



## TOPLUMUN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ\*

Hakan DEĞERLİ\*

Dr. Öğr. Üye. Nezihe TÜFEKÇİ\*

### ÖZ

Sağlık okuryazarlığı; kişilerin sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi hakkında hedefler belirlerken ve birtakım kararlar alırken sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamaya yönelik bilgilerini ve yeterliliklerini ifade etmektedir. Başka bir ifade ile sağlık okuryazarlığı temel olarak; bir hastaya tıbbi bir bilgi vermek istendiğinde, bireyin bu bilgiyi anlayıp, yorumlaması ve buna uygun davranış göstermesi olarak tanımlanabilir. Bu açıdan sağlık okuryazarlığı, toplumun sağlık statüsünde önemli bir rol oynamaktadır.

Bu çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi amaçlanmış olup araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde 15 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemiyle 401 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada 2 bölümden oluşan veri toplama aracı kullanılmıştır. Veri toplama aracının birinci bölümünde Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (TSOY-32), ikinci bölümünde demografik bilgiler yer almaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı sorunlu olarak tespit edilmiş; yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı, eğitim düzeyi ile ise doğru orantılı olarak arttığı belirlenmiştir. Çalışma kapsamında cinsiyet ve gelir ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi araştırılmıştır. Isparta il merkezinde yaşayan 15 yaş üstü okuryazar ve son 1 yıl içerisinde en az 4 defa sağlık kuruluşuna başvuran kişilere sağlık okuryazarlığı ve demografik değişkenlerden oluşan bir anket form yöneltilmiş; toplanan veriler değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlık Düzeyi, Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi

## DETERMINATION OF THE HEALTH LITERACY LEVEL OF THE SOCIETY

### ABSTRACT

Health literacy; refers to the knowledge and competencies of accessing, understanding, evaluating and implementing health information while setting goals for health services, prevention of illness and development of health and making decisions. Health literacy as a general; when a patient is asked to give a medical information, it can be defined as an individual understanding, interpreting and behaving accordingly. Thus, health literacy plays an important role in the health status of the society.

In this study, it is aimed to determine the level of health literacy of the community and the population of the research is composed of individuals aged 15 years and over in Isparta province. It has been reached to 401 people by convenience sampling method. The data

\* Bu çalışma 5050-YL1-17 nolu proje ile Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Koordinasyon Birimi tarafından desteklenen "Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Algılarına Etkisinin İncelenmesi" isimli yüksek lisans tezinin bazı değişiklikler yapılarak makale biçimine dönüştürülmüş halidir.

\* Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Doktora Öğrencisi, hhakandegerli@gmail.com, ORCID NO: 0000-0002-7268-4320

\* Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, nezihetufekci@gmail.com, ORCID NO: 0000-0002-8557-7823

collection tool consisting of 2 sections was used in the research. The first section of the data collection tool is Turkey Health Literacy Scale, the second section consists of demographic information.

According to the results of the research, the level of health literacy decreases as the age increases and the level of health literacy increases as the level of education increases. There is no significant relationship between gender and income with health literacy level. The aim of this study was to determine the level of health literacy of the society. A questionnaire consisting of health literacy and demographic variables was directed to the people who are 15 years old in Isparta city center and who applied to the health institution at least 4 times in the last year. collected data were evaluated. The aim of this study was to determine the level of health literacy of the society. A questionnaire consisting of health literacy and demographic variables was directed to the people who are 15 years old in Isparta city center and who applied to the health institution at least 4 times in the last year. collected data were evaluated.

**Keywords:** Health Literacy, Health Literacy Level, Determinaton of Health Literacy Level

## GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı (SOY) bireylerin uygun sağlık kararları almak için gerekli temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini elde etme, değerlendirme ve anlama becerisi olarak tanımlanmaktadır (Ratzan, 2001: 210). SOY temel olarak; bir hastaya tıbbi bir bilgi vermek istenildiğinde, bireyin bu bilgiyi anlayıp, yorumlaması ve buna uygun davranış göstermesi olarak tanımlanabilir. SOY, sadece sağlıkla ilgili bilgiyi okuyup anlamaktan ziyade, kişinin sağlık durumunu tanımlayabilmesi, hastalığını bilmesi, sağlığıyla ilgili uygun kararlar alabilmesi, sağlık sistemini nasıl kullanacağını bilmesi ve bu sistemden nasıl faydalanacağını bilmesini gerektiren bütüncül bir kavramdır (Nutbeam, 1998: 10). Bu bağlamda bu çalışmada toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

### 1.Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk defa Scott Kittredge Simonds tarafından 1974 yılında *“Health Education as a Social Policy”* başlıklı makalede kullanılmıştır (Ratzan, 2001: 210). Kavram, 1990’lı yıllarda yeniden tanımlanmaya ve tartışılmaya başlanmıştır; 2000’li yıllarda konuya ilişkin araştırma ve uygulamalar artmaya başlamıştır (Sezgin, 2013: 77). Akademik yazında yeni bir kavram olmasına rağmen sağlık okuryazarlığına ilişkin çalışmaların niceliği doğrultusunda bu yönde bir ilginin günden güne artmaya devam ettiği söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığı Amerikan Tıp Kurumu (AMA-The American Medical Association) (1999: 553) tarafından sağlık okuryazarlığı reçeteler ve randevu kâğıtları gibi sağlığa ilişkin önemli materyalleri okuyup anlayabilme becerisi olarak tanımlanmıştır. Parvanta ve diğerleri (2011: 120) sağlık okuryazarlığını sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve kullanma yeteneği olarak tanımlamaktadır. Genel olarak bakıldığında birçok yazar kavramın hem birey hem de toplum için “sağlıklı olmayı sürdürme ve bu duruma katkıda bulunmayı sağlayan yollarla; enformasyona erişim, anlama ve kullanma yeteneği ile motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak geliştirilmiş bir olgu olduğunu ifade etmektedir (Çınarlı, 2008: 123; Nutbeam, 2000: 263; Bernhardt & Cameron, 2003: 583; Schiavo, 2007: 282).

Özet ve sonuç olarak denilebilir ki; sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanmak/uygulama becerilerinin toplamıdır.

## 2.Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık enformasyonlarına kolay bir şekilde ulaşmalarını sağlamak ve bu enformasyonları etkili biçimde kullanma kapasitelerini geliştirmek amacıyla, bireyi güçlendirmek adına büyük önem taşımaktadır (Nutbeam, 2000: 264). Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti alımı sırasında belli girişimleri yapma yeterliliğidir. Bu durumda hem bireyin hem de sağlık hizmeti sisteminin özelliklerinin göz önüne alınması gerekir. Sağlık okuryazarlığı içerisinde sigorta kapsamında hangi hizmetlerin alınabileceğinden, hastanelerdeki muayene ve test için başvuru işlemleri, sağlık personeli ile kurulacak iletişim, eczaneden ilaç alınması ve ilaçların kullanılmasına kadar pek çok işlev bulunmaktadır (Aslantekin & Yumrutaş, 2014: 328-329).

Sağlık okuryazarlığı, bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararları doğru bir şekilde alabilmesi için sağlık mesajlarını doğru anlamasını gerekli kılmaktadır. Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi olan bireylerin, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerle kıyaslandığında, gereksiz hastane masraflarının arttığı, hastane yatış sürelerinin uzadığı, gereksiz tetkik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Ayrıca, bu bireylerin gereksiz acil servis kullanımlarının da arttığı görülmektedir. Tüm bu nedenler, gereksiz işgücü kayıplarına ve bununla birlikte artmış sağlık harcamalarına neden olmaktadır (Baker vd., 1998: 791-792). Sağlık okuryazarlık seviyesi bireylerin sağlıklarıyla ilgili alacağı kararları etkileyebileceğinden bireysel anlamda önemi bu noktada ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bu durumla ilgili şu yorumlar yapılabilir. Bireylerin sağlık hizmeti alım sürecinde sağlık personeliyle iletişiminin başarılı olması ve tedavi durumunda neler yapılması gerekliliğinin bilinmesi doğru bir hizmet akışının sürdürülebilmesine imkân sağlayacaktır. Bu durum gereksiz işlemlerin ve harcamaların önüne geçebilecektir. Ayrıca bireylerde sağlık okuryazarlığının yüksek seviyede olması, araştırılan kaynakların güvenilirliğinin sorgulanması noktasında da önemlidir. Güvenilir bilgilere ulaşan bireyler sağlık durumlarıyla alakalı yerinde kararlar alabileceklerdir.

Kanj & Mitic (2009: 4-5) sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemini belirleyen altı genel temayı şu şekilde tanımlamışlardır:

*I. Etkilediği insan sayısı:* Yetersiz okuryazarlık becerilerinin gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerde de yaygındır (Kanj & Mitic, 2009: 4-5; Klassen, 2008: 20; Kutner vd., 2006: 10; Eyüboğlu & Schulz, 2016: 4; Kondilis vd., 2006: 113). Kadınların büyük çoğunluğunun ise temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğu belirlenmiştir (Kanj & Mitic, 2009: 4-5; Lee, 2013: 1). Bu durumun kadınların hasta haklarını ne derece bildikleri ve bu haklarını ne derece kullandıkları noktasında bir soru işareti oluşturmaktadır.

*II. Olumsuz sağlık sonuçları:* Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile yüksek mortalite oranları arasında bir ilişkinin var olduğu ileri sürülmektedir (Kanj & Mitic, 2009: 4-5; Baker vd., 2007b: 1503).

*III. Kronik hastalık oranlarında artış:* Kronik hastalıkların öz yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli rol oynamaktadır (Loke vd., 2012: 4; Kanj & Mitic, 2009: 4-5; Shaw vd. 2009: 465).

*IV. Sağlık bakım maliyetleri:* Sınırlı sağlık okuryazarlığı toplam sağlık bakımına ek maliyet getirmektedir (Kanj & Mitic, 2009: 4-5; Baker vd., 1998: 791-792; Eichler vd., 2009: 313).

*V. Sağlık bilgisi talepleri:* Hedef kitlenin okuma becerileri ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma düzeyi arasında bir uyumsuzluk vardır. Teknik terimlerin ve mesleki dilin kullanımı sağlıkla ilişkili kaynakların kullanımını gereksiz yere zorlaştırmaktadır (Kanj & Mitic, 2009: 4-5).

*VI. Eşitlikçilik:* Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireyin kendi sağlığını etkili bir biçimde yönetememesi, sağlık hizmetlerine ulaşamaması, sağlık bilgisini anlayamaması ve bu nedenle doğru sağlık kararlarını alamamasını ifade etmektedir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir araç olarak görülmektedir (Volandes & Paasche-Orlow, 2007: 5; Kanj & Mitic, 2009: 4-5).

Birey tarafından gerçekleştirilen çoğu davranış veya faaliyetin sağlık durumu üzerinde bir etkisi olduğu söylenebilir. Kişilerin aldıkları sağlık enformasyonları sonucunda eyleme geçirdikleri her davranış sağlık okuryazarlık seviyesi bağlamında bireyin uygun sağlık davranışını sergileyip sağlığını koruyabileceği anlamına gelebilir. Nitekim sağlık okuryazarlık düzeyinin, sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşan araştırmalar yapılmıştır. Berens ve arkadaşları tarafından (2016: 3) Almanya’da yapılan bir araştırmaya göre sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin sağlık kurumlarına daha fazla başvuruda bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. İngiltere’de yapılan başka bir araştırmaya göre sağlık okuryazarlık düzeyinin kanser tarama programlarına katılımda etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kobayashi, 2014: 104). Portekiz’de yapılan bir araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin hasta ve hekim iletişimde önemli bir etken olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Veiga & Serrão, 2016: 23). İngiltere’de yapılan diğer çalışmalarda ise sağlık okuryazarlığı düzeyi ile beslenme alışkanlığı arasındaki ilişkiye dikkat çekilmekte ve sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıklarına daha fazla dikkat ettiği ifade edilmektedir (Von Wagner: 2007: 1087; Kim & Son, 2017: 89).

### **3.Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Sonuçları**

Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireyin kendi sağlığını etkili bir biçimde yönetememesi, sağlık hizmetlerine ulaşamaması, sağlık bilgisini anlayamaması ve bu nedenle doğru sağlık kararlarını alamamasını ifade etmektedir (Kanj & Mitic, 2009: 4-5). Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde genellikle çeşitli problemler oluşmaktadır. Bu bireylerin yaşadığı sorunlar bireysel ve toplumsal problemlere sebep olmaktadır. Bireylerin yetersiz sağlık okuryazarı olması koruyucu bakım hizmetlerini kullanmama, öz bakımın düşük olması, yanlış ilaç kullanımı, artan hastane yatışları ve bu nedenlerden dolayı artan ölüm oranlarını beraberinde getirmektedir (Lindquist vd., 2010: 474).

Chew ve arkadaşları (2004b: 252), yetersiz sağlık okuryazarlığının ameliyatlarda üzerinde de olumsuz bir etkiye sahip olduğunu vurgulamaktadırlar. Kişinin tedavi sürecinde ilaç talimatlarına uymaması, beraberinde rahatsızlığının şiddetlenmesine neden olmaktadır. Bu da ertelenebilir ve önlenemez cerrahi müdahaleleri iptal edebildiği için ameliyathaneyi gereksiz işgal edip ek hastane masraflarını beraberinde getirmektedir. Aynı zamanda yetersiz sağlık okuryazarlığının tıbbi koşulları ve hastayı anlamayı zorlaştırdığı ve cerrahi işlemler hakkında endişe uyandırdığı da belirtilmiştir.

Bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olmasının sonuçları birçok çalışmada gösterilmiştir:

- Sağlık okuryazarlığı düşük bireyler koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadır (Scott vd., 2002: 398; Fortenberry vd., 2001: 210).
- Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin, sağlık algısı da düşüktür (Baker vd., 1997: 1029; Kalichman & Rompa, 2000: 330; Kim, 2009: 2341).
- Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, sağlık hizmetlerinin kullanımı yönünden önemli bir engeldir (Baker vd., 2007a: 49).
- Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kişilerin acil servisleri kullanımları daha fazladır (Baker vd., 2004: 219).
- Tip 2 diyabeti olan hastalarda yetersiz glisemik kontrol, hastalık hakkında yetersiz bilgi ve diyabet komplikasyonlarının sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi gösterilmiştir (Williams vd., 1998: 168; Schillinger vd., 2002: 479; Powell vd., 2007: 150).
- Sağlık okuryazarlığı düşük birey kan şekeri test sonuçlarını daha az kaydetmektedir (Mbaezue vd., 2010: 7).
- Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kişilerin fiziksel sağlık ve mental fonksiyonlarının daha kötü olduğu belirtilmektedir (Wolf vd., 2005: 1950; Kim, 2009: 2342).
- Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük anneler bebeklerini daha kısa süre emzirmektedir (Kaufman, 2001: 294).
- Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerde ilaç etiketi/reçetede bilgileri anlamada yetersizlikleri ve ilaç uygulama hataları daha fazla görülmektedir (Davis vd., 2006a: 890; Davis vd., 2006b: 850; Kripalani vd., 2006: 855).
- Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin hastanede yatma sıklıklarının kısa olduğu ve hastanede kalış sürelerinin uzun olduğu belirtilmektedir (Baker vd., 1998: 795; Baker vd., 2002: 1282; Safeer & Keenan, 2005: 463-64; Cho vd., 2008: 1813).

#### **4. Gereç ve Yöntem**

##### **4.1. Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın amacı, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemektir.

#### 4.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde yaşayan on beş (15) yaşından büyük tüm bireyler oluşturmaktadır. Bu durum TSOY-32 ölçeği kriterleri dikkate alınarak belirlenmiştir. TÜİK 2018 verilerine göre araştırmanın evreni 241.438 kişiden oluşmaktadır (www.tuik.gov). Bilindiği üzere bir araştırmada örneklemin ne kadar alınacağı konusunda kesin bir sayı vermek mümkün değildir. Evrenin belli olduğu durumlarda, mevcut sayı dikkate alındığında bu evrenden hata toleransı % 5, güvenilirlik düzeyi % 95 aralığında yaklaşık 384 bireye ulaşan bir örneklem yeterli görülmektedir (Kan, 1998). Araştırmada 528 kişiye ulaşılmış olup katılımcılarda son 1 yıl içerisinde en az 4 defa sağlık kuruluşuna başvuru şartı gözetildiği için 401 kişinin verisi değerlendirilmeye alınmıştır.

#### 4.3.Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak 2 bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci bölümü HLS-EU çalışması temel alınarak Okyay & Abacıgil (2016) tarafından Türkçeye uyarlanan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)" ikinci bölümü "Demografik Bilgiler" başlıklı değişkenlerden oluşmaktadır.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32 maddelik bir 4'lü likert ölçek olarak geliştirilmiştir. TSOY-32, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinden farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4'lük bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. 32 ifadeden oluşan TSOY-32 Ölçeğinde her bir ifade için 0 ile 4 arasında puanlama kullanılarak (0= fikrim yok, 1= çok zor, 2= zor, 3= kolay, 4= çok kolay) değerlendirilmiştir. Bu ölçek, her bir soruda belirtilen davranışın ne kadar "kolay" ya da "zor" olduğunun kişinin kendi algısına göre değerlendirilmesi ilkesine dayandırılmıştır. Ölçekten farklı olarak bu çalışmada "fikrim yok" seçeneği "0" ile ifade edilmiştir. Orijinal ölçekte fikrim yok ifadesi "5" ile gösterilmiştir. Ancak daha önceki deneyimler ışığında "5" şıkkının kolaylık derecesi olarak algılanacağı düşünülmüş olup "0" ile ifade edilmiştir.

Demografik Bilgiler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, aylık gelir, sosyal güvenlik ve kronik hastalık ve engellilik durumunu belirlemeye yönelik maddelerden oluşmaktadır.

Toplanan anket formları aracılığıyla elde edilen veriler SPSS 22.0 (Statistical Packages for the Social Sciences) istatistik paket programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizinde bu programdan yararlanılmıştır.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri hesaplanmıştır. TSOY-32 Ölçeğinin değerlendirilmesinde; indeksler 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

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

Bu formülde indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi; ortalama, bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını; 1, ortalamanın en düşük olası değeri; 3, ortalamanın aralığını; 50, yeni ölçüt için seçilen en yüksek değeri ifade etmektedir. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

Yine, TSOY-32 çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır. Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

- (0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı
- (>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı
- (>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı
- (>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

Orijinal yöntem bilim gereği, bir sorunun indeks hesaplamalarında kullanılabilmesi için katılımcının en az % 80 oranında cevap vermiş olması şartı aranmıştır (Okyay & Abacıgil, 2016: 46).

Veriler normallik testine tabi tutulmuştur. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığına çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılarak karar verilmiştir. Bütün boyutlarda veriler normal dağılım göstermiştir. Demografik değişkenlere göre yapılan karşılaştırmalarda ikili gruplarda t testi, ikiden fazla gruplarda “Varyans Analizi” (ANOVA) kullanılmıştır.

Ölçeğin güvenilirliği; iç tutarlık (Cronbach Alfa) ile incelenmiştir. Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı; 0.922 olarak saptanmıştır. Bu da kabul edilebilir değer olan 0,80’inin oldukça üzerindedir.

## 5.Bulgular

Araştırma kapsamında 528 kişi ile görüşülmüş; 401 kişi çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların 182 tane erkek, 219 tanesi kadındır. Görüşülen kişilerin % 45,4’i erkek, % 54,6’sı kadındır. Araştırma grubunun % 17,7’sini 25 yaş altında olan katılımcılardan oluşmaktadır; 26-40 yaş grubundakilerin oranı % 45,9, 41-55 yaş grubundakilerin oranı % 21,2, 56-70 yaş grubundakilerin oranı % 14,7, 71 ve üstü yaş grubundakilerin oranı % 0,5’tir. Ortalama yaş erkeklerde 39,45 kadınlarda 37,25’tir. Araştırmaya katılanların % 62,6’sı evli, % 33,2’si bekâr, % 2,7’si boşanmış ve % 1,5’i dul olup; % 11,7’si ilkokul, % 10,2’si ilkokul, % 27,9 lise, % 14,5’i ön lisans, % 32,7’si lisans ve % 3’ü lisansüstü eğitimlidir.

Araştırma grubunun yaklaşık yarısı (% 48,1) sağlık sigortasının SSK tarafından sağlandığını ve gelirlerinin 1501-3000 TL aralığında olduğunu beyan etmiş; % 6,2’si gelir beyan etmemiştir. Meslek durumları incelendiği zaman katılımcıların çoğunlukla serbest çalışan (% 26,7), memur (% 23,9) ve ev hanımı (% 15) gruplarından oluşmaktadır. Katılımcıların yaklaşık % 15’inin kronik hastalık ve/veya engellilik durumu olduğu saptanmıştır.

Kronik hastalık ve/veya engellilik durumu belirten katılımcı verileri (n=60) incelendiği zaman 22 tür kronik hastalık ve 2 tür engellilik durumu saptanmıştır. Kronik hastalık sıklığı sırasıyla; Diyabet, Alerjik, Astım ve Tansiyon; engellilik durumları ise

Görme ve Ortopedik şeklinde ifade edilmiştir. Kronik hastalık ve/veya engellilik durumu 56-70 yaş aralığındaki katılımcılarda oransal olarak daha fazladır.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile ilgili cevaplarına bakıldığında, “Tedavi ve hizmet” boyutunda, 6. Madde olan “Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğimde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak” % 46,9 ile *en yüksek oranda “çok kolay”*; 15. Madde olan “acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek” % 20 ile *en yüksek oranda “çok zor”*; 12. Madde olan “farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek” maddesi % 7 ile *en yüksek oranda “fikrim yok”*; yanıtı verilen maddelerdir.

“Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” boyutunda 20. Madde olan “Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak” % 29,4 ile *en yüksek oranda “çok kolay”*; 32. Madde olan “Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak” % 26,9 ile *en yüksek oranda “çok zor”*; 30. Madde olan “Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek” % 8,2 ile *en yüksek oranda “fikrim yok”*; yanıtı verilen maddelerdir.

Katılımcıların TSOY-32 ölçeğine verdiği yanıtların madde ortalamaları ile katılımcıların genel sağlık okuryazarlık puanları incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığı puanı 28,48 olarak bulunmuştur. Bu puan sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığına (>25-33) karşılık gelmektedir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ile ilgili boyutlara (Tedavi ve hizmet ile Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ilişkin değerlendirmesinde iki ortalama arasındaki farkın incelenmesinde önem kontrolü (bağımsız örneklerde t testi) testi ve ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılmıştır. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlar için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Tukey HSD testi kullanılmıştır.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre sağlık okuryazarlığı ile ilgili boyutlar hakkındaki cevapları bağımsız örneklerde t testi kullanılarak analiz edilmiştir (Tablo 1). Analiz sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı boyutları ile ilgili değerlendirmeleri cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 1. Katılımcıların SOY Boyutları ile İlgili Değerlendirmelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Boyutlar	Cinsiyet	N	Ort.	S.S.	t	p
Tedavi ve hizmet	Erkek	182	2,76	0,526	-1,784	0,750
	Kadın	219	2,86	0,556		
Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi	Erkek	182	2,61	0,623	0,221	0,824
	Kadın	219	2,60	0,658		

Tablo 2 katılımcıların tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili cevaplarında yaşlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ( $p<0,05$ ). Bu sonuçlara göre katılımcıların yaşları arttıkça SOY düzeylerinin azaldığı söylenebilir.



**Tablo 2. Katılımcıların SOY Boyutları ile İlgili Değerlendirmelerinin Yaşa Göre Dağılımı**

Boyutlar	Yaş	N	Ort.	S.S.	t	p	TUKEY HSD	
Tedavi ve hizmet	25 ve Altı <sup>1</sup>	71	3,04	0,490	18,900	,000	1-3 p=,000	3-2 p=,008
	26-40 <sup>2</sup>	184	2,91	0,460			1-4 p=,000	3-4 p=,022
	41-55 <sup>3</sup>	85	2,69	0,555			2-3 p=,008	4-1 p=,000
	56 ve Üzeri <sup>4</sup>	61	2,45	0,609			2-4 p=,000	4-2 p=,000
	Toplam	401	2,82	0,544			3-1 p=,000	4-3 p=,022
Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi	25 ve Altı <sup>1</sup>	71	2,88	0,604	17,326	,000	1-3 p=,000	3-2 p=,014
	26-40 <sup>2</sup>	184	2,70	0,570			1-4 p=,000	3-4 p=,048
	41-55 <sup>3</sup>	85	2,46	0,658			2-3 p=,014	4-1 p=,000
	56 ve Üzeri <sup>4</sup>	61	2,20	0,634			2-4 p=,000	4-2 p=,000
	Toplam	401	2,61	0,641			3-1 p=,000	4-3 p=,048

Tablo 3'te katılımcıların tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma sağlığın geliştirilmesi ile ilgili cevaplarının gelir gruplarına göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 3. Katılımcıların SOY Boyutları ile İlgili Değerlendirmelerinin Gelire Göre Dağılımı**

Boyutlar	Gelir	N	Ort.	S.S.	t	p	Tukey HSD
Tedavi ve hizmet	1500 – Altı <sup>1</sup>	9	2,48	0,834	1,838	0,121	
	1501 – 3000 <sup>2</sup>	193	2,78	0,555			
	3001 – 4500 <sup>3</sup>	78	2,89	0,505			
	4501 – 6000 <sup>4</sup>	63	2,89	0,512			
	6001 – Üzeri <sup>5</sup>	33	2,87	0,484			
	Toplam	376	2,82	0,542			
Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi	1500 – Altı <sup>1</sup>	9	2,28	0,911	1,870	0,115	
	1501 – 3000 <sup>2</sup>	193	2,57	0,645			
	3001 – 4500 <sup>3</sup>	78	2,68	0,571			
	4501 – 6000 <sup>4</sup>	63	2,65	0,629			
	6001 – Üzeri <sup>5</sup>	33	2,80	0,668			
	Toplam	376	2,62	0,64			

Tablo 4'te katılımcıların tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili cevaplarında eğitim durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ( $p<0,05$ ). Farkın hangi yaş grubundan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda eğitim düzeyleri arttıkça SOY düzeylerinin arttığı söylenebilir.

**Tablo 4. Katılımcıların SOY Boyutları ile İlgili Değerlendirmelerinin Eğitime Göre Dağılımı**

Boyutlar	Eğitim	N	Ort.	S.S.	t	p	Tukey HSD		
Tedavi ve Hizmet	İlkokul <sup>1</sup>	47	2,45	0,639	15,845	,000	1-3 p=,005	2-5 p=,000	4-2 p=,000
	Ortaokul <sup>2</sup>	41	2,45	0,546			1-4 p=,000	2-6 p=,000	5-1 p=,000
	Lise <sup>3</sup>	112	2,76	0,464			1-5 p=,000	3-1 p=,005	5-2 p=,000
	Ön Lisans <sup>4</sup>	58	2,92	0,468			1-6 p=,000	3-2 p=,009	5-3 p=,001
	Lisans <sup>5</sup>	131	3,03	0,478			2-3 p=,009	3-5 p=,001	6-1 p=,000
	Lisansüstü <sup>6</sup>	12	3,16	0,418			2-4 p=,000	4-1 p=,000	6-2 p=,000
	Toplam	401	2,82	0,544					
Hastalıklardan Korunma - Sağlığın Geliştirilmesi	İlkokul <sup>1</sup>	47	2,30	0,680	17,095	,000	1-4 p=,002	2-6 p=,000	5-1 p=,000
	Ortaokul <sup>2</sup>	41	2,13	0,575			1-5 p=,000	3-2 p=,022	5-2 p=,000
	Lise <sup>3</sup>	112	2,47	0,676			1-6 p=,001	3-5 p=,000	5-3 p=,000
	Ön Lisans <sup>4</sup>	58	2,74	0,506			2-3 p=,022	3-6 p=,013	6-1 p=,001
	Lisans <sup>5</sup>	131	2,88	0,506			2-4 p=,000	4-1 p=,002	6-2 p=,000
	Lisansüstü <sup>6</sup>	12	3,06	0,444			2-5 p=,000	4-2 p=,000	6-3 p=,013
	Toplam	401	2,61	0,641					

## 6. Tartışma

Çalışma kapsamında SOY düzeyini belirlemek için kullanılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ölçeği 2016 yılında literatüre kazandırıldığı için bu ölçek ile yapılmış çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Bu sebeple çalışmanın bu bölümünde SOY düzeyi ile ilgili bulgularda farklı ölçekler kullanılarak yapılmış çalışmaların bulgularına da yer verilecektir. Tüm araştırma grubunun Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden aldığı puan, ölçek için kabul edilmiş olan “sınırlı sağlık okuryazarlığı” sınırları içinde kalmaktadır. Literatür taraması yapıldığında diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunduğu görülmüştür. Ergün (2017: 4) tarafından yapılan bir çalışma ile Okyay & Abacıgil (2016: 56) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların “sınırlı sağlık okuryazarlığı” düzeyinde oldukları saptanmıştır.

Yurt içinde SOY düzeyini Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği aracılığıyla ölçen araştırmacılarda hem aksi (Çiftçi, 2017: 42) hem de benzer sonuçlar (Tanrıöver vd., 2014: 52; Muslu vd., 2017: 279; Akcilek, 2017: 49; Duman, 2017: 98) görülmüştür. Yine yurt içinde yapılan SOY düzeyini diğer ölçekler ile değerlendiren araştırmacıların çalışmaları da mevcut bulgu ile örtüşmektedir (Ölmez & Barkan, 2015: 126; Filiz, 2015: 60; Özdoğan, 2014: 61; Yılmazel, 2014: 78; Eyüboğlu & Schulz, 2016: 4; Özdemir vd., 2010: 472).

Yurt dışında SOY düzeyini Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile ölçen çalışmalarda hem benzer (Palumbo vd., 2016: 1089; Sørensen, 2015: 1055) hem de aksi sonuçlara (Duong vd., 2015: 871; Beauchamp vd., 2015: 681) rastlanmıştır.

Yurt dışında farklı araçlar ve çeşitli örneklerle SOY düzeyini değerlendiren çalışmalarda da mevcut bulgu ile benzer sonuçlara rastlanmıştır (Lee vd., 2015a: 1120; Morrison vd., 2015: 1040; Sentell vd., 2014: 300; Sanders vd., 2014: 1; Smith vd., 2015: 478; Rivero-Méndez vd., 2015: 35; McKee vd., 2015: 96; Federman vd., 2014: 876; Bo vd., 2014: 1098; McNaughton vd., 2014: 346; Haun vd., 2015: 252; Morrison

vd., 2014: 313; Souza vd., 2014: 4; Nakayama vd., 2015: 509; Klassen, 2008: 20; Kutner, 2006: 10; Kale vd., 2015: 5; De Oliveira, 2015: 88; Rasu vd., 2015: 750; Wångdahl vd., 2014: 1035; Lindau vd., 941; Kalichman vd., 2000: 328; Kobayashi vd., 2015: 3; Kripalani vd., 2006: 854; Davis vd., 2006b: 848; Kim, 2009: 2340; Powell vd., 2007: 146; Wang vd., 2014: 3; Shah vd., 2010: 199; Von Vagner vd., 2007: 1087; Sudore vd., 2006: 772).

Bu durumun tersi sonuçlar da mevcuttur (Griffey vd., 2014: 1013; Duong vd., 2015: 871; Al Sayah vd., 2015: 259; Tokuda vd., 2009: 413; Cho vd., 2008: 1813; Mbaezue vd., 2010: 8; Zhang vd., 2016: 4; Moran vd., 2016: 44).

Tüm bu bulguların ardından denilebilir ki SOY düzeyi gelişmekte olan ülkeler kadar gelişmiş ülkelerde de sorundur. Ülkelerin gelişmişlik durumu üzerinden SOY düzeyi ile ilgili genellemelerin yapılması doğru değildir. Ülkelerin gelişmişlik durumları ile bireylerin SOY düzeyleri arasında doğru orantı olmamasının sebebi; SOY'un bireyin kapasitesi ile ilgili bir durumdan kaynaklanmasıdır. Şöyle ki SOY sağlık ile ilgili bilgilere ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama gibi becerileri gerektirmektedir. Dolayısıyla ülkelerin gelişmişlik durumu kişilerin bu becerileri üzerinde doğrudan bir etkiye sahip değildir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile ilgili cevaplarına bakıldığında, “Tedavi ve hizmet” boyutunda, 6. Madde olan “Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğimde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak” % 46,9 ile en yüksek oranda “çok kolay”; 15. Madde olan “acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek” % 20 ile en yüksek oranda “çok zor”; 12. Madde olan “farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek” maddesi % 7 ile en yüksek oranda “fikrim yok”; yanıtı verilen maddelerdir. “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” boyutunda 20. Madde olan “Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak” % 29,4 ile en yüksek oranda “çok kolay”; 32. Madde olan “Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak” % 26,9 ile en yüksek oranda “çok zor”; 30. Madde olan “Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek” % 8,2 ile en yüksek oranda “fikrim yok”; yanıtı verilen maddelerdir.

Okyay & Abacıgil (2016: 56) tarafından yapılan çalışmada; “Tedavi ve hizmet” boyutunda, 16. Madde olan “gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak” % 38,3 ile en yüksek oranda “çok kolay”; 15. Madde olan “acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek” % 14,2 ile en yüksek oranda “çok zor”; 3. Madde olan “sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek” ile 12. Madde olan “farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek” maddeleri % 3,5'er yüzdeler ile en yüksek oranda “fikrim yok”; yanıtı verilen maddelerdir. “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” boyutunda ise 28. Madde olan “gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek” % 33,2 ile en yüksek oranda “çok kolay”; 29. Madde olan “sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek” % 21,5 ile en yüksek oranda “çok zor”; 32. Madde olan “sağlıkla ilgili politika değişikliklerini

yorumlamak” % 17,0 yüzdeler ile en yüksek oranda “fikrim yok”; yanıtı verilen maddelerdir.

Her iki çalışmada da tedavi hizmet boyutunda katılımcıların 15. Maddede (acil bir durumda -kaza, ani sağlık sorunu gibi- ne yapabileceğine karar vermek) ortak görüş bildirerek çok zor seçeneğinde buluştukları görülmektedir. Yine bu boyutta katılımcılar 12. Maddede (farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek) fikrim yok seçeneği ile ortak görüş bildirmişlerdir. Bu durumda çok zor seçeneğine başvuran katılımcıların iki çalışmada da benzerlik göstermesi konuya özel ilgiyi gerekli kılmaktadır. Acil bir durumda ne yapabileceğine karar vermek konusunda yönlendirici eğitimler planlanıp uygulamaya geçirilmelidir.

Çalışma kapsamında katılımcıların sağlık okuryazarlığı boyutları ile ilgili değerlendirmeleri cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir. Literatürde konu ilgili çalışmalara bakıldığında zaman şu sonuçlara rastlanmıştır. Ergün (2017: 4)'ün TSOY-32 ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmasında aksi sonuç bulurken; Okyay & Abacıgil (2016: 57) çalışmalarında benzer sonuç bulmuştur. SOY düzeyini farklı ölçekler ile ölçen birtakım çalışmalardaki bulgular mevcut bulgu ile uyumludur (Lee vd., 2015b: 373; Van Der Heide vd., 2013: 177; Jensen vd., 2010: 812; Moran vd., 2016: 44; Özdemir vd., 2010: 472; Muslu vd., 2017: 281). SOY düzeyinin cinsiyete göre anlamlı çıktığı çalışmalarda ise genel olarak kadınların SOY düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Zhang vd., 2016: 4; Lee vd., 2013: 3; Vozikis vd., 2014: 17; Wang vd., 2014: 3; Lee vd., 2015b: 373; Von Vagner vd., 2007: 1088; Park & June, 2011: 75; Sudore vd., 2006: 773; Halverson vd., 2015: 1325).

Kadınların SOY düzeylerinin erkeklere göre yüksek olmasının sebepleri; sağlık hizmetlerini daha aktif kullanmaları (Anson vd., 1993: 419; Bertakis vd., 2000: 147), kadının aile içindeki geleneksel rolü ve çocuklarının sağlık bakımıyla ilgilenmeleri şeklinde sıralanmıştır (Arber & Ginn, 1995: 19; Won & Pascal, 2004: 270; Stimpson vd., 1992: 317). Mevcut çalışma kapsamında katılımcılara yöneltilen “Sağlık hizmeti almak için son 1 yıl içinde sağlık kuruluşlarına kaç kez başvurduunuz?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde kadın katılımcıların daha yüksek sayıda başvuru yaptıkları saptanmıştır. Ancak bu durum bu çalışmada SOY düzeyi ile cinsiyet arasında bir anlamlılık meydana getirmemiştir.

Çalışma kapsamında katılımcıların sağlık okuryazarlığı boyutları ile ilgili değerlendirmeleri yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Bireylerin yaşları arttıkça SOY düzeylerinin düştüğü saptanmıştır. Ergün (2017: 4) ve Okyay & Abacıgil (2016: 59)'in çalışmalarında da benzer sonuca ulaşılmıştır. Literatür taraması sonucunda ulaşılan farklı ölçekler ile çalışılmış çalışmalarda da genel olarak benzer sonuca ulaşılmıştır (Özaydın vd., 2018: 39; Tanrıöver vd., 2014: 44; Akbolat vd., 2016: 360; Çiftçi, 2017: 49-50; Sorensen vd., 2015: 1055; Shah vd., 2010:197; Özdemir vd., 2010: 472; Sudore vd., 2006: 774; Berens vd., 2016: 3; Baker vd., 2004: 217).

Yaş ile SOY düzeyi ilişkisi şu şekilde açıklanabilir. Kişiler yaş ilerledikçe eğitim ve araştırma süreçlerinden giderek uzaklaşmakta, yaşamın önceki yıllarında öğrenilen bilgileri güncellenmemekte giderek unutulmakta ve bilişsel fonksiyonlarda gerilemeler

meydana gelmekte dolayısıyla SOY sonuçları bu durumdan olumsuz etkilenebilmektedir.

Katılımcıların SOY ile ilgili cevaplarında gelir gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Okyay & Abacıgil (2016: 56-60)'in çalışmasında mevcut bulgu ile benzer bir sonuca ulaşılmış; Ergün (2017: 5)'ün çalışmasında ise aksi bir sonuç saptanmıştır. Literatürde farklı ölçekler ile yapılmış çalışmalarda da benzer bulguya ulaşılmakla beraber (Özaydın vd., 2018: 39; Tanrıöver 2014: 39-53; Akbolat vd., 2016: 358-59; Moran vd., 2016: 44; Vozikis vd. 2014: 3) aksi yönde sonuçlar da mevcuttur (Duman, 2017: 107; Çiftçi, 2017: 47-48; Sorensen vd., 2015: 1055-56; Shah vd., 2010: 197-99; Özdemir vd., 2010: 472; Sudore vd., 2006: 775; Jensen vd., 2010: 819; Halderson vd., 2015: 1325; Baker vd., 2004: 217).

Gelir ile SOY arasında anlamlı bir ilişki bulunması şu sebeplere dayandırılabilir. Öncelikle kişilerin gelir düzeyi yükseldikçe tedavi olanaklarına erişebilmeleri kolaylaşmaktadır. Aynı zamanda gelir düzeyi yüksek bireyler sağlığı koruma konusunda ekstra harcamalarda da bulunabilir. Standart koruyucu sağlık hizmetleri toplum geneline önde gelen hastalıklardan korumaya çalışırken gelir düzeyi yüksek aileler sağlık sistemi tarafından ödenmeyen ancak önerilen sağlık hizmetlerinden de yararlanabilir. Ayrıca gelir düzeyi yüksek olan bireyler aynı zamanda özel sağlık merkezlerine de daha kolay erişim sağlayabilir.

Gelir ile SOY arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasının nedeni ise bireylerin sahip olduğu gelir seviyesinin; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma/uygulama süreçlerinde gelişim sağlayacak kültürel bir düzeye ulaşmada etkili olamayacağıdır (Bockock, 2005: 71). Ayrıca temel sağlık hizmetlerine olan talebin gelir esnekliğinin düşük olması ve SDP ile herkesin genel sağlık sigortası kapsamına alınması sonucunda sağlık hizmetleri kullanımı gelir düzeyinden bağımsız bir düzeye ulaşmıştır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan ve hizmet alan bireylerin gelir seviyeleri fark etmeksizin her birinin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma/uygulama düzeyleri değişebilmektedir.

Katılımcıların SOY ile ilgili cevapları eğitim durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir. Buna göre bireylerin eğitimi arttıkça SOY düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. Benzer şekilde Okyay & Abacıgil (2016: 60) ve Ergün (2017: 4)'ün çalışmalarında aynı sonuca ulaşılmıştır. Literatürde farklı ölçekler ile yapılmış çalışmalarda da benzer bulguya ulaşıldığı saptanmıştır (Özaydın vd., 2018: 39; Tanrıöver vd., 2014: 46; Akbolat vd., 2016: 360; Çiftçi, 2017: 44-47; Sorensen vd., 2015: 1055; Shah vd., 2010: 197; Özdemir vd., 2010: 472; Sudore vd., 2006: 773-74; Van Der Heide, 2013: 176; Kickbusch, 2001: 295; Wang vd., 2014: 3-4; Halderson vd., 2015: 1325; Berens vd., 2016: 4; Baker vd., 2004: 217).

Eğitim ile SOY düzeyi arasındaki ilişkinin sebebini açıklamak gerekirse öğrenim durumu ve okuryazarlığın zaten birbiriyle iç içe olduğu ve okuryazarlık ile de SOY'un ilişkili olduğu düşünüldüğünde eğitim düzeyi ile SOY düzeyinin doğru orantılı olması beklenen bir sonuçtur. Ayrıca öğrenim durumu bilgi edinmeyi kolaylaştırır ve okul okuma süresinin artması kısmen kişinin mental kapasitesi ile de ilişkilidir.

## 8. Sonuç

Bu çalışmada toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi araştırılmıştır. Isparta il merkezinde yaşayan 15 yaş üstü okuryazar ve son 1 yıl içerisinde en az 4 defa sağlık kuruluşuna başvuran kişilere sağlık okuryazarlığı ve demografik değişkenlerden oluşan bir anket form yöneltilmiş; toplanan veriler değerlendirilmiştir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre çalışmaya konu olan katılımcı grubun SOY düzeyi sınırlı-sorunlu olarak tespit edilmiştir. Demografik değişkenlere göre bu durum irdelendiğinde cinsiyete ve gelire göre bir anlamlılık tespit edilmezken; eğitim ve yaşa göre anlamlılık saptanmıştır. Şöyle ki SOY düzeyi eğitim seviyesi arttıkça orantılı olarak artmakta, yaş değişkeninde ise tersi durum yaşanmaktadır.

## KAYNAKÇA

AKBOLAT, M., Kahraman, G., Erigüç, G. & Sağlam, H., (2016). Sağlık Okuryazarlığı Hasta-Hekim İlişisini Etkiler Mi?: Sakarya İlinde Bir Araştırma. **TAF Preventive Medicine Bulletin**, XV, 4: 354-362.

AKCİLEK, E., (2017). Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi.

AL SAYAH, F., Majumdar, S. R. & Johnson, J. A., (2015). Association of Inadequate Health Literacy with Health Outcomes In Patients with Type 2 Diabetes and Depression: Secondary Analysis of A Controlled Trial. **Canadian Journal of Diabetes**, XXXIX, 4: 259-265.

American Medical Association, (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs, Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. **Journal of the American Medical Association**, CCLXXXI, 6: 552-557.

ANSON, O., Paran, E., Neumann, L. & Chernichovsky, D., (1993). Gender Differences in Health Perceptions and Their Predictors. **Social Science & Medicine**, XXXVI, 4: 419-427.

ARBER, S. & Ginn, J., (1995). Gender Differences in Informal Caring. **Health & Social Care in the Community**, III, 1: 19-31.

ASLANTEKİN, F. & Yumrutaş, M., (2014). Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. **TAF Preventive Medicine Bulletin**, XIII, 4: 327-334.

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**, LXXXVII, 6: 1027-1030.

BAKER, D. W., Parker, R. M., Williams, M.V. & Clark, W.S., (1998). Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. **Journal of General Internal Medicine**, XIII, 12: 791–798.

BAKER, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D. & Peel, J. (2002). Functional Health Literacy and The Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. **American Journal of Public Health**, XCII, 8: 1278-1283.

BAKER, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D. & Peel, J. (2004). Health Literacy And Use of Outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees. **Journal of General Internal Medicine**, XIX, 3: 215-220.

BAKER, L. M., Wilson, F. L., Nordstrom, C. K. & Legwand, C. (2007a). Mothers' Knowledge and Information Needs Relating to Childhood Immunizations. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, XXX, 2: 39-53.

BAKER, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A. & Huang, J. (2007b). Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. **Archives of Internal Medicine**, CLXVII, 14: 1503-1509.

BEAUCHAMP, A., Buchbinder, R., Dodson, S., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., McPhee, C. & Osborne, R. H., (2015). Distribution of Health Literacy Strengths and Weaknesses Across Socio-Demographic Groups: A Cross-Sectional Survey Using The Health Literacy Questionnaire (HLQ). **BMC Public Health**, XV, 1: 678-689.

Berens, E. M., Vogt, D., Messer, M., Hurrelmann, K. & Schaeffer, D., (2016). Health Literacy Among Different Age Groups in Germany: Results of A Cross-Sectional Survey. **BMC Public Health**, XVI, 1: 1-8.

BERNHARDT, J. M. & Cameron, K. A., (2003). Accessing, Understanding and Applying Health Communication Messages: The Challenge of Health Literacy”, in: Thompson Teresa L. et al., **Handbook of Health Communication**, London, Lawrence Erlbaum Associates: 583-605.

BERTAKİS, K. D., Azari, R., Helms, J., Callahan, E. J. & Robbins, J. A., (2000). Gender Differences in the Utilization of Health Care Services. **Journal of Family Practice**, IV, 9: 147-152.

BO, A., Friis, K., Osborne, R. H. & Maindal, H. T., (2014). National Indicators of Health Literacy: Ability to Understand Health Information and to Engage Actively with Healthcare Providers A Population-Based Survey Among Danish Adults. **BMC Public Health**, XIV, 1: 1095-1106.

BOCKOCK, R. (2005) **Tüketim**, Çev.: İrem Kutluk, Ankara, Dost Kitapevi Yayınları.

CHEW, L. D., Bradley, K. A., Flum, D. R., Cornia, P. B. & Koepsell, T. D., (2004b). The Impact of Low Health Literacy on Surgical Practice. **The American Journal of Surgery**, CLXXXVIII, 3: 250-253.

CHO, Y. I., Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M. & Crittenden, K. S., (2008). Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization Amongst the Elderly. **Social Science & Medicine**, LXVI, 8: 1809-1816.

ÇINARLI, İ., (2008). **Sağlık İletişimi ve Medya**. Ankara, Nobel Yayınevi.

ÇİFTÇİ, F., (2017). Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

DAVIS, T. C., Wolf, M. S., Bass, P. F., Middlebrooks, M., Kennen, E., Baker, D. W. & Parker, R. M., (2006b). Low Literacy Impairs Comprehension of Prescription Drug Warning Labels. **Journal of General Internal Medicine**, XXI, 8: 847-851.

DAVIS, T. C., Wolf, M. S., Bass, P. F., Thompson, J. A., Tilson, H. H., Neuberger, M. & Parker, R. M., (2006a). Literacy and Misunderstanding Prescription Drug Labels. **Annals of Internal Medicine**, CXLV, 12: 887-894.

DE OLIVEIRA, G. S., McCarthy, R. J., Wolf, M. S. & Holl, J., (2015). The Impact of Health Literacy in The Care of Surgical Patients: A Qualitative Systematic Review. **BMC Surgery**, XV, 1: 86-92.

DUMAN, A., (2017). Fatih İlçesinde İlkokul 1. Sınıf Aşılamalarında Velilerin Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Belirleme. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi.

DUONG, V. T., Lin, I. F., Sorensen, K., Pelikan, J. M., Van Den Broucke, S., Lin, Y. C. & Chang, P. W., (2015). Health literacy in Taiwan: A Population-Based Study. **Asia Pacific Journal of Public Health**, XXVII, 8: 871-880.

DURUSU Tanrıöver, M., Yıldırım, H.H., Demiray Ready, F.N., Çakır, B. & Akalın, H.E., (2014). **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması**, Ankara, Sağlık-Sen Yayınları.

EICHLER, K., Wieser, S. & Brügger, U., (2009). The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review. **International Journal of Public Health**, LIV, 5: 313-324.

ERGÜN, S., (2017). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı. **Kocaeli Tıp Dergisi**, VI, 3: 1-6.

EYÜBOĞLU, E. & Schulz, P. J., (2016). Do Health Literacy and Patient Empowerment Affect Self-Care Behaviour? A Survey Study Among Turkish Patients with Diabetes. **BMJ Open**, VI, 3: 1-7.

FEDERMAN, A. D., Wolf, M. S., Sofianou, A., Martynenko, M., O'connor, R., Halm, E. A. & Wisnivesky, J. P., (2014). Self-management Behaviors in Older Adults with Asthma: Associations with Health Literacy. **Journal of the American Geriatrics Society**, LXII, 5: 872-879.

FİLİZ, E., (2015). Sağlık Okuryazarlığının Gebelik Ve Sağlık Algısı İle İlişkisi. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi.

FORTENBERRY, J. D., McFarlane, M. M., Hennessy, M., Bull, S. S., Grimley, D. M., St Lawrence, J. & VanDevanter, N., (2001). Relation of Health Literacy to Gonorrhoea Related Care. **Sexually Transmitted Infections**, LXXVII, 3: 206-211.

GRİFFEY, R. T., Kennedy, S. K., McGownan, L., Goodman, M. & Kaphingst, K. A., (2014). Is Low Health Literacy Associated with Increased Emergency Department Utilization And Recidivism? **Academic Emergency Medicine**, XXI, 10: 1109-1115.



HALVERSON, J. L., Martinez-Donate, A. P., Palta, M., Leal, T., Lubner, S., Walsh, M. C. & Trentham-Dietz, A., (2015). Health Literacy and Health-Related Quality of Life Among A Population-Based Sample of Cancer Patients. **Journal of Health Communication**, XX, 11: 1320-1329.

HAUN, J. N., Patel, N. R., French, D. D., Campbell, R. R., Bradham, D. D. & Lapcevic, W. A., (2015). Association Between Health Literacy and Medical Care Costs in An Integrated Healthcare System: A Regional Population Based Study. **BMC Health Services Research**, XV, 1: 249-259.

[http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095), Erişim Tarihi ve Saati: 12.03.2018, 12.45.

JENSEN, J. D., King, A. J., Davis, L. A. & Guntzviller, L. M., (2010). Utilization of Internet Technology by Low-Income Adults: The Role of Health Literacy, Health Numeracy, and Computer Assistance. **Journal of Aging and Health**, XXII, 6: 804-826.

KALE, M. S., Federman, A. D., Krauskopf, K., Wolf, M., O'Connor, R., Martynenko, M. & Wisnivesky, J. P., (2015). The Association of Health Literacy with Illness and Medication Beliefs Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **PLoS One**, X, 4: 1-10.

KALICHMAN, S. C., Benotsch, E., Suarez, T., Catz, S., Miller, J., & Rompa, D. (2000). Health Literacy and Health-Related Knowledge Among Persons Living with HIV/AIDS. **American Journal of Preventive Medicine**, XVIII, 4: 325-331.

KAN, İ., (1998), **Biyostatistik**, 3. Baskı, Bursa: Uludağ Üniversitesi Basım Evi.

KANJ, M., Mitic, W., (2009). **Health Literacy and Health Behaviour**. Eastern Mediterranean Region, World Health Organization.

KAUFMAN, H., Skipper, B., Small, L., Terry, T. & MCGREW, M., (2001). Effect of Literacy on Breast-Feeding Outcomes. **Southern Medical Journal**, XCIV, 3: 293-296.

KICKBUSCH, I. S., (2001). Health Literacy: Addressing the Health and Education Divide. **Health Promotion International**, III: 289-297.

KİM, S. H. & Son, Y. J., (2017). Relationships Between eHealth Literacy and Health Behaviors in Korean Adults. **CIN: Computers, Informatics, Nursing**, XXXV, 2: 84-90.

KİM, S. H., (2009). Health Literacy and Functional Health Status in Korean Older Adults. **Journal Of Clinical Nursing**, XVIII, 16: 2337-2343.

KLASSEN, K., (2008). **Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding**, Canadian Council on Learning.

KOBAYASHI, L. C., Smith, S. G., O'Connor, R., Curtis, L. M., Park, D., Von Wagner, C. & Wolf, M. S., (2015). The Role Of Cognitive Function in The Relationship Between Age and Health Literacy: A Cross-Sectional Analysis of Older Adults in Chicago, USA. **BMJ open**, V, 4: 1-9.

KOBAYASHI, L. C., Wardle, J. & Von Wagner, C., (2014). Limited Health Literacy Is A Barrier to Colorectal Cancer Screening in England: Evidence from The English Longitudinal Study of Ageing. **Preventive Medicine**, VI, 1: 100-105.

KONDİLİS, B. K., Soteriades, E. S. & Falagas, M. E., (2006). Health Literacy Research in Europe: A Snapshot. **The European Journal of Public Health**, XVI, 1: 113-113.

KRİPALANİ, 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. **Journal of General Internal Medicine**, XXI, 8: 852-856.

KUTNER, M., Greenburg, E., Jin, Y. & Paulsen, C., (2006). **The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy**. National Center for Education Statistics.

LEE, S. Y. D., Tsai, T. I. & Tsai, Y. W., (2013). Accuracy in Self-Reported Health Literacy Screening: A Difference Between Men and Women in Taiwan. **British Medical Journal**, III,11: 1-7.

LEE, H. Y., Rhee, T. G., Kim, N. K. & Ahluwalia, J. S., (2015a). Health Literacy As A Social Determinant of Health in Asian American Immigrants: Findings From A Population-Based Survey in California. **Journal Of General Internal Medicine**, XXX, 8: 1118-1124.

LEE, H. Y., Lee, J. & Kim, N. K., (2015b). Gender Differences in Health Literacy Among Korean Adults: Do Women Have a Higher Level of Health Literacy Than Men?. **American Journal of Men's Health**, IX, 5: 370-379.

LİNDAU, S. T., Tomori, C., Lyons, T., Langseth, L., Bennett, C. L. & Garcia, P., (2002). The Association of Health Literacy with Cervical Cancer Prevention Knowledge and Health Behaviors in A Multiethnic Cohort of Women. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, CLXXXVI, 5: 938-943.

LOKE, Y. K., Hinz, I., Wang, X., Rowlands, G., Scott, D. & Salter, C., (2012). Impact of Health Literacy in Patients with Chronic Musculoskeletal Disease–Systematic Review. **PLoS One**, VII, 7: 1-8.

MBAEZUE, N., Mayberry, R., Gazmararian, J., Quarshie, A., Ivonye, C. & Heisler, M., (2010). The Impact of Health Literacy on Self-Monitoring of Blood Glucose in Patients with Diabetes Receiving Care in An Inner-City Hospital. **Journal of the National Medical Association**, CII, 1: 5-9.

MCKEE, M. M., Paasche-Orlow, M. K., Winters, P. C., Fiscella, K., Zazove, P., Sen, A. & Pearson, T., (2015). Assessing Health Literacy in Deaf American Sign Language Users. **Journal of Health Communication**, XX, 2: 92-100.

MCNAUGHTON, C. D., Kripalani, S., Cawthon, C., Mion, L. C., Wallston, K. A. & Roumie, C. L., (2014). Association of Health Literacy with Elevated Blood Pressure: A Cohort Study of Hospitalized Patients. **Medical Care**, LII, 4: 346-353.

MORAN, M. B., Frank, L. B., Chatterjee, J. S., Murphy, S. T. & Baezconde-Garbanati, L., (2016). A Pilot Test of the Acceptability and Efficacy of Narrative and Non-Narrative Health Education Materials in A Low Health Literacy Population. **Journal of Communication in Healthcare**, IX, 1: 40-48.

MORRISON, A. K., Schapira, M. M., Gorelick, M. H., Hoffmann, R. G. & Brousseau, D. C., (2014). Low Caregiver Health Literacy is Associated with Higher Pediatric

Emergency Department Use and Nonurgent Visits. **Academic Pediatrics**, XIV, 3: 309-314.

MORRISON, A. K., Brousseau, D. C., Brazauskas, R., & Levas, M. N. (2015). Health literacy affects likelihood of radiology testing in the pediatric emergency department. **The Journal of pediatrics**, CLXVI, 4: 1037-1041.

MUSLU, L., Çiftçi, Ş., & Aktaş, E.N., (2017). Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri, **Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi**, VI, 3: 277-285.

NAKAYAMA, K., Osaka, W., Togari, T., Ishikawa, H., Yonekura, Y., Sekido, A. & Matsumoto, M., (2015). Comprehensive Health Literacy in Japan is Lower Than in Europe: A Validated Japanese-Language Assessment of Health Literacy. **BMC Public Health**, XV, 1: 505-516.

NUTBEAM, D., (1998) **Health Promotion Glossary**. Health Promotion International, World Health Organisation.

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 International**, XV, 3: 259-267.

OKYAY, P., & Abacıgil, F. (2016). **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR)**, Sağlık Bakanlığı.

ÖLMEZ, E., H. & Barkan, O., B., (2015). Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hasta Hekim İlişkisinin Değerlendirilmesi. **Balkan Sosyal Bilimler Dergisi**, IV, 8: 121-127.

ÖZAYDIN, Ü., Can, M. F., Yılmaz, S. & Antakya, H., (2018). Bireylerde Bazı Sağlık Okuryazarlığı Tutum ve Davranışları: Hatay İli Örneği. **Smyrna Tıp Dergisi**, XXI, 1: 34-41.

ÖZDEMİR, Y., E., (2001). Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları, **Yeni Türkiye Dergisi**, (Sağlık-I) 39, 257-275.

ÖZDEMİR, H., Alper, Z., Uncu, Y. & Bilgel, N., (2010). Health Literacy Among Adults: A Study from Turkey. **Health Education Research**, XXV, 3: 464-477.

ÖZDOĞAN, P., Ş., (2014). Radyoterapi Alan Hasta ve Yakınlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Gereksinimlerine Yönelik Öğretim Materyali Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi.

PALUMBO, R., Annarumma, C., Adinolfi, P., Musella, M. & Piscopo, G., (2016). The Italian Health Literacy Project: Insights from the Assessment of Health Literacy Skills in Italy. **Health Policy**, CXX, 9: 1087-1094.

PARK, J. Y., & June, K. J. (2011). Influencing factors on functional health literacy among the rural elderly. **Journal of Korean Academy of Community Health Nursing**, XXII,1: 75-85.

PARVANTA, C., Nelson, D.E., Parvanta, S.A. & Harner, R.N., (2011). **Essentials of Public Health Communication**, USA, Jones and Bartlett.

POWELL, C. K., Hill, E. G. & Clancy, D. E., (2007). The Relationship Between Health Literacy and Diabetes Knowledge and Readiness to Take Health Actions. **The Diabetes Educator**, XXXIII, 3:144-151.

RASU, R. S., Bawa, W. A., Suminski, R., Snella, K. & Warady, B., (2015). Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. **International Journal of Health Policy and Management**, IV, 11: 747-755.

RATZAN, S. C., (2001). Health Literacy: Communication for The Public Good. **Health Promotion International**, XVI, 2: 207-214.

RÍVERO-Méndez, M., Suárez-Pérez, E. L. & Solís-Báez, S. S., (2015). Measuring Health Literacy Among People Living with HIV Who Attend A Community-Based Ambulatory Clinic in Puerto Rico. **Puerto Rico Health Sciences Journal**, XXXIV,1: 31-37.

SAFEER, R. S. & Keenan, J., (2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. **American Family Physician**, LXXII, 3: 463-468.

SANDERS, K., Schnepel, L., Smotherman, C., Livingood, W., Dodani, S., Antonios, N. & Hodges, W., (2014). Peer Reviewed: Assessing the Impact of Health Literacy on Education Retention of Stroke Patients. **Preventing chronic disease**, XI,1: 1-10.

SCHIAVO, R., (2007). **Health Communication from Theory to Practice**. ABD: Wiley Publishers.

SCHILLINGER, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C. & Bindman, A. B., (2002). Association of Health Literacy with Diabetes Outcomes. **Jama**, CCLXXXVIII, 4: 475-482.

SCOTT, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V. & Baker, D. W., (2002). Health Literacy and Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees in A Managed Care Organization. **Medical Care**, XL, 5: 395-404.

SENTELL, T., Zhang, W., Davis, J., Baker, K. K. & Braun, K. L., (2014). The Influence of Community and Individual Health Literacy on Self-Reported Health Status. **Journal of General Internal Medicine**, XXIX, 2: 298-304.

SEZGİN, D., (2013). **Sağlık Okuryazarlığını Anlamak**. Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayını Sağlık İletişimi özel sayı (3). İ. Çınarlı-H. Yücel (ed.): 73-91.

SHAH, L. C., West, P., Bremmeyr, K. & Savoy-Moore, R. T., (2010). Health Literacy Instrument in Family Medicine: The "Newest Vital Sign" Ease of Use and Correlates. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, XXIII, 2: 195-203.

SHAW, S. J., Huebner, C., Armin, J., Orzech, K. & Vivian, J., (2009). The Role of Culture in Health Literacy and Chronic Disease Screening and Management. **Journal of Immigrant and Minority Health**, XI, 6: 460-467.

SMİTH, S. G., O'conor, R., Curtis, L. M., Waite, K., Deary, I. J., Paasche-Orlow, M. & Wolf, M. S., (2015). Low Health Literacy Predicts Decline in Physical Function Among

Older Adults: Findings from The Litcog Cohort Study. **Journal of Epidemiol Community Health**, LXIX, 1: 474–480.

SØRENSEN, K., Pelikan, J. M., 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., (2015). Health Literacy in Europe: Comparative Results of The European Health Literacy Survey (HLS-EU). **European Journal of Public Health**, XXV, 6: 1053–1058.

SOUZA, J. G., Apolinario, D., Magaldi, R. M., Busse, A. L., Campora, F. & Jacob-Filho, W., (2014). Functional Health Literacy and Glycaemic Control in Older Adults with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. **BMJ**, IV, 2: 1-8.

STIMPSON, D., Jensen, L. & Neff, W., (1992). Cross-Cultural Gender Differences in Preference for A Caring Morality. **The Journal of Social Psychology**, CXXXII, 3: 317-322.

SUDORE, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S. & Yaffe, K., (2006). Limited Literacy in Older People and Disparities in Health and Healthcare Access. **Journal of the American Geriatrics Society**, LIV, 5: 770-776.

TOKUDA, Y., Doba, N., Butler, J. P. & Paasche-Orlow, M. K., (2009). Health Literacy and Physical and Psychological Wellbeing in Japanese Adults. **Patient Education and Counseling**, LXXV, 3: 411-417.

VAN Der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J. & Ueters, E., (2013). The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. **Journal of Health Communication**, XVIII, 1: 172-184.

VEÍGA, S. & Serrão, C., (2016). Health Literacy of A Sample of Portuguese Elderly. **Applied Research in Health And Social Sciences: Interface And Interaction**, XIII, 1: 14-26.

VOLANDES, A. E. & Paasche-Orlow, M. K., (2007). Health Literacy, Health Inequality and A Just Healthcare System. **The American Journal of Bioethics**, VII,11: 5-10.

VON Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. (2007). Functional Health Literacy and Health-Promoting Behaviour in a National Sample of British Adults. **Journal of Epidemiology & Community Health**, LXI,12: 1086-1090.

VOZİKİS, A., Drivas, K. & Milioris, K., (2014). Health Literacy Among University Students in Greece: Determinants and Association with Self-Perceived Health, Health Behaviours and Health Risks. **Archives of Public Health**, LXXII, 1: 15-20.

WANG, W., Hou, Y., Hu, N., Zhang, D., Tao, J., Man, Y. & Bi, Y., (2014). A Cross-Sectional Study on Health-Related Knowledge and Its Predictors Among Chinese Vocational College Students. **BMJ Open**, IV, 10: 1-10.

WÄNGDAHL, J., Lytsy, P., Mårtensson, L. & Westerling, R., (2014). Health Literacy Among Refugees in Sweden—A Cross-Sectional Study. **BMC Public Health**, XIV, 1: 1030-1041.

WILLIAMS, M. V., Baker, D. W., Parker, R. M. & Nurss, J. R., (1998). Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease: A Study of Patients with Hypertension and Diabetes. **Archives of Internal Medicine**, CLVIII, 2: 166-172.

WOLF, M. S., Gazmararian, J. A. & Baker, D. W., (2005). Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. **Archives of Internal Medicine**, CLXV, 17: 1946-1952.

WON, S. Y. & Pascall, G., (2004). A Confucian War over Childcare? Practice and Policy in Childcare and Their Implications for Understanding the Korean Gender Regime. **Social Policy & Administration**, XXXVIII, 3: 270-289.

YILMAZEL, G., (2014). Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı Ve Kontrolü Arasındaki İlişki. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi.

ZHANG, Y., Zhang, F., Hu, P., Huang, W., Lu, L., Bai, R. & Zhao, Y., (2016). Exploring Health Literacy in Medical University Students of Chongqing, China: A Cross-Sectional Study. **PloS One**, XI, 4: 1-10.