakkında bilgilendirilerek sözlü onayları alınmıştır.

2.9. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Araştırmanın veri toplama formu sosyodemografik veri toplama formu ve YİSOT sorularından oluşmuştur. Ön uygulamalar da dahil olmak üzere bütün veriler GATA AEAH kardiyoloji polikliniğine başvuran bireylerden elde edilmiştir. Sosyodemografik özelliklere ilişkin veri formu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Veri toplama formu araştırmacı tarafından GATA AEAH kardiyoloji polikliniğine başvuran bireylere yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Sözel bölüm soruları çalışmaya katılan bireyler tarafından okunup işaretlenmiştir. Sayısal bölüm soruları ise tek tek araştırmacı tarafından bireylere sorulup, yanıtlar yine araştırmacı tarafından forma işaretlenmiştir. Veri formu doldurma süresi 18-30 dakika arasında gerçekleşmiştir. Çalışma öncesi belirlenmiş olan çalışma grubu büyüklüğüne ulaşıldığında veri toplama sonlandırılmıştır.

2.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler; değişkenler arasındaki ilişkilerin irdelenmesi için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 19.0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir. Verilerin özetlenmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırma bulguları çalışma grubunun tanımlayıcı özellikleri, okuryazarlık ve sağlık davranışlarına ilişkin özellikleri, YİSOT sorularına verdikleri yanıtlar ve okuryazarlık durumlarına ilişkin veriler olmak üzere dört başlıkta verilmektedir.

Tanımlayıcı özellikler başlığı altında çalışma grubunun yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, birlikte yaşadığı kişi sayısı, aile tipi, meslek, çalışma ve ekonomik durum, sağlık güvencesi, yaşadıkları ve yaşantılarının büyük çoğunluğunun geçtiği yer gibi bazı özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çalışma grubunun okuryazarlık davranışlarına ilişkin bulguları; kendi bildirimlerine dayalı okuduğunu anlama durumu, bilgisayar kullanabilme durumu, okuma yazma etkinlikleri için başka kişi/kişilerden yardım alma durumu, günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaştığı kaynaklar ve ulaşma sıklığı olmak üzere sunulmuştur. Sağlık davranışlarına ilişkin özellikleri; sigara ve alkol kullanımına ilişkin özellikler, antropometrik özellikler, sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konularına ilişkin bilgilere ulaştığı kaynaklar ve ulaşma sıklığı, kendi bildirimlerine göre sağlık durumu özellikleri, ilaç kullanımı ve prospektüs okuma-anlama durumu, sağlık broşürü okuma-anlama durumu alt başlıklarıyla irdelenmiştir.

Çalışma grubunun YİSOT sorularını doğru yanıtlama boyutu, dağılımı, YİSOT' tan aldıkları puan ortalamaları ve ölçekten elde edilen verilerin istatistiksel analizi de bu bölümde yer almaktadır.

3.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışma grubunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Çizelge 3.1' de sunulmaktadır. Grubu oluşturanların % 30,7' sinin (n=108) 19-29 yaşları arasında, % 68,1' inin (n=239)

erkek olduğu belirlenmiştir. Grubun % 39,9' u (n=140) üniversite mezunu, % 60,7' si (n=213) evlidir. Çalışma grubunun % 55,0' inin (n=193) hane halkı büyüklüğü dört-beş kişi, % 79,2' sinin (n=278) aile tipi çekirdek ailedir.

Çizelge 3.1. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri-I.

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş		
19-29	108	30,7
30-39	106	30,2
40-49	91	26,0
≥50	46	13,1
Cinsiyet		
Kadın	112	31,9
Erkek	239	68,1
Öğrenim Durumu		
İlkokul mezunu	26	7,4
Ortaokul mezunu	42	12,0
Lise mezunu	120	34,2
Üniversite mezunu	140	39,9
Yüksek lisans/Doktora mezunu	23	6,6
Medeni Durum		
Evli	213	60,7
Bekar	127	36,2
Diğer	11	3,1
Hane Mevcudu		
≤ 3 kişi	117	33,3
4-5 kişi	193	55,0
≥6 kişi	41	11,7
Aile Tipi		
Çekirdek aile	278	79,2
Geniş aile	55	15,7
Diğer	18	5,1
TOPLAM	351	100,0

Çizelge 3.2' de çalışma grubunun diğer bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı sunulmaktadır. Çalışma grubunun % 35,6' sı (n=125) memur-büro çalışanıdır. Grubun kendi bildirimlerine göre % 67,8' i (n=238) halen çalışmaktadır ve % 53,0' ünün (n=186) ekonomik durumları orta düzeydedir. Çalışma grubunun % 40,7' si (n=143) sağlık güvencesini Emekli Sandığı olarak bildirmiştir, % 76,0' sı (n=267) kent merkezinde yaşamaktadır ve % 70,7' sinin (n=248) yaşantısının büyük çoğunluğu ilde geçmiştir.

Çizelge 3.2. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri-II.

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Meslek		
İşveren	23	6,6
Yüksek eğitilmiş kendi hesabına çalışan	4	1,1
Küçük esnaf-zanaatkar	33	9,4
İş buldukça çalışan	9	2,6
Yüksek eğitilmiş ücretli	30	8,5
Memur-büro çalışanı	125	35,6
Sanayi işçisi	28	8,0
Niteliksiz işlerde çalışanlar	39	11,1
İşsiz	60	17,1
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	238	67,8
Çalışmıyor	61	17,4
Emekli	27	7,7
Ev hanımı	25	7,1
Ekonomik Durum		
Çok iyi- İyi	137	49,0
Orta	186	53,0
Kötü- Çok kötü	28	8,0
Sağlık Güvencesi		
Yok	21	6,0
SSK	123	35,0
Emekli sandığı	143	40,7
Bağ-kur	12	3,4
Yeşil kart	11	3,1
Özel sigorta	1	,3
SGK	40	11,4
Yaşanılan Yer		
Şehir merkezi	267	76,0
İlçe	70	20,0
Köy	14	4,0
Yaşantının Büyük Çoğunlukla Geçtiği Yer		
İl	248	70,7
İlçe	81	23,1
Köy	18	5,1
Yurt dışı	4	1,1
TOPLAM	351	100,0

3.2. Araştırma Grubunun Kendi Bildirimlerine Dayalı Okuryazarlık ve Sağlık

Davranışlarına İlişkin Özellikleri

Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre okuduğunu anlama, bilgisayar kullanma durumu ve okuma yazma ile ilgili etkinliklere ilişkin yardım alma durumuna Çizelge 3.3’ de yer verilmiştir. Çalışma grubunun % 63,2’ si (n=222) okuduğunu anlama düzeyini iyi olarak değerlendirmiştir ve % 86,6’ sı (n=304) bilgisayar kullanabildiğini belirtmiştir. Çalışma grubunun % 50,1’ i (n=176) okuma ve yazma ile ilgili etkinliklere yönelik olarak diğer kişi/kişilerden hiçbir zaman yardım almadığını bildirmiştir.

Çizelge 3.3. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre okuduğunu anlama, bilgisayar kullanma ve okuma yazma ile ilgili etkinliklere ilişkin yardım alma durumu.

	n	%
Okuduğunu Anlama		
Mükemmel	62	17,7
İyi	222	63,2
Orta	59	16,8
Kötü	6	1,7
Çok Kötü	2	0,6
Bilgisayar Kullanma		
Evet	304	86,6
Hayır	47	13,4
Yardım alma		
Her zaman	10	2,8
Sıklıkla	12	3,4
Bazen	82	23,4
Çok az	71	20,2
Hiçbir zaman	176	50,1
TOPLAM	351	100,0

Çizelge 3.4’ de çalışma grubunun günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaştığı kaynaklar ve ulaşma sıklığının dağılımı yer almaktadır. Grup, bu kaynaklara ulaşma sıklığını “her zaman, sıklıkla, bazen, çok az, hiçbir zaman” olarak sunulan beş seçenekten biri ile belirtmiştir. Çalışma grubunun % 28,2’ si (n=99) bu bilgilere her zaman gazetelerden, % 58,1’ i (n=204) her zaman radyo ve televizyondan, % 46,2’ si her zaman internetten, üçte birine yakını da her zaman cep telefonu (%31,6) ile aile üyeleri ve arkadaşlarından (29,6) ulaştığını belirtmiştir.

Çizelge 3.4. Çalışma grubunun günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaştığı kaynaklar ve ulaşma sıklığı.

Günlük bilgiye erişim ile ilgili özellikler	Her zaman		Sıklıkla		Bazen		Çok az		Hiçbir zaman		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gazete	99	28,2	78	22,2	104	29,6	58	16,5	12	3,4	351	100,0
Dergi	13	3,7	25	7,1	92	26,2	156	44,4	65	18,5	351	100,0
İnternet	162	46,2	78	22,2	45	12,8	37	10,5	29	8,3	351	100,0
Radyo ve televizyon	204	58,1	98	27,9	35	10,0	14	4,0	0	0,0	351	100,0
Kitaplar ve broşürler	51	14,5	48	13,7	97	27,6	131	37,3	24	6,8	351	100,0
Cep telefonu	111	31,6	48	13,7	52	14,8	98	27,9	42	12,0	351	100,0
Aile üyeleri ve arkadaşlar	104	29,6	79	22,5	74	21,1	85	24,2	9	2,6	351	100,0

Çizelge 3.5’ de çalışma grubunun sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaştığı kaynaklar ve ulaşma sıklığının dağılımına yer verilmiştir. Grup, bu kaynaklara ulaşma sıklığını “her zaman, sıklıkla, bazen, çok az, hiçbir zaman” olarak sunulan beş seçenekten biriyle belirtmiştir. Grubun % 33,3’ ü (n=117) bu bilgilere gazeteden ulaşma sıklığını “çok az”, % 41,3’ ü (n=145) dergiden ulaşma sıklığını “çok az”, % 33,3’ ü (n=117) internetten ulaşma sıklığını “her zaman”, 29,3’ ü (n=103) radyo ve televizyondan ulaşma sıklığını “her zaman” olarak bildirmiştir. Çalışma grubunun % 38,5’ i (n=135) ise bu bilgilere kitaplardan ve broşürlerden ulaşma sıklığını “çok az”, % 34,2’ si (n=120) cep telefonundan ulaşma sıklığını “hiçbir zaman”, 31,1’ i (n=109) aile üyeleri ve arkadaşlardan ulaşma sıklığını “bazen”, % 35,6’ sı (n=125) sağlık çalışanlarından ulaşma sıklığını “her zaman” olarak belirtmiştir.

Çizelge 3.5. Çalışma grubunun sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaştığı kaynaklar ve ulaşma sıklığı.

Sağlıkla ilgili bilgiye erişim ile ilgili özellikler	Her zaman		Sıklıkla		Bazen		Çok az		Hiçbir zaman		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gazete	46	13,1	54	5,4	101	28,8	117	33,3	33	9,4	351	100,0
Dergi	11	3,1	21	6,0	60	17,1	145	41,3	114	32,5	351	100,0
İnternet	117	33,3	82	23,4	64	18,2	52	14,8	36	10,3	351	100,0
Radyo ve televizyon	103	29,3	91	25,9	93	26,5	52	14,8	12	3,4	351	100,0
Kitaplar ve broşürler	36	10,3	46	13,1	80	22,8	135	38,5	54	15,4	351	100,0
Cep telefonu	42	12,0	31	8,8	50	14,2	108	30,8	120	34,2	351	100,0
Aile üyeleri ve arkadaşlar	61	17,4	79	22,5	109	31,1	84	23,9	18	5,1	351	100,0
Doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları	125	35,6	115	32,8	86	24,5	18	5,1	7	2,0	351	100,0

Çizelge 3.6' da çalışma grubunun sigara ve alkol kullanımına ilişkin özellikleri verilmiştir. Çalışma grubunun % 43,3' ü (n=152) veri toplama dönemine kadar hiç sigara içmediğini, % 53,0' ü ise (n=186) alkollü içecek tüketmediğini belirtmiştir.

Çizelge 3.6. Çalışma grubunun sigara ve alkol kullanımına ilişkin özellikleri.

	n	%
Sigara Kullanma		
Hiç içmedim	152	43,3
Kullanıp bıraktım	101	28,8
Halen kullanıyorum	98	27,9
Alkol Kullanma		
Evet	26	7,4
Nadiren, özel günlerde	139	39,6
Hayır	186	53,0
TOPLAM	351	100,00

Çizelge 3.7' de çalışma grubunu oluşturanların antropometrik özelliklerine yer verilmiştir. Grubun % 44,7'sinin (n=157) ideal vücut ağırlığını genel olarak koruduğu belirlenmiştir. Grubun % 45,9' unun (n=161) boyu 170 cm' den kısa olup, % 36,2' sinin (n=127) vücut ağırlığı 66-79 kg arasında ve % 9,4' ü (n=33) obezdir.

Çalışma grubunun Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerleri boyun karesinin vücut ağırlığına oranı (kg/m^2) formülünden hesaplanmıştır. Verilerin BKİ' ye göre gruplanmasında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflandırması kullanılmıştır: 18.5 kg/m^2 altında ise zayıf, $18.5\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$ arası normal, $25\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$ arası fazla kilolu, 30 kg/m^2 üzeri obez ve 40 kg/m^2 üzerinde ise morbid obez olarak değerlendirilmiştir.

Çizelge 3.7. Çalışma grubunun antropometrik özellikleri.

	n	%
Boy Uzunluğu (cm)		
≤170	161	45,9
171-180	138	39,3
≥181	52	14,8
Vücut Ağırlığı (kg)		
≤65	99	28,2
66-79	127	36,2
≥80	125	35,6
Beden Kitle İndeksi (kg/m^2)		
≤18,5 (zayıf)	15	4,3
18,5-24,9 (normal)	157	44,7
25-29,9 (fazla kilolu)	146	41,6
≥30 (obez)	33	9,4
TOPLAM	351	100,0

Çizelge 3.8' de çalışma grubunun antropometrik özelliklerinin bazı tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir. Grubun boy ortalaması $171,6 \pm 8,54 \text{ cm}$, vücut ağırlığı ortalaması $74,26 \pm 13,20 \text{ kg}$ dir. Ayrıca grupta en düşük BKİ $16,90 \text{ kg/m}^2$, en yüksek BKİ $39,35 \text{ kg/m}^2$, çalışma grubunun BKİ ortalaması ise $25,14 \pm 3,74 \text{ kg/m}^2$ dir.

Çizelge 3.8. Çalışma grubunun antropometrik özelliklerinin bazı tanımlayıcı istatistikleri.

	n	Min	Maks	Ort.	SS	Medyan (ortanca)	Mod (Tepe değer)
Boy	351	145,0	193,0	171,6	8,54	172,0	170,0
Vücut ağırlığı	351	46,00	120,0	74,26	13,20	75,00	75,00

Çizelge 3.9' da çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre sağlık durumu özelliklerinin dağılımı sunulmaktadır. Grubun % 57,3' ü (n=202) sağlığını "iyi" olarak değerlendirmiştir. Çalışma grubunun % 50,4' ü (n=177) tanısı konulmuş herhangi bir hastalığının olmadığını, %

58,1' i (n=204) ise ailesinde/beraber yaşadığı kişilerde tanısı konulmuş bir hastalığın olmadığını belirtmiştir.

Çizelge 3.9. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre sağlık durumu özelliklerine göre dağılımı.

	n	%
Sağlık Durumu		
Mükemmel	22	6,3
İyi	202	57,3
Orta	115	32,8
Kötü	11	3,1
Çok kötü	1	0,3
Tanısı konulmuş hastalık		
Evet	167	47,6
Hayır	177	50,4
Diğer	7	2,0
Ailede tanısı konulmuş hastalık		
Evet	147	41,9
Hayır	204	58,1
Toplam	351	100,0

Çalışma grubundaki bireylerin kendilerinin ya da yakınlarının sağlık sorunu nedeniyle bir sağlık kuruluşuna son bir ayda yaptıkları ortalama başvuru sayısı ve veri toplama dönemine dek hastanede yatma durumunun dağılımı çizelge 3.10' da sunulmuştur. Grubun % 36,5' i (n=128) veri toplama dönemine dek hiç hastanede yatmadığını, % 57,0' si (n=200) ise sağlık kuruluşuna ayda ortalama bir kezden az başvurduğunu bildirmiştir.

Çizelge 3.10. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre hastaneye yatma durumu ve aylık hastane başvurusu

	n	%
Hastaneye yatma		
Hiç yatmadım	128	36,5
Bir kez	106	30,2
İki kez	60	17,1
Üç kez	30	8,5
Dört kez ve üstü	27	7,7
Son Ayda Hastane Başvurusu		
Birden az	200	57,0
Bir kez	62	17,7
İki kez	47	13,4
Üç kez	20	5,7
Dört kez ve üstü	22	6,3
Toplam	351	100,0

Çizelge 3.11’ de çalışma grubunun kendi bildirimlerine dayalı hastaneye yatış ve aylık başvuru durumunun bazı tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir. Grubun hastaneye yatış öyküsü ortalaması $2,21 \pm 1,24$; kendisi veya yakınlarının sağlık sorunu nedeniyle bir sağlık kuruluşuna bir aylık süre içindeki başvuru sayısının ortalaması $1,87 \pm 1,22$ olarak belirlenmiştir.

Çizelge 3.11. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre hastaneye yatma ve aylık başvuru durumunun bazı tanımlayıcı istatistikleri

	n	Min	Maks	Ort.	SS	Medyan (ortanca)	Mod (Tepe değer)
Hastaneye yatma	351	1,00	5,00	2,21	1,24	2,00	1,00
Aylık Başvuru	351	1,00	5,00	1,87	1,22	1,00	1,00

Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre ilaç kullanım durumuna Çizelge 3.12’ de yer verilmiştir. Grubun % 47,6’ sı (n=167) her zaman ilaç kullandığını, % 5,7’ si (n=20) hiçbir zaman ilaç kullanmadığını belirtmiştir.

Çizelge 3.12. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre ilaç kullanım durumu

	n	%
İlaç kullanımı		
Her zaman	167	47,6
Sıklıkla	76	21,7
Bazen	47	13,4
Çok az	41	11,7
Hiçbir zaman	20	5,7
Toplam	351	100,0

Çalışma grubunda ilaç kullananların/kullanmış olanların kendi bildirimlerine göre önerilen ilaçları düzenli kullanma, prospektüs okuyabilme ve anlayabilme durumu Çizelge 3.13’ de sunulmaktadır. Grupta ilaç kullananların/kullanmış olanların % 53,1’ i (n=153) ilaçlarını her zaman düzenli kullandığını, % 52,1’ i (n=150) ilaç prospektüslerini her zaman okuyabildiğini, % 15,3’ ü (n=44) ise ilaç prospektüslerini çok az/nadiren anlayabildiğini belirtmiştir.

Çizelge 3.13. Çalışma grubunda ilaç kullananların/kullanmış olanların kendi bildirimlerine göre önerilen ilaçları düzenli kullanma, prospektüs okuyabilme ve anlayabilme durumu (n=288)

	n	%
İlaçları düzenli kullanma		
Her zaman	153	53,1
Sıklıkla	70	24,3
Bazen	37	12,8
Çok az	22	7,6
Hiçbir zaman	6	2,1
Prospektüs okuma		
Her zaman	150	52,1
Sıklıkla	53	18,4
Bazen	55	19,1
Çok az	20	6,9
Hiçbir zaman	10	3,5
Prospektüs anlama		
Her zaman	62	21,5
Sıklıkla	85	29,5
Bazen	86	29,9
Çok az	44	15,3
Hiçbir zaman	11	3,8
Toplam	288	100,0

Çalışma grubuna sağlık broşürü verilme sıklığı durumu Çizelge 3.14' de sunulmuştur. Grubun % 61,0' i (n=214) sağlık kuruluşundan kendisine hiçbir zaman broşür verilmediğini belirtmiştir.

Çizelge 3.14. Çalışma grubuna sağlık broşürü verilme sıklığı

	n	%
Broşür verilme		
Her zaman	9	2,6
Sıklıkla	12	3,4
Bazen	55	15,7
Çok az	61	17,4
Hiçbir zaman	214	61,0
Toplam	351	100,0

Çalışma grubunda sağlık broşürü alanların kendi bildirimlerine göre broşür okuyabilme ve anlayabilme durumu Çizelge 3.15’ de sunulmuştur. Grubun % 45,4’ ü (n=64) verilen broşürleri her zaman okuyabildiğini, % 39,0’ u (n=55) ise verilen broşürleri her zaman anlayabildiğini belirtmiştir.

Çizelge 3.15. Çalışma grubunda sağlık broşürü alanların kendi bildirimlerine göre broşür okuyabilme ve anlayabilme durumu (n=141)

	n	%
Broşür okuyabilme		
Her zaman	64	45,4
Sıklıkla	36	25,5
Bazen	26	18,4
Çok az	10	7,1
Hiçbir zaman	5	3,5
Broşür anlayabilme		
Her zaman	55	39,0
Sıklıkla	40	28,4
Bazen	32	22,7
Çok az	10	7,1
Hiçbir zaman	4	2,8
Toplam	141	100,0

3.3. Çalışma Grubunun YİSOT sorularına verdikleri yanıtlar ve puan ortalamaları

Çalışma grubunun YİSOT sözel beceri bölümünü doğru yanıtlama boyutu Çizelge 3.16’ da sunulmuştur. Grubun % 95,2’ si (n=334) bu bölümün son sorusunu (S30) doğru yanıtlamıştır. Sözel beceri bölümü için Cronbach alfa (0,523) bulunmuştur.

Çizelge 3.16. Çalışma grubunun TOFHLA sözel beceri bölümünü doğru yanıtlama boyutu (n=351)

Sözel Beceri Soruları	Doğru Yanıt	
	n	%
S1	322	91,7
S2	322	91,7
S3	315	89,7
S4	325	92,6
S5	314	89,5
S6	323	92,0
S7	116	33,0
S8	253	72,1
S9	294	83,8
S10	281	80,1
S11	311	88,6
S12	270	76,9
S13	324	92,3
S14	330	94,0
S15	304	86,7
S16	333	94,9
S17	305	86,9
S18	320	91,2
S19	254	72,4
S20	205	58,4
S21	317	90,3
S22	248	70,7
S23	230	65,5
S24	274	78,1
S25	308	87,7
S26	172	49,0
S27	110	31,3
S28	187	53,3
S29	160	45,6
S30	334	95,2

Çalışma grubunun YİSOT sayısal beceri bölümünü doğru yanıtlama boyutu Çizelge 3.17' de sunulmuştur. Grubun % 95,2' si (n=334) bu bölümün dokuzuncu sorusunu (S9) doğru yanıtlamıştır. Sayısal beceri bölümü için Cronbach alfa (0,732) bulunmuştur.

Çizelge 3.17. Çalışma grubunun TOFHLA sayısal beceri bölümünü doğru yanıtlama boyutu (n=351)

Sayısal Beceri Soruları	Doğru Yanıt	
	n	%
S1	314	89,5
S2	277	78,9
S3	262	74,6
S4	314	89,5
S5	296	84,3
S6	283	80,6
S7	238	67,8
S8	332	94,6
S9	334	95,2
S10	271	77,2
S11	325	92,6
S12	318	90,6
S13	263	74,9
S14	309	88,0
S15	264	75,2

Çalışma grubunun YİSOT sayısal ve sözel beceri puanı ile toplam puan durumuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler Çizelge 3.18’ de sunulmuştur. YİSOT sayısal beceri bölümünden alınan en düşük ham puan 0,0; en yüksek ham puan 15,0’ dir ve grubun sayısal bölüm toplam ham puan ortalaması $12,53 \pm 2,48$ ’ dir. YİSOT sözel beceri bölümünde alınan en düşük ham puan 6,0; en yüksek ham puan 30,0’ dur ve grubun sözel bölüm toplam ham puan ortalaması $23,39 \pm 4,77$ ’ dir.

Çalışma grubunun sözel ve sayısal bölümden aldıkları ham puanlar dönüştürülerek her bölüm içinde 0-50 puan arasında değerlendirilmiştir. Grubun dönüştürülmüş sayısal beceri bölümü puan ortalaması $41,78 \pm 8,29$; dönüştürülmüş sözel beceri bölümü puan ortalaması $38,98 \pm 7,95$ olarak bulunmuştur.

Çalışma grubunun YİSOT’ dan alabilecekleri dönüştürülmüş toplam puan 0-100 arasındadır. Grubun dönüştürülmüş genel toplam puan ortalaması $80,76 \pm 14,23$ ’ tür.

Çizelge 3.18. Çalışma grubunun YİSOT sayısal ve sözel beceri puanı ile toplam puan durumu

	n	Min.	Mak.	Ort.	SS
Sayısal toplam ham puan	351	0,00	15,00	12,53	2,48
Sözel toplam ham puan	351	6,00	30,00	23,39	4,77
Dönüştürülmüş sayısal puan	351	0,00	50,00	41,78	8,29
Dönüştürülmüş sözel puan	351	10,00	50,00	38,98	7,95
Dönüştürülmüş genel toplam puan	351	12,00	100,00	80,76	14,23

Çalışma grubunun sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre YİSOT dönüştürülmüş puan ortalamaları Çizelge 3.19’ da sunulmuştur. Gruptaki yetersiz sağlık okuryazarı olanların (n=26) YİSOT dönüştürülmüş puan ortalamaları $47,33 \pm 12,05$; sınırlı sağlık okuryazarı olanların (n=69) YİSOT dönüştürülmüş puan ortalamaları $67,28 \pm 4,25$; yeterli sağlık okuryazarı olanların (n=256) YİSOT dönüştürülmüş puan ortalamaları $87,79 \pm 6,80$ olarak belirlenmiştir.

Çizelge 3.19. Çalışma grubunun sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre YİSOT dönüştürülmüş puan ortalamaları

Sağlık okuryazarlığı	n	%	Min.	Mak.	Ort.	SS
Yetersiz SO	26	7,4	11,67	58,33	47,33	12,05
Sınırlı SO	69	19,7	60,00	73,33	67,28	4,25
Yeterli SO	256	72,9	75,00	100,00	87,79	6,80

3.4. Çalışma Grubunun Kendi Bildirimlerine Göre Bazı Özellikleri ile YİSOT’ a Göre Belirlenen Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin İlişkisinin İrdelenmesi

Çalışma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine ilişkin verilerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre kıyası Çizelge 3.20’ de sunulmuştur.

Çalışma grubundaki kadınların % 77,7’ si (n=87), erkeklerin ise % 70,7’ si (n=169) yeterli sağlık okuryazarı olarak belirlenmiştir. Çalışma grubundaki bireylerin cinsiyetleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çalışma grubundaki ilkökul mezunu bireylerin % 15,4’ ü (n=4), lisans ve lisansüstü öğrenim düzeyindeki bireylerin ise % 93,9’ u (n=153) yeterli sağlık okuryazarı olarak belirlenmiştir.

Çalışma grubundaki bireylerin öğrenim düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışma grubundaki evli bireylerin % 75,6' sı ($n=161$), evli olmayan bireylerin (bekar, dul, boşanmış) % 68,8' i ($n=95$) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Çalışma grubunu oluşturanların medeni durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$).

Çalışma grubunda hane sayısı ≤ 3 kişi olan bireylerin % 82,1' i ($n=96$), ≥ 6 kişi olan bireylerin % 41,5' i ($n=17$) yeterli sağlık okuryazarı olarak belirlenmiştir. Gruptaki bireylerin hanesinde beraber yaşadığı kişi sayısı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Çizelge 3.20. Çalışma grubunun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun, bazı sosyodemografik özelliklere göre kıyası

Sosyodemografik Özellikler		Sağlık Okuryazarlığı						Toplam		İstatistik
		Yeterli SO		Sınırlı SO		Yetersiz SO				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	87	77,7	19	17,0	6	5,4	112	100,0	Kikare=2,048 p=0,359 sd=2
	Erkek	169	70,7	50	20,9	20	8,4	239	100,0	
Öğrenim Durumu	İlkokul	4	15,4	10	38,5	12	46,2	26	100,0	Kikare=131,526 p<0,05 sd=6 Gamma= -0,774
	Ortaokul	18	42,9	17	40,5	7	16,7	42	100,0	
	Lise	81	67,5	34	28,3	5	4,2	120	100,0	
	Lisans ve Lisansüstü	153	93,9	8	4,9	2	1,2	163	100,0	
Medeni Durum	Evli	161	75,6	36	16,9	16	7,5	213	100,0	Kikare=2,625 p=0,269 sd=2
	Bekar	95	68,8	33	23,9	10	7,2	138	100,0	
Hane mevcudu	≤ 3 kişi	96	82,1	15	12,8	6	5,1	117	100,0	Kikare=25,768 p<0,05 sd=4 Gamma=0,400
	4-5 kişi	143	74,1	37	19,2	13	6,7	193	100,0	
	≥ 6 kişi	17	41,5	17	41,5	7	17,1	41	100,0	

Çalışma grubunun diğer bazı sosyodemografik özelliklerine ilişkin verilerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre dağılımı ve Kikare testi ile kıyası Çizelge 3.21' de sunulmuştur.

Çalışma grubundaki bireylerin mesleği ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin irdelenmesi öncesinde araştırmacı tarafından meslek sınıflandırmasında birleştirme yapılmış, istatistiksel değerlendirme için uygun hale getirildikten sonra analiz edilmiştir. Çizelge 3.21’ de meslek kısmında “1^a” ile belirtilen satır “İşveren ve yüksek eğitilmiş kendi hesabına çalışan” bireyleri; “2^b” ile belirtilen satır “Küçük esnaf ve zanaatkar, İş buldukça çalışan, Niteliksiz işlerde çalışan” bireyleri; “3^c” ile belirtilen satır “Yüksek eğitilmiş ücretli ve Memur-Büro çalışanı” olan bireyleri; “4^d” ile belirtilen satır ise “İşsiz” bireyleri kapsamaktadır. Grupta Memur-Büro çalışanı bireylerin % 90,3’ ü (n=140); İşsiz bireylerin % 55,0’i (n=33) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Gruptaki bireylerin mesleği ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak bir ilişki olup olmadığı araştırılmış ve ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Grupa, çalışan bireylerin % 78,6’sı (n=187), çalışmayan bireylerin % 61,1’ i (n=69) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Çalışma grubundaki bireylerin çalışma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,046<0,05$). Çalışma grubunda kendi bildirimleriyle ekonomik durumu “iyi” olan bireylerin % 81,0’ i (n=111), “kötü” olan bireylerin % 57,1’ i (n=16) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun kendi bildirimlerine dayalı ekonomik durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak bir ilişki olup olmadığı araştırılmış ve $p<0,05$ bulunmuştur. Çalışma grubunun ekonomik durumu iyileştikçe sağlık okuryazarlığı düzeyi de iyileşmektedir.

Çalışma grubundaki bireylerin sağlık güvencesi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki araştırılması öncesinde araştırmacı tarafından sağlık güvencesi sınıflandırmasında birleştirme yapılmış, istatistiksel değerlendirme için uygun hale getirildikten sonra analiz edilmiştir. Çizelge 3.21’ de sağlık güvencesi kısmında “1^e” ile belirtilen satır sağlık güvencesini “Emekli Sandığı ve SGK ” olarak bildiren bireyleri; “2^f” ile belirtilen satır sağlık güvencesini “SSK” olarak bildiren bireyleri; “3^g” ile belirtilen satır ise sağlık güvencesini “Bağ-Kur, Yeşil Kart ve Yok” olarak belirten bireyleri kapsamaktadır. Sağlık güvencesini “Özel Sigorta” olarak bildiren bir kişi değerlendirme dışı bırakıldığından, çalışma grubunun büyüklüğü (n=350) değişmiştir. Çalışma grubunda sağlık güvencesini “Emekli Sandığı veya SGK” olarak bildiren bireylerin % 83,6’ sı (n=153), “Bağ-Kur, Yeşil Kart veya Yok” olarak bildirenlerin ise % 43,2’ si (n=19) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun sağlık güvencesi durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Grupta şehir merkezinde yaşayanların %76,4' ü (n=204) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindeyken, % 6,0' sı (n=16) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. İlçe ve köyde yaşayanların % 61,9' u (n=52) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde iken, % 11,9' u (n=10) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun yaşadığı yer ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Grupta yaşantısının büyük çoğunlukla geçtiği yer şehir merkezi ve yurt dışı olan bireylerin %77,0' si (n=194) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindeyken, ilçe- köy olan bireylerin % 62,6' sı (n=62) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyidir. Grubun yaşantısının büyük çoğunlukla geçtiği yer ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 3.21. Çalışma grubunun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun diğer bazı sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması.

Sosyodemografik Özellikler		Sağlık Okuryazarlığı						Toplam		İstatistik
		Yeterli SO		Sınırlı SO		Yetersiz SO				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Meslek	1 ^a	23	85,2	4	14,8	0	0,0	27	100,0	Kikare= 5,189 p<0,05 sd=6 Gamma=-0,080
	2 ^b	60	55,0	34	31,2	15	13,8	109	100,0	
	3 ^c	140	90,3	10	6,5	5	3,2	155	100,0	
	4 ^d	33	55,0	21	35,0	6	10,0	60	100,0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	187	78,6	39	16,4	12	5,0	238	100,0	Kikare= 2,830 p=0,002 Sd=2 Gamma=0,387
	Çalışmıyor	69	61,1	30	26,5	14	12,4	113	100,0	
Ekonomik Durum	İyi	111	81,0	20	14,6	6	4,4	137	100,0	Kikare= 9,702 p=0,046 sd=4 Gamma=0,485
	Orta	129	69,4	40	21,5	17	9,1	186	100,0	
	Kötü	16	57,1	9	32,1	3	10,7	28	100,0	
Sağlık Güvencesi (n=350)	1 ^e	153	83,6	21	11,5	9	4,9	183	100,0	Kikare= 3,718 p<0,05 sd=6 Gamma=0,474
	2 ^f	83	67,5	31	25,2	9	7,3	123	100,0	
	3 ^g	19	43,2	17	38,6	8	18,2	44	100,0	
Yaşanılan Yer	Şehir merkezi	204	76,4	47	17,6	16	6,0	267	100,0	Kikare= 7,254 p=0,027 sd=2 Gamma=0,317
	İlçe- Köy	52	61,9	22	26,2	10	11,9	84	100,0	
Yaşantısının büyük çoğunlukla geçtiği yer	Şehir merkezi- Yurt dışı	194	77,0	45	17,9	13	5,2	252	100,0	Kikare=9,582 p=0,008 sd=2 Gamma=0,330
	İlçe- Köy	62	62,6	24	24,2	13	13,1	99	100,0	

1^a: İşveren ve Yüksek eğitimli kendi hesabında çalışan/ 2^b: Küçük esnaf ve zanaatkar, İş buldukça çalışan, Niteliksiz işlerde çalışan/ 3^c: Yüksek eğitimli ücretli ve Memur-Büro çalışanı/ 4^d: İşsiz/ 1^e: Emekli Sandığı ve SGK/ 2^f: SSK/ 3^g: Bağ-Kur, Yeşil Kart ve Yok.

Çizelge 3.22’de çalışma grubunun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun, grubun kendi bildirimlerine dayalı okuduğunu anlama ve bilgisayar kullanma durumu ile kıyasından elde edilen istatistik analiz sonuçları verilmiştir.

Çalışma grubunda okuduğunu anlama düzeyini “iyi” olarak belirten bireylerin % 77,8’ i (n=221), “orta ve kötü” olarak belirten bireylerin % 52,2’ si (n=35) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine dayalı okuduğunu anlama durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Okuduğunu anlama düzeyini iyi olarak belirten bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi, orta ve kötü olarak belirten bireylere göre anlamlı olarak yüksektir.

Çalışma grubunda bilgisayar kullandığını belirtenlerin % 77,6’ sı (n=236), kullanmadığını belirtenlerin ise % 42,6’ sı (n=20) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun kendi bildirimlerine dayalı bilgisayar kullanma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığı araştırılmış ve ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Çizelge 3.22. Çalışma grubunun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun, okuduğunu anlama ve bilgisayar kullanma durumu ile kıyası

Etkinlikler		Sağlık Okuryazarlığı						Toplam		İstatistik
		Yeterli SO		Sınırlı SO		Yetersiz SO				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Okuduğunu anlama	İyi	221	77,8	51	180	12	4,2	284	100,0	Kikare= 7,389 $p<0,05$ sd=2 Gamma=0,526
	Orta ve kötü	35	52,2	18	26,9	14	20,9	67	100,0	
Bilgisayar kullanma	Evet	236	77,6	51	16,8	17	5,6	304	100,0	Kikare=26,559 $p<0,05$ sd:2 Gamma=0,608
	Hayır	20	42,6	18	38,3	9	19,1	47	100,0	

Çizelge 3.23’ de çalışma grubunun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun; grubun günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaştığı bazı kaynaklar ve ulaşma sıklığı ile kıyasından elde edilen istatistik analiz sonuçları verilmiştir.

Çalışma grubunda günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere “her zaman-sıklıkla” gazeteden ulaşan bireylerin % 81,4’ ü (n=144), “çok az-hiçbir zaman” ulaşan bireylerin % 44,3’ ü (n=31) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere gazeteden ulaşma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Çalışma grubunda günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere “her zaman-sıklıkla” dergilerden ulaştığını belirtenlerin % 81,6’ ı (n=31), “çok az-hiçbir zaman” ulaştığını belirtenlerin ise % 67,4’ ü (n=149) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere dergiden ulaşma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Grubu oluşturanlardan günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere “her zaman-sıklıkla” kitap ve broşürlerden ulaştığını bildirenlerin % 83,3’ ü (n=83), “çok az-hiçbir zaman” ulaştığını bildirenlerin % 59,4’ ü (n=92) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere kitap ve broşürlerden ulaşma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0,05$) saptanmıştır.

Günlük bilgiye internet, radyo ve televizyondan ulaşanların sayıca dağılımı istatistiksel değerlendirme için uygun olmadığından sağlık okuryazarlığı düzeyi ile arasındaki ilişki belirlenememiştir.

Çizelge 3.23. Çalışma grubunun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun, grubun günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaştığı bazı kaynaklar ve ulaşma sıklığının kıyası

Günlük Bilgi		Sağlık Okuryazarlığı						Toplam		İstatistik
		Yeterli SO		Sınırlı SO		Yetersiz SO				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Gazete	Her zaman-Sıklıkla	144	81,4	27	15,3	6	3,4	177	100,0	Kikare= 50,287 p<0,05 sd=4 Gamma=0,466
	Bazen	81	77,9	20	19,2	3	2,9	104	100,0	
	Çok az-Hiçbir zaman	31	44,3	22	31,4	17	24,3	70	100,0	
Dergi	Her zaman-Sıklıkla	31	81,6	5	13,2	2	5,3	38	100,0	Kikare= 47,302 p<0,05 sd=2 Gamma=0,354
	Bazen	76	82,6	15	16,3	1	1,1	92	100,0	
	Çok az-Hiçbir zaman	149	67,4	49	22,2	23	10,4	221	100,0	
Kitap-Broşür	Her zaman-Sıklıkla	83	83,3	13	13,1	3	3,0	99	100,0	Kikare= 31,193 p<0,05 sd=4 Gamma=0,468
	Bazen	81	83,5	15	15,5	1	1,0	97	100,0	
	Çok az-Hiçbir zaman	92	59,4	41	26,5	22	14,2	155	100,0	

Çizelge 3.24’ de çalışma grubunun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumu ile grubun günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaştığı diğer bazı kaynaklar ve ulaşma sıklığının kıyasından elde edilen istatistik analiz sonuçları verilmiştir.

Çalışma grubunda günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere “her zaman-sıklıkla” cep telefonundan “ulaştığını bildirenlerin % 81,1’ i (n=129), bu nitelikteki bilgilere cep telefonundan “çok az-hiçbir zaman” ulaştıklarını bildirenlerin ise % 61,4’ ü (n=86) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere cep telefonundan ulaşma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu (p<0,05) bulunmuştur.

Çalışma grubunda günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere “her zaman-sıklıkla” aile ve arkadaşlarından ulaştığını belirtenlerin % 78,7’ si (n=144), bu tür bilgilere aile ve arkadaşlarından “çok az-hiçbir zaman” ulaştığını belirtenlerin ise % 57,4’ ü (n=54) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun günlük haberlere, politik ve toplumsal

olaylarla ilgili bilgilere aile ve arkadaşlarından ulaşma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişki durumu araştırılmış ve ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Çizelge 3.24. Çalışma grubunun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumu ile grubun günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaştığı diğer bazı kaynaklar ve ulaşma sıklığının karşılaştırılması

Günlük Bilgi		Sağlık Okuryazarlığı						Toplam		İstatistik
		Yeterli SO		Sınırlı SO		Yetersiz SO				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cep telefonu	Her zaman-Sıklıkla	129	81,1	23	14,5	7	4,4	159	100,0	Kikare= 21,499 $p<0,05$ sd=4 Gamma=0,378
	Bazen	41	78,8	11	21,2	0	0,0	52	100,0	
	Çok az-Hiçbir zaman	86	61,4	35	25,0	19	13,6	140	100,0	
Aile ve arkadaşlar	Her zaman-Sıklıkla	144	78,7	31	16,9	8	4,4	183	100,0	Kikare= 20,054 $p<0,05$ sd=4 Gamma=0,330
	Bazen	58	78,4	13	17,6	3	4,1	74	100,0	
	Çok az-Hiçbir zaman	54	57,4	25	26,6	15	16,0	94	100,0	

Çalışma grubunun sigara kullanma, alkollü içecek tüketme durumunun, işlevsel sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre dağılımı ve Kikare testi ile kıyasından elde edilen istatistik analiz sonuçları Çizelge 3.25' de verilmiştir.

Grupta hiç sigara içmediğini belirtenlerin % 71,1' i ($n=108$), halen kullandığını belirtenlerin ise % 68,4' ü ($n=67$) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Çalışma grubundaki bireylerin sigara kullanım durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($p>0,05$) saptanamamıştır.

Grupta alkollü içecek tükettiğini belirtenlerin % 69,2' si ($n=18$), alkollü içecek kullanmadığını belirtenlerin de % 66,7' si ($n=124$) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Çalışma grubundaki bireylerin alkollü içecek tüketme durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak bir ilişki olup olmadığı araştırılmış ve ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Çizelge 3.25. Çalışma grubunun sigara kullanma ve alkollü içecek tüketme durumu ile işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun kıyası

Sigara ve alkol kullanma		Sağlık Okuryazarlığı						Toplam		İstatistik
		Yeterli SO		Sınırlı SO		Yetersiz SO				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Sigara	Hiç içmedim	108	71,1	35	23,0	9	5,9	152	100,0	Kikare=6,004 p=0,199 sd=4
	Kullanıp bıraktım	81	80,2	13	12,9	7	6,9	101	100,0	
	Halen kullanıyorum	67	68,4	21	21,4	10	10,2	98	100,0	
Alkol	Evet	18	69,2	5	19,2	3	11,5	26	100,0	Kikare=10,717 p=0,030 sd=4 Gamma=0,254
	Nadiren, özel günlerde	114	82,0	20	14,4	5	3,6	139	100,0	
	Hayır	124	66,7	44	23,7	18	9,7	186	100,0	

Çizelge 3.26' de çalışma grubunun sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaştığı bazı kaynaklar ve ulaşma sıklığının, grubun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumuna göre karşılaştırılmasından elde edilen istatistik analiz sonuçları verilmiştir.

Çalışma grubunda sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere “her zaman-sıklıkla” gazeteden ulaşanların % 76,0' sı (n=76), bu tür bilgilere genellikle gazeteden ulaşmadığını belirtenlerin % 66,7' si (n=100) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere gazeteden ulaşma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişki durumu araştırılmış ve anlamlı ilişki saptanamamıştır (p>0,05). Çalışma grubundaki bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere gazeteden ulaşma sıklıkları; sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilişkili değildir.

Çalışma grubunda sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere çoğunlukla internetten ulaştığını bildirenlerin % 82,9' u (n=165), bu tür bilgilere genellikle internetten ulaşmadığını belirtenlerin ise % 44,3' ü (n=39) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun sağlıkla ilgili bilgilere internetten ulaşma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu (p<0,05) belirlenmiştir.

Çalışma grubunda sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere “her zaman-sıklıkla” radyo ve televizyondan ulaştığını belirtenlerin % 72,7’ si (n=141), genellikle radyo ve televizyondan ulaşmadığını belirtenlerin de % 70,3’ ü (n=45) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun sağlıkla ilgili bilgilere radyo ve televizyondan ulaşma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (p>0,05). Çalışma grubundaki bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere radyo ve televizyondan ulaşma sıklıkları; sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilişkili değildir.

Çizelge 3.26. Çalışma grubunun sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaştığı bazı kaynaklar ve ulaşma sıklığının, grubun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumu ile karşılaştırılması

Sağlık bilgisi		Sağlık Okuryazarlığı						Toplam		İstatistik
		Yeterli SO		Sınırlı SO		Yetersiz SO				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Gazete	Her zaman-Sıklıkla	76	76,0	19	19,0	5	5,0	100	100,0	Kikare=7,856 p=0,097 sd=4
	Bazen	80	79,2	17	16,8	4	4,0	101	100,0	
	Çok az-Hiçbir zaman	100	66,7	33	22,0	17	11,3	150	100,0	
İnternet	Her zaman-Sıklıkla	165	82,9	30	15,1	4	2,0	199	100,0	Kikare=58,040 p<0,05 sd=4 Gamma=0,559
	Bazen	52	81,3	9	14,1	3	4,7	64	100,0	
	Çok az-Hiçbir zaman	39	44,3	30	34,1	19	21,6	88	100,0	
Radyo ve tv	Her zaman-Sıklıkla	141	72,7	41	21,1	12	6,2	194	100,0	Kikare= 2,128 p=0,712 sd=4
	Bazen	70	75,3	16	17,2	7	7,5	93	100,0	
	Çok az-Hiçbir zaman	45	70,3	12	18,8	7	10,9	64	100,0	

Çizelge 3.27’ de çalışma grubunun sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaştığı diğer bazı kaynaklar ve ulaşma sıklığı dağılımının, grubun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumu ile karşılaştırılmasından elde edilen istatistik analiz sonuçları verilmiştir.

Çalışma grubunda sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere “her zaman-sıklıkla” kitap ve broşürlerden ulaştığını belirtenlerin % 85,4’ ü (n=70), “çok az-hiçbir zaman” kitap ve broşürlerden ulaştığını belirtenlerin ise %

65,6' sı (n=124) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun sağlıkla ilgili bilgilere kitap ve broşürlerden ulaşma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0,05$) saptanmıştır.

Çalışma grubunda sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere “her zaman-sıklıkla” cep telefonundan ulaştığını bildirenlerin % 78,1' i (n=57), bu nitelikte bilgilere genellikle cep telefonundan ulaşmadığını belirtenlerin % 71,5' i (n=163) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun sağlıkla ilgili bilgilere cep telefonundan ulaşma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$). Çalışma grubundaki bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere cep telefonundan ulaşma sıklıkları; sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilişkili değildir.

Çalışma grubunda sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere genellikle aile ve arkadaşlarından ulaştığını bildirenlerin % 75,0' i (n=105), bu tür bilgilere hemen hiçbir zaman aile ve arkadaşlarından ulaştığını bildirenlerin % 60,8' i (n=62) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun sağlıkla ilgili bilgilere aile ve arkadaşlarından ulaşma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Sağlıkla ilgili bilgilere dergi ve sağlık personelinden ulaşanların sayıca dağılımı istatistiksel değerlendirme için uygun olmadığından sağlık okuryazarlığı düzeyi ile arasındaki ilişki belirlenememiştir.

Çizelge 3.27. Çalışma grubunun sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaştığı diğer bazı kaynaklar ve ulaşma sıklığı durumunun, grubun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumu ile kıyası.

Sağlık bilgisi		Sağlık Okuryazarlığı						Toplam		İstatistik
		Yeterli SO		Sınırlı SO		Yetersiz SO				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Kitap ve broşür	Her zaman-Sıklıkla	70	85,4	8	9,8	4	4,9	82	100,0	Kikare=14,989 p=0,005 sd=4 Gamma=0,366
	Bazen	62	77,5	16	20,0	2	2,5	80	100,0	
	Çok az-Hiçbir zaman	124	65,6	45	23,8	20	10,6	189	100,0	
Cep telefonu	Her zaman-Sıklıkla	57	78,1	13	17,8	3	4,1	73	100,0	Kikare=2,382 p=0,666 sd=4
	Bazen	36	72,0	11	22,0	3	6,0	50	100,0	
	Çok az-Hiçbir zaman	163	71,5	45	19,7	20	8,8	228	100,0	
Aile ve arkadaşlar	Her zaman-Sıklıkla	105	75,0	25	17,9	10	7,1	140	100,0	Kikare=13,961 p=0,007 sd=4 Gamma=0,196
	Bazen	89	81,7	17	15,6	3	2,8	109	100,0	
	Çok az-Hiçbir zaman	62	60,8	27	26,5	13	12,7	102	100,0	

Çizelge 3.28' de çalışma grubunun kendi bildirimlerine dayalı sağlık durumunun, işlevsel sağlık okuryazarlığı durumu ile kıyasından elde edilen istatistik analiz sonuçları verilmiştir.

Çalışma grubunda tanısı konulmuş bir hastalığı olduğunu belirtenlerin % 72,5' i (n=121), tanısı konulmuş bir hastalığı olmadığını belirtenlerin % 73,4' ü (n=135) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun tanısı konmuş hastalık durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkisi araştırılmış ve anlamlı ilişki saptanamamıştır (p>0,05). Çalışma grubundaki bireylerin tanısı konulmuş hastalık durumu, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilişkili değildir.

Çalışma grubunda ailede tanısı konulmuş bir hastalık olduğunu belirten bireylerin % 78,2' si (n=115), olmadığını belirtenleri ise % 69,1' ü (n=141) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun ailede tanısı konulmuş hastalık durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Çalışma grubunda sağlık kuruluşuna aylık başvuru sıklığını ≤ 1 kez olarak belirten bireylerin % 74,4' ü (n=230), ≥ 2 kez olarak belirten bireylerin % 61,9' u (n=26) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun sağlık kuruluşuna aylık başvuru sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkisi araştırılmış ve anlamlı ilişki saptanamamıştır (p>0,05). Çalışma grubundaki bireylerin sağlık kuruluşuna aylık başvuru sıklığı, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilişkili değildir.

Çalışma grubunda hiç hastanede yatmamış olanların % 74,2' si (n=95), 3 kez ve daha az sayıda yatmış olanların % 66,7' si (n=38) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun hastanede yatma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişki araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (p>0,05). Çalışma grubundaki bireylerin hastanede yatma durumları ile, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ilişkili değildir.

Çizelge 3.28. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine dayalı sağlık durumu ile işlevsel sağlık okuryazarlığı düzeyinin kıyası

Sağlık durumu		Sağlık Okuryazarlığı						Toplam		İstatistik
		Yeterli SO		Sınırlı SO		Yetersiz SO				
		n	%	n	%	N	%	n	%	
Tanısı konulmuş hastalık	Evet	121	72,5	32	19,2	14	8,4	167	100,0	Kikare=0,460 p=0,795 sd=2
	Hayır	135	73,4	37	20,1	12	6,5	184	100,0	
Ailede tanısı konulmuş hastalık	Evet	115	78,2	23	15,6	9	6,1	147	100,0	Kikare=3,608 p=0,165 sd=2
	Hayır	141	69,1	46	22,5	17	8,3	204	100,0	
Hastane Başvurusu	≤ 1 kez	230	74,4	55	17,8	24	7,8	309	100,0	Kikare=5,785 p=0,055 sd=2
	≥ 2 kez	26	61,9	14	33,3	2	4,8	42	100,0	
Hastanede yatma	Hiç yatmadım	95	74,2	25	19,5	8	6,3	128	100,0	Kikare=1,692 p=0,792 sd=4
	1-2 kez	123	74,1	30	18,1	13	7,8	166	100,0	
	≥ 3 kez	38	66,7	14	24,6	5	8,8	57	100,0	

Çalışma grubunun kendi bildirimlerine dayalı ilaç kullanma sıklığı, ilaç kullananların düzenli ilaç kullanma, prospektüs okuma/anlama durumu ile grubun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun kıyasından elde edilen istatistik analiz sonuçları Çizelge 3.29' da sunulmuştur.

Çalışma grubunda kendi bildirimlerine dayalı ilaç kullanım durumunu “her zaman-sıklıkla” olarak belirtenlerin % 75,9’ u (n=220), “bazen/nadiren/hiçbir zaman” olarak belirtenlerin % 59,0’ u (n=36) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun ilaç kullanım durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Çalışma grubunda ilaç kullanan/kullanmış olan bireylerin (n=288); kendi bildirimlerine dayalı düzenli ilaç kullanım sıklığını “her zaman-sıklıkla” olarak belirtenlerin % 73,1’ i (n=190), “bazen/nadiren/hiçbir zaman” olarak belirten bireylerin % 32,1’ i (n=9) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubun düzenli ilaç kullanım durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişki durumu araştırılmış ve ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Çalışma grubunda ilaç kullanan/kullanmış olan bireylerin(n=288); kendi bildirimlerine dayalı prospektüs okuma durumunu “her zaman-sıklıkla” olarak belirtenlerin % 78,8’ i (n=160), “bazen/nadiren/hiçbir zaman” olarak belirtenlerin % 45,9’ u (n=39) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grupta ilaç kullananların/kullanmış olanların prospektüs okuma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Çalışma grubunda ilaç kullanan/kullanmış olan bireylerin(n=288); kendi bildirimlerine dayalı prospektüs anlama durumunu “her zaman-sıklıkla” olarak belirtenlerin % 78,9’ u (n=116), “bazen/nadiren/hiçbir zaman” olarak belirtenlerin % 58,9’ u (n=83) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grupta ilaç kullananların/kullanmış olanların prospektüs anlama durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişki durumu araştırılmış ve ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Çizelge 3.29. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine dayalı ilaç kullanma sıklığı, ilaç kullananların düzenli ilaç kullanma, prospektüs okuma/anlama durumu ile grubun işlevsel sağlık okuryazarlığı durumunun kıyası

İlaç		Sağlık Okuryazarlığı						Toplam		İstatistik
		Yeterli SO		Sınırlı SO		Yetersiz SO				
		n	%	n	%	N	%	n	%	
İlaç kullanımı (n=351)	Her zaman-Sıklıkla	220	75,9	55	19,0	15	5,2	290	100,0	Kikare= 13,621 p=0,001 sd=2 Gamma= 0,382
	Bazen-Nadiren-Hiçbir zaman	36	59,0	14	23,0	11	18,0	61	100,0	
Düzenli kullanma (n=288)	Her zaman-Sıklıkla	190	73,1	53	20,4	17	6,5	260	100,0	Kikare= 24,330 p<0,05 sd=2 Gamma= 0,663
	Bazen-Nadiren-Hiçbir zaman	9	32,1	11	39,3	8	28,6	28	100,0	
Prospektüs okuma (n=288)	Her zaman-Sıklıkla	160	78,8	33	16,3	10	4,9	203	100,0	Kikare= 31,591 p<0,05 sd=2 Gamma= 0,596
	Bazen-Nadiren-Hiçbir zaman	39	45,9	31	36,5	15	17,6	85	100,0	
Prospektüs anlama (n=288)	Her zaman-Sıklıkla	116	78,9	23	15,6	8	5,4	147	100,0	Kikare= 13,656 p=0,001 sd=2 Gamma= 0,421
	Bazen-Nadiren-Hiçbir zaman	83	58,9	41	29,1	17	12,1	141	100,0	

4. TARTIŞMA

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin kendileri ve toplum sağlığı ile ilgili karar ve davranışlarını yönlendirecek, temel sağlık bilgisi ve hizmetleri konusunda bilgi birikimleri, bu bilgiye erişimleri, erişilen bilgiyi anlamaları, kullanmaları ve kuşaktan kuşağa aktarmaları olarak tanımlanabilir (Sezgin, 2011). Amerikan Tabipler Birliği (The American Medical Association, AMA) sağlık okuryazarlığını “sağlık bakım ortamında işlevsellik için gereken, ilaç şişelerini, randevu kartlarını ve sağlıkla ilişkili diğer gerekli malzemeleri okuma ve kavrama yeteneği gibi temel okuma ve rakamsal işlerin yapılabilmesini içeren becerilerin takımıydı” olarak tanımlar. Bu terim, hastaların okuryazarlık düzeyleri ve onların öngörülen tedavi edici rejimler ile uyum yetenekleri arasındaki ilişkiyi tanımlamak ve açıklamak amacıyla kullanılmaktadır (AMA, 1999).

Sağlık okuryazarlığı önemli bir halk sağlığı kavramıdır. Sağlık okuryazarlığı konusu, hem sağlığın korunması ve geliştirilmesi hem de tedavi ile ilgili sağlık bilgisinin yığılımlı olarak arttığı, bilgi kaynaklarının çeşitlendiği, ulaşılabilir bilginin niteliğinin yeterince değerlendirilemediği ve sağlık hizmetleri pratiğinin giderek ağırlaştığı günümüzde öncelikli bir konu haline gelmiştir. Bu bakımdan sağlık okuryazarlığının halk sağlığı bakış açısıyla tanımlanması, girdi ve çıktılarının geniş bir çerçevede belirlenmesi gerekmektedir.

Çalışma, çalışma grubunu oluşturanlar özelinde, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GATA AEAH) Kardiyoloji Polikliniği’ne başvuran bireylerin sağlık okuryazarlık durumlarının belirlenmesi amacıyla 2012-2013 yılında yürütülmüş olan, Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi (YİSOT)’nin uyarlama çalışmasıdır. 351 kişi üzerinde yürütülen çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki bölümlere ile alanyazın bilgileri ışığında tartışılmıştır:

- Çalışma grubunun tanımlayıcı özellikleri
- Çalışma grubunun okuryazarlık ve sağlık davranışlarına ilişkin özellikleri
- Çalışma grubunun YİSOT’ a verilen yanıtlardan elde edilen puanlar ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyinin sosyodemografik veriler ile ilişki durumu

- Çalışma grubunun YİSOT' a verilen yanıtlardan elde edilen puanlar ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve YİSOT sorularına verilen yanıtlar

4.1. Çalışma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırma grubunu oluşturan GATA AEAH Kardiyoloji Polikliniğine başvuran bireylerden, çalışmaya katılan 351 kişinin yaş ortalaması $36,68 \pm 10,48$ yıl (min:19, mak:64) olup; % 30, 7'si (n=108) 19-29, % 30, 2'si (n=106) 30-39 yaş aralığındadır. Bireylerin yarıdan fazlasının genç erişkin yaş grubunda olduğu, % 13, 10'unun (n=46) ise yaşlı ve çok yaşlı grupta yer aldığı saptanmıştır. Grubun % 31, 9'u (n=112) kadın, % 68, 1'i (n=239) erkektir. Kuru'nun (2010) yürüttüğü "Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi' ne Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi" çalışmasında çalışmaya katılan 300 kişinin % 57, 7'si (n=173) erkek, % 46, 3'ü (n=139) kadındır. Özdemir ve arkadaşlarının 2010 yılında yürüttüğü "Health Literacy Among Adults: a Study from Turkey" başlıklı çalışmada grubun (n=456) yaş ortalaması $36, 2 \pm 12, 6$ yıl (min:17, mak:72) olup grubun % 60, 5'i (n=276) kadın, % 39, 5'i (n=180) erkektir. Dündar ve Dede'nin 2012 yılında yürüttüğü "Manisa'da seçilen Kentsel ve Gecekondu Bölgelerinde Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı ve Etkili Faktörler" çalışmada (n=4580) ise yaş ortalaması $37, 7 \pm 11, 9$ yıl (min:20, mak:64) olup, grubun % 63, 3'ü (n=2885) kadındır.

Çalışma grubunu oluşturanların %68, 1'inin erkek olması GATA AEAH' ne başvuranların niteliğinden (özellikle subay, astsubay, uzman çavuş ve gazi olmalarından) kaynaklanıyor olabilir.

Çalışma grubunun % 39, 9'unu (n=140) üniversite (ön lisans ve lisans) mezunları, % 60, 7'sini (n=213) evliler oluşturmaktadır. Ayrıca grubun % 55, 0'inin (n=193) hanesinde yaşadığı toplam kişi sayısı 4-5 olup, % 79, 2'si (n=278) çekirdek ailedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması' na (2008) göre Türkiye ortalama hane halkı büyüklüğü 3.9 kişidir. Kentsel alanlarda 3.8 kişiye düşen ortalama hane halkı büyüklüğü, kırsal alanlarda 4.2 kişiye çıkmaktadır. Türkiye'deki hanelerin sadece yüzde 6'sı tek kişilik haneler olup, bu oran kentsel ve kırsal alanlar arasında küçük bir farklılık göstermektedir. Her on haneden üçünde ise beş veya daha fazla sayıda kişi yaşamaktadır. Bu oran çalışma bulgularındaki ile kıyaslandığında, çalışma kapsamındaki bireylerin ortalama hane halkı sayısının Türkiye ortalamasına çok yakın olduğu görülmektedir.

Grubun % 35, 6' sını (n=125) memur-büro çalışanları, % 67, 8' ini (n=238) çalışanlar, % 53, 0' ünü (n=186) ekonomik durumu orta olanlar oluşturmaktadır. Çalışma grubunun % 40, 7' si (n=143) sağlık güvencesini Emekli Sandığı-SGK olarak belirtmişlerdir. Grubun % 76, 0' sı (n=267) halen yaşadığı yeri şehir merkezi, % 70, 7' si (n=248) ise yaşantısının büyük çoğunlukla geçtiği yerin il olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular GATA AEAH' ne başvuran 19 yaş üzeri bireylerin genel özelliklerini yansıtır olabilir. Kalaça' nın (2012) "Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsü' nde Sağlık Okur-Yazarlığı Hakkında Bir Araştırma" çalışmasında ise görüşülen kişilerin (n=189) % 76, 2' si lise, % 15, 7' si üniversite, % 8, 1' i ilköğretim mezunudur. Dündar ve Dede' nin (2012) çalışmasında ise görüşülen kişilerin % 25, 4' ü ilkokul mezunu ve % 41, 7' si niteliksiz işlerde çalışanlar ve işsizlerden oluşmaktadır. Özdemir ve arkadaşlarının (2010) yetişkinlerde sağlık okuryazarlığının araştırıldığı çalışmasında da bu çalışmada olduğu gibi çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlasının ekonomik durumları kendi bildirimlerine dayalı olarak "orta" düzeyde olduğu belirlenmiştir.

4.2. Çalışma Grubunun Okuryazarlık ve Sağlık Davranışı Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

4.2.1. Çalışma Grubun Okuryazarlık Davranışlarına İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışma grubunun % 63, 2' sinin (n=222) okuduğunu anlama durumu kendi bildirimleri temel alınarak "iyi" olarak belirlenmiştir. Aslantekin ve arkadaşlarının (2012) "Tip II Diyabetli hastaların Sağlık Okuryazarlık Durumlarının Değerlendirilmesi" çalışmasında (n=307) ise katılımcıların genel okuma yazma beceri düzeylerinin % 71, 2 oranında iyi olduğunu ifade ettikleri ancak okuma yazma becerilerinde önemli ölçüde (% 38, 8) sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir. Williams ve arkadaşlarının çalışmasında (1995) hastaların % 42, 0' sinin ilacın aç karna alınması uyarısını, % 26, 0' sının bir sonraki randevu tarihini, % 43, 0' ünün sigorta uygulamaları konusunda hastanın hak ve sorumluluklarını ve % 60, 0' inin da standart hasta onam formlarını anlamadıkları belirlenmiştir.

Grubun % 86, 6' sının (n=304) bilgisayar kullanmayı bildiği belirlenmiştir. Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu (BTK)' nun 2010 yılı verilerine göre ülke genelinde bilgisayar kullanma boyutu % 43, 2' dir (BTK, 2010). Çalışma grubunda bilgisayar kullanımının ülke genelinden daha yüksek olması grubun ağırlıklı olarak askeri personel olması, kentte yaşıyor olması ile açıklanabilir.

Çalışma grubunun % 23, 4' ü (n=82) okuma ve yazma etkinlikleri için diğer kişi/kişilerden “bazen” yardım aldığını belirtmişlerdir. Çalışma grubundaki bireylerin öğrenim durumlarının ve kendi bildirimlerine dayalı okuma durumlarının yüksek olmasına karşın, okuma ve yazma etkinliklerine yönelik diğer kişi/kişilerden yardım alma oranının yüksek olması, genel olarak kullanılan yazılı materyallerin bireylerin okuma düzeylerine uygun olmadığına göstergesi olabilir. Bu bulgu; hastaneye gelen ve kendileri için karmaşık ve yabancı bir ortamda algılamaları bozulan hastaların durumlarına ilişkin verilen formların (rıza formu, radyoloji formu... gibi.) okunması ve doldurulması, uyarı levhalarının okunması ve prospektüslerin okunması gibi etkinliklerde daha fazla zorlanabileceklerini düşündürebilir (Uğurlu, 2011). Aslantekin ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında katılımcıların % 22, 5' i hastaneye yalnız gelememekte olup, bu durumun nedenini en çok okumaz yazmazlık ile açıklamışlardır. Baker' ın (2006) çalışmasında hastaların sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde yazılı reçete bilgilerini anlamakta başarısızlık yaşadığı belirtilmektedir. Williams ve arkadaşlarının çalışmasında (1995) ise hastaların üçte birinin basit sağlık materyallerini okuyamadığı ve başka kişi/kişilerin yardımına gereksinim duyduğu belirlenmiştir.

Çalışma grubunun günlük haber, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaştığı kaynakların ve ulaşma sıklığının dağılımı incelendiğinde; grubun % 28, 2' si (n=99) bu bilgilere her zaman gazeteden ulaştığını belirtmiştir. Ülkemizdeki gazete okuma alışkanlıkları incelendiğinde; genel nüfusun dörtte birinin günlük gazete izlediği anlaşılmaktadır (Özbaş ve Özkan, 2010). Bir başka anlatımla çalışma bulgularındaki “bilgiye gazeteden ulaşma boyutu, çalışma kapsamındaki bireylerin gazete okuma boyutu topluma göre yüksektir. Aslantekin ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise katılımcıların yaklaşık yarısının (n=48, 7) genellikle gazete okuma alışkanlığı olmadığı belirlenmiştir.

Grupta günlük haber, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere “her zaman” dergiden ulaştıklarını belirtenlerin oranı % 3, 7 (n=13) iken, “her zaman” internetten ulaştıklarını belirtenler % 46, 2' dir (n=162). BTK' nın 2010 yılı verilerine göre ülkemizde internet kullanım oranı 41, 6' dır. TÜİK Bilişim Anketi'ne (2010) göre son üç ay içinde internetin

kişisel kullanım amaçları incelendiğinde en üst sırada % 72, 8 ile “e-posta gönderme/alma” yer alırken onu % 64, 2 ile “Sohbet odalarına, haber gruplarına veya çevrimiçi tartışma forumlarına mesaj gönderme, anlık ileti gönderme (Facebook, Twitter, Chat, Msn, Skype vb. kullanarak başkaları ile gerçek zamanlı yazışma)” izlemektedir. Ardından “Çevrimiçi haber, gazete ya da dergi okuma, haber indirme” (% 58, 8) ve “Mal ve hizmetler hakkında bilgi arama” (% 55, 7) gelmektedir (BTK, 2010).

Çalışma grubundaki bireylerin günlük haber, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere “her zaman” radyo ve televizyondan ulaşma oranı % 58, 1’ dir (n=204). Türkiye’de televizyon izleme oranının % 94, 0 olduğu göz önünde bulundurulduğunda, televizyonun bilgiye ulaşmada daha çok yeğlenmesinin temel nedeni ulaşılabilirliğindeki kolaylık ve içerikteki çeşitlilik olarak gösterilebilir.

Çalışma grubunun % 37, 3’ ü (n=131) günlük haber, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere “çok az” sıklıkla kitap ve broşürlerden ulaştığı belirlenmiştir. Ülkemizde dergi okuma oranı % 4; televizyon izleme oranı % 94; gazete okuma oranı % 22; radyo dinleme oranı % 25’lerde seyredirken kitap okuma oranı % 4, 5 olarak gerçekleşmektedir (KVTB, 2011). Aslantekin ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da katılımcıların %58, 1’ inin kitap okumadıkları belirlenmiştir.

Çalışma grubunun % 31, 6’ sının (n=111) günlük haber, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere “her zaman” cep telefonundan, % 29, 6’ sının (n=104) ise “her zaman” aile üyeleri ve arkadaşlarından ulaştıkları belirlenmiştir. Bireylerin bilgiye ulaşmada aile ve arkadaşlarından yararlanmaları bu kişi/kişilerin toplumumuzda sosyal ağın önemli bir parçası olmaları ve genel olarak bilgi alışverişinde önemli bir kaynak işlevi görmeleri ile açıklanabilir.

4.2.2. Çalışma Grubunun Sağlık Davranışı Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışma grubunun % 43, 3’ ü (n=152) yaşantısı boyunca “hiç sigara içmediğini”, % 53, 0’ ü (n=186) hiç alkollü içecek tüketmediğini bildirmiştir.

Aslantekin ve arkadaşlarının (2012), “Tip II Diyabetli Hastaların Sağlık Okuryazarlık Durumlarının Değerlendirilmesi” çalışmasında katılımcıların hastalık sürecindeki yönetimine

ilişkin sigara ve alkol kullanımını gibi davranışlarda yetersiz olduğu bulunmuştur. Bu durumun, katılımcıların hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyinin ve dolayısıyla sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğuna işaret ettiği belirtilmiştir.

Çalışma grubunun % 44, 7' sinin (n=157) ideal vücut ağırlığını normal sınırlarda koruduğu, % 9, 4' ünün (n=33) obez olduğu belirlenmiştir. Dündar ve Dede'nin çalışmasında (2012) sağlık okuryazarlığı ile bireysel sağlık durumu arasındaki ilişkiler incelendiğinde sık olarak (her zaman) tartılanların ve düzenli olarak fiziksel aktivite yapanların sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Çalışma grubunun % 33, 3' ü (n=117) sağlıkla ilgili bilgilere nadiren gazeteden, % 41, 3' de (n=145) yine nadiren dergilerden ulaştığını belirtmiştir. Uzel ve arkadaşlarının (2012) "Üniversite Öğrencilerinin Kitle İletişim Araçlarını Kullanım Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" çalışmasında katılımcılar, sağlık bilgilerini öğrendikleri en güvenilir bilgi kaynağı olarak en sık interneti % 60, 8 (n=258), ikinci sıklıkta gazete ve dergileri % 43, 6 (n= 185) ve üçüncü olarak da devam ettikleri okulları % 38, 7 (n= 164) belirtmişlerdir.

Çalışma grubunun sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için interneti kullanma durumları incelendiğinde % 33, 3' ünün (n=117) her zaman, % 23, 4' ünün (n=82) sıklıkla, % 18, 2' sinin (n=64) bazen kullandıkları belirlenmiş olup, % 25, 1' inin (n=88) ise çok az kullandığı ya da hiçbir zaman kullanmadığı saptanmıştır. Ülke genelinde ise; Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu verilerine göre bireylerin sağlıkla ilgili bilgi arama (yaralanma, hastalık, beslenme... gibi.) nedeniyle internet kullanım oranı % 47, 3' tür (BTİK, 2010).

Uğurlu' nun (2011) "Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi" çalışmasında sağlıkla ilgili bilgiler için hastaların % 32, 8' inin her zaman, % 18, 3' ünün bazen, % 7, 6'sının nadiren interneti kullandıkları belirlenmiş olup, % 41, 2' sinin hiçbir zaman kullanmadığı saptanmıştır. Hastaların yarısının interneti sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için kullanıyor olması, sağlık okuryazarlığı yönünde bilgisayar okuryazarlığının yüksek olduğunu ve internetin önemli bir kaynak olduğunu gösteren bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Çalışma grubundaki bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere internetten ulaşma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yeterli sağlık okuryazarı olan bireylerin, sağlık bilgilerine ulaşmada internet kullanımını daha sık tercih ettikleri belirlenmiştir. Dünya genelinde internetten yapılan araştırmaların % 4, 5' i sağlıkla ilgilidir (Briggs, 2008). İnternet yoluyla coğrafik veya lojistik engeller ortadan kaldırılarak kişilerin sağlık bilgilerine ulaşımı sağlanmaktadır. Bir araştırmada katılımcıların % 41, 0' inin bilgi edinmek amacıyla doktor odasına gitmeyi zaman kaybettirici bir etkinlik olarak gördükleri ve bu nedenle bilgiye erişimde medyaya yöneldikleri saptanmıştır (Bovi ve CEJA, 2003).

Birçok insanın internet kullanmasına karşın, internet kullanımının evrensel olmadığı ve internetin sağlık hizmetlerinin kullanımında çok fazla etkisinin olmadığını ortaya koyan çalışmalar da vardır (Baker, 2003). Andreassen ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında; genç, eğitim düzeyi yüksek, beyaz yakalı olan ya da ücretli işte çalışmayan, uzun dönemli hastalığı ya da yeti yitimi olanların ve sağlık durumunu değerlendirmek isteyenlerin sağlık web sitelerini daha çok kullandıkları belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada, sağlıkla ilgili bilgi arama oranlarının erkeklere oranla kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özer ve ark., 2012).

Çalışma grubunun sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için radyo ve televizyonu kullanma durumları incelendiğinde yarımından fazlasının ağırlıklı olarak bu kaynakları kullandığı (% 29, 3' ünün (n=103) her zaman, % 25, 9' unun (n=91) sıklıkla) saptanmıştır. Grubun dörtte birinden biraz fazlasının (% 26, 5) bu kaynaklardan bazen yararlandığı, % 18, 2' sinin (n=64) radyo ve televizyondan çok az ya da hiç yararlanmadığı belirlenmiştir. Uğurlu' nun (2011) çalışmasında ise hastaların % 75, 2' sinin sağlık bilgilerine radyo/televizyondan ulaştıkları belirlenmiştir. Bu da genel olarak toplumdaki günlük haberler, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaşmada olduğu gibi sağlık bilgilerine ulaşmada da radyo ve televizyonun işlevini ortaya koymaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde özellikle kırsal ve uzak bölgelerde yaşayan internet erişimi sınırlı olanlar açısından gazete, dergi, radyo ve televizyonun sağlık iletilerinin aktarılmasında önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Sağlığı etkileyen ögeler çok ve çeşitli olduğundan, sağlığı geliştirmeye yönelik stratejiler ve eylemler de çok ve çeşitlidir. O nedenle, sağlığın geliştirilmesi konusu, yalnızca sağlık sektörünü değil, birçok sektörü ilgilendirir (Öztek, 2009). Bu sektörlerin en önemlilerinden biri de medyadır. Özbaş ve Özkan' ın (2010) çalışmasında da sağlığın geliştirilmesinde medyanın etkili olacağı sonucuna varılmıştır.

Çalışma grubunun yarıdan fazlasının sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için kitap ve broşürleri çok az kullandığı ya da hiç kullanmadığı saptanmıştır. Katılımcıların yine büyük çoğunluğunun sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için cep telefonunu çok az kullandığı ya da hiç kullanmadığı saptanmıştır. Bireylerin üçte birinden fazlasının (% 34,2) sağlık bilgisine erişim için cep telefonunu hiç kullanmadığı belirlenmiştir.

Bireylerin % 31, 1' inin (n=109) "bazen", % 23, 9' unun (n=84) ise "çok az" bir sıklıkta sağlıkla ilgili bilgilere aile üyeleri ve arkadaşlarından ulaştıkları belirlenmiştir. Aile ve arkadaşların, bilgilenme süreci olumlu olduğunda öğrenme sürecinde önemli bir işlevi olduğu vurgulanmakta ve bilgi aktarımı için önemli bir kaynak olduğu düşünülmektedir (Uğurlu, 2011).

Çalışma grubunun %35, 6' sının (n=125) sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için her zaman, % 32, 8' inin (n=115) sıklıkla, % 24, 5' inin (n=86) ise bazen hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına başvurduğu belirlenmiştir. Uğurlu' nun çalışmasında (2011) ise bilgiye erişim için sağlık personeline başvurma boyutu % 93, 1 olarak belirlenmiş ve bu durum sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi yönünden olumlu değerlendirilmiştir. Aslantekin ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında çalışma grubunun % 95, 8'i hastalıkları hakkında bilgilenmek üzere en güvenilir bilgi kaynağı olarak hekimi görmektedir. Katılımcıların % 39, 7' si hekimlerinden sıklıkla memnun olduklarını, kendileriyle yakından ilgilendiklerini ve yeterince açıklama yaparak kendilerini rahatlattıklarını belirterek olumlu duygular yansıtmışlardır. Sağlık ekibi ile iletişim, ekibe duyulan güven, hastaların tedaviye uyumunu sağlama ve süreç yönetiminin başarılı olması açısından son derece önemlidir.

Çalışma grubunun % 6, 3' ü (n=22) sağlık durumunu mükemmel, % 57, 3' ü (n=202) iyi, % 32, 8' i (n=115) orta, % 3, 4' ü (n=12) kötü ve çok kötü olarak değerlendirmiştir. Grubu kardioloji polikliniğine başvuranların oluşturduğu göz önünde tutulduğunda bu bildirim dikkatle ele alınmalıdır. Uğurlu' nun çalışmasında (2011) ise hastaların genel olarak sağlığını değerlendirme durumu incelendiğinde; hastaların % 81, 8' i mükemmel, çok iyi ve iyi olarak değerlendirmiş olup, sadece %18, 1' inin sağlığını kötü ve çok kötü olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Bu bulgu hastaların hastalıkları ile baş etme yeterliliklerinin yüksek olmasına bağlı genel iyilik halleri ile açıklanabilir. Genel olarak sağlığını kötü ve çok kötü olarak değerlendirenleri ise hastalığı ile baş etmede zorlanan ve kronik hastalığı olan kişilerden oluşturduğu düşünülebilir.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan sağlık istatistikleri yıllığında (2011) yer alan 15 yaş ve üzeri bireylerin genel sağlık durumu değerlendirmesi verilerine göre; erkeklerin % 73, 5' i, kadınların % 56, 7' si sağlık durumunu çok iyi/iyi olarak tanımlamıştır. Kentte yaşayanların % 68, 3' ünün, kırdaki yaşayanların % 57, 2' sinin, toplamda % 65, 0' inin genel sağlık durumlarını çok iyi/iyi olarak değerlendirdikleri rapor edilmiştir.

Bir toplumun sağlık düzeyini değerlendirebilmek ve daha iyi anlayabilmek için, o toplumun algılanan sağlık düzeyinin ölçülmesi gerekir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi "Herkes İçin Sağlık Stratejisi" ne göre algılanan sağlık, toplum sağlığı ve yaşam kalitesi kontrolünde temel göstergelerden birini oluşturmaktadır. Subjektif sağlık algısının değerlendirilmesinde faydalı bir yöntem olan algılanan sağlık düzeyi ölçümü gerçek sağlık durumunun iyi bir göstergesi, mortalite, morbidite ve sağlık hizmetleri kullanımının önemli bir belirleyicisidir.

Baker ve arkadaşlarının (1997) "The Relationship of Patient Reading Ability to Self-Reported Health and Use of Health Services" çalışmasında hastaların kendi bildirimlerine dayalı sağlık durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında güçlü bir istatistiksel ilişki bulunmuştur ($p < 0,001$). Aynı çalışmada hastaların tamamladıkları okul yılı sayısı ile kendi bildirimlerine dayalı sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p > 0,001$). Çalışmada hastaların kendi bildirimlerine dayalı sağlık durumunu belirleyen en önemli etmenin bitirilen okul yılı sayısı olmadığı, bireyin toplumsal istemleri karşılayacak becerisinin ve eğitim yılları boyunca neyi ne kadar öğrenebildiğinin olduğu saptanmıştır.

Algılanan sağlık durumu ile sağlık kuruluşuna başvuru durumu arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada ise olumsuz sağlık algısının sağlık kuruluşuna başvuru oranlarını artırdığı görülmektedir. Şenol (2006) çalışmasında ($n=1880$) genel sağlık algısı olumsuz olanların başvuru ortalamasını ($6,9 \pm 6,6$) daha yüksek bulmuştur. Sonuç olarak birçok uluslararası çalışmada da belirtildiği gibi algılanan sağlık düzeyi sağlığın önemli bir göstergesidir denilebilir.

Katılımcıların kendi bildirimlerine göre % 50, 4' ünün ($n=177$) tanısı konulmuş bir hastalığı yoktur, % 47, 6' sının ($n=167$) tanısı konulmuş bir hastalığı vardır, bu kişilerin % 17, 9' unun ($n=30$) ise birden fazla hastalığı vardır. Bu hastalıkların neler olduğu incelendiğinde daha sıklıkla koroner arter hastalığı (KAH), Tip II diyabet, hipertansiyon (HT) ve aritmi gibi sorunlar olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubunun % 58, 1' i ($n=204$) ailesinde/beraber

yaşadığı kişilerde hiç kimsenin tanısı konulmuş bir hastalığının olmadığını bildirmiştir. Ailesinde/beraber yaşadığı kişilerde tanısı konulmuş bir hastalık olduğunu belirtenler grubun % 41, 9' unu (n=147) oluşturmaktadır. Bu sıklıkla KAH, Tip II diyabet, HT ve kronik kalp yetmezliği gibi kronik hastalıkların olduğu belirlenmiştir.

Uğurlu' nun çalışmasında (2011), grubun % 68, 9' u tanısı konulmuş bir hastalığı olduğunu, bu kişilerin % 75, 1' inin birden fazla hastalığının olduğu belirlenmiştir. Bu hastalıkların başlıcalarının; hipertansiyon, Tip II diyabet, hiperlipidemi, KAH, Tip I diyabet, astım ve guatr olduğu belirlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen Sağlık İstatistikleri Yıllığında (2012) Türkiye' de 15 yaş ve üzeri bireylerde hastalık/sağlık sorunu yaşadıklarını belirtenlerin dağılımına bakıldığında koroner kalp hastalığı % 4, 7; diyabet % 6, 2; hipertansiyon % 13, 2; kronik kalp yetmezliği % 1, 8 oranında görülmektedir. Hekim tarafından tanısı konulan hastalıkların dağılımına bakıldığında koroner kalp hastalığı % 4, 2; diyabet % 6, 0; hipertansiyon % 12, 7; kronik kalp yetmezliği %1, 7 oranında saptanmıştır.

Ülke genelinde 1997-1998 yıllarında 270 köy ve 270 mahalle merkezinde gerçekleştirilen ve random olarak seçilmiş 20 yaş üstü 24788 kişiyi kapsayan 'Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-I)' nin sonuçlarına göre ülkemizde Tip II diyabet prevalansı % 7, 2 bulunmuştur. TURDEP-I çalışması ayrıca, ülkemizde erişkin nüfusun % 22, 0' sinde genel obezite (Beden kitle indeksi: BKİ ≥ 30 kg/m²), % 34, 0' ünde santral tipte obezite (bel çevresi kadınlarda ≥ 88 cm, erkeklerde ≥ 102 cm) ve % 31, 0' inde hipertansiyon (kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg veya düzenli antihipertansif ilaç kullanımı) bulunduğunu ortaya koymuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011).

İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) tarafından, Türkiye' nin tamamını temsil eden örnekleme, 26 ilde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yerleşim yeri (kır-kent) ve sosyoekonomik statüye göre belirlenen 2403 kişi üzerinde yürütülen "İlaç Kullanımında Demografik Özellikler" araştırması 2009 yılında yüz yüze anket yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. TÜİK tarafından açıklanan bu araştırmanın sonuçlarına göre ülke genelinde en fazla görülen ilk 5 kronik hastalık; hipertansiyon (% 28, 4), tip II diyabet (% 15, 0), kalp rahatsızlıkları (% 9, 8), romatizma (% 6, 8) ve astım (% 5, 5) olarak belirlenmiştir. Ailede uzun süreli ilaç kullanımını gerektiren kronik sağlık sorunlu bireyler olduğunu belirtenlerin oranı ise % 47, 0'dir.

Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre hastaneye yatış durumu incelendiğinde % 36, 5' inin (n=128) herhangi bir nedenle hastaneye yatmadığı, % 57, 0' sinin (n=200) hastaneye başvuru sıklığının ayda birden az olduğu belirlenmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011 raporunda (2012) 2. ve 3. basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına kişi başı hekime başvuru sayısı 2011 yılı için 4, 9 olarak belirtilmiştir. Çalışmada katılımcıların kendi bildirimlerine göre hastaneye yatış ve aylık başvuru sayısının ulusal verilerden düşük olması, çalışma grubunun sağlık çalışanları ile daha kolay bağlantı kurabilmesi ve sağlıkla ilgili bilgilere sıklıkla sağlık çalışanlarından ulaşıyor olmaları ile açıklanabilir.

İEİS (2009) tarafından ilaç kullanımında demografik özelliklerin belirlenmesi araştırmasının sonucuna göre Türkiye' de her 10 kişiden 8' i (% 84, 7) evde bulunan ilaçların son kullanma tarihinin geçip geçmediğini genelde ya da her zaman kontrol ettiğini belirtmişlerdir. Aldığı ilacın prospektüsünü genelde ya da her zaman okuduğunu belirtenlerin oranı ise % 78, 0' dir. Bu çalışmada ise % 47, 6' sı (n=167) her zaman ilaç kullandığını, % 5,7' si (n=20) ise hiçbir zaman ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Grupta ilaç kullanan/kullanmış olanların % 53, 1' i (n=153) ilaçlarını her zaman düzenli kullandığını, % 52, 1' i (n=150) ilaç prospektüslerini her zaman okuyabildiğini, % 29, 9' u (n=86) ise ilaç prospektüslerini bazen anlayabildiğini belirtmiştir. Çalışmadaki bireylerin % 72, 9' unun (n=256) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olmasına rağmen, kendi bildirimlerine göre ilaç prospektüslerini anlama oranının düşüklüğü; ilaç prospektüslerinin anlaşılması zor ve bireylerin günlük hayatta kullanmadıkları tıbbi terimler/kelimeler kullanılarak yazılmış olması ile açıklanabilir.

Çalışmaya katılanların % 61, 0' i (n=214) sağlık kuruluşundan kendisine hiçbir zaman broşür verilmediğini belirtmiştir. Grubun % 45, 4' ü (n=64) verilen broşürleri her zaman okuyabildiğini, % 39, 0' u (n=55) ise verilen broşürleri her zaman anlayabildiğini belirtmiştir.

4.3. Çalışma grubunun YİSOT' a verilen yanıtlardan elde edilen puanlar ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyinin sosyodemografik veriler ile ilişki durumu

Çalışmada, gruptaki bireylerin YİSOT' a verdikleri yanıtlardan elde edilen puanlar ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,359 > 0,05$).

Benson ve Forman' ın (2002) “Comprehension of Written Health Care Information in an Affluent Geriatric Retirement Community: Use of the Test of Functional Health Literacy” çalışmasında (n=93) katılımcıların yazılı sağlık bakım bilgilerini kavrama durumu ile cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,20 > 0,05$). Baker ve arkadaşlarının (2004) “Health Literacy and Use of Outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees” çalışmasında (n=3260) katılımcıların TOFHLA ile değerlendirilen sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,01$). Paasche-Orlow ve arkadaşlarının (2005) “The Prevalence of Limited Health Literacy” çalışmasında, sınırlı sağlık okuryazarlığı prevalansı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,38$). Baker ve arkadaşlarının (2007) “Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons” çalışmasında da (n=3260) katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,33 > 0,01$).

Özdemir ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında sağlık okuryazarlığı düzeyi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş, kadınlar düşük sağlık okuryazarlığı açısından risk grubu olarak değerlendirilmiştir. İlköğretim mezunu olan ve ekonomik durumunu kötü olarak bildiren kadınlar çalışmada kullanılan her iki testten (REALM ve NVS) düşük puan almışlardır. Ancak bu durum çalışmaya katılan kadınların düşük eğitim düzeyi ile açıklanmıştır (Pearson Kikare=44.420; $df=3$; $p < 0,05$). Uğurlu' nun (2011) çalışmasında ise hastaların sağlık okuryazarlığı ile ilgili etkinliklere yönelik puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği, kadınların puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kalaça' nın (2012) sağlık okuryazarlığı araştırmasında da kadınlar sağlık okuryazarlığının belirli bazı bileşenleri açısından erkeklerden daha iyi bir düzey göstermiştir ($p < 0,05$). Bu bulgu çalışmaya katılan kadınların yüksek eğitim düzeyi ile (% 22,5' i üniversite mezunu) açıklanmıştır. Dünder ve Dede' nin (2012) çalışmasında da bu çalışmada olduğu gibi sağlık okuryazarlığı düzeyi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Çalışmada, gruptaki bireylerin YİSOT' a verdikleri yanıtlardan elde edilen puanlar ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyi ile öğrenim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000 > 0,05$).

Birçok araştırmada tamamlanan okul yılı sayısı, sağlık okuryazarlığı için sağlık durumu veya sağlık hizmetleri kullanımından daha önemli bir belirleyici olarak sunulmuştur (Baker ve ark., 1997; Baker ve ark., 1998). Benson ve Forman' ın (2002) çalışmasında, katılımcıların yazılı

sağlık bakım bilgilerini kavrama durumu ile öğrenim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,0005<0,05$). Bireylerin öğrenim düzeyi yükseldikçe, bilgileri daha iyi kavradıkları belirlenmiştir. Baker ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında katılımcıların TOFHLA ile değerlendirilen sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile öğrenim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0,01$), yeterli sağlık okuryazarı olan bireylerin tamamladıkları okul yılının, yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Paasche-Orlow ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında da sağlık okuryazarlığı ile öğrenim düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p=0,02<0,05$), öğrenim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Paasche-Orlow ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında yüksek okul mezunu olmanın, sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerindeki önemli etkisi vurgulanmış ve yüksek okul mezunu olanlarda düşük sağlık okuryazarı olma oranının düştüğü belirtilmiştir. Baker ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında tamamladığı okul yılı bir ile sekiz arasında olanların % 7,2'si ($n=151$) yeterli sağlık okuryazarı iken, yüksek okul ve üzerinde (12 yıldan fazla) öğrenimi olanların % 39,7'si ($n=831$) yeterli sağlık okuryazarı olarak belirlenmiş ve çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile öğrenim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$).

Baker ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise tamamlanan okul yılı sayısı sağlık okuryazarlığı için önemli bir gösterge olarak değerlendirilmemiştir.

Sağlık okuryazarlığı ile sağlık çıktıları arasındaki ilişkide işlevi olan etmenlerin sıralandığı Paasche-Orlow ve Wolf'un (2007) çalışmasında öğrenimin sağlık okuryazarlığı ve sağlık çıktıları üzerinde en az etnisite ve yaş kadar doğrudan etkili olduğu belirtilmiştir. Berkman ve arkadaşlarının (2011) "Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review" çalışmasında ise düşük sağlık okuryazarlığını belirleyen etmenler ileri yaş, düşük gelir, düşük öğrenim düzeyi ile bir etnik azınlık gruba ait olmak olarak belirtilmiştir. Alan yazında sınırlı sağlık okuryazarlığı sorununun genellikle dil becerisi ve öğrenimi sınırlı yaşlı yetişkinler arasında daha yaygın olduğunu gösteren yayınlar bulunmaktadır (Healthy People 2010).

Özdemir ve arkadaşlarının Türkiye'de yapılan çalışmasında (2010) kadın, ilköğretim mezunu, 45 yaş ve üstü ile düşük geliri olan bireylerin REALM puanının düşük olduğu belirtilmiş; düşük öğrenim düzeyi, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). Dündar ve Dede'nin (2012) çalışmasında eğitim durumu hem tek değişkenli hem de çok değişkenli analizde anlamını koruyan bir değişken olmuştur. Kalaça'nın (2012)

çalışmasında üniversite mezunu olanların ortalama puanı (7, 9±0, 9), lise (7, 0±1, 4) ve ilköğretim (6, 5±1, 6) mezunu olanlardan yüksektir ($p<0, 05$). Çalışmanın en önemli sonucu öğrenim düzeyinin daha iyi bir sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili olduğudur (Kalaça, 2012). Emmerton ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da düşük öğrenimlilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ilaç kullanımına uyum sağlamak için yeterli olmadığı belirlenmiştir.

Çalışma grubundaki bireylerin YİSOT' a verdikleri yanıtlardan elde edilen puanlar ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyi ile medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0, 269>0, 05$). Çalışma grubunun % 60, 7' si ($n=213$) evlidir. Gruptaki evli bireylerin % 75, 6' sı ($n=161$), bekar bireylerin % 68, 8' i ($n=95$) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Aslantekin ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise grubu oluşturan bireylerin % 82, 4' ü evlidir.

Çalışma grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hane mevcudu arasında istatistiksel olarak negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0, 000<0, 05$). Hanesinde kişi sayısı fazla olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, kişi sayısı az olan bireylere göre daha düşüktür. Bu durum kişi başına düşen gelir ve öğrenim ile de ilişkili olabilir. Hane halkı büyüklüğü arttığı zaman hanelerin yoksullukları da artmaktadır (Kızılgöl, 2012). Öğrenim düzeyi düştükçe de gelir elde etme olanağı azalmaktadır. Kişi bazında eğitim gelir artırıcı bir öğedir. Hem alt gelir grupları, hem de tüm toplumsal yapı içinde öğrenim düzeyi yükseldikçe, yoksulluk düzeyi azalmaktadır (Dansuk, 1997).

Çalışma grubunun % 35, 6' sı ($n=125$) memur-büro çalışanı, % 8, 5' i ($n=30$) yüksek eğitimli ücretli çalışan bireylerden oluşmaktadır. Gruptaki memur-büro çalışanı ve yüksek eğitimli ücretli çalışan bireylerin % 90, 3' ünün ($n=140$) yeterli sağlık okuryazarlığı, % 3, 2' sinin ($n=5$) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Grupta küçük esnaf ve zanaatkar, iş buldukça çalışan, niteliksiz işlerde çalışan bireyler ise grubun % 31, 0' ini ($n=109$) oluşturmaktadır ve bu bireylerin % 55, 0' i ($n=60$) yeterli sağlık okuryazarlığı, % 13, 8' i ($n=15$) ise yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Grubu oluşturanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0, 000<0, 05$).

Gazmararian ve arkadaşlarının (1999) düşük işlevsel sağlık okuryazarlığı prevalansını belirledikleri "Health Literacy Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization" başlıklı çalışmada ($n=3260$); beyaz yakalıları grubun % 21, 3' ünü ve mavi yakalıları ise % 12, 2' sini oluşturmaktadır. Çalışmada çok değişkenli analizle, bireylerin mesleği ile sağlık

okuryazarlığı düzeyleri arasında önemli bir istatistiksel ilişki bulunmuştur. Dündar ve Dede'nin (2012) çalışmasında katılımcıların % 41, 7' si (n=118) niteliksiz işlerde çalışan ve işsizlerden oluşmaktadır. Çalışmada alt sosyal sınıfta ve eğitimsiz olmak, sağlık okuryazarlığının yetersiz olmasındaki riskli değişkenler olarak belirtilmiştir (Dündar ve Dede, 2012).

Özdemir ve arkadaşlarının (2011) çalışmasındaki bireylerin % 60, 5' i (n=276) kadın ve kadınların % 47, 4' ü (n=216) ev hanımıdır. Bu çalışmada ise bireylerin % 31, 9' u (n=112) kadın ve kadınların % 7, 1' i (n=25) ev hanımıdır. Özdemir ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında kadınların, öğrenim düzeyi düşük olanların, ekonomik durumunu kötü olarak bildiren ve ileri yaştaki katılımcıların çalışmada kullanılan her iki okuryazarlık testinden daha düşük puanlar aldıkları belirtilmiştir. Bu çalışmada ise cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Meslek grupları arasındaki sağlık okuryazarlığı düzey farkı ise bireylerin öğrenim düzeyi ve ekonomik durumlarındaki farklılıkla ilişkilendirilmiştir.

Çalışma grubunun % 67, 8' i (n=238) çalışan bireylerden oluşmaktadır ve bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,002 < 0,05$). Kendi bildirimlerine göre grubun % 53, 0' ünün (n=186) ekonomik durumları orta düzeydedir ve ekonomik durum ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,046 < 0,05$). Ekonomik durumu kendi bildirimine dayalı olarak "iyi" olan bireylerin % 81, 0' i (n=111) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Kendi bildirimine göre ekonomik durumu "kötü" olan bireylerin ise % 57, 1' i (n=16) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir.

Baker ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yıllık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,001$). Yıllık geliri 15 bin dolardan az olan bireylerin % 36, 6' sı yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindeyken, % 67, 1' i yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Baker ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yıllık ortalama hane geliri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,001$). Yıllık hane geliri on bin dolardan az olan bireylerin % 12, 0' si (n=252) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindeyken, yıllık geliri 35 bin dolar ve yukarısında olan bireylerin % 15, 1' i (n=317) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir.

Dünder ve Dede' nin (2012) çalışmasında, bireylerin % 75, 6' sının (n=213) algılanan gelir durumu “geliri giderine eşit” olarak belirlenmiştir. Aslantekin ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise katılımcıların gelir durumuna bakıldığında % 52, 0' sinin (n=159) 900 TL ve altında gelire sahip olduğu ve gelir durumlarını kötü olarak tanımladığı görülmektedir. Özdemir ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında katılımcıların % 57, 9' u (n=264) ekonomik durumunu orta olarak belirtmiştir. Çalışmada kendi bildirimine göre ekonomik durumu zayıf/kötü olan bireylerin sağlık okuryazarlık testlerinden aldıkları puan, ekonomik durumunu iyi olarak belirten bireylere göre daha düşük bulunmuştur ($p < 0, 05$). Katılımcıların bildirdikleri ekonomik durumun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile pozitif yönlü anlamlı ilişkisi, Özdemir ve arkadaşlarının (2011) çalışmasındaki bulgularla uyumludur.

Çalışma grubundaki bireylerin % 94, 0' ü (n=330) sağlık güvencesinin bulunduğunu belirtmiştir ve bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık güvencesi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aslantekin ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise katılımcıların % 97, 7' sinin sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Grubun % 76, 4' ü (n=204) kent merkezinde, % 61, 9' u (n=52) ilçe ve köyde yaşamaktadır ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yaşanılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p = 0, 027 < 0, 05$). Dünder ve Dede' nin (2012) çalışmasında ise araştırma grubunun % 51, 9' u (n=146) kentsel bölgede, % 48, 1' i (n=136) gecekondu bölgesinde yaşamaktadır ve kentsel bölgede sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olma oranı % 62, 6 ile gecekondu bölgesinden (% 46, 3) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0, 05$).

Çalışma grubunun kendi bildirimlerine dayalı okuduğunu anlama durumu iyi olanların % 77, 8' i (n=221), orta ve kötü olanların % 52, 2' si (n=35) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Çalışmada okuduğunu anlama ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0, 05$). Uğurlu' nun (2011) çalışmasında hastaların sağlık okuryazarlığı ile ilgili etkinliklere yönelik puanlarının kendi okuma düzeylerini değerlendirme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; kendi okuma düzeyini kötü ve çok kötü olarak değerlendiren hastaların puan ortalamalarının diğer gruplara göre düşük olduğu ve yapılan analizde farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Çalışma grubunda sigara kullanan bireylerin % 68, 4' ü (n=67) , hiç içmeyen bireylerin ise % 71, 1' i (n=108) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Çalışmada sigara kullanım durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p = 0, 199$). Grupta alkollü içecek tüketen bireylerin % 69, 2' si (n=18), alkol kullanmayan

bireylerin ise % 66, 7' si (n=124) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Çalışmada alkollü içecek tüketime durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,030 < 0,05$). Alkol kullanan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Baker ve arkadaşlarının (2002) alışmasında ise bireylerin sigara kullanım durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,01$). Çalışmada yeterli sağlık okuryazarı olan bireylerin % 38, 3' ü, yetersiz sağlık okuryazarı olan bireylerin ise % 45, 1' i hiç sigara içmediğini bildirmiştir. Grubun alkollü içecek tüketime durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,01$). Yeterli sağlık okuryazarı olan bireylerin % 58, 5' i, yetersiz sağlık okuryazarı olan bireylerin ise %75, 1' i hiç alkol kullanmadığını bildirmiştir. Çalışmada sigara ve alkol kullanan bireylerin sağlık okuryazarlığı, kullanmayanlara oranla daha yüksek düzeyde bulunmuştur (Baker ve ark., 2002)

Bu çalışmada grubun günlük bilgilere ulaşma kaynakları ve ulaşma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlık okuryazarlığı düzeyi ile günlük bilgilere gazete, dergi, kitap, broşür, cep telefonu, aile ve arkadaşlardan ulaşma sıklığı arasında istatistiksel olarak güçlü bir ilişi bulunmuştur ($p < 0,05$). Günlük bilgilere her zaman bu kaynaklardan ulaşan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, kaynakları kullanmayanlara oranla oldukça yüksektir. Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma kaynakları ve ulaşma sıklığı incelendiğinde; sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlıkla ilgili bilgilere internet, kitap, broşür, aile ve arkadaşlardan ulaşma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Sağlıkla ilgili bilgilere her zaman bu kaynaklardan ulaşan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, kaynakları kullanmayanlara oranla oldukça yüksektir.

Radyo ve Televizyon Üst Kurulu'nun 2006 yılında Kamuoyu, Yayın Araştırmaları ve Ölçme Dairesi Başkanlığı, "Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması – 1" başlıklı çalışmanın sonuçlarına göre düşük öğrenimliler orta öğrenimlilere göre, orta öğrenimliler de yüksek öğrenimlilere kıyasla daha çok televizyon izlemektedir. Bu çalışmada ise günlük haber, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere "her zaman" radyo ve televizyondan ulaşan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin bu kaynakları daha az kullananlara kıyasla ("ok az" ya da "hiçbir zaman" seçeneğini işaretleyenler) daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Avcı ve Taş' ın çalışmasında ise (2012) öğrenim durumu yüksek, aylık geliri daha iyi olan ve çalışan kesimin sağlıkla ilgili konularda daha çok internetten yararlandığı görülmüştür.

Özellikle gençler tarafından yaygın kullanılan internet ve sosyal medya, çok daha fazla insanın, daha hızlı ve herhangi bir zamanda sağlık bilgilerine ulaşımını sağlamaktadır. Güvenilir, erişilebilir ve zamanında sağlıkla ilgili bilgileri almak ise halk sağlığının geliştirilmesi açısından çok önemlidir. Dündar ve Dede'nin (2012) sağlık okuryazarlığını etkileyen öğeleri araştırdığı çalışmada medyayı düzenli izleyenlere göre orta düzeyde ve hiç izlemediklerini söyleyenlerde sağlık okuryazarlığının yetersiz olma riski istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Araştırmada medya kullanımının sağlık alanındaki etkisi vurgulanmıştır.

Amerikalı yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan "The Health Literacy of America's Adults" başlıklı çalışmada; temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin altında olan bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere gazete, dergi, kitap, broşür ve internet gibi yazılı kaynaklardan ulaşma oranının; temel, orta ve yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylere göre oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin altındaki bireyler ile temel sağlık okuryazarı düzeyindeki bireyler, sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için, orta ve yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylere oranla daha yüksek oranda radyo ve televizyon kullanmaktadırlar. Sağlık bilgilerine aile üyeleri, arkadaşlar ve iş arkadaşlarından ulaşma sıklığı ise sağlık okuryazarlığı düzeyi ile doğru orantılı olarak artmaktadır (Kutner ve ark., 2006).

Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi ve bilinçlenmesi amacıyla yazılı ve yazılı olmayan medya kaynakları kullanılabilir.

4.4. Çalışma grubunun YİSOT' a verilen yanıtlardan elde edilen puanlar ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve YİSOT sorularına verilen yanıtlar

Çalışma grubunda (n=351), bireyin sağlık sisteminde kullanılan ve kendilerine sunulan materyalleri okuma ve okuduğunu anlama yeterliliğinin belirlenmesi amacıyla hazırlanan sözel beceri bölümündeki son soru (S30); % 95, 2 (n=334) ile doğru yanıtlanma oranı en yüksek olan sorudur. Sözel beceri bölüm sorularının tamamını doğru yanıtlayanlar grubun % 2, 8' idir (n=10) ve grupta bu bölüm sorularının tamamını yanlış yanıtlayan yoktur. Bölüm sorularını 10 ve daha az doğru yanıtlama oranı ise % 1, 2' dir (n=4). Grubun dönüştürülmüş sözel beceri bölümü puan ortalaması 38, 98±7, 95 olarak bulunmuştur.

Bireyin sağlık ekibi tarafından kendisine verilen sayısal verileri anlama ve gündelik yaşama uyarlayabilme yeterliliğinin belirlendiği sayısal beceri bölümünde 15 soru bulunmaktadır. Grupta (n=351) sayısal beceri bölümündeki soruların tamamının doğru yanıtlanma oranı % 26, 5 (n=93), yanlış yanıtlanma oranı % 0, 3' tür (n=1). Grubun dönüştürülmüş sayısal beceri bölümü puan ortalaması ise $41, 78 \pm 8, 29$ ' dir.

Çalışma grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli sağlık okuryazarlığı, sınırlı sağlık okuryazarlığı ve yetersiz sağlık okuryazarlığı olmak üzere üç düzeyde değerlendirilmiştir. Grubun % 7, 4' ü (n=26) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir ve yetersiz sağlık okuryazarı olan bireylerin YİSOT puan ortalaması $47, 33 \pm 12, 05$ (en az 11, 67; en çok 58, 33 puan) olarak belirlenmiştir. Grubun % 19, 7' si (n=69) sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindedir ve sınırlı sağlık okuryazarı olan bireylerin YİSOT puan ortalaması $67, 28 \pm 4, 25$ (en az 60, 00; en çok 73, 33 puan) olarak belirlenmiştir. Çalışma grubunun % 72, 9' u (n=256) ise yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir ve yeterli sağlık okuryazarı olan bireylerin YİSOT puan ortalaması $87, 79 \pm 6, 80$ (en az 75, 00; en çok 100, 00) olarak saptanmıştır.

Çalışma grubunun % 81, 0' i (n=284), YİSOT' ta yer alan (sayısal beceri bölümü;1, 2, ve 3'üncü sorular) ve günde 4x1 şeklinde kullanılacak ilacın alınması gereken saatleri doğru hesaplamıştır. Soru içerisinde ilacın ilk dozunun alınması gereken saat bildirilerek, sonraki dozların ne zaman alınabileceğinin yanıtlanması istenmektedir. İkinci ilacın alınması gereken saat aralığını doğru yanıtlayanların oranı % 89, 5 (n=314), üçüncü ilacın alınması gereken saat aralığını doğru yanıtlayanların oranı % 78, 9 (n=277), son ilacın alınması gereken saat aralığını doğru yanıtlayanların oranı ise % 74, 6 (n=262) olarak belirlenmiştir. Çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilaçların alınması gereken saat aralığını hesaplama becerileri arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur ($p=0, 000 < 0, 05$). Yetersiz sağlık okuryazarı olan bireylerin ilaç saatlerini planlama becerileri düşüktür.

Gazmararian ve arkadaşlarının (1999) YİSOT' un kısa formunun kullanıldığı çalışmasında katılımcıların % 21, 7' si (n=707) ilacın alınması gereken saatlerin hesaplanmasının istendiği soruyu doğru yanıtlayamamışlardır. Sorunun yanlış yanıtlanma oranı yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerde % 11, 5; sınırlı sağlık okuryazarlığı olan bireylerde % 24, 4; yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerde ise % 21, 7 olarak belirlenmiştir. Benson ve Forman' ın (2002) da YİSOT' un kısa formunun kullanıldığı çalışmasında yeterli sağlık

okuryazarlığı düzeyindeki bireylerin % 78, 0' i (n=51), yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerin ise % 75, 0' i (n=21) bu soruyu doğru yanıtlamışlardır.

Kripalani ve arkadaşlarının (2006) "Predictors of Medication Self-Management Skill in a Low-Literacy Population" çalışmasında (n=152) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerin (% 79, 6) ilaçlarını tanıma becerisi, yeterli sağlık okuryazarı olan bireylere (% 20, 4) göre daha düşüktür ($p < 0, 05$). Waldrop-Valverde ve arkadaşlarının (2009) "Gender Differences in Medication Management Capacity in HIV Infection: The Role of Health Literacy and Numeracy" çalışmasında (n=155) da sağlık okuryazarlığı ile sözlü bilgileri ve ilaç talimatlarını anlama becerisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0, 000$). HIV enfeksiyonu ve düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerin ilaç uyumu puanları oldukça düşük bulunmuştur (Kripalani ve ark., 2006).

Grubun, ilacın kullanılabilceği zaman aralığını doğru yanıtlama oranı % 89, 5' tir (n=314). Benson ve Forman' ın (2002) çalışmasında yeterli sağlık okuryazarı olan bireylerin % 85, 0' i (n=55), yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı olan bireylerin ise % 57, 0' si (n=16) ilacın son kullanma tarihini doğru tanımlamışlardır.

Çalışmada grubun % 67, 8' i (n=238) YİSOT içerisindeki yer alan, verilen kan şekeri değerinin yorumlanmasını gerektiren soruyu doğru yanıtlamışlardır. Gazmararian ve arkadaşlarının (1999) YİSOT' un kısa formunun kullanıldığı çalışmasında katılımcıların % 36, 6' sı kan şekeri değerini doğru yorumlayamamışlardır. Sorunun yanlış yanıtlanma oranı yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerde % 23, 5; sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerde % 45, 3; yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerde ise % 67, 7 olarak belirlenmiştir. Benson ve Forman' ın (2002) YİSOT' un kısa formunun kullanıldığı çalışmasında yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerin % 88, 0' i (n=57), yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerin ise % 50, 0' si (n=14) kan şekeri değerini doğru yorumlayamamışlardır.

Grubun, randevu kartı üzerindeki randevu tarihini doğru kavrama ve soruyu doğru yanıtlama oranı % 94, 6 (332), randevu yerini doğru kavrama oranı ise % 95, 2' dir (n=334). Williams ve arkadaşlarının (1995) "Inadequate Functional Health Literacy Among Patients at Two Public Hospitals" çalışmasında (n=2659) bireylerin bir sonraki randevu tarihini yanıtlayamama oranı % 26, 0 (n=691) olarak belirlenmiştir. Gazmararian ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında bir sonraki randevu tarihini yanlış yanıtlama oranı % 10, 4' tür. Bir sonraki randevu tarihini yanlış yanıtlama oranı yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindeki

bireylerde % 4, 3; sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerde % 10, 1; yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerde ise % 26, 8 olarak belirlenmiştir. Benson ve Forman' ın (2002) çalışmasında ise bireylerin randevu kartındaki bilgileri doğru kavrama oranı yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerde % 82, 0 (n=53), yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı olan bireylerde ise % 25, 0 (n=7) olarak belirlenmiştir.

Grubun, toplam alınması gereken ilaç sayısı sorusunu doğru yanıtlama oranı % 77, 2' dir (n=271). Benson ve Forman' ın (2002) çalışmasında ise bu oran yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerde % 91, 0 (n=59); yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerde % 68, 0 (n=19) olarak belirlenmiştir.

Grubun; aynı reçete ile en fazla kaç kez ilaç alınabileceği sorusunu doğru yanıtlama oranı % 92, 6 (n=325), ilacın reçete edildiği tarihin ne zaman olduğu sorusunu doğru yanıtlama oranı % 90, 6 (n=318), ilacın reçete edildiği tarihten altı ay sonrasının ne zamana denk geldiği sorusunu doğru yanıtlama oranı ise % 74, 9 (n=263) olarak belirlenmiştir. Benson ve Forman' ın (2002) çalışmasında ise ilacın yeniden reçete edilebilme sorusuna verilen doğru yanıt oranı yeterli sağlık okuryazarlığı olan bireylerde % 58, 0 (n=38), yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı olan bireylerde % 21, 0 (n=6) olarak belirlenmiştir.

Gurubun ilacın aç karna alınması önerisini doğru kavrama oranı % 88, 0' dir (n=309). Yemekten önce alınması gereken ilacın alınmaması halinde ne zaman alınabileceği sorusunun doğru yanıtlanma oranı ise % 75, 2 (n=264) olarak belirlenmiştir. Williams ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında bireylerin % 41, 6' sı (n=1106) ilaçları aç karna almaları gerektiğini anlayamamışlardır. Gazmararian ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında ise katılımcıların % 27, 0' si (n=880) ilaçları aç karna almaları gerektiğini anlayamamışlardır. Çalışmada yeterli sağlık okuryazarlığı olan bireylerin % 15, 6' sı; sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerin % 33, 7' si; yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerin ise % 54, 3' ü bu soruyu doğru yanıtlayamamışlardır (Gazmararian ve ark., 1999). Benson ve Forman' ın (2002) çalışmasında ise yeterli sağlık okuryazarlığı olan bireylerin % 72, 0' si (n=47), yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı olan bireylerin % 36, 0' sı (n=10) ilaçları aç karna almaları gerektiğini doğru kavramışlardır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma grubunu oluşturanların sosyodemografik özellikleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin saptanması ve Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin uyarlanması amacıyla planlanan çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Öğrenim düzeyi yüksek olanların Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir.
- Hane mevcudu az olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir.
- İşveren ve yüksek eğitilmiş kendi hesabına çalışan bireyler ile memurların Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir.
- Aktif olarak bir işte çalışan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir.
- Ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayan bireylerin Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir.
- Sağlık güvencesi olan bireylerin Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir.
- Şehir merkezinde yaşayan ve/veya yaşantısının büyük çoğunluğu şehir merkezinde geçen bireylerin Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir.
- Okuduğunu anlama düzeyini iyi olarak belirten bireylerin Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir.
- Bilgisayar kullanmayı bildiğini belirten bireylerin Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir.
- Günlük bilgilere her zaman/sıklıkla gazete, dergi, kitap-broşür, cep telefonu, aile ve arkadaşlarından ulaştıklarını belirtenlerin sağlık okuryazarlığı, bu kaynaklara az/çok az ulaşanlara göre daha yüksektir.
- Sağlıkla ilgili bilgilere gazete, internet, kitap ve broşür, aile ve arkadaşlarından her zaman/sıklıkla ulaştıklarını belirtenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, bu kaynaklara az/çok az ulaştıklarını belirtenlere göre daha yüksektir.
- İlaç kullandığını/Düzenli ilaç kullandığını belirtenlerin Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir.

- İlaç prospektüslerini okuyabildiğini ve/veya anlayabildiğini belirtenlerin Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir.

Sağlık okuryazarlığının sağlık durumuna, uygunsuzluğuna, sağlık harcamalarına, sağlık hizmetine erişime, sağlık bilgilerinin kavranmasına ve sağlıkla ilgili karar verme becerisine etkisi göz önüne alındığında,

- Bireylerin sağlık durumlarını olumlu yönde etkileyebilme yeterliliklerinin geliştirilmesine yönelik destekleyici çevreler (yasal-yapısal, fiziksel-sosyal) oluşturulmalıdır.
- Yetişkinlerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmeye yönelik ulusal düzeyde kullanılabilir ölçek/ölçekler geliştirilmelidir.
- Hastaların sağlık okuryazarlığını değerlendirmeye yönelik ulusal düzeyde kullanılabilir ölçek/ölçekler geliştirilmelidir.
- Kardiyoloji hastaları ve diğer kronik hastalıklar gibi özellikli gruplarda bu sağlık sorunuyla baş etmenin ve tedaviye uyumunun önemi nedeniyle sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi için özel model/modeller geliştirilmelidir.
- Hastaların özbakım sorumluluklarını daha iyi yerine getirebilmeleri açısından, sağlık ekibinin işlevsel sağlık okuryazarlığını geliştirici programlar geliştirme, uygulama ve değerlendirme çabaları düzenlenmelidir.
- Bireylerin sağlık düzeylerini denetleyip geliştirebilmeleri kapsamında temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilmeleri açısından sağlıklı yaşam biçimi kazandırmaya, sağlık sorumluluklarını ve bilinçlerini artırmaya yönelik eğitici programlar sunulmalıdır.
- Kardiyoloji polikliniğine başvuran bireylere bakım veren hemşireler; kişilerin, temel sağlık bilgilerini ve doğru sağlık kararları vermek için gereken hizmetleri elde etme, işleme ve anlama kapasitelerini değerlendirebilmeli, gerektiğinde bireyleri bilgilendirmeli ve bu bilgileri hemşirelik bakımına yansıtmaları için desteklenmelidir.

ÖZET

Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarlama Çalışması

Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir.

Düşük sağlık okuryazarlığı sıklıkla zayıf sağlık iletişimi, olumsuz sağlık sonuçları, yüksek hastaneye yatış hızları, erken saptanabilecek hastalıklar için daha az sıklıkta tarama yaptırılması, orantısız yükseklikte morbidite ve mortalite hızları ile ilişkilidir. Bir başka anlatımla ülkenin sağlık sorunları ve aynı zamanda toplumun sağlık yararları açısından sağlık okuryazarlığı önemlidir. Farklı toplum kesimlerinin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen öğelerin belirlenmesi için ulusal ölçekte çalışmalar tasarlanması ve uygulanması gereklidir.

Bu çalışmanın kısa erimli amacı, Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (YİSOT)'nin uyarlama çalışmasını yapmak, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GATA AEAH) kardiyoloji polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılma ölçütlerini karşılayan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile etkili sosyodemografik özellikleri belirlemektir. YİSOT türkçeye çevrilmiş ancak, bu çalışmaya kadar uygulanmamıştır.

Elde edilen bulguların uzun erimde ülkemizde sağlık okuryazarlığına ve sağlığı iyileştirmeye yönelik eğitim programlarına ışık tutabileceği umulmaktadır. Uyarlama çalışması 2012-2013 yılları arasında yürütülmüştür. Veri toplama formu araştırmacı tarafından kardiyoloji polikliniğine başvuran bireylere yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Önceden belirlenmiş olan çalışma grubu büyüklüğüne ulaşıldığında veri toplama sonlandırılmıştır.

Veri toplama formunu; sosyodemografik özelliklere ilişkin sorular ve Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (YİSOT) oluşturmuştur. Veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 19,0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir. Verilerin yorumlanması için, frekanslar, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. İki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olup olmadığı Kikare testi ile irdelenmiştir, $p < 0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmaya katılanların % 30,7'si 19-29 yaşları arasında, % 68,1' i erkektir. Grubun % 39,9' u üniversite mezunu, % 60,7' si evli, % 35,6' sı memur-büro çalışanıdır, % 53,0'ü ekonomik durumunu orta düzeyde olarak belirtmiştir. Grubun %63,2' si okuduğunu anlama düzeyini iyi olarak değerlendirmiş, % 86,6' sı bilgisayar kullanabildiğini belirtmiştir. Grubun hastaneye yatış öyküsü ortalaması $2,21 \pm 1,24$; kendisi veya yakınlarının sağlık sorunu nedeniyle bir sağlık kuruluşuna bir aylık süre içindeki başvuru sayısının ortalaması $1,87 \pm 1,22$ olarak belirlenmiştir.

Grubun % 72,9'u (n=256) yeterli, %19,7'si sınırlı ve %7,4'ü (n=26) ise yetersiz sağlık okuryazarı düzeyindedir. Grubun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile, öğrenim durumu (p=0,000), hane mevcudu (p=0,000), meslek (p=0,000), çalışma durumu (p=0,002), ekonomik durum (p=0,046), yaşanan yer (p=0,027), okuduğunu anlama (p=0,000) ve bilgisayar kullanma durumu (p=0,000) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Cinsiyet (p=0,359), medeni durum (p=0,269), sigara kullanma durumu (p=0,199), genel sağlık durumu (p=0,144), tanısı konmuş hastalık durumu (p=0,795), hastaneye başvuru sıklığı (p=0,055) ve yatış öyküsü (p=0,792) ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (p>0,05). Cronbach alfa değeri testin sayısal bölümü için (,732), sözel bölüm için (,523) olarak bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı geniş bir bağlamda halk sağlığı bakış açısıyla irdelenmeli ve etkileyen ögeler daha ayrıntılı olarak ele alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kardiyoloji hastalarının işlevsel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı, uyarılma çalışması, Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi.

SUMMARY

The Adaptation Study of the Test of Functional Health Literacy in Adults

Health literacy is a concept linked to the literacy which is about health related decisions of people for every day lives. Health literacy is the motivation and set of competencies to obtain, understand, value and use health information relevant to disease prevention and health promotion.

Low health literacy is often linked to poor health communications, adverse health outcomes, higher hospitalization rates, less frequent screening for early detection, disproportionately high morbidity and mortality rates. In other words in terms of the country's health problems and also in terms of the health benefits of community, health literacy is crucial. It is required to design and implement studies on a national scale to determine the factors affecting the health literacy levels of different segments of society.

The short-term aim of the Study is to to make the adaptation study of the Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA), and to define the health literacy levels and affecting sociodemographic characteristics of the individuals applied to the cardiology outpatient clinic of the Gülhane Military Medical Academy-Ankara Training Research Hospital (GMMA-ATRH) who were meeting the criteria for participation in the study. TOFHLA has been translated to turkish but has not applied until our study.

It is hoped that in the long term, findings of this research might shed light to studies relevant to health literacy in order to improve health education programs in our country. The adaptation study was conducted between 2012-2013. Data collection form was applied to the individuals admitted to the cardiology clinic with face to face interview technique by the researcher. When the size of the working group reached the predetermined, data collection was terminated.

Data collection form consisted questions related to sociodemographic characteristics and Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA). Data was evaluated with the use of Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 19.0 software program by creating a data base. For the data interpretation; frequencies, percentage, mean and standard deviation were used. Chi-square test was used in evaluating statistically significant correlation between two variables, $p < 0,05$ level was considered statistically significant.

Of the study participants 30.7% were between the ages of 19-29, 68,1% were males. The Group's 39.9% were of university graduates, 60.7% were married, 35.6% were officer-office workers, 53.0% reported their economic status as moderate. The Group's 63.2% evaluated own reading comprehension level as good, 86.6% stated computer proficiency. The Group's history of hospitalization average was 2.21 ± 1.24 ; mean contact number with a health care provider within one month period due to health problems of himself or relatives' was 1.87 ± 1.22 .

With respect to health literacy levels, the Group's 72.9% (n = 256) is adequate, 19.7% is limited and, 7.4% (n = 26) is inadequate. A statistically significant relationship ($p < 0.05$) was found between the Group's health literacy level and educational level ($p = 0.000$), household size ($p = 0.000$), occupation ($p = 0.000$), employment status ($p = 0.002$), economic status ($p = 0.046$), residential area ($p = 0.027$) reading comprehension ($p = 0.000$) and computer proficiency status ($p = 0.000$). No statistically significant relationship ($p < 0.05$) was found between the Group's health literacy level and gender ($p = 0.359$), marital status ($p = 0.269$), smoking status ($p = 0.199$), general health status ($p = 0.144$), diagnosed disease status ($p = 0.795$), frequency of hospital admissions ($p = 0.055$) and a history of hospitalization ($p = 0.792$). Cronbach's alpha values were; (, 732)for the numeric part of of the test and (,523) for the verbal section respectively.

Health literacy should be examined from the point of view of public health in a broad context and affecting factors should be studied in more detail.

Key Words: Adaptation Study, functional health literacy of cardiology patients, health literacy, Test of Functional Health Literacy in Adults.

KAYNAKLAR

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs, American Medical Association(AMA). (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Journal of the American Medical Association (JAMA), **281**: 552-557.
- ADNKS, 2010 ve 2011 Nüfus Sayımı sonuçları, İstatistik Göstergeler (Statistical Indicators) 1923- 2011, TÜİK. Erişim: [http://www.tuik.gov.tr/yillik/Ist_gostergeler.pdf]. Erişim Tarihi: 18/03/2013.
- ALTUN, A., (2005). *Gelişen Teknolojiler ve Yeni Okuryazarlıklar*. Ankara: Anı Yayınları
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs, *JAMA* 1999; **281**: 552–557. Erişim: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10022112>]. Erişim Tarihi: 08/04/2013
- ANDREASSEN, HK., BUJNOWSKA-FEDAK, MM., CHRONAKI, CE., DUMITRU, RC., PUDULE, I., SANTANA, S., VOSS, H., WYNN, R. (2007) European Citizens' Use Of E-Health Services: A Study Of Seven Countries.*BMC Public Health*. Apr **10**;7:53. Erişim: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17425798>]. Erişim: 02/06/2013
- ASLANTEKİN, F., YUMRUTAŞ, M., UYSAL, M. (2012). Tip II Diyabetli Hastaların Sağlık Okuryazarlık Durumlarının Değerlendirilmesi. Erişim: [<http://kongre.hasuder.org.tr/index.php/uhsk15/uhsk15/paper/view/934>] Erişim Tarihi: 13/05/2013.
- AŞICI, M., (2009). Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık, *Değerler Eğitim Dergisi*, Cilt 7, No:17, s.: 9-26, Haziran 2009.
- AVCI, K., UZEL, H.T. (2012) Afyonkarahisar İli Erkmen Kasabasında 15-49 Yaş Kadınların Medyadan Sağlıkla İlgili Bilgi Edinme Durumları. Erişim: [<http://kongre.hasuder.org.tr/index.php/uhsk15/uhsk15/paper/view/541>]. Erişim Tarihi: 12/05/2013
- BAKER, D.W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy, *J Gen Intern Med*. 2006 August; **21**(8): 878–883.
- BAKER, D.B., GAZMARARIAN, J.A., WILLIAMS, M.D., SCOTT, T., PARKER, R.M., GREEN, D., REN, J., PEEL, J. (2002). Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees, *American Journal of Public Health*, August 2002, Vol **92**, No. 8.
- BAKER, D.W., GAZMARARIAN, J.A., WILLIAMS, M.V., SCOTT, T., PARKER, R.M., GREEN, D., REN, J., PEEL, J. (2004). Health Literacy and Use of Outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees. *J Gen Intern Med*. 2004;**19**:215-220.
- BAKER, D.W., PARKER R.M., WILLIAMS, M.V., CLARK, W.S. (1998). Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. *J Gen Intern Med*. **13**:791-798.
- BAKER, D.W., PARKER, R.M., WILLIAMS, M.V., CLARK, W.S., NURSS, J. (1997). The Relationship of Patient Reading Ability to Self-Reported Health and Use of Health Services. *American Journal of Public Health*. June1997: **87**(6): 1027-1030.
- BAKER, D.W., WILLIAMS,M.V., PARKER, R.M., GAZMARARIAN, J.A., NURSS, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*.1999 Sep;**38**(1):33-42

- BAKER, L., WAGNER, T. H., SINGER, S., BUNDORF, K.M. (2003). "Use of the Internet and E-mail for Health Care Information", American Medical Association, Vol:**289**, Page:2400–2406. Erişim: [http://www.uri.edu/pharmacy/rotationdescriptions/BakerJAMA_Wk3.pdf]. Erişim Tarihi: 02/06/2013.
- BAKER, D.W., WOLF, M.S., FEINGLASS, J., THOMPSON, J.A., GAZMARARIAN, J.A., HUANG, J. (2007) Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Arch Intern Med.* 2007;**167(14)**: 1503-1509.
- BARRETT, S.E., PURYEAR, J.S. (2006). *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, November 2006:**17(4)**:690-697 | 10.1353/hpu.2006.0117, Erişim: [http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/journal_of_health_care_for_the_poor_and_underserved/v017/17.4barrett.html]. Erişim Tarihi: 26/03/2012.
- BASS, P.F., WILSON, J.F., GRIFFITH, C.H. (2003). A Shortened Instrument for Literacy Screening. *J Gen Intern Med.* 2003 December; **18(12)**: 1036–1038.
- BENSON GAUSMAN, J., FORMAN, W.B. (2002). Comprehension of written health care information in an affluent geriatric retirement community: use of the Test of Functional Health Literacy. *Gerontology.* 2002 Mar-Apr;**48(2)**:93-7. Erişim: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11867931>]. Erişim Tarihi: 13/05/2013.
- BERKMAN, N.C., DAVIS, D.C., MCCORMACK, L. (2010). Health Literacy: What Is It?, *Journal of Health Communication*, **15**:9–19, Copyright # Taylor & Francis Group, LLC ISSN: 1081-0730 print=1087-0415 online DOI: 10.1080/10810730.2010.499985.
- BERKMAN N.D., DeWALT, D.A., PIGNONE, M.P., SHERIDAN, S.L., LOHR, K.N., LUX, L., SUTTON, S.F., SWINSON, T., BONITO, A.J. Literacy and Health Outcomes, Evidence Report/Technology Assessment, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) U.S. Department of Health and Human Services, AHRQ Publication No. 04-E007-2 January 2004, Number 87. Erişim: [<http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/literacy/literacy.pdf>]. Erişim Tarihi: 08/04/2013
- BERKMAN, N.D., SHERIDAN, S.L., DONAHUE, K.E., HALPERN, D.J., CROTTY, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. 19 July 2011, *Annals of Internal Medicine*, **155**:2.
- BETZ, C.L., RUCCIONE, K., MEESKE, K., SMITH, K., CHANG, N. (2008). Health Literacy: A Pediatric Nursing Concern, *Pediatric Nursing*/May-June 2008/Vol. 34/No. 3, p.: 231-239.
- BOSWELL, C., CANNON, S. AUNG, K. ELDRIDGE, J. (2004) An Application of Health Literacy Research. *Applied Nursing Research.* 2004 Feb; **17(1)**: 61-64. Erişim: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14991557>]. Erişim Tarihi: 02/04/2013.
- BOVI, A. M. ve CEJA. (2003), "Use of Health-Related Online Sites", The American Journal of Bioethics, Vol:**3**, Number:**3** Page:48-52. Erişim: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14735882>]. Erişim Tarihi:02/06/2013.
- BRIGGS, P. (2008), "Designing Effective Health Web Sites", Per Ada Magazine, Erişim: [<http://www.perada-magazine.eu/pdf/1287/1287.pdf>]. Erişim Tarihi: 01/06/2013.
- BURNHAM, E., PETERSON, E.B., (2005). Health Information Literacy: a Library Case Study. *Library Trends* 2005; Vol:**53**, No:**3**, p.: 422-433. Erişim: [<https://www.ideals.illinois.edu/bitstream/handle/2142/1025/LT-53-3.pdf?sequence=2#page=34>]. Erişim Tarihi: 21/03/2012.

- CROSS, T.L., BAZRON, B.J., DENNIS, K.W., ISAACS, M.R., (1989). Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children who are Severely Emotionally Disturbed, CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center, March 1989. Erişim: [http://www.mhsoac.ca.gov/meetings/docs/Meetings/2010/June/CLCC_Tab_4_Towards_Cultural_y_Compent_System.pdf]. Erişim Tarihi: 31/03/2012
- DANSUK, E. (1997). Türkiye’de Yoksulluğun Ölçülmesi ve Sosyo-Ekonomik Yapılarla Ölçülmesi. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Ücretler ve Gelirler Dairesi Başkanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Uzmanlık Tezi. Mayıs 1997. ISBN 975-19-1704-2.
- DAVIS, T.C., CROUCH, M.A., LONG, S.W., JACKSON, R.H., BATES, P., GEORGE, R.B., BAIRNSFATHER, L.E. Rapid Assessment of Literacy Levels of Adult Primary Care Patients. *Fam Med.* 1991 Aug;**23(6)**:433-5.
- DAVIS, T.C., LONG, S.W., JACKSON, R.H., MAYEAUX, E.J., GEORGE, R.B., MURPHY, P.W., CROUCH, M.A. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument. *Fam Med.* 1993 Jun;**25(6)**:391-5.
- DÜNDAR, P. E., DEDE, B. (2012). Manisa’ da Seçilen Kentsel ve Gecekondu Bölgelerinde Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı ve Etkili Faktörler. Erişim: [<http://kongre.hasuder.org.tr/index.php/uhs15/uhs15/paper/view/674>] Erişim Tarihi: 13/05/2013.
- EICHLER, K., WIESER, S., BRUGGER, U. (2009). The Cost of Limited Health Literacy: a systematic review. *Int J Public Health.* 2009/ **54**: 313-324
- EMMERTON, L.M., MAMPALLIL, L., KAIRUZ, T., McKAUGE, L.M., BUSH, R.A. (2012). Exploring Health Literacy Competencies in Community Pharmacy. *Health Expect.* 2012 Mar;**15(1)**:12-22.
- ERDEM, R., PİRİNÇCİ, E. (2003) Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler, *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, **20(1)**: 39-46, 2003.
- GAZMARARIAN, J.A., BAKER, D.W., WILLIAMS, M.V., PARKER, R.M., SCOTT, T.L., GREEN, D.C., FEHRENBACH, S.N., REN, J., KOPLAN, J.P. Health Literacy Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. *JAMA.* 1999 Feb 10;**281(6)**:545-51. Erişim: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10022111>]. Erişim Tarihi: 13/05/2013.
- GÜNEŞ, F. (1997). Okuryazarlık Kavramı ve Düzeyleri, *A.Ü.Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt: 27,Sayı:2,Ankara, s.: 499-507. Erişim: [<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/40/491/5760.pdf>]. Erişim Tarihi: 29/03/2013.
- GÜNEŞ, F., (1997). *Okuma-yazma Öğretimi ve Beyin Teknolojisi*. Ankara: Ocak Yayınları
- GÜNGÖR, M., ÇAYCI, A.D. (2010). Elektronik Haberleşme Sektöründe Tüketici Eğilimleri, Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu (BTK). Erişim: [<http://www.tk.gov.tr/arama/index.php>] Erişim Tarihi: 25/05/2013.
- HANSON-DIVERS, E.C. (1997). Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study. *J Health Care Poor Underserved.* 1997 Feb;**8(1)**:56-69.
- HULL, G.A., MIKULECKY, L., CLAIR, St.R., KERKA, S. (2003). Multiple Literacies: A Compilation for Adult Educators. Columbus, OH: Center for Education and Trainig for Employment, 2003, ERIC No:D48236. Erişim: [http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/hs/resources/pd/individual%20development/choosing%20a%20higher%20education%20program/distanceece_multiplelit.pdf]. Erişim Tarihi: 21/03/2012.

- ISHIKAWA, H., YANO, E. (2008). Patient Health Literacy and Participation in The Health-Care Process, Journal compilation _ 2008 Blackwell Publishing Ltd Health Expectations, **11**, p.: 13–122.
- İLAÇ ENDÜSTRİSİ İŞVERENLER SENDİKASI (İEİS). (2009). İlaç Kullanım Davranışları. Erişim: [http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=510&menuk=16&basin=117]. Erişim Tarihi: 05/06/2013.
- KAĞITCIBAŞI, C., GÖKSEN, F., GÜLGÖZ, S., (2005). Functional Adult Literacy and Empowerment of Women: Impact of a Functional Literacy Program in Turkey, *Journal of Adolescent and Adult Literacy*, **48(6)**: 472-489. Erişim: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1598/JAAL.48.6.3/pdf]. Erişim Tarihi: 28/03/2013.
- KALAÇA, S. (2012). Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsünde Sağlık Okur-Yazarlığı Hakkında Bir Araştırma. Erişim:[http://kongre.hasuder.org.tr/index.php/uhsk15/uhsk15/paper/view/397] Erişim Tarihi: 13/05/2013.
- KELLNER, D. (2001), New Technologies/New Literacies:Reconstructing Education fort he nwe millenium. *International Journal of Technology and Design Education*, S. 11, p. : 67-81.
- KINCAL, R.Y., KARTAL, O.Y., (2009). Medya Okuryazarlığı Eğitimi, *Milli Eğitim Bakanlığı Eğitim ve Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı 181, Kış-2009, s.: 318-333.
- KIZILGÖL, Ö.A. (2012). Türkiye’de Eğitimde Cinsiyet Eşitsizliğinin Yoksulluk Üzerindeki Etkisi. *Yönetim Ve Ekonomi*, **19(1)**. Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. MANİSA. Erişim: [http://www2.bayar.edu.tr/yonetimekonomi/dergi/pdf/C19S12012/179_191.pdf]. Erişim Tarihi: 07/06/2013.
- KICKBUSCH, I.S., Health Literacy: Adressing the Health and Educational Divide, *Health Promot Int.* 2001 Sep; **16(3)**: 289-297. Erişim: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11509466]. Erişim Tarihi: 31/03/2012
- KIRSCH, I., JUNGEBLUT, A., JENKINS, L., KOLSTAD, A. (1993). Adult Literacy in America: A First Look at the Results of the National Adult Literacy Survey. Washington, DC: National Center for Education, US Dept of Education. Erişim: [http://nces.ed.gov/pubs93/93275.pdf]. Erişim Tarihi: 07/04/2013
- KRESS, G. (2003), Literacy in the New Media Age. London: Routledge.
- KRIPALANI, S., HENDERSON, L.E., CHIU, E.Y., ROBERTSON, R., KOLM, P., JACOBSON, T.A. (2006). Predictors of Medication Self-Management Skill in a Low-Literacy Population. *J Gen Intern Med.* 2006 Aug;**21(8)**:852-6.
- KUH, D., STIRLING, S. (1995). Socioeconomic Variation in Admission for Diseases of female Genital System and Breast in a National Cohort Aged 15-43. *BMJ.* 1995;**311**:840-843. Erişim:[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550852/pdf/bmj00612-0025.pdf]. Erişim Tarihi: 21/04/2013
- KURU, N. (2010). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- KURUDAYIOĞLU, M., TÜZEL, S., (2010). 21.Yüzyıl Okuryazarlık Türleri, Değişen Metin Algısı ve Türkçe Eğitimi, TÜBAR-XXVIII-/2010-Güz, s.: 283-298.
- KUTNER, M., GREENBERG, E., JIN, Y., PAULSEN, C. (2006). The Health Literacy of America’s Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–

483).Washington, DC:US Department of Education, National Center for Education Statistics, 2006. Erişim: [<http://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>]. Erişim Tarihi:23/04/2013.

KUTNER, M., GREENBERG, E., JIN, Y., BOYLE, B., HSU, Y., DUNLEAVY, E. (2007). Literacy in Everyday Life: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics (NCES 2007-480). Erişim: [http://nces.ed.gov/Pubs2007/2007480_1.pdf]. Erişim: 21/04/2011

KÜLTÜR VE TURİZM BAKANLIĞI, KÜTÜPHANELER VE YAYINLAR GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (KVTB), (2011). Erişim: [<http://sgb.kulturturizm.gov.tr/TR,50930/istatistikler.html>] Erişim Tarihi: 26/05/2013.

LEE, S.Y., BENDER, D.E., RUIZ, R.E., CHO, Y.I. (2006). Development of an easy-to-use Spanish Health Literacy test. *Health Serv Res.* 2006 Aug;**41**(4Pt1):1392-1412. Erişim: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1797080/>] Erişim Tarihi: 24/04/2013

LEVIN-ZAMIR, D., PETERBURG, Y., (2001). Health Literacy in Health Systems: Perspectives on Patients in İsrail. *Health Promot. İnt.* 2001; **16**: 87-94. Erişim: [<http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/1/87.full.pdf+html>]. Erişim Tarihi: 28/03/2012.

LONGMAN (2003), *Dictionary of Contemporary English*, Pearson Longman, UK.

LONGO, D.R. Understanding Health Information, Communication, and Information Seeking of Patients and Consumers: A Comprehensive and Integrated Model. *Health Expectations.* **8**(3): 189-194, September 2005

MANCUSO, J.M. (2008) Health Literacy: A Concept Dimensional Analysis, *Nursing and Health Sciences*, **10**: 248-255.

MANCUSO, J.M. (2009) Assesment and Measurement of Health Literacy: An İntegrative Review of the Literature, *Nursing and Health Sciences*, **11**: 77-89.

MEDICAL LIBRARY ASSOCIATION. (2003). Health İnformation Literacy. Erişim: [<http://www.mlanet.org/resources/healthlit/define.html>]. Erişim Tarihi: 27/03/2012

NATIONAL INSTITUE FOR LITERACY (2006), The Partnership for Reading, Doğum Okul Öncesi Dönemi-Çocuk bir Okur Oluyor. Erişim: [www.nifl.gov]. Erişim Tarihi: 12/02/2012.

NIELSEN-BOHLMAN, L., PANZER, A.M., HAMLIN, B., KINDIG, D.A., (2004). Health Literacy a Prescription to End Confusion, *Institute of Medicine of the National Academies*, Committee on Health Literacy Board on Neuroscience and Behavioral Health.

NUTBEAM, D. (1998). Health Promotion Glossary, *Health Promotion İnternational*, Vol:3, No:4, p.: 349-364, Oxford University Press 1998.

NUTBEAM, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: a Challenge For Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century, *Health Promotion İnternational*, Vol:15, No:3, Oxford University Press 2000.

ÖNAL, İ. (2010). Tarihsel Değişim Sürecinde Yaşam Boyu Öğrenme ve Okuryazarlık: Türkiye Deneyimi, *Bilgi Dünyası*,2010, **11** (1): 101-121.

ÖZBAŞ, S., ÖZKAN, S. (2010). Kadın Sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi.

ÖZDEMİR, H., ALPER, Z., UNCU, Y., BİLGEL, N. (15 January 2010). Health Literacy Among Adults: A study from Turkey, *Health Education Research*, Vol.**25**, no.**3**, p: 467-477.

- ÖZER, Ö., ŞANTAŞ, F., BUDAK, F. (2012) Sağlık Web Sitelerinin Kullanım Düzeylerinin İncelenmesi: Örnek Bir Uygulama. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, Cilt/Volume: **1**, Sayı/Number: **4**, Eylül/September 2012. Erişim: [http://www.gumushane.edu.tr/media/uploads/egifder/articles/4.8_makale_1.pdf]. Erişim Tarihi:01/06/2013.
- PAASCHE-ORLOW, M.K., PARKER, R.M., GAZMARARIAN, J.A., NIELSEN-BOHLMAN, L.T., RUDD, R.R. (2005). The Prevalence of Limited Health Literacy. *J Gen Intern Med.* 2005;**20**:175-184.
- PAASCHE-ORLOW, M.K., WOLF, M.S. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *Am J Health Behav.* 2007;**31**:19-26.
- PARKER, R.M., BAKER, D.W., WILLIAMS, M.V., NURSS, J.R., (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: a New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills, *J GEN INTERN MED* 1995; **10**: 537-541.
- PARSA, A.F., (2007). “Görsel Okuryazarlık”, *Fotografya*, Erişim: [http://www.fotografya.gen.tr/cnd/index.php?id=248,0,0,1,0,0]. Erişim Tarihi: 29/03/2013.
- PAWLAK, R. (2005). Economic Considerations of Health Literacy. *Nursing Economic* July-Agust 2005;**23**(4)
- PETT, M.A., LACKEY N.R., SULLIVAN, J.J. (2003). *Making Sense of Factor Analysis: The Use of Factor Analysis for Instrument Development in Health Care Research*. CA: SAGE. Erişim: [http://www.books.google.tr.]. Erişim Tarihi: 20/04/2013
- QUICK GUIDE to HEALTH LITERACY, (2011). U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion.
- RADYO VE TELEVİZYON ÜST KURULU, (2006). Kamuoyu, Yayın Araştırmaları ve Ölçme Dairesi Başkanlığı, Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması – 1. Erişim: [http://www.rtuk.org.tr/sayfalar/default.aspx]. Erişim Tarihi: 14/05/2013.
- RATZAN, S. C. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, Vol:16, No:2, 207–214. Erişim: [http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/2/207.full.pdf+html]. Erişim Tarihi: 03/04/2013.
- RUDD, R., KIRSCH, I., YAMAMOTO, K. (2004). Literacy and Health in America, Policy Information Report, Center for Global Assessment Policy Information Center Research and Development Educational Testing Service. Erişim: [http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED486416.pdf]. Erişim Tarihi:02/04/2013.
- SAFEER, R.S., KEENAN, J. (2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients, *American Family Physician*, August 1, 2005, Volume 72, Number 3, 463-468.
- SAĞLIĞIN TEŞVİKİ VE GELİŞTİRİLMESİ SÖZLÜĞÜ, (2011). s.: **10**. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- SAĞLIĞIN TEŞVİKİ VE GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK DÖNÜM NOKTALARI, Global Konferanslardan Bildiriler. 2011. Bakanlık Yayın No: 813, 1. Baskı Nisan 2011, ANKARA.
- SATMAN, İ., YILMAZ, T., ŞENGÜL, A., SALMAN, S., SALMAN, F., UYGUR, S., BASTAR, İ., TÜTÜNCÜ, Y., SARGIN, M., DİNÇÇAĞ, N., KARŞIDAĞ, K., KALAÇA, S., ÖZCAN, C., KİNG, H. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002;**25**(9):1551-6

- SCHWARTZBERG, J.G., VANGEEST, J.B., WANG, C.C. (2005). *Understanding Health Literacy: Implications for Medicine and Public Health*. American Medical Association: Physicians dedicated to the health of America. Erişim: [<http://www.amapress.org>], Erişim Tarihi: 21/04/2013.
- SELDEN, C.R., ZORN, M., RATZAN, S.C., PARKER, R.M. 2000. *Health Literacy, National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. NLM Pub. No. CBM 2000-1. Erişim: [<http://www.nlm.nih.gov/archive//20061214/pubs/cbm/hliteracy.pdf>]. Erişim Tarihi: 03/04/2013.
- SEZGİN, D. (2011). *Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık: Çelişkiler, Alternatifler ve Sağlık İletişimi*. Schola Ayrıntı Dizisi. s:140-150.
- SPEROS, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2005 Jun; **50(6)**:633-640.
- ŞENOL, V. (2006). Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık İle İlişkisi . Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Kayseri.
- T.C. BAŞBAKANLIK TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TÜİK). 2010 Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. Erişim: [www.tuik.gov.tr]. Erişim Tarihi: 13/05/2013.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, SAĞLIK ARAŞTIRMALARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2012). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Yayın no:**885**. SB-SAG-2012/01, Ankara.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2011). Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014). Yayın no:**816**, Ankara.
- TÜRKİYE NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI, 2008. Erişim: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf]. Erişim Tarihi: 13/05/2013.
- TÜZEL, M.S., (2010). Görsel Okuryazarlık, TÜBAR-XXVII-/2010-Bahar, s.: 691-705.
- UĞURLU, Z. (2011). Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.
- UZEL, N., KAPLAN, B., ERDEM, Y., ZERGEROĞLU, S., IŞIK, O., DİLMEN, U. (2012) Üniversite Öğrencilerinin Kitle İletişim Araçlarını Kullanım Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Erişim: [<http://kongre.hasuder.org.tr/index.php/uhsk15/uhsk15/paper/view/558>]. Erişim Tarihi: 13/05/2013
- WALDROP-VALVERDE, D., JONES, D.L., JAYAWEERA, D., GONZALES, P., ROMERO, J., OWNBY, R.L. (2009) Gender Differences in Medication Management Capacity in HIV Infection: The Role of Health Literacy and Numeracy. *AIDS Behav*. 2009 February; **13(1)**: 46–52. Erişim: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2606913/>] Erişim Tarihi: 16/06/2013
- WEISS, B.D., BLANCHARD J.S., MCGEE, D.L., HART, G., WARREN, B., BURGOON, M., SMITH, K.J. (1994). Illiteracy Among Medicaid Recipients and Its Relationship to Health Care Costs. *J Health Care Poor Underserved*. 1994;**5(2)**:99-111.
- WEISS, B.D., MAYS, M.Z., MARTZ, W., CASTRO, K.M., DeWALT, D.A., PIGNONE, M.P., MOCKBEE, J., HALE, F.A. (2005). Quick Assessment Of Literacy In Primary Care: The Newest Vital Sign. *Ann Fam Med*. 2005 Nov-Dec;**3(6)**:514-22. Erişim: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466931/>] Erişim Tarihi: 24/04/2013.

- WHO HEALTH PROMOTION GLOSSARY. (1998). WHO/HPR/HEP/98.1, Erişim: [<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>], Erişim Tarihi: 02/04/2013.
- WILLIAMS, M.V., DAVIS, T., PARKER, R.M., WEISS, B.W. (2002). The Role of Health Literacy in Patient- Physician Communication. *Family Medicine* 2002;**34(5)**: 383-389.
- WILLIAMS, M. V., PARKER, R.M., BAKER, D. W., PARIKH, N.S., PITKIN, K., COATES, W.C., NURSS, J.R. (1995) Inadequate Functional Health Literacy Among Patients at Two Public Hospitals. *JAMA*. 1995 Dec 6;274(**21**):1677-82.
- WILLIAMS, M.V., PARKER, R.M., BAKER, D.W., PARIKH, N.S., PITKIN, K., COATES, W.C., NURSS, J.R. (1995). Inadequate Functional Health Literacy among Patients at Two Public Hospitals. *JAMA*. 1995;274:1677–1682. Erişim: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7474271>]. Erişim Tarihi: 07/04/2013
- WRIGHT, K.B., SPARKS, L., O’HAIR, H.D. (2008). *Health Communication in the 21st Century*. USA:Blackwell Publishing.
- YILDIZ, M., ATEŞ, S., YILDIRIM, K., RASINSK T., (2011). Okumaz Yazmaz Türk Kadınların Perspektifinden Okuryazarlık ve Okumaz Yazmazlık: Fenomonolojik Bir Çalışma. *Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN:1303-5134, Cilt:8, Sayı:1.

EKLER

Ek-1: EtikKuru

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 187
OTURUM TARİHİ : 06 MART 2012
OTURUM BAŞKANI : Prof. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Dr.Hv.Kd. Alb. Orhan KOZAK

GATA Etik Kurulu'nun 06 MART 2012 günü yapılan 187. oturumunda, GATA Kardiyoloji Y.B.'den Yük.Hem. Esra DEVECİ'nin sorumlu araştırmacılığını yaptığı **Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testinin uyarılama çalışması** başlıklı araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN
Toplantıya Katılmadı
Cem TAYFUN
Prof.Tbp.Tuğa.

ÜYE
Adnan ATAÇ
Prof.Dr.Ecz.Alb.

ÜYE
Orhan KOZAK
Prof.Hv.Tbp.Alb.

ÜYE
Toplantıya Katılmadı
Ali Uğur URAL
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Y. Meriye TUNCA
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE
Ali ALBAY
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
F. Mehmet MUTLU
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Sera GÜRBAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Fuat TOSUN
Prof.Tbp.Alb.

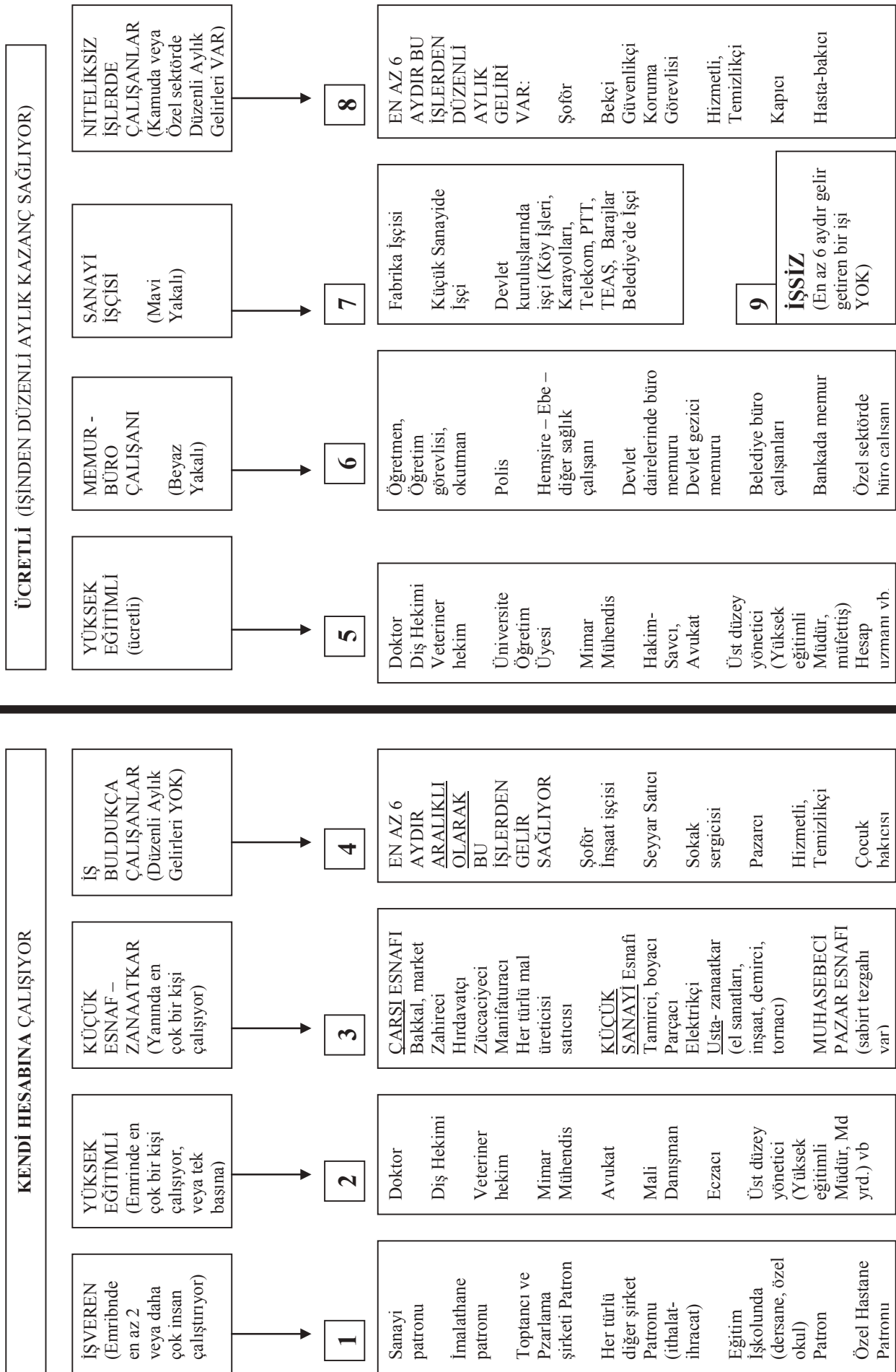
ÜYE
Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Fatih ÖZDAĞ
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE
Aygül AKYÜZ
Doç.Dr.Sağ.Alb.

ÜYE
Harun TUĞCU
Doç.Tbp.Yb.

EK-2: Korkut Boratav' ın Kentsel Sınıf Şeması



Ek-3: Veri Toplama Formu

YETİŞKİNLERDE İŞLEVSEL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI TESTİNİN UYARLAMA ÇALIŞMASI, VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı olarak yürütülen bir yüksek lisans tezidir. Amacımız, sizlerin sağlık okuryazarlık durumunuzu ve bununla ilişkili öğeleri bilimsel olarak belirlemektir.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır.. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Veri toplama formunda kimlik bilgileriniz yer almamaktadır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmanın niteliği açısından önemlidir. Katılımınız ve içtenlikli yanıtlarınız için teşekkür ederim.

Esra DEVECİ

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

İlgili şıkkı daire içine alınız.

1. Doğum tarihiniz: .. / .. /
2. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek
3. Öğrenim Durumunuz:
 - 1) İlkokul mezunu 2) Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu 4) Üniversite mezunu
 - 5) Yüksek Lisans/ Doktora mezunu
4. Medeni Durumunuz:
 - 1)Evli 2)Bekar 3)Boşanmış 4)Dul 5)Ayrı yaşıyor 6)Diğer
5. Hanenizde siz dahil toplam kaç kişi yaşıyorsunuz: ...
6. Aile Tipi:
 - 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Parçalanmış aile
7. Mesleğiniz:
 - 1)İşveren (Her türlü şirket patronu,özel hastane patronu)
 - 2)Yüksek eğitilmiş kendi hesabına çalışanlar (Üst düzey yönetici)
 - 3) Küçük esnaf- Zanaatkar (Çarşı esnafı, Küçük sanayi esnafı, Pazar esnafı)
 - 4) İş buldukça çalışanlar (Düzenli aylık geliri olmayan şoför,seyyar satıcı,... gibi.)

- 5)Yüksek eğitimli ücretli (Doktor, Mühendis, Mimar, Hakim, Savcı, ... gibi.)
 6)Memur-Büro çalışanı (Devlet dairelerinde memur, Öğretmen, Polis, Hemşire, ... gibi.)
 7)Sanayi işçisi
 8)Niteliksiz işlerde çalışanlar (Kamuda veya özel sektörde düzenli aylık geliri var)
 9)İşsiz (En az 6 aydır gelir getiren bir işi yok)

8. Çalışma Durumunuz:

- 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor 3)Emekli 4) Ev Hanımı

9. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Çok iyi 2) İyi 3)Orta 4) Kötü 5) Çok kötü

10. Sağlık güvenceniz:

- 1) Yok 2) SSK 3) Emekli Sandığı 4) Bağ-Kur 5) Yeşil Kart 6) Özel Sigorta 7) SGK
 8) Diğer.....

11. Yaşadığınız yer:

- 1) Şehir merkezi 2) İlçe 3) Köy

12. Yaşantınızın büyük çoğunlukla geçtiği yer:

- 1) İl 2) İlçe 3) Köy 4) Yurt dışı

13. Sigara kullanım durumunuz:

- 1)Hiç içmedim. 2) Kullanıp bıraktım. 3)Halen kullanıyorum.

14. Alkollü içecek tüketme durumunuz:

- 1)Evet 2)Nadiren,özel günlerde 3)Hayır

15. Boyunuz: ...

16. Vücut ağırlığınız: ...

17. Kendi okuduğunu anlama düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) Mükemmel 2)İyi 3)Orta 4)Kötü 5)Çok kötü

18. Bilgisayar kullanmayı biliyor musunuz?

1) Evet 2)Hayır

19. Günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere nereden ve ne sıklıkta ulaşırsınız?

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Çok az	Hiçbir zaman
Gazete					
Dergi					
İnternet					
Radyo ve televizyon					
Kitaplar ve broşürler					
Cep telefonu					
Aile üyeleri ve arkadaşlar					
Diğer...					

20. Okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinize yönelik diğer kişi/kişilerden yardım alıyor musunuz?

1) Her zaman 2) Sıklıkla 3)Bazen 4)Nadiren 5)Hiçbir zaman

21. Sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere nereden ve ne sıklıkta ulaşırsınız?

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Çok az	Hiçbir zaman
Gazete					
Dergi					
İnternet					
Radyo ve televizyon					
Kitaplar ve broşürler					
Cep telefonu					
Aile üyeleri ve arkadaşlar					
Doktor,hemşire ve diğer sağlık çalışanları					
Diğer...					

22. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1) Mükemmel 2)İyi 3)Orta 4) Kötü 5) Çok kötü

23. Tanısı konmuş bir hastalığınız var mı?

- 1)Evet (belirtiniz)
2)Hayır 3)Diğer(açıklayınız.....)

24. Ailede/Beraber yaşadığınız kişilerde tanısı konmuş bir hastalığı olan var mı?

- 1)Evet (belirtiniz)
2)Hayır 3)Diğer(açıklayınız.....)

25. Kendinizin veya yakınlarınızın sağlık sorunu nedeniyle bir sağlık kuruluşuna ayda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?

- 1)Ayda bir kezden az 2)1 kez 3)2 kez 4)3 kez 5)4 kez ve üstü

26. Hastanede yatma öykünüz:

- 1)Hiç yatmadım. 2)1 kez 3)2 kez 4)3 kez 5)4 kez ve üstü

27. Hastalığınız nedeniyle önerilen ilaçları kullanma durumunuz hangisine uygundur?

- 1) Her zaman 2) Sıklıkla 3) Bazen 4) Nadiren 5) Hiçbir zaman

İlaç kullandıysanız/kullanıyorsanız 28, kullanmadıysanız 30.soruya geçiniz:

28. Evinizde ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

- 1) Her zaman 2)Sıklıkla 3) Bazen 4)Nadiren 5) Hiçbir zaman

29. a)İ laç prospektüslerini okuyabiliyor musunuz?

- 1) Her zaman 2)Sıklıkla 3)Bazen 4)Nadiren 5)Hiçbir zaman

b)İlaç prospektüslerini anlayabiliyor musunuz?

- 1) Her zaman 2)Sıklıkla 3)Bazen 4)Nadiren 5)Hiçbir zaman

30. Hastalığınızla ilgili olarak herhangi bir broşür verildi mi?

- 1) Her zaman 2)Sıklıkla 3)Bazen 4)Nadiren 5)Hiçbir zaman

Broşür verildi ise:

31. a)Hastalığınızla ilgili verilen broşürü okuyabiliyor musunuz?

- 1) Her zaman 2)Sıklıkla 3)Bazen 4)Nadiren 5)Hiçbir zaman

b)Hastalığınızla ilgili verilen broşürü anlayabiliyor musunuz?

- 1) Her zaman 2)Sıklıkla 3)Bazen 4)Nadiren 5)Hiçbir zaman

YETİŞKİNLERDE İŞLEVSEL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI TESTİ

Cümle içindeki boşluğa getirildiğinde anlam bütünlüğünü sağlayan kelimenin olduğu şıkkı işaretleyiniz.

BÖLÜM A

Doktorunuz sizi(A₃₂) röntgeni çektirmeye gönderdi.

- a. mide
- b. diyabet
- c. dikiş
- d. mikrop

.....(A₃₃) için geldiğinizde, mideniz(A₃₄) olmalı.

- | | |
|------------------|-----------|
| a. Olur | a. astım |
| b. Olurum | b. boş |
| c. Eğer | c. kronik |
| d. Mide Röntgeni | d. kansız |

Röntgen işlemi 1 ile 3(A₃₅) zaman.....(A₃₆) .

- | | |
|----------|------------|
| a. yatak | a. alır |
| b. beyin | b. getirir |
| c. saat | c. Konuşur |
| d. diyet | d. Bakar |

RÖNTGEN'DEN ÖNCEKİ GÜN

Akşam yemeği için çay ya da kahveyle birlikte yalnızca bir(A₃₇) meyve tabağı,

- a. küçük
- b. çorba
- c. nöbet
- d. bulantı

bir (A₃₈) ve atıştırmalık yiyin.

- a. parça
- b. boğaz
- c. tost
- d. uyluk

.....(A₃₉) sonra, röntgen(A₄₀) önce,(A₄₁)(A₄₂)
ya da içecek almayın.

- | | | | |
|--------------------|----------------|-----------------|------------|
| a) Dakikadan | a. almadan | a. hasta | a. kolay |
| b) Gece yarısından | b. kullanmadan | b. hepsi | b. ye |
| c) Boyunca | c. çektirmeden | c. her bir | c. iç |
| d) Yemekten | d. yapmadan | d. herhangi bir | d. yiyecek |

RÖNTGEN GÜNÜ

.....(A₄₃) yapmayın.(A₄₄) bile(A₄₅) .

- | | | |
|-------------|-----------|-------------|
| a. Randevu | a. Kalp | a. sürmeyin |
| b. Yürüyüş | b. Ekmek | b. içmeyin |
| c. Kahvaltı | c. Su | c. giymeyin |
| d. Klinik | d. Kanser | d. doz |

Herhangi bir(A₄₆) olursa, röntgen(A₄₇) arayın.

- | | |
|----------------|-----------------|
| a)cevabınız | a. bölümünü |
| b)egzersiziniz | b. belirtisini |
| c)çalışmanız | c. eczanesini |
| d)sorunuz | d. diş ağrısını |

BÖLÜM B

.....(B₄₈) açıklandığı üzere,(B₄₉) ya da işlem süresince 2. paragrafta(B₅₀),

- | | | |
|----------|--------------|--------------|
| a. Benim | a. frengi | a.alınan |
| b. Bana | b. hepatit | b.belirtilen |
| c. O | c. kolit | c.gidilen |
| d. Onlar | d. operasyon | d.verilen |

.....(B₅₁) işlemlerden veya farklı işlemlerden başka öngörülemeyen durumlar(B₅₂) .

- | | |
|-------------|--------------------|
| a.ek | a.ortaya çıkabilir |
| b.başka | b.depresif |
| c.oriijinal | c.yönlendirilmiş |
| d.bağımlı | d.bildirilmiş |

Bu sebeple, yukarıda ismi belirtilen(B₅₃) , asistanlarının ve diğer yetkili doktorların

- | |
|-------------------|
| a.enfeksiyonların |
| b.hamilelerin |
| c.sigortanın |
| d.doktorların |

gerekli ve(B₅₄) görmeleri halinde, ilgili işlemi(B₅₅)(B₅₆)ve talep ediyorum.

- | | | |
|---------------|-------------------|--------------------|
| a. istenmeyen | a. uygulamalarını | a. uyguluyor |
| b. acil | b. sürmelerini | b. onaylıyor |
| c. istenen | c. başlamalarını | c. enerji veriyor |
| d. teşhis | d. streslerini | d. baskı uyguluyor |

Yetkili kişiler tedavi(B₅₇) tüm durumların, tıbbi.....(B₅₈) veya

- | | |
|----------------|-----------|
| a.nedeniyle | a.durum |
| b.tavsiyesiyle | b.özellik |
| c.gerektiren | c.hata |
| d.ilişkili | d.girişim |

ameliyat(B₅₉) ortaya çıkan ve önceden bilinmeyen bozuklukların(B₆₀)

- | | |
|-------------|--------------|
| a.odasında | a.tanısını |
| b.masasında | b.teşhisini |
| c.kapısında | c.uyarısını |
| d.esnasında | d.tedavisini |

yapmakla.....(B₆₁).

- | |
|-----------------|
| a.yükümlüdür |
| b. önceliklidir |
| c.isteklidir |
| d.sorumsuzdur |

AŞAĞIDAKİ SORULARI İLAÇ KUTULARINDA VERİLEN TALİMATLAR DOĞRULTUSUNDA CEVAPLAYINIZ.

<p>1_A - Eğer ilk ilacınızı 07:00' de almışsanız, sonraki ilacınızı ne zaman almanız gerekir? 1_B - Daha sonraki hapınızı saat kaçta almanız gerekir? 1_C - Peki o günün son ilacını ne zaman almanız gerekir?</p>
<p>2 - Bu ilacı 10 Haziran 2013'de alabilir misiniz?</p>
<p>3_A- Eğer ilacınızı Salı günü almaya başladığınız, bir sonrakini hangi gün almanız gerekir? 3_B-Ondan sonrakini hangi gün alırsınız?</p>
<p>4 -Bu kan şekeri değeri size ait olsaydı, bunu normal olarak kabul eder miydiniz?</p>
<p>5_A -Randevunuzun tarihi nedir? 5_B -Nereye gitmeniz gerekmektedir?</p>
<p>6 - Bu ilaçlardan toplam kaç tane almanız gerekmektedir?</p>
<p>7_A -Aynı reçete ile bu ilacı en fazla kaç kez alabilirsiniz? 7_B- Bu ilacın reçete edildiği tarih nedir? 7_C- Bu ilacın reçete edildiği tarihinden 6 ay sonrası ne zamana denk gelir?</p>
<p>8_A - Öğle yemeğinizi saat 12.00'de yediğinizi kabul edelim. Eğer bu ilacı yemekten önce almanız gerekiyorsa saat kaçta almanız gerekir? 8_B - Eğer ilacı yemekten önce almayı unutursanız, ilacınızı ne zaman almanız gerekir?</p>

ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Esra ÜÇPUNAR (DEVECİ)

Doğum Yeri ve Tarihi: Düzce, 25.01.1987

Uyruğu : TC

Medeni durumu : Evli

İletişim Adresi : Gümüşsuyu Asker Hastanesi, Taksim/İSTANBUL

e-posta : esra_gata@yahoo.com.tr

II-Eğitim

2000-2004 :Lise-Söke Hilmi Fırat Anadolu Lisesi, Aydın.

2004-2008 :Lisans-GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara.

2010- :Yüksek Lisans-Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara.

III-Mesleki Deneyim

2008 Temmuz-2009 Temmuz stajyer hemşirelik: 6 ay GATA AEAH Anestezi Yoğun Bakım Hemşireliği, 6 ay GATA AEAH Kardiyoloji Yoğun Bakım Hemşireliği

2009 Temmuz- 2013 Ağustos: GATA AEAH Kardiyoloji Yoğun Bakım Hemşireliği

2013 Eylül' den başlayarak Gümüşsuyu Asker Hastanesi Acil Hemşireliği

IV- Üye Olununan Bilimsel Kuruluşlar

Türk Hemşireler Derneği

V-Bilimsel Etkinlikleri

Ankara Üniversitesi III. Sigara veya Sağlık Sempozyumu (2010)

Başkent Üniversitesi Küreselleşme, Yoksulluk ve Kadın Sempozyumu (2010)

Ankara Üniversitesi IV. Sigara veya Sağlık Sempozyumu (2011)

16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (2013)

VII- Diğer Bilgiler

GATA AEAH Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu (2008)

GATA AEAH Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kursu (2009)

GATA AEAH Acil Kursu (2009)

GATA AEAH Biyoistatistik ve Araştırma Kursu (2013)