

ARAŞTIRMA MAKALESİ

TIBBİ SEKRETERLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI: ÖĞRENCİ SEKRETERLER BOYUTUNDA BİR DEĞERLENDİRME

Perihan ŞENEL TEKİN *

ÖZ

Bireyin sağlık düzeyinin iyileştirilmesinde önemli bir faktör olarak kabul edilen sağlık okuryazarlığı, toplumun geneli için olduğu kadar sağlık kurumlarında çalışan personel için de değerlendirilmesi gereken bir konudur. Bu çalışma sağlık bilgisi açısından sınırlı bir eğitime sahip ancak sağlık hizmeti üretiminde görev alan tıbbi sekreterlere odaklanmıştır. Bu kapsamda araştırma, tıbbi sekreterlik öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışları, akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemeyi amaçlayan tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmanın evreni, Türkiye’de bir devlet üniversitesinde 2018-2019 eğitim öğretim yılında öğrenim gören tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik önlisans programı öğrencilerinden (n=218) oluşmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak beş bölümden oluşan (sosyo-demografik özellikler, sağlık durumu, sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOYA-TR-Q47), akılcı ilaç kullanımı ve sağlık hizmetleri kullanımı) anket formu kullanılmıştır. Anketler google docs ile çevrimiçi olarak uygulanmış ve elde edilen veriler SPSS 25.0 istatistik programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde dağılımları incelenmiş; sosyo-demografik değişkenler açısından genel sağlık okuryazarlığına ait kategorik indeks puanlarının karşılaştırılmasında ki kare ve gruplara ait sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının karşılaştırılmasında t testi ve ANOVA (F) testi kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre, katılımcıların genel sağlık okuryazarlık puanı $32,9 \pm 7,61$ ile yetersiz düzeydedir. Sağlık okuryazarlığı alt indekslere göre incelendiğinde öğrencilerin en yüksek puana sahip olduğu kategorinin “bilgiyi anlama”, en düşük puana sahip oldukları kategorinin “bilgiyi değerlendirme” boyutu olduğu görülmektedir. Genel sağlık okuryazarlık puanı sınıf ($p=0,011$), gelir ($p=0,001$) ve kitap okuma alışkanlıkları ($p=0,002$) ve aile hekimini ziyaret etme değişkenleri açısından anlamlı şekilde farklıdır. Egzersiz ($p=0,001$) ve sağlık sigortası kapsamında olma ($p=0,022$) değişkenleri açısından kategorik sağlık okuryazarlığı anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Araştırma sonuçlarına göre, öğrenciler akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yeterli tutum ve davranışlara sahip değildir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, sağlık davranışı, tıbbi sekreterler, sağlık durumu, tutum

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ptekin@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4513-7049>

Gönderim Tarihi: 02.01.2018

Kabul Tarihi: 21.02.2019

Atıfta Bulunmak İçin:

Şenel Tekin, P. (2019). Tıbbi Sekreterlerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Davranışları: Öğrenci Sekreterler Boyutunda Bir Değerlendirme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(3): 577-598.

HEALTH LITERACY AND HEALTHY LIVING BEHAVIORS IN MEDICAL SECRETARIES: AN EVALUATION ON THE STUDENT SECRETARIES

Perihan ŞENEL TEKİN *


ABSTRACT

Health literacy, which is considered as an important factor in improving the health of the individual, is an issue to be considered for the personnel working in health institutions as well as for the general public. This study has focused on the medical secretaries who have limited education in terms of health information but are involved in health care production. In this context, the study was planned as a descriptive study aiming to determine the levels of healthy life behaviors, rational drug use and health literacy levels of medical secretary students. The population of the study consisted of medical documentation and secretarial associate degree students (n=218) from a public university in the 2018-2019 academic year in Turkey. In the research, a questionnaire form consisting of five sections (socio-demographic characteristics, health status, health literacy scale (HLS-TR-Q47), rational drug use and health services usage) was used as data collection tool. Surveys were applied online with google docs and the data were analyzed with SPSS 25.0 statistics program. In the analysis of the data, mean, standard deviation, number and percentage distributions were examined, chi-square was used for comparing categorical index scores of general health literacy in terms of socio-demographic variables and t-test and ANOVA (F) test were used to compare health literacy index scores of the groups. According to the research findings, the overall health literacy score of the participants was insufficient with 32,9±7,6. When health literacy is analyzed by sub-indices, it is seen that the category with the highest score is "understanding the information" and the category with the lowest score is "the information evaluation" dimension. General health literacy score was significantly different in terms of class (p=0.011), income (p=0.001) and reading habits (p=0.002) and visiting family physician (p=0.011) variables. Categorical health literacy was significantly different in terms of variables of exercise (p=0.001) and being covered by health insurance (p=0.022). According to the results of the research, students do not have enough attitudes and behaviors related to rational drug use.

Key Words: Health literacy, health behavior, medical secretaries, health status, attitude

ARTICLE INFO

* Ankara University Vocational School of Health Services, ptekin@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4513-7049>

Received: 02.01.2018

Accepted: 21.02.2019

Cite This Paper:

Şenel Tekin, P. (2019). Tıbbi Sekreterlerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Davranışları: Öğrenci Sekreterler Boyutunda Bir Değerlendirme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(3): 577-598.

I. GİRİŞ

İlk kez “Health Education as Social Policy” adlı çalışması ile Scott K. Simonds (1974) tarafından ele alınan sağlık okuryazarlığı kavramı, yaklaşık yirmi beş yıllık bir aradan sonra yeniden gündeme gelmiş ve popüler bir kavrama dönüşmüştür (Nutbeam 2008; Rudd 2015). Genel okuryazarlıktan bağımsız düşünülemeyen ancak farklı bir kavram olarak değerlendirilen sağlık okuryazarlığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” (WHO 1998), olarak tanımlanmıştır. Amerikan Tıp Derneği sağlık okuryazarlığını, fonksiyonel bir bakış açısı ile değerlendirmiş “bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi” (Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs 1999), olarak tanımlamıştır. Sørensen ve arkadaşları (2012) ise, daha geniş bir çerçeveden “okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlık durumlarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini arttırmak/sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik”, olarak ifade etmiştir. Nasıl bir tanımlama yapılırsa yapılsın sağlığı korumaktan sağlık hizmeti almaya kadar tüm sağlıkla ilgili görevlerin bir dereceye kadar sağlık okuryazarlığı gerektirdiği (Lloyd et al. 2018; Paasche-Orlow, Wolf 2007) bir gerçektir.

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlık düzeyinin iyileştirilmesinde önemli bir faktör olarak kabul edilir (Berkman et al. 2011; Von Wagner et al. 2007). Yetersiz sağlık okuryazarlık becerileri, daha kötü sağlık sonuçları (Berkman et al. 2011) daha zayıf sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkilidir ve öngörülemeyen tıbbi sonuçlar doğurur (Rudd 2015). Daha iyi bir sağlık okuryazarlığı sağlık dostu ortamlar, etkin politikalar, etkili tanıtım çabaları, daha az riskle daha iyi öz bakım ve daha iyi sağlık hizmeti sonuçları ve daha düşük sağlık maliyetleri ile olumlu sağlık çıktılarına karşılık gelmektedir (İlgün ve diğerleri 2015; Raynor 2012). Üretimden yönetime, kaliteden (Çatı ve diğerleri 2018) sağlık hizmetlerinin maliyetine (Howard et al. 2005; Rasu et al. 2015) kadar birçok açıdan önemi olan sağlık okuryazarlığı kavramı sağlık bilgilerini en genel haliyle edinme, işleme, anlama ve kullanma (Nutbeam 2008; Parker et al. 1995; Rudd 2015) olarak tanımlanır.

Günümüzde sağlık okuryazarlığı bu tanımlarla paralel olarak farklı araçlar ile ölçülmektedir. Geçtiğimiz on yılda, bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerini ölçmek için, özellikle yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA), Yeni Yaşamsal İşareti (NVS) ve Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM) gibi 50’den fazla araç geliştirilmiştir (Haun et al. 2014; Mancuso 2009). Bu araçların kullanıldığı sağlık okuryazarlığının kronik hastalar (Eneanya et al. 2018; Levine et al. 2018; Messadi et al. 2018; Morony et al. 2018; Shaw et al. 2009; Williams et al. 1998), yaşlılar (Gazmararian et al. 1999; Gazmararian et al. 2003) ve çocuklar (DeWalt, Hink 2009; Levine et al. 2018; LeVine et al. 2004) açısından değerlendirildiği çok sayıda araştırma bulunmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı hasta boyutu ile ilgili değerlendirildiği kadar genel toplum sağlığının değerlendirilmesinde tüm ülkelerin üzerinde durduğu bir konu olmuştur. Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı ve bununla ilişkilendirilen özellikler birçok ülkede benzer sonuçlar ortaya koymaktadır. Örneğin Amerika’da yetişkin sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan araştırmada yetişkinlerin yüzde 53’ünün orta düzeyde sağlık okuryazar olduğu; eğitim ve gelir durumu yüksek olanların, düşük olanlara; kadınların erkeklere; genç yaş grubundaki yetişkinlerin 65 yaş ve üstü yetişkinlere göre daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (Kutner et al. 2006). Avrupa’da sekiz ülkede yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında (HLS-EU), ülkeler arasında büyük ölçüde farklılık (%29-%62) göstermekle beraber, toplumun ancak yüzde 52,4’ü yeterli sağlık okuryazarıdır (Sørensen et

al. 2015). Avrupa araştırmasında Amerika'da olduğu gibi sağlık okuryazarlığı mali yoksunluk, düşük sosyal statü, düşük eğitim ve yaşlılık olarak tanımlanan alt gruplarda sınırlı düzeyde bulunmuştur (HLS-EU Consortium 2012). Türkiye'de yapılmış kapsamlı bir çalışmada, toplumunun sadece üçte birinin yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, bildirilmiştir (Durusu-Tanrıöver ve diğerleri 2014). İran'da gerçekleştirilen bir çalışmada yine benzer sonuçlar gözlenmiştir. Yetişkinlerin sadece yüzde 32'si yeterli sağlık okuryazarlığına sahiptir ve tıpkı Amerika'da olduğu gibi yaşlılarda, eğitim durumu daha düşük ve daha az hane halkı geliri olanlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı görülmüştür. Ancak cinsiyet açısından bu çalışmada kadınlarda erkeklere göre daha düşük sağlık okuryazarlığı tespit edilmiştir (Izadirad, Zareban 2015). Benzer bir sonuç Türkiye'de yapılan araştırma bulgularında da karşımıza çıkmaktadır (Bozkurt, Demirci 2018; Durusu-Tanrıöver ve diğerleri 2014).

Sağlık okuryazarlığı her ne kadar bireyin kendi sağlığı için gerekli bir donanım olarak tanımlansa da başka bireylerden sorumlu anneler, öğretmenler ve sağlık personeli gibi bazı kişiler ve meslekler için özellikle değerlendirilmesi gereken bir konudur. Annenin genel ve sağlık okuryazarlık düzeyi bakımını sağladığı çocukların sağlığı üzerinde doğrudan etkilidir (Batterham et al. 2016; Carolan 2007; LeVine et al. 2004; Pati et al. 2010; Porr et al. 2006; Renkert, Nutbeam 2001). Aynı şekilde öğretmenlerin çocuklar ve gençlerin beden ve ruh sağlığına yönelik sorunlarının önlenmesi, tanımlanması ve müdahalesinde etkili uygulamaları sağlamak için yeterli sağlık okuryazarlığı ile donatılması gerekir (Whitley et al. 2013; Yılmazel, Çetinkaya 2015).

Sağlık okuryazarlığı genellikle birey ölçeğinde değerlendirilmekte ve bireyin sağlık okuryazarlığını artırıcı girişimler dikkat çekmektedir. Bu konuda en yaygın uygulama sağlık çalışanlarının hastanın sağlık okuryazarlığını ölçmesi ve hastalara yönelik eğitici materyal geliştirilmesidir (Zarcadoolas, Kondilis 2018). Oysaki sağlık okuryazarlığı kavramı hastalar/vatandaşlar, sağlık hizmetleri sistemleri, kuruluşları ve profesyonelleri arasındaki etkileşimlerden ortaya çıkan dinamik bir yapıdır (Van der Heide et al. 2018). Sağlık okuryazarlığının hasta ve toplum boyutu ile ilgili çok sayıda araştırmaya rağmen özellikle sağlığı etkileyen halk sağlığı, sağlık hizmetleri yönetimi ve politikası, tıp, hemşirelik, diş hekimliği, eczane hizmetleri gibi birçok konuda araştırmalar sayıca azdır (Rudd 2015). Örneğin sağlık profesyonellerinin halkın okuryazarlık becerilerini nasıl arttırabileceği, eğitim kurumlarının sorumluluğu, uzmanların iletişim becerilerine ve sağlık bağlamındaki kolaylaştırıcı veya engelleyici faktörlere daha fazla dikkat edilmesi gibi konular araştırmacılar için sağlık okuryazarlığı alan yazındaki boşluklara işaret etmektedir (Rudd 2015). Bununla birlikte sağlık hizmeti üretim sürecinde rol alan bireylerin de kendi sağlıkları ve bakım sundukları hastalar için sağlık okuryazarı olmaları beklenir. Ancak bunun böyle olmadığını gösteren bulgular vardır.

California Eyaletinde hemşire katılımcıların sağlık okuryazarlığını kendi sözcüklerini kullanarak tanımlamasını isteyen bir çalışmada, hemşirelerin sağlık okuryazarlığı konusundaki bilgilerinin ve sağlık okuryazarlığının hasta sağlığı üzerinde oynadığı rol hakkındaki anlayışlarının sınırlı olduğu bulunmuştur (Macabasco-O'Connell, Fry-Bowers 2011). Türkiye'de bir üniversite hastanesinde görev yapan hemşirelerin hem kendi hastalıkları, hem de hastaların tedavisinde kullanılan ilaçlar konusunda bilgileri ve akılcı ilaç kullanımı davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi eksiklikleri ve uygulama hataları olduğu görülmüştür (Pirinçi, Bozan 2016). Benzer sonuçlar henüz eğitim aşamasında olan sağlık çalışanı adaylarında da görülmektedir. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, öğrencilerin istenilen sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmadığı bulunmuştur (Güven et al. 2018). Hemşirelik, doğrudan hasta bakımında ve sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir rol oynar. Hemşireleri ve diğer

sağlık çalışanlarını sağlık okuryazarlığı konusunda eğitmek ve hasta iletişimini ve anlayışını geliştirmek sağlık sonuçlarını iyileştirebilir (Coleman 2011; Coleman et al. 2013; Macabasco-O'Connell, Fry-Bowers 2011). Yine Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan uzman hekim, pratisyen hekim, diş hekimi, hemşire, ebe ve sağlık memuru mesleklerinden oluşan çalışma grubu ile gerçekleştirilen araştırmada, katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde ($37,55 \pm 8,11$) hesaplanmıştır. Tüm indekslerde erkekler, genç yaş gruplarında olanlar, hekimler, yüksek eğitim düzeyine sahip olanlar daha yüksek puana sahip, bulunmuştur (Deniz et al. 2018).

Sağlık hizmeti sağlık kuruluşlarında farklı eğitim ve uzmanlıklara sahip çok sayıda çalışanın ortak çabası ile üretilir. Sağlık ekibi olarak adlandırabileceğimiz bu çalışanlar arasında uzman doktorlardan, hemşirelere, yardımcı sağlık personelinde teknik ve idari çalışanlara kadar farklı mesleklerden bireyler yer almaktadır. Tıbbi sekreterler sağlık ekibi içinde yer alan ancak diğer sağlık çalışanlarına göre sağlık bilgisi açısından daha az donanımlı bir meslek grubudur.

Türkiye'de tıbbi sekreterlik eğitimi lise veya önlisans düzeyinde verilen eğitim ile karşılanmaktadır. Bu eğitim kapsamında tıbbi sekreterlik mesleğine yönelik teorik ve uygulamalı derslerin yanı sıra anatomi, tıbbi terminoloji, hastalıklar bilgisi, halk sağlığı, ilk yardım ve biyoistatistik gibi sağlık bilgisi içerikli dersler de yer almaktadır. Ancak birçok sağlık kuruluşunda herhangi bir mesleki eğitim almamış tıbbi sekreterlerin çalışabildiği gerçeğini de unutmamak gerekir. Sınırlı sağlık eğitimine sahip ya da hiçbir mesleki eğitime sahip olmayan tıbbi sekreterler Türkiye sağlık sistemi içinde hasta yönlendirme, danışma, poliklinik, klinik, ameliyathane, acil, laboratuvar ve röntgen ünitelerinde sekreterlik, arşiv memurluğu, idari ve mali birimlerde dokümanter ve veri hazırlama çalışanı olarak sağlık hizmeti üretim sürecinde yer almaktadır.

Araştırmalar, sağlıklı bireyler ve toplumlar için geliştirilecek sağlık hizmetleri ile ilgili sorunların ve çözümlerin sürdürülebilir bir sağlık sistemi için hem toplumun hem de sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarı olmasının önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir. Toplumun geneli, hastalar ve özellikle bazı sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire, eczacı gibi) sağlık okuryazarlık durumunu araştıran birçok çalışma olmasına rağmen tıbbi sekreterler bağlamında çok az sayıda araştırma olduğu görülmektedir (Tekin 2018). Dolayısı ile gerek sağlık hizmetlerinde kaliteyi, verimliliği ve etkinliği sağlamak gerekse kendi sağlıklarını korumak açısından bu meslek grubuna özellikle sağlık bilgisi ve sağlık okuryazarlığı konusunda daha yakından bakılması uygun olacaktır. Araştırma ile hem sağlık çalışanı hem de bir birey olan tıbbi sekreterlik öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ile ilgili durumlarını açıklayan alan yazındaki boşluğa katkı sağlanması hedeflenmektedir. Bu kapsamda araştırmanın amacı, tıbbi sekreterlik öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam davranışlarını belirlemektir.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmış ve nicel araştırma deseni kullanılmıştır. Araştırma aşağıda yer alan sorulara cevap aramaktadır. Bunlar:

- Tıbbi sekreterlik öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı hangi düzeydedir?
- Tıbbi sekreterlik öğrencilerinin sağlık okuryazarlıkları sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık göstermekte midir?
- Tıbbi sekreterlik öğrencilerinin sağlık okuryazarlıkları sağlıklı yaşam alışkanlıkları açısından farklılık göstermekte midir?
- Tıbbi sekreterlik öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumları ne düzeydedir?

- Tıbbi sekreterlik öğrencileri sağlık hizmetlerinden yararlanma ile ilgili bilgi ve tutumları ne düzeydedir?

2.1. Çalışma Grubu

Bu araştırmanın çalışma grubunu, 2018-2019 yıllarında Ankara’da bulunan bir devlet üniversitesinin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik önlisans programının birinci ve ikinci sınıfına kayıtlı 319 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan tüm öğrencilere çalışma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Katılımcılar ilgili üniversitenin Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik önlisans programına kayıtlı, gönüllü ve anket sorularını en az %80 oranında cevaplamış olmalarına göre araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş örneklem seçilmemiştir. Anketlere cevap veren ve dâhil edilme koşullarını sağlayan 208 kişiden toplanan veriler araştırmada kullanılmıştır. Araştırmanın etik uygunluğu için Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Alt Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır. (Tarih:12.11.2018 Karar No: 16/211)

2.2. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anketler, 16-30 Kasım 2018 tarihleri arasında elektronik posta yoluyla google docs üzerinden çevrimiçi olarak paylaşılmıştır. Veri toplama amacıyla kullanılan anket formu yaklaşık 20 dakika içinde tamamlanmakta, beş bölüm ve 126 sorudan oluşmaktadır. Anketin bölümlerine göre başlık ve soru sayıları Tablo 1’de verilmiştir.

Veri toplama aracının ilk iki bölümünde demografik bilgiler için araştırmacı tarafından araştırma evrenine uygun şekilde hazırlanmış 21 soruluk sosyo-demografik bilgiler formu ve katılımcıların mevcut sağlık durumlarını anlamaya yönelik 9 soru yer almaktadır. Araştırma anketinin sağlık okuryazarlığı ile ilgili üçüncü bölümünde Türkiye Sağlık Okuryazarlığı anketi (SOYA-TR-Q47) kullanılmıştır. Anketin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık hizmetleri kullanımı bölümleri yine Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için hazırlanan anket formundan araştırmacı tarafından çalışma evrenine uyarlanmıştır.

Tablo 1. Veri Toplama Aracında Yer Alan Bölümler ve Soru Sayısı

| Anket Bölümü | Soru Sayısı |
|--|-------------|
| 1. Sosyo-demografik özellikler | 21 |
| 2. Sağlık durumu | 9 |
| 3. Sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOYA-TR-Q47) | 47 |
| 4. Akılcı ilaç kullanımı | 20 |
| 5. Sağlık hizmetlerinin kullanımı | 29 |
| Toplam | 126 |

SOYA-TR-Q47 anketi ilk olarak “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmaları Konsorsiyumu” için HLS-EU-Q47 olarak geliştirilmiş ve Almanya, Hollanda, Avusturya, İspanya, İtalya, Yunanistan, Bulgaristan ve Polonya gibi 8 Avrupa ülkesinden 15 yaş üstü 8000 kişiye uygulanmıştır (Sørensen et al. 2015). Ölçek, SOYA-TR-Q47 adı ile Türkiye Sağlık Okuryazarlık araştırması için Durusu-Tanrıöver ve diğerleri (2014) tarafından Türkçeye çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve daha sonra 4924 kişiye uygulanmıştır. SOYA-TR-Q47 anketi katılımcının -kendi algısına göre- kendisi için ne kadar zor olduğunu ifade ettiği; her biri “çok zor, zor, kolay, çok kolay” şeklinde 1 ile 4 puan aralığında puanlanan 47 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek, HLS-EU-Q47 kapsamında alt parametreleri olan “sağlık bakımı”, “bilgiye erişim”, “anlama”, “değerlendirme”, “sağlık hizmetleri”, “hastalık önleme” ve “sağlığı iyileştirme” alanlarında alt matrisler için ayrı ayrı

değerlendirilmiştir. Ankete verilen cevaplara göre, sağlık okuryazarlığı indeks puanı genel sağlık okuryazarlık ve bu 7 alt indeks puanları için ayrı ayrı hesaplanmıştır.

İndeks skoru hesaplamasında bir anketin kullanılabilmesi için, her indeks ve alt indekste soru sayısının en az %80 cevaplandırılması gerekmektedir. Bu çalışmada, tüm katılımcıların indeks hesaplamaları için en az %80 cevap verdiği gözlenmiş ve tüm anketler değerlendirmeye dâhil edilmiştir. İndeks, “0” en düşük sağlık okuryazarlığını, “50” en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermek üzere aşağıda verilen formülle standartlaştırılmıştır.

$$I=(X-1)*(50/3)$$

I=İndeks; hesaplama yapılan katılımcıya özgü indeks puanı

X=Ortalama; her katılımcı için cevaplandırılan her maddenin ortalaması

1: Ortalamanın en düşük olası değeri

3: Ortalamanın aralığı

50: Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Genel sağlık okuryazarlığı indeksi ve alt indeks puanları en az “0” ve en fazla “50” olan ve dört kategori ile değerlendirilen bir ölçüme dönüştürülmüştür. Bu ölçümde “50” mümkün olan en iyi sağlık okuryazarlığı puanını temsil etmektedir. Ortaya çıkan dört seviye “yetersiz” (0-25), “sorunlu” (>25-33), “yeterli” (>33-42) ve “mükemmel” (>42-50) sağlık okuryazarlığı düzeyleridir. Araştırmada sağlık okuryazarlığını değerlendirmede Türkiye ve Avrupa çalışması ile karşılaştırma yapabilmek için bu dört kategori kullanılmıştır. Ancak bu araştırmadaki bazı analizlerde, “yetersiz” ve “sorunlu” düzeyler “yetersiz sağlık okuryazarlığı” (0-33); “yeterli” ve “mükemmel” düzeyler “yeterli sağlık okuryazarlığı” (34-50) olarak adlandırılan iki seviyede birleştirilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı indekslerinin iç tutarlılık ve güvenilirliği için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Tüm indeksler için iç tutarlılık değerleri 0,827'nin üzerinde (Tablo 2) bulunmuş olduğu için olumlu değerlendirilmiştir (Cortina 1993).

Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığı Genel Ve Alt İndeksleri İçin İç Tutarlılık (Cronbach Alpha) Değerleri

| Sağlık Okuryazarlık İndeksi ve Alt Boyutları | Cronbach Alpha |
|--|----------------|
| Genel sağlık okuryazarlık | 0,977 |
| Sağlık bakım | 0,916 |
| Hastalıklardan korunma | 0,933 |
| Sağlığın iyileştirilmesi | 0,946 |
| Bilgiye erişim | 0,860 |
| Bilgiyi anlama | 0,866 |
| Bilgiyi değerlendirme | 0,897 |
| Bilgiyi uygulama | 0,827 |

Araştırmada öğrencilerin sağlık durumları ve sağlıklı yaşam davranışları kendi ifadeleri ile ele alınmıştır. Buna göre ankete katılan kişilerin “Beden Kitle İndeksi” (BKİ), kendi beyanları ile elde edilen boy ve ağırlık bilgileri ile hesaplanmıştır. DSÖ sınıflandırmasına göre BKİ, yetişkinlerde düşük kilolu, aşırı kilolu ve obeziteyi sınıflandırmak için yaygın olarak kullanılan bir indekstir. Kilogram cinsinden ağırlığın metrekareye (kg/m²) bölünmesiyle tanımlanır (WHO 2018).

2.3. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde, istatistiksel paket programı SPSS 25.0 kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılım uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile analiz edilmiş, verilerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Veri analizindeki tanımlayıcı istatistikler için, sürekli değişkenlerde ortalama ve standart sapma ve kategorik değişkenlerdeki sayı ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Sosyo-demografik değişkenler, sağlıklı yaşam ve sağlık hizmetinden yararlanma davranışları açısından genel sağlık okuryazarlığına ait kategorik indeks puanlarının karşılaştırılmasında ki kare ve gruplara ait sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının karşılaştırılmasında t testi ve ANOVA (F) testi kullanılmıştır.

III. BULGULAR

3.1. Sosyo-demografik Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine ait bulgular Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre katılımcıların yaş ortalaması $21,5 \pm 4,2$ 'dir. Öğrencilerin %67,3'ü (n=140) kadın, %84,6'sı (n=176) bekâr, %63,0'i (n=131) birinci sınıf öğrencisi ve %46,6'sı (n=97) 1601-3000 TL arasında ortalama aylık gelire sahiptir. Öğrencilerin %86,1'i (n=179) çekirdek ailede ve %75,0'i (n=156) 3 kişiden daha kalabalık ailelerde; %74'ü (n=154) kendi evlerinde ve %82,7'si (n=172) ise, apartmanda yaşamaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin kitap ve gazete okuma alışkanlıklarına ilişkin verdikleri cevaplara göre, %38,9'u (n=81) herhangi bir gazete okumuyorken, sadece %42,8'i (n=89) yılda en fazla 5 kitap okuyor bulunmuştur.

Tablo 3. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

| Sosyo-demografik Özellikler | n | % |
|--|----------------|------------|
| Yaş | | |
| Ortalama \pm SS | 21,5 \pm 4,2 | |
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 68 | 32,7 |
| Kadın | 140 | 67,3 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 32 | 15,4 |
| Bekar | 176 | 84,6 |
| Sınıf | | |
| Birinci sınıf | 131 | 63 |
| İkinci sınıf | 77 | 37 |
| Gelir | | |
| \leq 1600 TRY | 22 | 10,6 |
| 1601 TL-3000 TRY | 97 | 46,6 |
| 3001-4500 TRY | 61 | 29,3 |
| 4501 TRY \leq | 28 | 13,5 |
| Kitap okuma alışkanlığı (kitap/yıl) | | |
| Hiç | 89 | 6,7 |
| 1-5 | 89 | 42,8 |
| 6-10 | 63 | 30,3 |
| 11+ | 42 | 20,2 |
| Toplam | 208 | 100 |

3.2. Sağlık Okuryazarlığı Bulguları

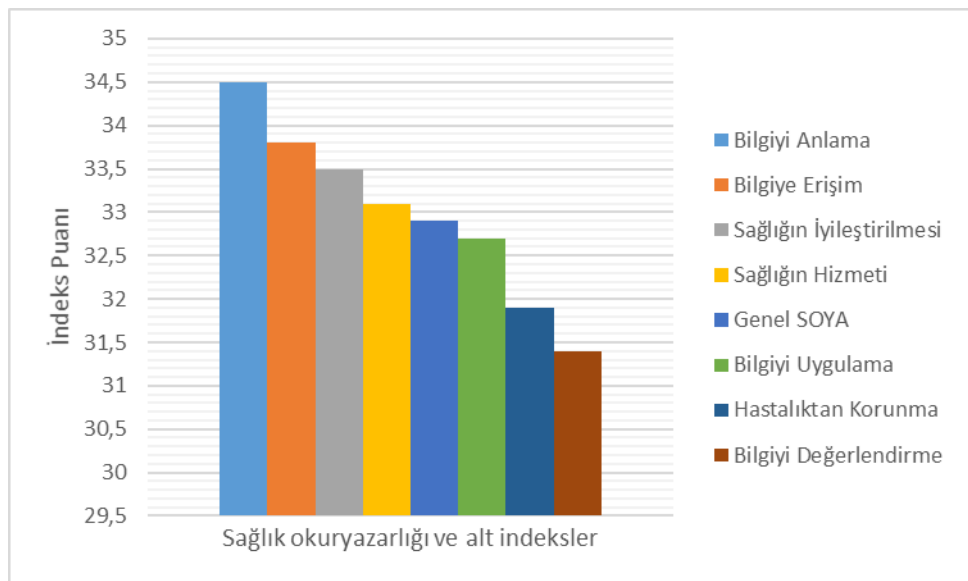
Tıbbi sekreterlik öğrencilerinin genel sağlık okuryazarlık puanı $32,9 \pm 7,6$ 'dır. Alt indeks puanlarına baktığımızda ise, en yüksek puandan en düşük puana doğru sırası ile “bilgiyi anlama” ($34,5 \pm 8,2$), “bilgiye erişim” ($33,8 \pm 7,8$), “sağlığın iyileştirilmesi” ($33,5 \pm 8,2$), “sağlık hizmeti” ($33,1 \pm 6,9$) genel SOYA puanına göre daha yüksek iken; “bilgiyi uygulama” ($32,7 \pm 8,0$), “hastalıktan korunma” ($31,9 \pm 9,7$) ve “bilgiyi değerlendirme” ($31,4 \pm 9,3$) alt indeks puan ortalaması genel SOYA puanından daha düşük bulunmuştur (Tablo 4 ve Grafik 1).

Tablo 4. SOYA Genel ve Alt İndeks Puan Ortalamalarının Kategorik İncelemesi (n=208)

| SOYA ve Alt İndeksler | X | SS | İndeks Kategorisi |
|--------------------------|------|-----|-------------------|
| Genel SOYA | 32,9 | 7,6 | Yetersiz |
| Hastalıktan korunma | 31,9 | 9,7 | |
| Bilgiyi değerlendirme | 31,4 | 9,3 | |
| Bilgiyi uygulama | 32,7 | 8,0 | |
| Sağlık hizmeti | 33,1 | 6,9 | Yeterli |
| Sağlığın iyileştirilmesi | 33,5 | 8,2 | |
| Bilgiye erişim | 33,8 | 7,8 | |
| Bilgiyi anlama | 34,5 | 8,2 | |

Katılımcıların genel SOYA ve alt indeks puanları kategorik olarak değerlendirildiğinde “genel SOYA”, “hastalıktan korunma”, “bilgiyi değerlendirme” ve “bilgiyi uygulama” indekslerinde ortalama puanların “yetersiz” düzeyde; “sağlık hizmeti”, “sağlığın iyileştirilmesi”, “bilgiye erişim” ve “bilgiyi anlama” boyutlarında ise “yeterli” düzeyde olduğu, görülmektedir. Sonuçlar kategorik sıklık değerleri açısından değerlendirildiğinde ise, öğrencilerin en çok (%63,5) “bilgiye erişim” boyutunda; en az ise “genel SOYA” ve “bilgiyi değerlendirme” (%44,7) boyutunda “yeterli” sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt İndeks Puan Sıralaması



Tablo 5. Katılımcıların Genel SOYA ve Alt İndeks Puanlarının Kategorik Sıklık Değerleri Açısından İncelenmesi (n=208)

| SOYA ve Alt İndeksler | Yeterli SOYA | | Yetersiz SOYA | |
|--------------------------|--------------|-------------|---------------|-------------|
| | n | % | n | % |
| Genel SOYA | 93 | 44,7 | 115 | 55,3 |
| Sağlık Hizmetleri | 99 | 47,6 | 109 | 52,4 |
| Hastalıktan Korunma | 110 | 52,9 | 98 | 47,1 |
| Sağlığın İyileştirilmesi | 115 | 55,3 | 93 | 44,7 |
| Bilgiye Erişim | 132 | 63,5 | 76 | 36,5 |
| Bilgiyi Anlama | 116 | 55,8 | 92 | 44,2 |
| Bilgiyi Değerlendirme | 93 | 44,7 | 115 | 55,3 |
| Bilgiyi Uygulama | 114 | 54,8 | 94 | 45,2 |

Araştırmada genel sağlık okuryazarlık puanı sosyo-demografik değişkenler açısından incelendiğinde sınıf (birinci ve ikinci sınıf) ($p=0,011$) ait oldukları gelir grubu ($p=0,001$) ve kitap okuma alışkanlıkları ($p=0,002$) açısından anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Buna göre ikinci sınıf olanların birinci sınıflara göre, gelir durumu 1601-3000 TL olanların diğer gelir gruplarına göre ve yılda en az 1 kitap okuyanların okumayanlara göre sağlık okuryazarlıkları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca kategorik düzeyleri (yeterli/yetersiz SOYA) sosyo-demografik değişkenler açısından incelendiğinde sınıf değişkeni için istatistiksel açıdan anlamlı ($p=0,002$) bir farklılık olduğu görülmektedir (Tablo 6). Bu sonuca göre ikinci sınıf öğrencilerinin %58,4'ü yeterli sağlık okuryazarlığına sahipken bu oran birinci sınıf öğrencilerinde %36,6 olarak bulunmuştur.

Tablo 6. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

| Özellikler | Genel SOYA | | Toplam | Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi | | | | χ^2 | P |
|--|------------|---------------|--------|-----------------------------|------|--------------|------|----------|---------------|
| | X±SS | p | | Yetersiz SOYA | | Yeterli SOYA | | | |
| | | | Sayı | % | Sayı | % | | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | | |
| Erkek | 31,44±6,84 | 0,059 | 68 | 36 | 52,9 | 32 | 47,1 | 2,768 | 0,096 |
| Kadın | 33,44±8,87 | | 140 | 57 | 40,7 | 83 | 59,3 | | |
| Medeni Durum | | | | | | | | | |
| Evli | 32,55±6,03 | 0,800 | 32 | 14 | 43,8 | 18 | 56,3 | 0,014 | 0,905 |
| Bekar | 32,92±7,87 | | 176 | 79 | 44,9 | 97 | 55,1 | | |
| Sınıf | | | | | | | | | |
| Birinci sınıf | 31,84±7,82 | 0,011* | 131 | 83 | 63,4 | 48 | 36,6 | 9,323 | 0,002* |
| İkinci sınıf | 34,60±6,93 | | 77 | 32 | 41,6 | 45 | 58,4 | | |
| Gelir | | | | | | | | | |
| ≤1600 | 30,95±4,73 | 0,001* | 22 | 14 | 63,6 | 8 | 36,4 | 8,860 | 0,310 |
| 1601-3000 | 35,00±6,86 | | 97 | 43 | 44,3 | 54 | 55,7 | | |
| 3001-4500 | 30,22±9,03 | | 61 | 40 | 65,6 | 21 | 34,4 | | |
| 4501≤ | 32,72±6,50 | | 28 | 18 | 64,3 | 10 | 35,7 | | |
| Kitap okuma alışkanlığı (kitap/yıl) | | | | | | | | | |
| Hiç | 30,83±5,24 | 0,002* | 14 | 9 | 64,3 | 5 | 35,7 | 8,008 | 0,460 |
| 1-5 | 34,43±6,53 | | 89 | 33 | 37,1 | 56 | 62,9 | | |
| 6-10 | 30,13±8,53 | | 63 | 35 | 55,6 | 28 | 44,4 | | |
| 11+ | 34,32±7,82 | | 42 | 16 | 38,1 | 26 | 61,9 | | |

* $p \leq 0,005$

Araştırmanın bu bölümünde öğrencilerin sağlık durumları ve sağlıklı yaşam davranışları kendi ifadeleri ile ele alınmıştır. BKİ analizine göre, bu araştırmaya dâhil olan katılımcıların %72,1'inin (n=150) normal kiloda olduğu, görülmektedir.

Sağlıklı yaşam alışkanlıklarına yönelik bulgulara göre, katılımcıların %87'si (n=181) diyet yapmamaktadır. Yine katılımcıların kendi ifadelerine göre %87'si (n=181) çoğunlukla yürüme, yüzme, kolektif spor ve pilates gibi egzersizleri düzenli yapmaktadır. Katılımcıların %70,7'si alkol kullanmadığını, %63,9'u ise hiç sigara içmediğini, belirtmiştir.

Katılımcıların %85,1'i (n=177) bir sağlık sigortası kapsamında yer almakta ve %79,8'i (n=164) kendi sağlığını "iyi" ve "çok iyi" olarak ifade etmektedir. Bununla birlikte öğrencilerin sadece %4,3'ü (n=9) kronik hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir. Sağlık hizmetlerinden son bir yıl içinde yararlanmaları sorulduğunda ise, katılımcıların %74'ü herhangi bir sağlık hizmetinden, %53,4'ü ise acil sağlık hizmetlerinden yararlandığını, söylemiştir. Öğrencilerin %65,4'ü son bir yıl içinde en az bir kez aile hekimlerini ziyaret etmiştir. Ancak, son bir yılda ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlananların oranı %30,8'i geçmemektedir.

Öğrencilerin sağlık durumları ve sağlıklı yaşam davranışları kategorik sağlık okuryazarlık düzeyleri açısından incelendiğinde sadece egzersiz alışkanlığı (p=0,001) ve sağlık sigortası kapsamında olmak (p=0,022) yeterli ve yetersiz okuryazarlık düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Öğrencilerin Sağlıklı Durumları Ve Yaşam Davranışlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

| Özellikler | Genel SOYA | | Toplam | Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi | | | | χ^2 | P |
|-----------------------------|------------|-------|--------|-----------------------------|------|--------------|------|----------|---------------|
| | X±SS | P | | Yetersiz SOYA | | Yeterli SOYA | | | |
| | | | Sayı | % | Sayı | % | | | |
| BKİ | | | | | | | | | |
| Zayıf | 33,89±7,48 | 0,897 | 19 | 11 | 57,9 | 8 | 42,1 | 1,597 | 0,809 |
| Normal kilolu | 32,64±7,83 | | 150 | 84 | 56,0 | 66 | 44,0 | | |
| Fazla kilolu | 33,05±7,00 | | 33 | 18 | 54,5 | 15 | 45,5 | | |
| Birinci derece obez | 35,55±7,48 | | 4 | 1 | 25,0 | 3 | 75,0 | | |
| İkinci derece obez | 31,21±3,51 | | 2 | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | | |
| Egzersiz alışkanlığı | | | | | | | | | |
| Var | 33,03±7,78 | 0,404 | 181 | 73 | 40,3 | 108 | 59,7 | 10,821 | 0,001* |
| Yok | 31,71±6,30 | | 27 | 20 | 74,1 | 7 | 25,9 | | |
| Sağlık sigortası | | | | | | | | | |
| Var | 32,60±7,80 | 0,238 | 177 | 85 | 48,0 | 92 | 52,0 | 5,267 | 0,022* |
| Yok | 34,35±6,27 | | 31 | 8 | 25,8 | 23 | 74,2 | | |
| Sigara kullanımı | | | | | | | | | |
| Var | 34,11±7,96 | 0,131 | 60 | 26 | 43,3 | 34 | 56,7 | 0,065 | 0,799 |
| Yok | 32,35±7,43 | | 148 | 67 | 45,3 | 81 | 54,7 | | |
| Alkol kullanımı | | | | | | | | | |
| Var | 34,39±7,51 | 0,062 | 61 | 23 | 37,7 | 38 | 62,3 | 1,714 | 0,190 |
| Yok | 32,23±7,58 | | 147 | 70 | 47,6 | 77 | 52,4 | | |

*p≤0,005

3.3. Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Bulgular

Tıbbi sekreterlik öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını açıklayan bulgulara göre, %56,7'si reçetesiz; %34,1'i başka birinin tavsiye ettiği; %51,9'u kendi bilgisine dayanarak; %77,9'u bir eczacı tavsiyesine göre; %24,5'i internetten gördüğü bir ilacı nadiren de olsa kullanabileceğini, dile getirmiştir. Ayrıca katılımcıların %36,1'i başka birisine ilaç tavsiye edebileceğini belirtmiştir. Katılımcıların sadece %67,8'i evdeki ilaçların son kullanım tarihini her zaman kontrol ederken diğerleri bu kontrolleri yapmadıklarını, belirtmiştir. Yine katılımcıların sadece %61,1'i ilaç kullanımında her zaman doktorun önerdiği doza dikkat ederken, %53,8'i doktorun önerdiği süre boyunca ilacını kullandığını belirtmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi Ve Tutumlarına Ait Bulgular

| Akılcı İlaç Kullanımına yönelik bilgi ve tutumlar | % (n=208) | | | | |
|--|-----------|---------|-------|------------|-----------|
| | Asla | Nadiren | Bazen | Çoğunlukla | Her Zaman |
| Doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanım. | 43,3 | 34,6 | 16,3 | 5,3 | 0,5 |
| Başka birisinin tavsiye ettiği ilacı kullanım. | 65,9 | 21,6 | 10,1 | 2,4 | - |
| Kendi bilgime dayanarak ilaç kullanım. | 48,1 | 25,0 | 15,4 | 8,7 | 2,9 |
| Bir eczacının tavsiyesi ile ilaç kullanım. | 22,1 | 34,1 | 15,9 | 22,1 | 5,8 |
| İnternette gördüğüm bir ilacı kullanım. | 75,5 | 14,9 | 5,8 | 5,8 | 3,8 |
| Başka birisine ilaç tavsiye ederim. | 63,9 | 24,0 | 7,7 | 2,9 | 1,4 |
| Evdeki ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat ederim. | 3,4 | 4,8 | 9,6 | 14,4 | 67,8 |
| İlaçlarımı doktorumun önerdiği miktara uygun şekilde kullanım. | 3,4 | 2,9 | 4,3 | 28,4 | 61,1 |
| İlaçlarımı doktorumun önerdiği süre boyunca kullanım. | 3,4 | 4,3 | 8,2 | 30,3 | 53,8 |

Katılımcıların evlerinde sürekli bulundurdukları ilaçlar sorulduğunda ise, sırası ile ağrı kesici ilaçlar (%95,7), soğuk algınlığı ilaçları (%86,5), cilt kremleri (%79,8), antibiyotik ilaçlar (%57,2), mide ilaçları (%51,9), vitaminler (%46,6) olarak belirtilmiştir.

3.4. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan tıbbi sekreterlik öğrencilerinin sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları kendileri için, en yakın yetişkin yakınları için ve varsa çocukları için sorulduğunda verilen cevaplara ilişkin bulgular Tablo 9'da sunulmuştur. Buna göre, katılımcıların kendi hastalıkları durumundaki davranışları bir yakınları ya da çocukları hastalandığında/hastalanırsa değişmektedir. "Bir hastalık durumunda genel olarak ilk önce ne yaparsınız?" sorusuna katılımcıların %52,4'ü kendi hastalıkları halinde "doktora giderim." cevabını verirken; en yakın yetişkinin hastalık durumunda %75, çocuğun hastalığında ise %84,9 oranla doktora gittiklerini/gideceklerini belirtmişlerdir. Yine bir hastalık halinde evdeki ilaçları kullanma davranışını en çok kendi hastalıkları halinde (%18,8) göstermektedirler (Tablo 9). Katılımcılar, sağlık hizmeti almak için %68,3 ile en çok devlet hastanesine başvururken, bunu %18,3 ile aile hekimi başvuruları izlemektedir. Bir sağlık kuruluşuna en çok başvuru sebebi ise, %45,2 ile "ilaç reçete ettirmek" olarak,

bulunmuştur. Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bir sağlık kuruluşuna başvurma oranı %13,9'dur.

Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada başvurulan kaynak olarak %52,9 ile en büyük oranda internet, sonrasında ise, %43,3 ile doktorlar, gelmektedir. Katılımcıların %88,9'u hekim seçme hakkı olduğunu bilmektedir ve %72,6'sı bu hakkını son bir yıl içinde en az bir kez kullandığını, belirtmiştir. Öğrencilerin %83,2'si hastalandığında ikinci bir görüş alma gereği hissettiğini, bildirmektedir.

Tablo 9. Öğrencilerin Kendileri, En Yakın Yetişkin Yakınları ve Varsa Çocuklarının Hastalığı Durumunda Gösterdikleri Davranışlara İlişkin Bulgular*

| Genel olarak hastalandığımızda ilk olarak ne yaparsınız? | % (n=208) | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| | Kendisi hasta olduğunda... | En yakın yetişkin hasta olduğunda... | Çocuğu hasta olduğunda...* |
| Doktora giderim. | 52,4 | 75,0 | 84,9 |
| Evdeki ilaçları kullanırım. | 18,8 | 9,6 | 0,9 |
| Başkalarına danışırım. | 2,4 | 1,4 | 0,9 |
| Acil servise başvururum. | 5,8 | 10,1 | 6,6 |
| Hiçbir şey yapmam. | 17,3 | 3,4 | 3,4 |
| Doğal yöntemlerle tedavi etmeye çalışırım. | 2,4 | 0,5 | 2,8 |
| İnternette araştırır ve daha sonar ne yapacağıma karar veririm. | 1,0 | - | - |

*Bu soruya çocuğu olmayan öğrenciler de cevap vermiştir (n=106).

Katılımcılara sağlık kampanyaları hakkındaki bilgileri sorulduğunda ise, %76'sının sağlık kampanyaları hakkında herhangi bir bilgisinin olmadığı, görülmüştür. Kampanyalardan hangilerini bildikleri sorulduğunda ise, en çok "akılcı ilaç kullanımı", "sağlık için 10000 adım", "yaşama yol ver" ve "obezite ile mücadele" kampanyalarını, belirtmişlerdir.

Öğrencilerin genel sağlık okuryazarlık puanının sağlık hizmetleri kullanma davranışları açısından farklılık gösterip göstermediği araştırıldığında son bir yılda aile hekimi ziyareti (p=0,011) açısından anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 10). Son bir yılda aile hekimini ziyaret etmeyenlerin genel sağlık okuryazarlık puanı anlamlı şekilde en az bir kez ziyaret edenlerden daha yüksektir.

Tablo 10. Öğrencilerin Sağlık Hizmetlerini Kullanma Davranışlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

| | Genel SOYA | | Toplam | Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi | | | | χ^2 | P |
|---|------------|---------------|--------|-----------------------------|------|--------------|------|----------|-------|
| | X±SS | p | | Yetersiz SOYA | | Yeterli SOYA | | | |
| | | | Sayı | % | Sayı | % | | | |
| Son 1 yılda aile hekimi ziyareti | | | | | | | | | |
| Evet | 31,89±8,11 | 0,011* | 72 | 26 | 36,1 | 46 | 63,9 | 3,295 | 0,069 |
| Hayır | 34,70±6,19 | | 136 | 67 | 49,3 | 69 | 50,7 | | |
| Son 1 yılda dış hekimi ziyareti | | | | | | | | | |
| Evet | 32,50±7,63 | 0,656 | 64 | 32 | 50,0 | 32 | 50,0 | 1,046 | 0,306 |
| Hayır | 33,02±7,61 | | 144 | 61 | 42,4 | 83 | 57,6 | | |
| Son 1 yılda grip aşısı yaptırma | | | | | | | | | |
| Evet | 34,43±5,82 | 0,464 | 12 | 3 | 25,0 | 9 | 75,0 | 2,002 | 0,157 |
| Hayır | 32,77±7,70 | | 196 | 90 | 45,9 | 106 | 54,1 | | |

*p<0,005

IV. TARTIŞMA

Toplum sağlığının önemli belirleyicilerinden biri olan sağlık okuryazarlığı, sadece bireyler için değil sağlık çalışanları için de araştırılmaya ve geliştirilmeye değer bir konudur. Bu çalışmada tıbbi sekreterlik öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlıklı yaşam davranışlarının tanımlanması amaçlanmıştır. Hem sağlık ekibinin bir üyesi hem de diğer sağlık çalışanlarına oranla daha az sağlık bilgisine sahip olan bu meslek grubunun sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam davranışları ve akılcı ilaç kullanımı bazı sosyo-demografik özellikleri ile birlikte incelenmiştir.

Araştırmada tıbbi sekreterlik öğrencilerinin genel sağlık okuryazarlık puanı kategorik değerlendirmeye göre yetersiz ($32,9 \pm 7,6$) düzeyde bulunmuştur. Bu ortalama Türkiye sağlık okuryazarlık araştırmasının (Durusu-Tanrıöver ve diğerleri 2014) 25 yaş ($32,8$) grubuna göre benzer önlisans eğitimi ($33,5$) açısından ortalamasının altındadır. Benzer şekilde Avrupa (Sørensen et al. 2015) sonuçları ($33,8 \pm 8,0$) ile karşılaştırıldığında ise Avrupa ortalamasının altında yer almaktadır. Oysaki aynı üniversitenin önlisans tıbbi sekreterlik öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyini ortaya koymayı amaçlayan çalışmada (Tekin 2018) tıbbi sekreterlik öğrencileri yaş ve eğitim durumu açısından Türkiye ve Avrupa ortalamasının üzerinde bir sağlık okuryazarlığına sahip bulunmuştur. Ancak bu iki çalışmanın yapıldığı tarihler eğitim öğretim dönemlerinin farklı dilimlerine karşılık gelmektedir. Dolayısı ile iki çalışmanın evreni benzer yapıda görünmekle birlikte mesleki eğitimin sağlık okuryazarlığına olası etkilerini gösterebilmesi açısından farklı dönemleri kapsamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık okuryazarlığını değerlendirme amacı ile hizmet içi eğitim sonrasında yapılan bir çalışmaya göre (Deniz et al. 2018), sağlık okuryazarlığı ortalamaları 21 ila 25 yaşları arasında $37,58 \pm 7,49$ olup yardımcı sağlık çalışanı ve önlisans eğitimi almış olan çalışanlarda $35,0 \pm 7,24$ olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın evreni bu çalışmanın evrenine benzer gruplar gibi görünse de, katılımcılar sağlık personeli olarak çalışmaktadır. Bu nedenle, halen çalışmakta olan katılımcıların, genel sağlık okuryazarlığının, henüz öğrenci olan tıbbi sekreterlik öğrencilerinden daha yüksek olması mesleki deneyim ve hizmetiçi eğitimler ile açıklanabilir. Ancak gerek hemşireler ve gerekse sağlık bilimleri fakültelerinde yapılan benzer çalışmalarda elde edilen bulgular bu çalışmanın sonuçları ile benzer durumdadır. California Eyaletinde hemşire katılımcılar ile yapılan bir çalışmada, hemşirelerin sağlık okuryazarlığının sınırlı olduğu bulunmuştur (Macabasco-O'Connell, Fry-Bowers 2011). Güven ve diğerleri (2018)'nin sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerle yaptıkları çalışmada da öğrencilerin yeterli sağlık okuryazarlık düzeyinde olmadığı bulunmuştur. Bu bulgular doğrudan hasta ile çalışan sağlık çalışanlarının durumu hakkında endişe verici ipuçları içermektedir.

Araştırmada sağlık okuryazarlığı alt indekslere göre incelendiğinde öğrencilerin en yüksek puana sahip olduğu kategorinin "bilgiyi anlama", en düşük puana sahip oldukları kategorinin "bilgiyi değerlendirme" boyutu olduğu, görülmektedir. Bilgiyi anlama boyutunda bireylerin doktorlarının verdiği bilgiyi, ilaç prospektüsünü, acil durumlarda yapılacakları ve reçete edilen ilacın nasıl kullanılacağı, sağlık uyarıları, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık ile ilgili tavsiyeleri, gıda paketleri üzerindeki bilgileri, medyada yer alan sağlık bilgilerini ve mental sağlığa ilişkin bilgileri anlama ile ilgili zorluk derecesi ölçülmektedir. Öğrencilerin kendi algıları ile verdikleri cevaplara göre elde edilen ortalama puan hesaplamasında özellikle bu boyutta diğer boyutlara göre daha yüksek bir puana sahip olmaları sağlık ile ilgili bilgileri anlayabildiklerini, göstermektedir. Ancak bu bilgileri değerlendirme söz konusu olduğunda kendi ifadelerine göre zorlandıkları anlaşılmaktadır. Nitekim bu bulgu Türkiye sağlık okuryazarlık araştırma bulguları (Durusu-Tanrıöver ve diğerleri 2014) ile de uyumludur.

Katılımcıların genel SOYA ve alt indeks puanları kategorik olarak değerlendirildiğinde “genel SOYA”, “hastalıktan korunma”, “bilgiyi değerlendirme” ve “uygulama” indekslerinde ortalama puanların “sınırlı” düzeyde; “sağlık hizmeti”, “sağlığın iyileştirilmesi”, “bilgiye erişim” ve “bilgiyi anlama” boyutlarında ise, “yeterli” düzeyde olduğu, görülmektedir. Sonuçlar kategorik sıklık değerleri açısından değerlendirildiğinde ise, öğrencilerin çoğunluğunun (%63,5) “bilgiye erişim” boyutunda; en az öğrencinin (%44,7) ise “genel SOYA” ve “bilgiyi değerlendirme” boyutlarında “yeterli” olduğu, görülmüştür. Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlık indeksinin kategorik değerlendirmesinde ise, toplumun ancak %35,4’ünün “yeterli” sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu (Durusu-Tanrıöver ve diğerleri 2014) tespit edilmiştir. Avrupa araştırmasında, katılımcıların %52,5’inin “yeterli” sağlık okuryazarlık kategorisinde olduğu görülmektedir (Sørensen et al. 2015). Tekin (2018) araştırmasında katılımcıların %58,2’si “yeterli” sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Bu sonuçlar araştırma katılımcılarının yüzde olarak Türkiye ortalamasına göre iyi durumda, ancak Avrupa (Sørensen et al. 2015) ve Tekin (2018) çalışmasına göre daha kötü durumda olduğunu, göstermektedir. Katılımcıların 21-25 yaş aralığında olması, bu yaş grubunun sağlık okuryazarlığının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu literatür bilgisi (Deniz et al. 2018; Duong et al. 2017; Durusu-Tanrıöver ve diğerleri 2014; Güven et al. 2018; Kirsch 1993; Rudd 2007; Sørensen et al. 2015; Von Wagner et al. 2007) ile uyumludur.

Araştırmada genel sağlık okuryazarlık puanı sosyo-demografik değişkenler açısından incelendiğinde sınıf ($p=0,011$), gelir grubu ($p=0,001$) ve kitap okuma alışkanlıkları ($p=0,002$) açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ayrıca sağlık okuryazarlığı kategorik düzeyleri (yeterli/yetersiz SOYA) sosyo-demografik değişkenler açısından incelendiğinde sınıf değişkeninde ikinci sınıflar lehine istatistiksel açıdan anlamlı ($p=0,002$) bir farklılık olduğu görülmektedir. Bu farkın öğrencilerin eğitim programı kapsamında aldıkları sağlık içerikli (anatomi, tıbbi terminoloji, halk sağlığı, hastalıklar bilgisi, ilk yardım ve biyoistatistik) derslerden kaynaklandığı, düşünülmektedir. Birçok araştırmada gelir sağlık okuryazarlığının bir belirleyicisi olarak tespit edilmiştir (Von Wagner et al. 2007). Gelir aynı zamanda sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili bir konudur. Asistan hekimler ile gerçekleştirilen bir çalışmanın sonuçları, sağlıklı yaşam davranışları ile gelir arasında pozitif yönlü bir ilişki bildirilmektedir (Çakır ve diğerleri 2015).

Öğrencilerin sağlık durumları ve sağlıklı yaşam davranışları kategorik sağlık okuryazarlık düzeyleri açısından incelendiğinde sadece egzersiz alışkanlığı ($p=0,001$) ve sağlık sigortası kapsamında olma ($p=0,022$) değişkenleri için anlamlı bir farklılık göstermiştir. Gazmararian ve arkadaşlarının (2003) çalışması sonuçlarında sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olduğu hastaların egzersizin faydalarını daha iyi bildikleri vurgulamaktadırlar.

Araştırmada elde edilen bulgulardan birisi de öğrencilerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve tutumlarının yetersiz olduğu şeklindedir. Türkiye’de yaşayan bireylerde görülen en yaygın akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları hekime danışmadan ilaç kullanma, başkasının tavsiyesi ile ilaç kullanma, başkasına ilaç tavsiye etme, ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat etmeme, verilen doza ya da süreye uygun ilaç kullanmama ve evde gereksiz ilaç bulundurma davranışları yer almaktadır (Bartuçtu ve diğerleri 2017; Demirtaş ve diğerleri 2018; Durusu-Tanrıöver ve diğerleri 2014; Hatipoğlu, Özyurt 2016). Hatta bu akılcı olmayan ilaç kullanma tutum ve davranışlarının hemşireler gibi sağlık çalışanları arasında da görüldüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (Pirinçci, Bozan 2016). Bu çalışmada da tıbbi sekreterlik öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımını ile ilgili yukarıda sayılan yanlış tutum ve davranışlara sahip oldukları görülmektedir.

Öğrencilerin genel sağlık okuryazarlık puanının sağlık hizmetleri kullanma davranışları açısından farklılık gösterip göstermediği araştırıldığında son bir yılda aile hekimini ziyaret

etmeyenlerin genel sağlık okuryazarlık puanı anlamlı şekilde en az bir kez ziyaret edenlerden daha yüksek bulunmuştur. Araştırmada dikkat çeken tanımlayıcı bir diğer bulgu ise öğrencilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışları kendi hastalıkları durumunda farklı iken bir yakınları hastalandığında/hastalanırsa değişmektedir. Bu bulgu bireylerin kendi sağlıklarını bir yakınlarının sağlığına göre daha az önemsedğini düşündürmektedir.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplum sağlığının iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve maliyetlerinin azaltılması sağlık politikası ve kaynak dağılımı kadar toplumun sağlık okuryazarı olması ile de sağlanacak bir gelişmedir. Sağlık okuryazarlığı sadece hastaların değil, sağlıklı bireylerin temel sağlık hizmetlerinden yararlanması için de kazanılması gereken bir yetkinliktir. Sağlık sektöründe sağlık hizmetlerinin üretiminde sekreter, idari işler ve hasta rehberliği personeli olarak çalışan bu grubun, kendi sağlıklarını korumak ve hizmet sundukları hastaların sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için sağlık okuryazarlığına sahip olmaları önemlidir. Ayrıca sağlık kurumlarında sağlık okuryazarlığı ile ilgili kapasite geliştirmek ve hastaların sağlık okuryazarlığını desteklemek için bir yapı oluşturma stratejisinin ilk koşulu tüm çalışanların sağlık okuryazarlığının en iyi durumda olmasıdır.

Tüm dünyada sağlık okuryazarlığını geliştirme çabalarına rastlanmaktadır. Bu çabalar öncelikle bireylerin ve toplumların sağlık okuryazarlık durumlarını ortaya koyarak ihtiyaçlarını belirleyip bu ihtiyaçlara uygun çözüm stratejileri geliştirmeye odaklanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı bireylerin genel okuryazarlığından bağımsız değerlendirilemeyecek olsa da günümüzde bireyin sahip olduğu bilgi teknolojilerine ilişkin koşullar yaşam boyu öğrenme davranışı ile entegre edilerek geliştirilebilir, düşüncesindeyiz.

Bu çalışmada elde edilen bulgular tıbbi sekreterlik öğrencilerinin sağlık okuryazarlıklarını ve bu konuda ihtiyaçlarını ortaya çıkarmada önemli bir katkı sunmaktadır. Bundan sonra yapılması gereken bu ihtiyaçları karşılayacak çözümler ve stratejiler ortaya koymaktır. Bu noktada öğrencilerin bilgiyi anlama ve bilgiye erişim ile ilgili bir sorunlarının olmadığı ancak elde ettikleri bilgiyi değerlendirme ve uygulama ile ilgili eksiklikleri ve yanlış alışkanlıkları olduğu ortadadır. Bu nedenle yapılması gereken öğrencilerin doğru tutum ve davranışları gösterebilmelerine olanak sağlayacak eğitim ortamları yaratmak ve alışkanlıklarını değiştirmede onlara fırsatlar sunmaktır. Sağlıklı yaşam davranışları, okulda verilen eğitimin bir parçası olmalıdır. Bu kapsamda sağlık okuryazarlığı eğitiminin müfredata eklenmesi ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili konuların bilgi, beceri ve tutum düzeyinde kazandırılması, sağlanmalıdır. Ayrıca, öğrencilerin seçmeli dersler ile sosyal, kültürel ve sanatsal etkinliklere katılmaları teşvik edilmelidir.

Önlisans eğitimindeki bu bireylerin ergenlik ve yetişkinlik dönemleri arasında yer alan öğrenciler olduğu unutulmamalı ve bireysel gelişim ve farkındalıkları desteklenmelidir. Bu nedenle, önlisans düzeyinde eğitim veren kurumların, mesleki eğitimin (bilgi, beceri ve tutum) yanı sıra, yaşam boyu öğrenme bilincini, genel kültürü (gazete ve kitap okuma alışkanlığı kazanma, sinemaya, tiyatroya, konser ve sergilere katılma gibi alışkanlıklarla) ve sağlıklı yaşam davranışlarını destekleyici eğitim ortamları sunması, faydalı olabilir.

Örgün ve hizmet içi eğitimde sağlık okuryazarlığına yönelik gelişimsel eğitim desteği, sadece tıbbi sekreterlerin değil, sağlık hizmetlerinin üretimine doğrudan veya dolaylı olarak katılan tüm çalışanlara sağlanmalıdır. Sağlık kurumları yöneticilerinin, özellikle idari hizmet sınıfı için sağlık okuryazarlığı eğitimini hizmet içi eğitim ile vermeleri önerilebilir.

Araştırmamız belirli bir gruba ve az sayıda katılımcı ile sınırlandırılmıştır ve bu durumda

sonuçların genellenebilmesi elbette mümkün değildir. Bununla birlikte, araştırmanın tıbbi sekreterler ile yapılan bir kaç çalışmadan biri olması ve sağlık okuryazarlığı açısından elde edilen bulguların literatüre bir dereceye kadar katkı sağlayacağı, düşünülmektedir. Gelecekte yapılacak araştırmalar ile özellikle sağlık kurumlarında çalışan ve mesleki bir eğitim almamış ancak sağlık sektöründe çalışan bireylerin sağlık okuryazarlığı araştırılabilir, diğer sağlık çalışanlarına yönelik karşılaştırılabilir araştırmalar yapılabilir ve özellikle eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs (1999) Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. American Medical Association. **JAMA** 281(6): 552-557.
2. Barutçu İ. A., Tengilimoğlu D. ve Naldöken Ü. (2017) Vatandaşların Akılcı İlaç Kullanımı, Bilgi ve Tutum Değerlendirmesi: Ankara İli Metropol İlçeler Örneği. **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 19(3): 1062 - 1078.
3. Batterham R., Hawkins M., Collins P., Buchbinder R. and Osborne R. (2016) Health Literacy: Applying Current Concepts to Improve Health Services and Reduce Health Inequalities. **Public Health** 132:3-12.
4. Berkman N. D., Sheridan S. L., Donahue K. E., Halpern D. J. and Crotty K. (2011) Low Health Literacy And Health Outcomes: An Updated Systematic Review. **Annals of Internal Medicine** 155(2): 97-107.
5. Bozkurt H. and Demirci H. (2018) Health Literacy Among Older Persons in Turkey. **The Aging Male** 2018; 1-6.
6. Çakır M., Piyal B. ve Aycan S. (2015) Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi: Tıp Fakültesi Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma. **Ankara Medical Journal** 15(4): 209-219.
7. Carolan M. (2007) Health Literacy and the Information Needs and Dilemmas of First-Time Mothers over 35 Years. **Journal of Clinical Nursing** 16(6): 1162-1172.
8. Çatı K., Karagöz Y., Yalman F. ve Yusuf Ö. (2018) Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. **AİBÜ-İİBF Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi** 14 (1): 67-88.
9. Coleman C. (2011) Teaching Health Care Professionals about Health Literacy: A Review of the Literature. **Nursing Outlook** 59(2): 70-78.
10. Coleman C. A., Hudson S. and Maine L. L. (2013) Health Literacy Practices and Educational Competencies for Health Professionals: A Consensus Study. **Journal Of Health Communication** 18(1): 82-102.
11. Cortina J. M. (1993) What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory And Applications. **Journal Of Applied Psychology** 78(1): 98.
12. Demirtaş Z., Dağtekin G., Sağlan R., Alaiye M., Önsüz M. F. Işıklı B., . . . ve Metintaş S. (2018) Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği. **Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi** 3(3): 37-46.

13. Deniz S., Öztaş D. and Akbaba M. (2018) Determining The Level Of Health Literacy And Affecting Factors of Health Professionals Working In Primary Health Care Services. **Sakarya Tıp Dergisi** 8(2): 214-228.
14. DeWalt D. A. and Hink A. (2009) Health Literacy and Child Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature. **Pediatrics** 124(3): 265-274.
15. Duong T. V., Aringazina A., Baisunova G., Pham T. V., Pham K. M., Truong T. Q. ... and Su T. T. (2017) Measuring Health Literacy In Asia: Validation of The HLS-EU-Q47 Survey Tool In Six Asian Countries. **Journal of Epidemiology** 27(2): 80-86.
16. Durusu-Tanrıöver M., Yıldırım H. H., Demiray-Ready F. N., Çakır B. ve Akalın H. E. (2014) **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması**. Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
17. Eneanya N. D., Olaniran K., Xu D., Waite K., Crittenden S., Hazar D. B., . . . and Paasche-Orlow M. K. (2018) Health Literacy Mediates Racial Disparities in Cardiopulmonary Resuscitation Knowledge among Chronic Kidney Disease Patients. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved** 29(3): 1069.
18. Gazmararian J. A., Baker D. W., Williams M. V., Parker R. M., Scott T. L., Green D. C., ... and Koplan J. P. (1999) Health Literacy among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. **JAMA** 281(6): 545-551.
19. Gazmararian J. A., Williams M. V., Peel J. and Baker D. W. (2003) Health Literacy and Knowledge of Chronic Disease. **Patient Education and Counseling** 51(3): 267-275.
20. Güven D. Y., Bulut H. and Öztürk S. (2018) Examining the Health Literacy Levels of Health Sciences Faculty Students. **Journal of History Culture and Art Research** 7(2): 400-409.
21. Hatipoğlu S. ve Özyurt B. C. (2016) Manisa İlindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerinde Akılcı İlaç Kullanımı. **TAF Preventive Medicine Bulletin** 15(4): 1-9.
22. Haun J. N., Valerio M. A., McCormack L. A., Sørensen K. and Paasche-Orlow M. K. (2014) Health Literacy Measurement: An Inventory and Descriptive Summary of 51 Instruments. **Journal of Health Communication** 19(2): 302-333.
23. HLS-EU Consortium (2012) **Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (first revised and extended version 5 July 2013)**. www. health-literacy. eu.
24. Howard D. H., Gazmararian J. and Parker R. M. (2005) The Impact of Low Health Literacy on The Medical Costs of Medicare Managed Care Enrollees. **The American Journal of Medicine** 118(4): 371-377.
25. İlgün G., Turaç İ. S. and Orak S. (2015) Health Literacy. **Procedia-Social and Behavioral Sciences** 174: 2629-2633.
26. Izadirad H. and Zareban I. (2015) The Relationship of Health Literacy with Health Status, Preventive Behaviors and Health Services Utilization in Baluchistan, Iran. **Journal of Education and Community Health** 2(3): 43-50.

27. Kirsch I. S. (1993) **Adult Literacy In America: A First Look at The Results of The National Adult Literacy Survey.** ERIC. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED358375.pdf>, Erişim Tarihi: 10.10.2018.
28. Kutner M., Greenburg E., Jin Y. and Paulsen C. (2006) **The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy.** National Center for Education Statistics, USA.
29. Levine R. A., Levine S. E., Rowe M. L. and Schnell-Anzola B. (2004) Maternal Literacy and Health Behavior: A Nepalese Case Study. **Social Science & Medicine** 58(4): 863-877.
30. Levine R., Javalkar K., Nazareth M., Faldowski R. A., de Ferris M. D. G., Cohen S., . . . and Rak E. (2018) Disparities in Health Literacy and Healthcare Utilization among Adolescents and Young Adults with Chronic or End-stage Kidney Disease. **Journal of Pediatric Nursing** 38: 57-61.
31. Lloyd J., Thomas L., Powell-Davies G., Osten R. and Harris M. (2018) How Can Communities and Organisations Improve Their Health Literacy? **Public Health Research, Practice** 28(2): 1-5.
32. Macabasco-O'Connell A. and Fry-Bowers E. K. (2011) Knowledge and Perceptions of Health Literacy among Nursing Professionals. **Journal of Health Communication** 16(3): 295-307.
33. Mancuso J. M. (2009) Assessment and Measurement of Health Literacy: An Integrative Review of the Literature. **Nursing & Health Sciences** 11(1): 77-89.
34. Messadi D., Macek M., Markovic D. and Atchison K. (2018) Oral Health Literacy, Preventive Behavior Measures, and Chronic Medical Conditions. **JDR Clinical & Translational Research** 3(3): 288-301.
35. Morony S., Webster A. C., Buchbinder R., Kirkendall S., McCaffery K. J. and Clerehan R. (2018) A Linguistic Analysis of Health Literacy Demands of Chronic Kidney Disease Patient Education Materials. **Health Literacy Research and Practice** 2(1):e1-e14.
36. Nutbeam D. (2008) The Evolving Concept of Health Literacy. **Social Science, Medicine** 67(12): 2072-2078.
37. Paasche-Orlow M. K. and Wolf M. S. (2007) The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. **American Journal of Health Behavior** 31(1): 19-26.
38. Parker R. (2000) Health Literacy: A Challenge for American Patients and their Health Care Providers. **Health Promotion International** 15(4): 277-283.
39. Parker S. M., Stocks N., Nutbeam D., Thomas L., Denney-Wilson E., Zwar N., . . . and Liaw S. T. (2018) Preventing Chronic Disease in Patients with Low Health Literacy Using eHealth and Teamwork in Primary Healthcare: Protocol for a Cluster Randomised Controlled Trial. **BMJ** 8(6): 1-13.
40. Parker R.M., Baker D.W., Williams M.V. and Nurss J.R. (1995) The Test Of Functional Health Literacy In Adults. **Journal of General Internal Medicine** 10(10): 537-541.

41. Pati S., Mohamad Z., Cnaan A., Kavanagh J. and Shea J. A. (2010) Influence of Maternal Health Literacy on Child Participation in Social Welfare Programs: The Philadelphia Experience. **American Journal of Public Health** 100(9): 1662-1665.
42. Pirinçi E. ve Bozan T. (2016) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumları. **Fırat Tıp Dergisi** 21(3): 129-136.
43. Porr C., Drummond J. and Richter S. (2006) Health Literacy as an Empowerment Tool for Low-income Mothers. **Family & Community Health** 29(4): 328-335.
44. Rasu R. S., Bawa W. A., Suminski R., Snella K. and Warady B. (2015) Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. **International Journal of Health Policy and Management** 4(11): 747-755.
45. Raynor D. T. (2012). Health Literacy. **British Medical Journal** 344:1-2.
46. Renkert S. and Nutbeam D. (2001) Opportunities to Improve Maternal Health Literacy through Antenatal Education: An Exploratory Study. **Health Promotion International** 16(4): 381-388.
47. Rudd R. E. (2007) Health Literacy Skills of US Adults. **American Journal of Health Behavior** 31(1): 8-18.
48. Rudd R. E. (2015) The Evolving Concept of Health Literacy: New Directions for Health Literacy Studies. **Journal of Communication in Healthcare** 8(1): 7-9.
49. Shaw S. J., Huebner C., Armin J., Orzech K. and Vivian J. (2009) The Role of Culture in Health Literacy and Chronic Disease Screening and Management. **Journal of Immigrant and Minority Health** 11(6): 460-467.
50. Simonds S. K. (1974) Health Education as Social Policy. **Health Education Monographs** 2(1): 1-10.
51. Sørensen K., Pelika J. M., Röthli F., Ganah K., Slonsk Z., Doyl G., . . . and Uiters E. (2015). Health Literacy in Europe: Comparative Results of The European Health Literacy Survey (HLS-EU). **European Journal of Public Health** 25(6): 1053-1058.
52. Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z. and Brand H. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. **BMC Public Health** 12(1): 80.
53. Tekin P. Ş. (2018) Health Literacy: An Overview of The Medical Secretarial Training in Turkey. **International Journal of Research-Granthaalayah** 6(9): 79-92.
54. Van der Heide I., Poureslami I., Mitic W., Shum J., Rootman I. and Fitzgerald J. M. (2018) Health Literacy in Chronic Disease Management: A Matter of Interaction. **Journal of Clinical Epidemiology** 102: 134-138.
55. Von Wagner C., Knight K., Steptoe A. and Wardle J. (2007) Functional Health Literacy and Health-Promoting Behaviour in A National Sample of British Adults. **Journal of Epidemiology, Community Health** 61(12): 1086-1090.
56. Whitley J., Smith J. D. and Vaillancourt T. (2013) Promoting Mental Health Literacy

- among Educators: Critical in School-Based Prevention and Intervention. **Canadian Journal of School Psychology** 28(1): 56-70.
57. WHO (1998) **Division of Health Promotion, Education and Communications Health Education and Health Promotion Unit**. World Health Organization, Geneva.
 58. WHO (2018) <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>, Erişim Tarihi: 21.11.2018
 59. Williams M. V., Baker D. W., Parker R. M. and 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** 158(2): 166-172.
 60. Yılmazel G. and Çetinkaya F. (2015) Health Literacy among Schoolteachers in Corum, Turkey. **Eastern Mediterranean Health Journal** 21(8): 598-605.
 61. Zarcadoolas C. and Kondilis B. K. (2018) **Health Literacy in Non-Communicable Diseases: Contexts and Cases**. IGI Global, USA.

