

Bir Üniversite Sağlık Kampüsündeki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi

DETERMINATION OF HEALTH LITERACY LEVELS OF PEOPLE IN A UNIVERSITY HEALTH CAMPUS

¹ Ayşenur BALATLI¹, ¹ Muhammed Akın KANTARCI¹, ¹ Yunus Emre TUNÇ², ¹ Mehmet Emre AYKIR², ² Ayça YOZCU², ² Asmin ŞEN², ² Hamit Esad ERDEM², ² Mehmet Samet DEMİR², ² Mirza Hanifi ALTUNBAŞ², ² Mücahit ARSLAN², ² Recep YARBI², ² Şemal KAPTAN², ² Yalçın Birge², ¹ Mukaddes GÜMÜŞTEKİN¹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

² Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci, İzmir, Türkiye

ÖZ

Amaç: Sağlık okuryazarlığı (SOY), insanların kendileri ve yakınları için sağlığı geliştirecek ve sürdüreceği şekilde bilgi ve hizmetlere erişmelerini, anlamalarını, değerlendirmelerini ve kullanmalarını sağlayan kişisel bilgi ve yetkinliklerdir. Düşük SOY düzeyi, hastaneye yatış ve acil servis kullanımında artma, tarama programları ve koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında azalma ile ilişkilidir. Çalışmamızın amacı, bir üniversite sağlık kampüsündeki bireylerin (hasta, hasta yakını ve öğrenciler) SOY düzeyini ve SOY düzeyi üzerinde etkili faktörleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin polikliniklerine başvuran veya sağlık kampüsünde bulunan, 185 hasta/hasta yakını ve öğrencilerde Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 ölçeği (TSOY-32), Tıp Fakültesi Dönem 1 öğrencileri tarafından 'Özel Çalışma Modülü' kapsamında yüz yüze görüşülerek değerlendirilmiştir. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, aylık gelir düzeyleri sorularak ve TSOY-32 ölçeği kullanılarak veriler toplanmıştır. SPSS 24 kullanılarak analizler yapılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: 185 kişi anket ve ölçek sorularını yanıtlamayı kabul etmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $33,60 \pm 14,98$ yıl olup, %60,5'i erkekti ($n=112$). %36,2'i yüksekokul ve üzerinde eğitim düzeyine sahipken, sadece %4,9'u ilköğretim mezunuydu. Katılımcıların TSOY-32 indeks puan ortalaması $30,00 \pm 6,41$ (maksimum skor=50) idi; %49,7'si sorunlu/sınırlı ve %20'si yetersiz SOY düzeyine sahipti. İlköğretim ile lise ve ilköğretim ile yükseköğretim mezunlarının TSOY-32 indeks ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu.

Sonuç: Katılımcıların SOY düzeyleri ile yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve gelir durumu arasında anlamlı bir korelasyon bulunmazken, eğitim düzeyi arttıkça SOY düzeyinin arttığı görülmüştür. SOY ile ilgili eğitimlerin artırılması kişilerin SOY düzeylerini artırabilir ve düşük SOY düzeylerinin sağlık sistemi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Okuryazarlığı (SOY), Üniversite sağlık kampüsü, Özel çalışma modülü

Mukaddes GÜMÜŞTEKİN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, İzmir,
Türkiye

E-posta: gumustek@deu.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0001-7761-2919>

ABSTRACT

Objective: Health literacy (HL) is the personal knowledge and competencies that enable people to access, understand, evaluate and use information and services to improve and maintain health for themselves and their relatives. Low level of HL is associated with increased hospitalization and emergency department use, and decreased use of screening programs and preventive health services. This study was conducted within the scope of the 'Special Study Module' and our aim was to determine the HL level of people (patients, patient relatives and students) in a university health campus and the factors affecting the HL level.

Materials and Methods: The Turkish Health Literacy-32 scale (TSOY-32) was assessed in 185 patients/patient relatives and students who applied to the outpatient clinics of xxxxx University Faculty of Medicine Hospital or who were in the health campus by face-to-face interviews conducted by Term 1 students of the Faculty of Medicine. Data were collected by asking the age, gender, marital status, educational status, occupation, social security, monthly income levels of the participants and using the TSOY-32 scale. Analyses were performed using SPSS 24. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: 185 people agreed to answer the questionnaire and scale questions. The mean age of the participants was 33.60 ± 14.98 years and 60.5% were male ($n=112$). 36.2% had a higher education level of college or higher, while only 4.9% were primary school graduates. The mean TSOY-32 index score of the participants was 30.00 ± 6.41 (maximum score=50); 49.7% had problematic/limited and 20% had inadequate HL. There was a significant difference between the mean TSOY-32 index scores of primary school-high school and primary school-higher education graduates.

Conclusion: While there was no significant correlation between the participants HL levels and age, gender, marital status, occupation and income status, it was observed that the HL level increased as the level of education increased. Increasing the education related to HL may increase the HL levels of individuals and reduce the negative effects of low HL levels on the health system.

Keywords: Health Literacy (HL), University health campus, Special study module

Sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramı, ilk kez Simond tarafından 1974 yılında kullanılmıştır ve bireyin sağlık hizmeti sistemini kullanma becerisinin geliştirilmesini içeren çok önemli bir sosyal politika konusu olarak tanıtılmıştır. Kişilerin hastalandıklarında ve öncesinde sağlıklı bir hayat sürdürmesinde sağlık ile ilgili bilgiye ulaşması, bunu anlayabilmesi ve bu bilgiye uygun davranabilmesi son derece önemlidir. Son dönemlerde birçok ülkede SOY kavramı önem kazanmış olup bir araştırma alanı olarak öne çıkmış ve bu konu ile ilgili daha fazla çalışma yapılmaya başlanmıştır (1, 2).

SOY kavramı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "İnsanların kendileri ve yakınları için sağlığı geliştirecek ve sürdüreceği şekilde bilgi ve hizmetlere erişmelerini,

anlamalarını, değerlendirmelerini ve kullanmalarını sağlayan kişisel bilgi ve yetkinlikler" olarak tanımlanmıştır (3). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan bir çalışma da erişkinlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri %53'ünde orta, %12'sinde yeterli, %22'sinde ise temel seviyede ve %14'ünde temel seviyenin altında bulunmuştur (4). Avrupa Birliği (AB)'ne üye sekiz ülkede yapılan başka bir SOY araştırmasında, katılımcıların %2-27'sinin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, yetersiz ve sorunlu SOY düzeylerinin toplamı ise % 29-62 arasında değişiklik göstermiştir (5). 2014'de, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçekleri esas alınarak yürütülmüş bir çalışmanın sonucunda, Türkiye nüfusunun "sorunlu veya yetersiz" sağlık okuryazarlığı oranı %64,6 olarak tespit edilmişken; bu oran Avrupa ülkelerinde % 47,6'dır. Aynı

çalışmada genel SOY indeks ortalama puanı (30,4±0,16)'nın, Avrupa ortalamasının (33,8±8,0) oldukça gerisinde kaldığı belirlenmiştir (6).

Son zamanlarda SOY'na olan ilginin artmış olmasının nedenlerinden biri; yapılan çalışmalarda yetersiz SOY'nun daha kötü sağlık sonuçlarıyla ilgili olduğunun ve daha yüksek sağlık hizmeti kullanımına ve sağlık harcamalarında artışa neden olduğunun gösterilmesidir. Ayrıca bu çalışmalarda, sağlığın sosyal belirleyicilerinin SOY düzeyiyle yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, SOY'na daha fazla önem verilmesi, bir yandan sağlığımızı iyileştirirken, diğer yandan da gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ve maliyetlerini azaltarak hem birey hem de toplum düzeyinde önemli bir geri dönüş sağlayabileceği bildirilmektedir (7-11).

Düşük sağlık okuryazarlık düzeyi, daha yüksek hastaneye yatış ve acil servis kullanımı, tarama programlarına daha az katılım, koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında azalma ile ilişkili bulunmuş olup, bu kişilerin hastalıkları hakkında daha az bilgiye sahip olduğu ve ölüm risklerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (1). Bu nedenle SOY düzeyi son derece önemli olup, bu düzeyi etkileyen faktörlerin araştırılmasının gerekliliği anlaşılmıştır.

Çalışmamızın amacı, üniversitemizin sağlık kampüsünde bulunan hasta, hasta yakını ve öğrencilerin SOY düzeylerini ve bunu etkileyen faktörleri saptamaktır.

YÖNTEM

2021-2022 yılı eğitim bahar döneminde 'Sosyal Sorumluluk Özel Çalışma Modülü (ÖÇM)' kapsamında, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 1 öğrencileri ile gerçekleştirilen tanımlayıcı ve kesitsel olan bu çalışmada; 22.03.2022 - 23.06.2022 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nin polikliniklerine (KBB, üroloji, dahiliye, kardiyoloji, dermatoloji, ortopedi, nefroloji, radyoloji, genel cerrahi ve hematoloji) başvuran hasta veya hasta yakınları ve tıp fakültesi öğrencileri çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmaya davet edilen 326 hasta/hasta yakını ve öğrencilerden, 185'i çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğü Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden (22.03.2022 tarihli ve E-14585038-044-

222510 sayılı) onay alınmıştır. Ankete katılmayı kabul eden kişilere, Gönüllü Bilgi Formunun ilk sayfasında çalışma hakkında detaylı bilgi verilmiş olup ayrıca sözel olarak açıklanmıştır. ÖÇM kapsamında tıp fakültesi dönem 1 öğrencilerinin SOY konusunda farkındalıklarını artırmak için yapılan bu çalışmanın verilerinin yayın haline getirilebilmesi için, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır (19.10.2022, 2022/33-09).

Veri toplama araçları

Çalışmanın verileri, "Gönüllü bilgi formu" ve SOY'na ilişkin ifadelerin bulunduğu "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)" kullanılarak yüz yüze toplanmıştır (12). Gönüllü bilgi formunda, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, meslek, sosyal sigorta ve gelir düzeyi) toplam 7 soru yer almaktadır.

TSOY-32 ölçeği; Okyay ve arkadaşları tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmış, 'Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması [The European Health Literacy Survey (HLS-EU)] Kavramsal Çerçevesi' temel alınarak oluşturulmuş toplamda 32 sorudan oluşan yeni bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir (12). Anketin her maddesi '1: Çok kolay', '2: Kolay', '3: Zor', '4: Çok zor', '5: Fikrim yok' şeklinde cevaplanmaktadır.

TSOY-32 ölçeği; 2x4'lük matris şeklinde, iki temel boyutta yapılandırılmıştır. Buna göre, matris 'Tedavi ve hizmet' ile 'Hastalıklardan korunma ve Sağlığın geliştirilmesi' şekilde iki boyut ile 'Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma', 'Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama', 'Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme' ve 'Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama' olmak üzere dört süreci içeren toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. TSOY-32'nin 2x4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Tedavi ve hizmet	1,4,5,7	2,8,11,13	3,9,12,15	6,10,14,16
Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi	18,20,22,27	19,21,23,25	24,26,28,32	17,29,30,31

Ölçekten toplam 0-128 arasında puan alınabilir. Hesaplama kolaylığı sağlamak için ölçeğin değerlendirilmesinde; indeks puan ortalaması HLS-EU çalışmasındaki gibi 0 - 50 puan arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için kullanılmakta olan formül ise şudur;

$$\text{İndeks} = [(\text{aritmetik ortalama}-1) \times (50/3)]$$

Bu formülde, indeks, her bir kişiye özgün hesaplanan değeri ifade ederken, ortalama da bir kişinin cevap verdiği her sorunun puan ortalamasıdır. Bu hesaplamanın ardından, en düşük SOY düzeyi '0' puan ; en yüksek SOY düzeyi de '50' puan ile ifade edilmektedir. Yine, HLS-EU çalışmasındaki gibi, elde edilen indeks puan dört kategoride sınıflandırılmıştır:

(0-25) puan : Yetersiz SOY

(>25-33) puan : Sorunlu – sınırlı SOY

(>33-42) puan : Yeterli SOY

(>42-50) puan: Mükemmel SOY olarak tanımlanmaktadır (12).

İstatistiksel analiz

Çalışmanın verileri, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 24 programı ile analiz edilmiştir. Çalışmanın sayısal verilerinin değerlendirilmesinde yüzde değerleri, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. İstatistiksel analizi yapılan gruplar arasında 30'un altında örneğe sahip olan gruplar bulunduğu için normal dağılmayacağı ön görülerek non-parametrik testler olan Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık kampüsünde bulunan bireylere 'Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)' uygulanarak bu konudaki bilgi düzeyleri saptanmıştır. Ölçeği yanıtlayan kişilerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n=185)			
YAŞ (Genel Ortalama + SD)		33,60±14,98	
		n	%
CİNSİYET	ERKEK	112	%60,5
	KADIN	73	%39,5
MEDENİ DURUM	EVLİ	78	%42,2
	BEKAR	107	%57,8
EĞİTİM DURUMU	İLKOKUL MEZUNU	9	%4,9
	ORTAOKUL MEZUNU	16	%8,6
	LİSE MEZUNU	93	%50,3
	MESLEK	21	%11,4
	ÜNİVERSİTE	43	%23,2
	YÜKSEK LİSANS	2	%1,1
	DOKTORA MEZUNU	1	%0,5
MESLEK	EV HANIMI	17	%9,2
	İŞÇİ	10	%5,4
	EMEKLİ	19	%10,3
	ÖĞRENCİ	71	%38,4
	MEMUR	31	%16,8
	ESNAF	13	%7
	SERBEST ÇALIŞAN	7	%3,8
	DİĞER	17	%9,2
SOSYAL GÜVENCE	YOK	47	%25,4
	SGK	110	%59,5
	DİĞER	28	%15,1
AYLIK GELİR	GELİR<GİDER	53	%28,3
	GELİR=GİDER	90	%48,6
	GELİR>GİDER	42	%22,7

Çalışmaya dahil edilen 185 katılımcının yaş ortalaması 33,60±14,98 (18-75 yaş) olup ve %60,5'i erkeklerden (n=112) oluşmaktadır. Erkeklerin yaş ortalaması 34,24±15,25 ve kadınların yaş ortalaması 32,63±14,61'dir. Çalışmaya katılanların %38,4'ünü öğrenciler (n=71) oluşturmaktadır (Tablo 2). Öğrencilerin

bir kısmı, hastaneye hasta/hasta yakını olarak gelen kişiler olup, diğerleri de Tıp fakültesi dönem 1 ve dönem 2 öğrencileridir.

Araştırmaya katılanların genel TSOY-32 indeks puan ortalaması 30,00±6,41 olup; tedavi ve hizmet alt boyutu indeks ortalaması 31,28±7,28'dir, bu puan ölçeğin

genel puanından yüksek iken; hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu indeks ortalaması ise $28,73 \pm 6,92$ olup ölçeğin genel puanından düşüktür. Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyutunda en düşük ve en yüksek puan aldıkları bileşenler incelendiğinde bunların sırasıyla; bilgiyi değerlendirme ($26,08 \pm 10,10$) ve bilgiye ulaşma bileşeni ($33,42 \pm 10,14$) olduğu görülmüştür. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda ise sırasıyla bilgiyi kullanma-uygulama ($25,11 \pm 10,18$) ve bilgiye ulaşma bileşeni ($32,70 \pm 9,34$) en düşük ve en yüksek puanın alındığı bileşenler olmuştur (Tablo 3).

yükseköğretim ($31,74 \pm 6,97$) mezunları arasında olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,048$, $p<0,001$). Öğrencilerin genel TSOY-32 indeks puan ortalaması $30,64 \pm 6,08$ olup grubun genelinin puan ortalamasından ($30,00 \pm 6,41$) çok az yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4).

Tablo 3. Katılımcıların TSOY-32 ölçeğinin matris bileşenleri indeks puan ortalamaları	
Boyut	Ortalama puan
Genel	$30,00 \pm 6,41$
Tedavi ve hizmet	$31,28 \pm 7,28$
Bilgiye ulaşma	$33,42 \pm 10,14$
Bilgiyi anlama	$32,29 \pm 8,39$
Bilgiyi değerlendirme	$26,08 \pm 10,10$
Bilgiyi kullanma uygulama	$33,33 \pm 9,53$
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	$28,73 \pm 6,92$
Bilgiye ulaşma	$32,70 \pm 9,34$
Bilgiyi anlama	$31,48 \pm 9,13$
Bilgiyi değerlendirme	$25,51 \pm 9,33$
Bilgiyi kullanma uygulama	$25,11 \pm 10,18$

Genel TSOY-32 indeks puan ortalaması kadınlarda ($30,90 \pm 6,20$), erkeklerden ($29,42 \pm 6,51$) daha fazla bulunmuştur ancak bu cinsiyet farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvence ve gelir durumu ile genel TSOY-32 indeks puanları arasında ilişki bulunmazken, eğitim durumu ile TSOY-32 indeks puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,013$). İstatistiksel anlamlılığın özellikle ilköğretim ($25,81 \pm 6,51$) ile orta öğretim ($29,88 \pm 5,41$) ve ilköğretim ile

Tablo 4. Katılımcıların TSOY-32 indeks ortalamaları ile sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması					
Değişkenler		TSOY-32 İndeks	p		
Cinsiyet	Erkek	29,42±6,51	0,124		
	Kadın	30,90±6,20			
Yaş aralığı	Genç (18-24 yaş)	30,72±6,21	0,335		
	Yetişkin (25-64 yaş)	28,67±6,77			
	Yaşlı (65 yaş ve üzeri)	29,60±6,21			
Medeni durum	Evli	29,01±6,46	0,111		
	Bekar	30,72±6,31			
Eğitim durumu	İlköğretim	İlkokul mezunu	24,88±8,97	0,013	
		Ortaokul mezunu	26,33±4,90		
	Orta Öğretim	Lise mezunu	29,88±5,41		
		Yükseköğretim	Meslek yüksekokulu mezunu		32,91±9,18
			Üniversite mezunu		31,18±5,90
			Yüksek lisans mezunu		31,25±4,41
			Doktora mezunu (n=1)		32,29
Meslek	Ev hanımı	28,67±6,84	0,429		
	İşçi	28,07±5,42			
	Emekli	30,70±8,53			
	Öğrenci	30,64±6,08			
	Memur	30,47±5,63			
	Esnaf	27,76±4,15			
	Serbest çalışan	32,29±8,66			
	Diğer	28,95±7,11			
Sosyal güvence	Yok	30,21±5,45	0,376		
	SGK	30,20±6,63			
	Diğer	28,88±7,11			
Gelir durumu	Gelir < gider	29,89±6,75	0,376		
	Gelir =gider	29,45±6,62			
	Gelir > gider	31,28±5,45			

Katılımcıların SOY indeks puan ortalaması incelendiğinde; %20,0'sinin SOY düzeyi yetersiz, %49,7'sinin sorunlu-sınırlı, %27,6'sının yeterli ve %2,7'sinin mükemmel olarak tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların TSOY-32 indeks puanlarının değerlendirilmesi		
TSOY-32 İndeks değerlendirme	n	%
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	37	20,0
Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	92	49,7
Yeterli sağlık okuryazarlığı	51	27,6
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	5	2,7
Toplam	185	100

En düşük TSOY-32 indeks puanı 6,25 ve en yüksek TSOY-32 indeks puanı da 48,44 olarak bulunmuştur. Mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olan katılımcıların (n=5) 4'ünün yüksekokul ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olduğu, yine 4 'ünün 18-24 yaş aralığında olduğu; yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olanların (n=51) ise %54,1'i lise mezunu; %67,6'sı erkek; %54,1'i 18-24 yaş aralığında; %51,4'ü bekar ve %56,8'sinin sosyal güvencesi olduğu görülmüştür. İstatistiksel olarak tek anlamlı farklılık eğitim düzeyinde tespit edilmiştir (Tablo 5).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32'ndeki sorulara verilen yanıtların dağılımı Tablo 6'te verilmiştir. Buna göre katılımcıların TSOY-32 anketine verdikleri yanıtlara göre;

“Tedavi ve hizmet” boyutunda,

16. Madde, % 37,3 ile en fazla “çok kolay”;

15. Madde, % 10,8 ile en fazla “çok zor”;

9. Madde, % 4,3 ile en fazla “fikrim yok” cevabı verilen maddeler olmuştur.

“Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” boyutunda,

20. Madde, %34,1 ile en fazla “çok kolay”;

29. Madde, %21,1 ile en fazla “çok zor”;

32. Madde, %28,1 ile en fazla “fikrim yok” cevabı verilen maddeler olmuştur (Tablo 6).

Tablo-6. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32'ye verdikleri yanıtların yüzdeleri	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1.Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	28,6	60,0	8,6	2,2	0,5
2.Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	16,8	68,6	10,8	2,7	1,1
3.Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	17,8	49,7	23,8	4,3	4,3
4.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	31,9	48,1	14,6	2,7	2,7
5.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	35,7	46,5	11,9	2,7	3,2
6.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	33,0	37,3	17,8	10,3	1,6
7.Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	17,3	49,2	28,1	2,7	2,7
8.Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	13,5	58,9	23,2	2,7	1,6
9.Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	13,0	48,6	29,2	4,9	4,3
10.Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	35,7	53,5	8,6	2,2	0
11.İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	24,3	50,3	20,0	4,3	1,1
12.Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	11,4	42,2	35,1	4,3	7
13.Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	27,0	56,8	11,9	3,2	1,1
14.Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	22,2	41,1	24,9	10,3	1,6
15.Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	13,5	36,2	36,2	10,8	3,2
16.Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	37,3	47,6	10,3	3,2	1,6
17.Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	16,8	43,8	26,5	10,3	2,7
18.Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	26,5	54,6	16,2	2,7	0
19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	28,6	54,1	13,5	3,2	0,5
20.Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	34,1	50,8	11,9	2,7	0,5
21.Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa	30,8	54,6	8,6	4,9	1,1

çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22.Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	16,8	53,0	22,7	5,9	1,6
23.İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	24,9	55,1	13,5	3,2	3,2
24.İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	11,9	37,3	37,8	10,3	2,7
25.Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	12,4	36,8	36,2	14,6	0
26.Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	20,5	62,2	11,9	4,3	1,1
27.Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	23,2	50,3	20,5	2,7	3,2
28.Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek	25,9	53,5	13,4	5,4	1,6
29.Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	11,4	28,6	37,3	21,1	1,6
30.Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	10,3	33,5	33,5	14,1	8,6
31.Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	24,3	53,0	15,7	3,8	3,2
32.Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	8,6	24,9	25,9	12,4	28,1

TARTIŞMA

Çalışmamızda, katılımcıların TSOY-32 indeks puan ortalamasının 30,00±6,41 olduğu saptanmıştır. Kategorik değerlendirmede ise araştırmaya katılanların %20'sinin sağlık okuryazarlık düzeyinin "yetersiz" olduğu belirlenmiştir. Değerli ve Tüfekçi'nin, Isparta il merkezinde ikamet eden on beş (15) yaş üzeri 241.438 kişi üzerinde, TSOY-32 Ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmalarında, TSOY-32 indeks puan ortalaması 28,48 olarak bulunmuştur (13). Berberoğlu ve arkadaşları bir aile sağlığı merkezine başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada genel sağlık okuryazarlığı puanını 24,9 ± 9,5 olarak bulmuştur (14). Karşılaştırdığımızda bizim çalışmamızın TSOY-32 indeks puan ortalaması, Berberoğlu ve arkadaşlarının

çalışmasından yüksek, Değerli ve Tüfekçi'nin çalışması ile yaklaşık olarak aynıdır. Çalışmamızın indeks puan ortalamasının Berberoğlu ve arkadaşlarının çalışmasından yüksek olması, bizim çalışmamızda lise ve üzeri eğitim alanların yüzdesinin (%86,5) onlarınkinden (%46,4) yüksek olmasına bağlı olabileceğini düşünüyoruz. Çünkü bizim çalışmamıza (%86,5) benzer indeks puan ortalamasına sahip Değerli ve Tüfekçi'nin çalışmasında da lise ve üzerinde eğitim alanların oranı %78,1 olarak görülmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarını; Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya'da yürütülen toplam 8000 kişinin SOY düzeyinin değerlendirildiği Avrupa sağlık okuryazarlığı

araştırmasının (HLS-EU) sonuçları ile karşılaştırdığımızda; sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık oranları çalışmamızda %69,7 iken Avrupa Birliği çalışmasında %47 olduğu görülmektedir. Avrupa ülkelerinde bu oranın daha düşük olması yüksek eğitim düzeylerine sahip katılımcı oranının (%57,2) bizim çalışmamızdaki orandan (%36,2) yüksek olması olabilir (1).

Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre 'Tedavi ve Hizmet' alt boyut puan ortalamasının 31,28 ± 7,28; 'Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi' alt boyut puan ortalamasının 28,73 ± 6,92 olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde Berberoğlu ve arkadaşları da çalışmalarında bizim çalışmamızla uyumlu olarak "Tedavi ve hizmet" alt boyutunun indeks puanını, ölçeğin genel puanından fazla; "Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi" alt boyutunun indeks puanını ise ölçeğin genel puanından düşük bulmuştur(14). Bu sonuç, toplumumuzda koruyucu sağlık hizmetleri anlayışının ikinci planda kaldığını ve sağlık hizmetinin tedavi edici kısmının halen daha fazla önemsendiğini düşündürmektedir. Sağlık okuryazarlığı kavramının öneminin yeni yeni anlaşılıyor oluşunun, sağlıklı yaşamın ve koruyucu sağlık hizmetleri kültürünün ülkemizde henüz yerleşmekte olmasının, bu sonucun nedeni olabileceği üzerinde durulmaktadır (15).

Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyutunda en fazla puanı 'Bilgiye Ulaşma' bileşeninden aldıkları (33,42±10,14); en düşük puanı ise 'Bilgiyi Değerlendirme' bileşeninden (26,08±10,10) aldıkları görülmüştür. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda ise en yüksek puan 'Bilgiye Ulaşma' bileşeninden (32,7±9,34) alınırken; en düşük puan 'Bilgiyi Kullanma/ Uygulama' bileşeninden (25,11±10,18) alınmıştır. Benzer şekilde Berberoğlu ve arkadaşlarının da çalışmalarında, tedavi ve hizmet alt boyutunda, en fazla puan 'Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma' bileşeninden, en düşük puan ise 'Bilgiyi Değerlendirme' bileşeninden alınmıştır (14).

Sağlık hizmetinin doğru ve etkin kullanılmasını sağlamak ve sağlık sektörü üzerindeki yükün azaltılmasında önemli bir araç olarak kabul edilen SOY düzeyinin toplumumuzda, Avrupa toplumuna göre genel olarak yetersiz olduğu bilinmektedir. Tanrıöver ve

arkadaşları 'Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması' başlıklı çalışmasında Türkiye (30,4±0,16) ve Avrupa (33,8±8,0) sağlık okuryazarlığı indeks ortalamasını karşılaştırmış ve Türkiye ortalamasının Avrupa ortalamasından daha düşük olduğunu bildirmiştir. Bu durum hâlihazırda daha kötü ekonomik parametrelerle ilişkili bulunmuştur. Ancak bu çalışma bizim çalışmamızdaki anketten farklı olarak, 47 soruluk 'Sağlık Okuryazarlığı Anketi- Avrupa Birliği (SOYA-AB)' anketi kullanılarak yapılmıştır. Bu ankette üç ana alt indeks olan sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi alt başlıklarını içermiş olup Avrupa puan ortalaması her üç alanda da Türkiye ortalamasından yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada öğrenim seviyesi ve sosyo-ekonomik şartlar sorunlu sağlık okuryazarlığının sebebi olarak öne çıkmıştır ve sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi için bu şartların da iyileştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (16).

Çalışmada değinilen önemli noktalardan biri de tıbbi bir acil durumda ne yapılması gerektiğine ilişkin bilgi edinmek ve bunu anlamak ve riskli davranış ve sağlığa zararlı ve yararlı alışkanlıklar ile koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili bilgi edinme, anlama ve değerlendirme aşamalarında Avrupa çalışması ile Türkiye çalışmasının anket cevapları arasında dikkate değer bir farklılık olduğudur. Türkiye verilerinde bu sorulara yaklaşık iki kat daha fazla 'zor' / 'çok zor' yanıtı verilmiştir (16). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da tedavi ve hizmet" alt boyutunda, "acil bir durumda ne yapabileceğine karar vermek" sorusu % 10,8 ile en yüksek oranda "çok zor" yanıtı verilen madde (15.madde) olurken; "gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak" % 37,3 ile en yüksek oranda "çok kolay" yanıtı verilen madde (16. madde) olmuştur. Bu bulgular Türkiye çalışmasında gösterilmiş olan yüksek acil servis başvuru oranlarıyla ilişkilendirildiğinde, daha düşük sağlık okuryazarlığının daha sık acil servis kullanımına neden olduğunu düşündürmektedir (16).

Çalışmamızda katılımcıların %20'sinin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, %49,7'sinin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, %27,6'sının yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve %2,7'sinin mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımızı, Tanrıöver ve

arkadaşlarının "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması" çalışması (sırasıyla yetersiz %24,5- sorunlu %40,1- yeterli %27,8- mükemmel %7,6) ile karşılaştırdığımızda, çalışmamızın yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı oranı bu çalışmadakinden daha düşük bulunmuştur (16). Berberoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise yetersiz, sorunlu, yeterli ve mükemmel SOY oranları sırasıyla %51,7 ; %31,1; %9,4 ve %7,8 olarak tespit edilmiştir (14). Yetersiz SOY düzeyine sahip katılımcı yüzdesinin bizim çalışmamızdan daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durumun nedeni olarak ön plana çıkan farklılık ise çalışma kohortlarının eğitim düzeyleri arasındadır. Bizim çalışmamızda lise ve üzerinde eğitime sahip olanların oranı %86,5 iken; Berberoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise %46,4 olduğu görülmüştür bu da sağlık okuryazarlığı ile eğitim durumunun ilişkili olduğunu göstermektedir (14,16). Tanrıöver ve arkadaşlarının kohortunda bu oran %63,7 iken yeterli/mükemmel SOY düzeylerinin bizim çalışmamıza göre daha yüksek çıkmasının sebebi çalışmaya katılan gönüllü sayısının (n=4924) anlamlı derecede daha fazla olmasından kaynaklanabilir (16). Berberoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da mükemmel SOY oranı %7,8 bulunmuş olmasına rağmen yeterli ve mükemmel SOY oranı toplamı %17,2 bulunmuştur ve bizim yeterli ve mükemmel SOY oranı toplamımızdan düşüktür (14).

Sağlık alanında yükseköğretim gören öğrenciler arasında TSOY-32 veya ASOY-TR kullanılarak yapılan çalışmalarda yeterli ve mükemmel SOY düzeyi oranının diğer çalışmalardan daha yüksek bulunmuş olmasının sağlık alanında eğitim almakta olan özellikle genç bir grupta çalışılmasına bağlı olduğu düşünülebilir.(15,17-19)

Çalışmamızda yeterli/mükemmel SOY düzeyine sahip olanların arasında yükseköğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların sıklığının en yüksek olduğu ve TSOY-32 indeks puan ortalamasının, eğitim seviyesi yükseldikçe arttığı tespit edilmiştir (p=0,013). Bu da göstermektedir ki eğitim düzeyi yükseldikçe bireyin SOY düzeyi de aynı yönde artmaktadır. Öğrenim durumu ve okuryazarlığın zaten birbiriyle iç içe olması ve okuryazarlık seviyesi ile SOY'nun bağlantısı düşünüldüğünde eğitim düzeyi ile SOY düzeyinin doğru orantılı olması beklenen bir sonuçtur (13,20,21).

TSOY-32 ölçeği kullanılarak 400 kişide SOY düzeyinin değerlendirildiği, Okyay ve Abacıgil tarafından yürütülen çalışmada, erkeklerde ve kadınlardaki SOY düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (12). Bizim çalışmamızda da SOY düzeyi kadınlarda erkeklere göre çok az yüksek çıkmakla birlikte cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak çalışmamızı, 2017 yılında yayınlanan yaşları 15-49 arasında değişen toplam 13.646 kişinin dahil edildiği Zambiya'da yürütülmüş bir başka okuryazarlık çalışması ile karşılaştırdığımızda onların çalışmasında SOY düzeyinde cinsiyet farklılığı olduğunu görüyoruz. Bu çalışmada erkeklerin %46,5'u yüksek sağlık okuryazarlığına sahipken bu oranın kadınlarda sadece %24,5 olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni daha az gelişmiş toplumlarda yaşayan kadınların düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeyi olabilir (22). Değerli ve Tüfekçi'nin de çalışmalarında değindiği gibi SOY düzeyinin cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediğini bildiren uygulamalar olduğu gibi genel olarak kadınların SOY düzeyini erkeklerden daha yüksek bulan çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmalarda SOY düzeyinin kadınlarda daha fazla bulunmasının nedeni olarak da kadınların sağlık hizmetlerini daha aktif kullanmaları, kadının aile içindeki geleneksel rolü ve çocuklarının sağlık bakımıyla ilgilenmeleri olarak gösterilmektedir (13).

ABD'de Boston Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından yetersiz SOY oranlarının değerlendirildiği 31.129 kişiyi kapsayan toplam 85 çalışmayı içeren bir meta-analizde; cinsiyet ile yetersiz sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki bulunmazken; eğitim düzeyi, etnik köken ve yaş ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu meta-analizde yetersiz SOY düzeyi oranları (%26) ve katılımcıların genel yaş ortalaması 42,9±1,49 iken, katılımcıların 50 yaş üstü bireylerden oluştuğu diğer çalışmalardaki yetersiz SOY oranı (prevalans 37,9) ile kıyaslandığında anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (p= 0,004) (23). Bizim çalışmamızda bu şekilde yaş ve SOY düzeyi arasında bir ilişki bulunamamış olmasının nedeni çalışmamızın nispeten daha genç bir grupta yapılmış olması olabilir. Ayrıca çalışmamız katılım yanlılığından da etkilenmiş olabilir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan ileri yaş kişiler

araştırmaya daha az sıklıkta davet edilmiş ve daha az oranda katılmayı kabul etmiş olabilir.

Çalışmamızda en düşük TSOY-32 indeks puanı 6,25 ve en yüksek TSOY-32 indeks puanı da 48,44 olarak tespit edilmiştir. En düşük ve en yüksek puanı alan kişilerin demografik verileri incelendiğinde SOY düzeyini etkileyecek anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Okuy ve Abacıgil tarafından yapılan çalışmada; "Tedavi ve hizmet" boyutunda, 16. Madde, % 38,3 ile en yüksek oranda "çok kolay"; 15. Madde, % 14,2 ile en yüksek oranda "çok zor" cevabı verilen maddelerdir. "Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi" boyutunda ise 29. Madde, % 21,5 ile en yüksek oranda "çok zor"; 32. Madde, % 17,0 ile en yüksek oranda "fikrim yok"; cevabı verilen maddelerdir (12). Bizim de çalışmamızda buna benzer şekilde "Tedavi ve hizmet" alt boyutunda, 16. madde % 37,3 ile en yüksek oranda "çok kolay"; 15. madde % 10,8 ile en yüksek oranda "çok zor"; "Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi" alt boyutunda ise 29. madde %21,1 ile en yüksek oranda "çok zor"; 32. madde %28,1 ile en yüksek oranda "fikrim yok" cevabı verilen maddeler olmuştur.

Ölçeğin diğer maddelerine verilen yanıt yüzdeleri incelendiği zaman kişilerin sigara bırakma veya yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı ile ilgili bilgiye ulaşmasının kolay olduğu ancak bunu bir yaşam tarzı haline getirme noktasında yetersiz kaldığı söylenebilir. Benzer şekilde hastaların var olan sağlık politikalarını yorumlayamadığı veya anlayamadığı görülmektedir. Varolan sağlık politikalarını yorumlamak ve anlayabilmenin hasta ve hasta yakınları tarafından kolay olmadığı görülmüştür ve dolayısıyla bunun da hem sağlık hizmeti sunumu hem de sağlık hizmetinden faydalanma konusunda çeşitli problemlere sebep olması olasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında bu konularda

daha fazla sağlık politikası geliştirilmesi ve eğitimlerin uygulanması gerektiğini düşünüyoruz.

Tedavi ve hizmet boyutunda hastaların gerekli durumlarda ambulans çağırmanın çok kolay olduğunu belirtmiş olması biraz düşündürücüdür. Çünkü bu durum ambulans kullanımının gerekli olup olmadığını tek başına göstermemektedir. Uygun olmayan şekilde acil servis kullanımı ve ambulans çağırmanın ülkemizde büyük bir sağlık problemi olduğu bildirilmektedir (24).

Birçok çalışma göstermiştir ki, SOY düzeyi ile sağlık durumu, kronik hastalıklar ve hastaneye yatış oranları arasında bağlantı bulunmaktadır. Örneğin, SOY düzeyi düşük olanların sağlıklarını kötü olarak bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğu ve daha yüksek hastaneye yatış oranına sahip oldukları gösterilmiştir (25). Bu nedenlerle SOY düzeyini artırabilecek müdahalelere gereksinim bulunmaktadır ve SOY düzeyini yükseltmek, sağlık durumunu iyileştirmek, öz yeterliliği arttırmak, koruyucu sağlık hizmeti kullanım oranını yükseltmek ve pahalı hastane ve acil servis hizmetlerinin kullanımını azaltmak için etkili bir strateji olabilir (25-27).

Sonuç

SOY düzeyinin artırılmasında eğitim düzeyinin önemi görülmektedir. Eğitim düzeyinin artması, kişinin kendi sağlığı ile ilgili bilgiye ulaşması, anlaması, bunu etkin ve doğru şekilde uygulayabilmesi için son derece önemlidir. Bizim çalışmamızda değerlendirilmemiş olsa da diğer çalışmalarda belirtildiği gibi, yüksek SOY düzeyinin gereksiz yere hastane, acil servis hizmetlerinin kullanımını azaltabileceği ve bu sayede sağlık sistemi üzerindeki iş yükünün azaltılabileceği ve gereksiz maddi kayıpların da önüne geçilebileceği düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Sorensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Ueters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, Broucke S, Brand H. Health Literacy in Europe: Comparative Results of The European Health Literacy Survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* 2015; (25)6: 1053–1058.
2. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy*. 2016;120(9):1087-1094. doi:10.1016/j.healthpol.2016.08.007
3. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0IGO.
4. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics, 2006
5. Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, accessed 15 May 2013).
6. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Ankara, Sağlık-Sen Yayınları, 2014.
7. Rasu RS, Bawa WA, Suminski R, Snella K, Warady B. Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(11):747-755. Published 2015 Aug 17. doi:10.15171/ijhpm.2015.151
8. Marmot M; Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*. 2007;370(9593):1153-1163. doi:10.1016/S0140-6736(07)61385-3
9. DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*. 2009;124 Suppl 3:S265-S274. doi:10.1542/peds.2009-1162B
10. Mantwill S, Monestel-Umaña S, Schulz PJ. The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015;10(12):e0145455. Published 2015 Dec 23. doi:10.1371/journal.pone.0145455
11. Sanders LM, Federico S, Klass P, Abrams MA, Dreyer B. Literacy and child health: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163(2):131-140. doi:10.1001/archpediatrics.2008.539
12. Okyay P, Abacıgil F. (Ed.) Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı, yayın no:1025, Ankara: Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti; 2016.
13. Değerli H, & Tüfekçi N. Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 6(15), 467-488, 2018. <https://doi.org/10.33692/avrasyad.510093>
14. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi Eylül 2018;8(3):575-581*. doi:10.31832/smj.453846
15. Okur E, Evcimen H, Yağcı Şentürk A. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi. *STED*. 2021;30(1):18-24.
16. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B ve Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara,2014.
17. Ergün S. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı. *Kocaeli Tıp Dergisi* 2017; 6(3): 1-6
18. Muslu L, Çiftçi Ş, Aktaş EN. Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 2017; 6(3): 277-285.

19. Yılmaz Güven D, Bulut H, Öztürk S. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi / Examining the Health Literacy Levels of Health Sciences Faculty Students. TAKSAD [Internet]. 2018Jul.2;7(2):400-9.
20. Duman A. Fatih İlçesinde İlkokul 1. Sınıf Aşılamalarında Velilerin Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Belirleme. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi, 2017.
21. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health Literacy Among Adults: A Study from Turkey. Health Education Research 2010;25(3):464-477. doi:10.1093/her/cyp068
22. Schrauben SJ, Wiebe DJ. Health literacy assessment in developing countries: a case study in Zambia. Health Promot Int. 2017;32(3):475-481. doi:10.1093/heapro/dav108
23. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. J Gen Intern Med. 2005;20(2):175-184. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x
24. Ekşi A. Kamu hizmetinde etkililik ve etkinlik tartışmaları bağlamında 112 acil çağrı hizmetlerinin kötüye kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2016;18 (3): 387-408
25. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Soc Sci Med. 2008;66(8):1809-1816. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.003
26. Hardie NA, Kyanko K, Busch S, Losasso AT, Levin RA. Health literacy and health care spending and utilization in a consumer-driven health plan. J Health Commun. 2011;16 Suppl 3:308-321. doi:10.1080/10810730.2011.604703
27. Chen JZ, Hsu HC, Tung HJ, Pan LY. Effects of health literacy to self-efficacy and preventive care utilization among older adults. Geriatr Gerontol Int. 2013;13(1):70-76. doi:10.1111/j.1447-0594.2012.00862.x