



T.C. Sağlık Bakanlığı

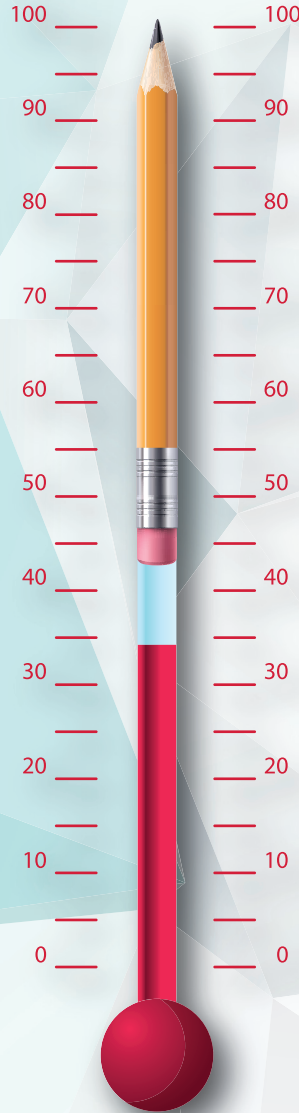
Sağlığın Geliştirilmesi
Genel Müdürlüğü



TÜRKİYE

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ

VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİ ARAŞTIRMASI



ANKARA - 2018



T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlığın Geliştirilmesi
Genel Müdürlüğü

TÜRKİYE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİ ARAŞTIRMASI

ANKARA - 2018

ISBN No : 978-975-590-689-8

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1103

Kapak Tasarım : Özyurt Matbaacılık

Baskı : Özyurt Matbaacılık - 0312 384 15 36 - ANKARA

Her türlü yayın hakkı, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'ne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Kısmen dahi olsa alınamaz, çoğaltılamaz, yayımlanamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi "T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, Yayın No: ,basıldığı yer, yayım tarihi" şeklinde olmalıdır.

EDITÖR

Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

YAZARLAR

Prof. Dr. Seçil ÖZKAN*

Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL*

Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN**

Öğr. Gör. Dr. Asiye Uğraş DİKMEN*

Uzm. Dr. Hakan TÜZÜN***

Özge TAŞCI***

Selime Ceylan ÜNAL***

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

**Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

***Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

PROJE EKİBİ

İbrahim Barbaros AKÇAKAYA

Ümran BENLİ

Ramazan NAZ

Dr. Kağan KARAKAYA

Mutlu KAYA

Uzm. Dr. Hakan TÜZÜN

Dr. Fatma Zehra YILDIZ

Serkan KARAVUŞ

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

REDAKSİYON

Fatma Nur GÜNEŞ

Ezgi KOŞAR

Hasan ÇERÇİOĞLU

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü



SUNUŞ

“Sağlık okuryazarlığı” kavramı dünya genelinde bin dokuz yüz doksanlı yıllarda sağlık alanının gündem maddeleri arasında yer almaya başlamış; iki binli yıllarda kavrama duyulan ilgi ve konu ile ilgili yapılan çalışmalar giderek artmaya başlamıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramı ile çizilen çerçeve konunun öneminin daha iyi anlaşılmasını, bütünlüklü olarak ele alınabilmesini sağlamıştır.

Diğer yandan sağlık okuryazarlığı kavramsallaştırması ile çizilen çerçevenin içinde yer alan ögeler sağlık alanında öteden beri var olagelmıştır. Söz gelimi Türkiye için daha 1930 tarihli “Umumi Hıfzıssıhha Yasası” ile o zamanki adı “Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti” olan Sağlık Bakanlığı’nın görevleri arasında şunlar da yer almaktadır: “sarı (bulaşıcı) ve salgın hastalıklardan korunma, çocuk büyüme ve sıhhi şartlar dairesinde yaşama gibi sıhhi meseleler hakkında halkı tenvir (aydınlatma) için kitap, levha, risale (kitapçık) neşreder (yayımlar), sıhhi propaganda müessesatı (kurumları) yapar ve konferanslar verir ve her nevi sinema filmleri gösterir.” Günümüze gelinceye değin Sağlık Bakanlığı’nın bu kapsamda pek çok çalışması olmuştur. Zaman içerisinde bir yandan sağlık alanında ülkenin hastalık yükünde bulaşıcı hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklara doğru bir değişim olurken; diğer yanda iletişim alanında kullanılan yöntemler teknolojik gelişmelere bağlı olarak giderek gelişmiş ve çeşitlenmiştir. Kimi değerlendirmelere göre “iletişimin” çağa adını veren bir olgu haline geldiği günümüzde ise, bu çalışmalar kamu spotlarından sosyal medya etkinliklerine varana değin geniş bir araç yelpazesi ile sürdürülmektedir. 2010 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı Stratejik Planları’nda sağlık okuryazarlığı başlığı altında yer alan hedeflerin yer alması ise bu alandaki üst düzey politik kararlılığın bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyini ve ilişkili olduğu etmenleri ulusal düzeyde saptayan bu araştırmadan elde edilen verilerin; sağlığı geliştirme uygulamaları içinde iletişim temelli müdahale araçlarını kullanacak çalışmaların hedeflerine daha doğru yönelmesine yardımcı olmasını diliyorum.

Dr. Fahrettin KOCA
Sağlık Bakanı



ÖNSÖZ

1986 yılında Ottawa şehrinde toplanan Birinci Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı, sağlığın geliştirilmesi alanındaki önemli köşe taşlarının ilkine karşılık gelmektedir. Konferans, dünyada yeni bir halk sağlığı hareketine yönelik beklentilere cevap verebilmek üzere organize edilmiştir. Bu konferansta sağlığın geliştirilmesinin evrensel bir tanımını ortaya koymanın yanı sıra sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinin yalnızca sağlık sektörünün sorumluluğu kapsamında yer alamayacağı tespit edilmiştir. Sonrasında küresel düzeyde sağlığın geliştirilmesi konferansları belirli aralıklarla yapılmaya devam etmiş; sonuncusu 2016'da Ottawa Deklarasyonu'nun 30. yılında Şangay'da gerçekleştirilen 9. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı olmuştur. 9. Küresel Konferans "iyi yönetim", "sağlıklı şehirler" ve "sağlık okuryazarlığı"ndan oluşan üç ana tema üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Ülkemizde de sağlık politikaları geliştirilirken sağlığın geliştirilmesi ve sağlık okuryazarlığı stratejik başlıklar olarak ele alınmaktadır. "Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek" Sağlık Bakanlığı'nın temel stratejik amaçları arasındadır. Bu amaca yönelik hedefler arasında "bireylerin sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek" de yer almaktadır.

"Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması" ile sağlık okuryazarlığı düzeyi ulusal düzeyde saptanmakla birlikte, sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin etkilediği faktörler de ortaya konmaktadır. Araştırma ile elde edilen sonuçların ulusal literatüre zemin oluşturmasını diliyor, çalışmada emeği geçenlere teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Emine ALP MEŞE
Bakan Yardımcısı



ÖNSÖZ

Sağlık okuryazarlığı alanında yaklaşık son on yıl içinde ortaya çıkıp gelişen bir ulusal literatürden söz edilebilir. Sağlık hizmet sunumu kurumları, sağlık hizmetleri uygulamaları ve kültürel özellikler gibi bakımlardan ülke koşulları gözetilerek geliştirilmiş bir ölçek aracılığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyini ulusal düzeyde saptayan sonuçların bulunmayışı, bu literatürün en önemli eksiğini oluşturuyordu. Bu araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçme aracı olarak kullanılan ölçek (TSOY-32), Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün yürütücüsü olduğu bir çalışma grubu ile geliştirilmiştir. Söz konusu ölçek geliştirme sürecinde Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda kullanılan kavramsal çerçeve referans alındığı için bir yandan elde edilen sonuçlar uluslararası karşılaştırmalar yapmaya imkân sağlamış, diğer yandan ölçekte yer alan soruların Türkiye'ye özgü olması ölçme işleminin kültüre uyumlu biçimde yapılabilmesini temin etmiştir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin demografik özelliklere, sosyoekonomik koşullara ve sağlıkla ilgili konularda bilgi kaynağı olarak kullanıldığı belirtilen iletişim araçlarına göre nasıl değiştiği ortaya konulmaktadır. Sağlık okuryazarlığı hem yukarıda sayılan değişkenler tarafından belirlenen bir parametre hem de sağlıkla ilgili çeşitli değişkenleri belirleyen bir parametredir. Araştırmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık düzeyini tanımlayıcı algılanan sağlık, kronik hastalık varlığı gibi parametrelerle ilişkisinin yanı sıra bazı sağlık hizmeti kullanımı parametreleri ile ilişkisi de incelenmiştir.

Ulusal düzeydeki sağlık okuryazarlığı araştırmalarının Sağlık Bakanlığınca belirli periyotlarla yürütülmesi bu konudaki uzun vadeli değişimin ortaya konulmasını sağlayacaktır. Bu araştırma bu dizinin başlangıcını oluşturmaktadır.

Araştırmanın tasarım aşamasından çalışma raporunun dağıtımına değin bu süreçte görev alan herkese teşekkür ediyorum.

Bu araştırmayla elde edilen veriler, akademik çalışmalar için referans olmanın yanı sıra sağlık alanında gerek kamu otoriteleri gerekse sivil toplum kuruluşları ya da özel kuruluşlar tarafından yürütülecek iletişim çalışmalarında kanıta dayalı veri gereksinimini karşılamada destek sağlayacaktır.

Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ
Genel Müdür



İÇİNDEKİLER

Özet	XXI
Abstract	XXVII
1. Giriş	1
1.1 Sağlık Okuryazarlığı Kavramı	3
1.2 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	4
1.3 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İlişkili Olduğu Faktörler	6
1.4 TSOY-32 Ölçeği	7
1.5 Amaç	9
2. Gereç-Yöntem	11
2.1 Örnek Büyüklüğü ve Örnekleme Yöntemi	13
2.2 Hane Ziyareti Sonuçlarının Dağılımı	16
2.3 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Anket Formu	18
2.4 Sahadan Verilerin Toplanması	20
2.5 Ağırlıklandırma ve Kalibrasyon İşlemleri	21
2.6 İstatistiksel Analiz	23
2.7 Etik Onay	24
3. Bulgular	25
3.1 Araştırmaya Katılan Kişilerin Tanımlayıcı Özellikleri	27
3.2 Araştırmaya Katılan Kişilerin Bazı Sağlık Özellikleri	30
3.3 Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Arama Davranışları	31
3.4 Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Hizmeti Kullanım Özellikleri	33
3.5 Araştırmaya Katılan Kişilerde Bazı Okuma Alışkanlıkları	36
3.6 Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 Ölçeği Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı	36
3.7 Araştırmaya Katılan Kişilerin Hasta Hekim İletişimiyle İlgili Bazı Değerlendirmeleri	40
3.8 Araştırmaya Katılan Kişilerde Bazı Sağlık Bilgisi Arama Davranışları	41
3.9 Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	43
3.10 Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Değişimi	48
3.11 Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Bazı Sosyoekonomik Parametrelere Göre Değişimi	54
3.12 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Kaynağı Olarak Kullanıldığı Belirtilen İletişim Araçlarına Göre Değişimi	61
3.13 Araştırmaya Katılanlarda Bazı Okuma Alışkanlıklarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değişimi	62
3.14 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerin Değişimi	63
3.15 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Bazı Sağlık Hizmeti Kullanım Özelliklerinin Değişimi	67



İÇİNDEKİLER

4. Sonuç ve Öneriler	73
4.1 TSOY-32 Ölçek Sorularına Verilen Cevaplar.....	75
4.2 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	78
4.3 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirleyici Faktörleri	80
4.4 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Değişen Sağlıkla Ve Sağlık Hizmeti Kullanımı İle İlişkili Faktörler	84
4.5 Sağlığı Geliştirmenin Anahtarı Olarak Sağlık Okuryazarlığı	87
4.6 Çalışmanın Kısıtlılıkları	88
Kaynaklar	89
Ek: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anket Formu	95

KISALTMALAR

- AB** : Avrupa Birliği
- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- ADNKS** : Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
- CAPI** : Computer Assisted Personal Interview- Bilgisayar Destekli Yüz Yüze Görüşme
- DALY** : Disability-Adjusted Life Year - Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- HALS** : Health Activities Literacy Scale- Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği
- HLS-EU** : The European Health Literacy Survey - Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması
- İBBS** : İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması
- NAAL** : National Assessment of Adult Literacy-Ulusal Erişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi
- NVS** : The Newest Vital Sign - En Yeni Hayati Bulgu Testi
- REALM** : Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/Revised - Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü
- TOFHLA** : Short Test of Functional Health Literacy in Adults - Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi
- TSOY-32** : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32
- TSOYA** : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması
- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu
- UAVT** : Ulusal Adres Veri Tabanı
- WRAT** : Wide Range Achievement Test - Geniş Kapsamlı Başarı Testi



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: İBBS-1 Bölgeleri ve Kapsadığı İller	15
Tablo 2: Hane Ziyareti Sonuçlarının İBBS-1 Bölgelerine Göre Dağılımı	17
Tablo 3: TSOY-32 Matris Bileşenleri ve Bu Maddelere Denk Gelen Madde Numaraları	18
Tablo 4: İlçelere Göre Alınan Okuryazar Olmayan Kişi Sayısı	20
Tablo 5: Araştırmaya Katılan Kişilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (TSOYA, 2017)	27
Tablo 6: Araştırmaya Katılan Kişilerin İş Durumu ve Çalışma Durumlarının Dağılımı (TSOYA, 2017)	28
Tablo 7: Araştırmaya Katılan Kişilerin Bazı Sosyoekonomik Özelliklerinin Dağılımı (TSOYA, 2017)	29
Tablo 8: Araştırmaya Katılan Kişilerin Algılanan Sağlık Durumlarının Dağılımı (TSOYA, 2017)	30
Tablo 9: Araştırmaya Katılan Kişilerin Kronik Hastalıklarla İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı (TSOYA, 2017)	30
Tablo 10: Araştırmaya Katılan Kişilerde Son Bir Yıl İçinde Sağlıklı Olmak İçin Yapılan Aktivitelerin Dağılımı (TSOYA, 2017)	31
Tablo 11: Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Arama Davranışlarının Dağılımı (TSOYA, 2017)	32
Tablo 12: Araştırmaya Katılan Kişilerde Herhangi Bir Sağlık Hizmeti Almak Amacıyla Genellikle İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşunun Dağılımı (TSOYA, 2017)	34
Tablo 13: Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Kuruluşuna veya Hekime En Son Başvurma Nedenlerinin Dağılımı (TSOYA, 2017)	34
Tablo 14: Araştırmaya Katılan Kişilerin Son 6 Ayda Bazı Sağlık Hizmeti Kullanım Özelliklerinin Dağılımı (TSOYA, 2017)	35
Tablo 15: Araştırmaya Katılan Kişiler Tarafından Son 6 Ay İçinde Yapılan Sağlık Hizmeti Başvuru Sayıları (TSOYA, 2017)	35
Tablo 16: Araştırmaya Katılan Kişilerin Okuma Alışkanlıkları (TSOYA, 2017)	36
Tablo 17: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı (TSOYA, 2017)	37
Tablo 18: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Boyutu Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı (TSOYA, 2017)	39
Tablo 19: Araştırmaya Katılan Kişilerin Hasta Hekim İletişimiyle İlgili Bazı Değerlendirmelerinin Dağılımı (TSOYA, 2017)	41
Tablo 20: Araştırmaya Katılan Kişilerde Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Kaynağı Kişilerin Dağılımı (TSOYA, 2017)	42

TABLOR DİZİNİ

Tablo 21: Araştırmaya Katılan Kişilerde Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Kaynağı İletişim Araçlarının Dağılımı (TSOYA, 2017)	42
Tablo 22: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Dağılımı (TSOYA, 2017)	43
Tablo 23: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 ile Saptanan Ölçek Süreçlerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Dağılımı (TSOYA, 2017)	45
Tablo 24: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması 1'e Göre Dağılımı (TSOYA, 2017)	46
Tablo 25: Araştırmaya Katılan Kişilerin Tedavi ve Hizmet Alanı İçin TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması 1'e Göre Dağılımı (TSOYA, 2017)	47
Tablo 26: Araştırmaya Katılan Kişilerin Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alanı İçin TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması 1'e Göre Dağılımı (TSOYA, 2017)	48
Tablo 27: Araştırmaya Katılan Kişilerin Cinsiyete Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	49
Tablo 28: Araştırmaya Katılan Kişilerin Yaş Gruplarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	50
Tablo 29: Araştırmaya Katılan Kişilerin Eğitim Gruplarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	51
Tablo 30: Araştırmaya Katılan Kişilerin Cinsiyet, Yaş ve Eğitim Grubuna Göre TSOY-32 ile Saptanan Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alanı Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	52
Tablo 31: Araştırmaya Katılan Kişilerin Cinsiyet, Yaş ve Eğitim Grubuna Göre TSOY-32 ile Saptanan Tedavi ve Hizmet Alanı Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	53
Tablo 32: Araştırmaya Katılan Kişilerin İş Durumlarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	54
Tablo 33: Araştırmaya Katılan Kişilerin Çalışma Durumuna Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	56

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 34: Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Güvence Durumuna Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	57
Tablo 35: Araştırmaya Katılan Kişilerin Hane Halkı Gelirinin İhtiyaçları Karşılama Yeterliliğine Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	58
Tablo 36: Araştırmaya Katılan Kişilerin Bazı Sosyoekonomik Parametrelere Göre TSOY-32 ile Saptanan Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alanı Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	60
Tablo 37: Araştırmaya Katılan Kişilerin Bazı Sosyoekonomik Parametrelere Göre TSOY-32 ile Saptanan Tedavi ve Hizmet Alanı Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	61
Tablo 38: Araştırmaya Katılan Kişilerde Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Kaynağı Olarak Kullanıldığı Belirtilen İletişim Araçlarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	62
Tablo 39: Araştırmaya Katılan Kişilerde Genel Bazı Okuma Alışkanlıklarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	63
Tablo 40: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Algılanan Sağlığın Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	64
Tablo 41: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Kronik Hastalık Varlığının Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	65
Tablo 42: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son Bir Yıl İçinde Sağlığı Geliştiren Davranış Varlığının Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	66
Tablo 43: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Herhangi Bir Sağlık Hizmeti Almak Amacıyla İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşunun Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	68
Tablo 44: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son 6 Ay İçindeki Acil Sağlık Hizmeti Başvurusu Durumunun Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	69
Tablo 45: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son 6 Ay İçindeki Acil Sağlık Hizmeti Hariç Sağlık Hizmeti Başvurusu Durumunun Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	71



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Dağılımı (TSOYA, 2017)	44
Şekil 2: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 ile Saptanan Ölçek Süreçlerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Dağılımı (TSOYA, 2017)	45
Şekil 3: Araştırmaya Katılan Kişilerin Cinsiyete Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	49
Şekil 4: Araştırmaya Katılan Kişilerin Yaş Gruplarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	50
Şekil 5: Araştırmaya Katılan Kişilerin Eğitim Gruplarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	51
Şekil 6: Araştırmaya Katılan Kişilerin İş Durumlarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	55
Şekil 7: Araştırmaya Katılan Kişilerin Çalışma Durumuna Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	56
Şekil 8: Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Güvence Durumuna Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	57
Şekil 9: Araştırmaya Katılan Kişilerin Hane Halkı Gelirinin İhtiyaçları Karşılama Yeterliliğine Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	59
Şekil 10: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Algılanan Sağlığın Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	64
Şekil 11: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Kronik Hastalık Varlığının Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	65
Şekil 12: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son Bir Yıl İçinde Sağlığı Geliştiren Davranış Varlığının Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	67
Şekil 13: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Herhangi Bir Sağlık Hizmeti Almak Amacıyla İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşunun Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	68
Şekil 14: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son 6 Ay İçindeki Acil Sağlık Hizmeti Başvurusu Durumunun Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	70
Şekil 15: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son 6 Ay İçindeki Acil Sağlık Hizmeti Hariç Sağlık Hizmeti Başvurusu Durumunun Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)	71



ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığını; “Bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması; bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi” olarak tanımlamaktadır. Kısaca sağlık okuryazarlığı için sağlığın korunması ve sürdürülmesi için kültür oluşturma aracı olduğu söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığı kişilerin sağlık davranışlarının, sağlık durumlarının hem de sağlık hizmeti kullanım özelliklerinin belirleyici faktörü olabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması daha sağlıksız yaşam, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanma, tedavi edici hizmetleri daha fazla kullanma, tedaviye uyumsuzluk, hastaneye yatış hızında artma, sağlık harcamalarında artma gibi pek çok olumsuz sonuca neden olmaktadır.

Aralarında ABD ve Avrupa Birliği ülkelerinin de olduğu gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere kısıtlı sağlık okuryazarlığı dünya geneli için bir halk sağlığı sorunu olarak kendini göstermektedir. Örneğin sekiz ülkeyi içeren Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’nda %12 yetersiz, %35 sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanması, incelenenlerin yaklaşık yarısının kısıtlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahaleler başarılı sonuçlar vermektedir. Sağlık okuryazarlığına ilişkin beceri geliştirmeyi amaçlayan etkili müdahale yöntemlerinin ortaya çıkarılabilmesi için araştırmaların yapılması gerektiği belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığının Türkiye’de son yıllarda giderek daha çok sayıda kişi ya da kurumun ilgi alanına giriyor olmasına karşın, sağlık okuryazarlığı düzeyini ve ilişkili olduğu etmenleri saptamaya yönelik çalışmalar yerel nitelikli ya da belirli grupları kapsayan çalışmalar niteliğinde olup topluma dayalı geniş çaplı çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Bu araştırmada sağlık okuryazarlığı ölçme aracı olarak Avrupa Sağlığı Okuryazarlığı Araştırması’nda kullanılan kavramsal çerçeve temel alınarak geliştirilen TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı ölçümünde referans alınacak kavramsal çerçevenin sağlık okuryazarlığın tanımı gereği toplumsal özellikler ve sağlık hizmet sunumunun yapısı ile uyumlu olması önemlidir. Bu nedenle TSOY-32 ölçeği geliştirilirken, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen kavramsal çerçeve referans alınmış; söz konusu çerçeve, toplumun sağlıkla ilişkili algı ve davranışları ile sağlık sisteminin yapısı gözetilerek revize edilmiştir. Böylelikle “tedavi ve hizmet” ile “hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” olmak üzere iki boyut; “sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma”, “sağlıkla



ilgili bilgiyi anlama”, “sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” ve “sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” olmak üzere dört süreçten oluşan bir matris, geliştirilen ölçeğin temelini oluşturmuştur.

Sağlık Bakanlığı stratejik amaçlarından birisi “sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek”tir. Amacı gerçekleştirmek üzere varılması öngörülen hedefler arasında ise “bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi” yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin saptanması, sağlık okuryazarlığıyla ilişkisi olan faktörlerin belirlenmesi ile elde edilecek veriler sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi yönündeki çalışmalara ışık tutacaktır. Bu araştırma ile Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyinin saptanması ve ilişkili olduğu faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma, tasarım tabakaları İBBS (İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması) düzey 1 olan, Türkiye genelini temsil eden bir örneklem üzerinden yürütülmüş kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın örnekleme TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) tarafından ADNKS (Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi) veri tabanına dayalı olarak belirlenmiştir. Örnek hacmi, %30 kayıp olasılığı da göz önünde bulundurularak 9.980 hane olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın sonucunda 6228 hanede anket uygulanmıştır. Hesaplanan örnek hacmine göre cevaplama sıklığı %70,9’dur.

Araştırmaya katılan kişilerin TSOY-32 ölçeği sağlığın korunması ve geliştirilmesi boyutu sorularına verilen cevaplar incelendiğinde; “çok kolay” ya da “kolay” seçeneği en yüksek sıklıkta belirtilmiş olan soruların: “doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak” (%72,7), “fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili sağlık uyarılarını anlamak” (%72,2), “ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak” (%70,3) olduğu görülmektedir. Çok kolay ya da kolay seçeneğinin en düşük sıklıkta belirtildiği sorular “sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak” (%42,7), “internet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek” (%47,7), “diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek” (%52,2) olarak görülmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu sorularına verdikleri yanıtların dağılımına bakıldığında çok kolay ya da kolay seçeneği belirtmiş olanların sıklığının en yüksek olduğu soruların “sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak” (%84,7), “gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak” (%80,6), “hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar,

poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak” (%76,6) olduğu görülmektedir. Çok kolay ya da kolay seçeneğini belirtmiş olanların sıklığının en düşük olduğu sorular ise; “sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek” (%61), “doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek” (%62,9), “farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek” (%64,4) olarak görülmektedir.

Araştırmaya katılanların TSOY-32 ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında, %30,9’unun yetersiz, %38,0’ünü sorunlu-sınırlı, %23,4’ünün yeterli, %7,7’sinin mükemmel kategorisinde olduğu görülmektedir. TSOY-32 tedavi ve hizmet alanı sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında %27,1’inin yetersiz, %31,3’ünün sorunlu-sınırlı, %30,0’inin yeterli, %11,6’sının mükemmel kategorisinde olduğu görülmektedir. TSOY-32 hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında %37,4’ünün yetersiz, %34,2’sinin sorunlu-sınırlı, %21,8’inin yeterli, %6,6’sını mükemmel kategorisinde olduğu görülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı kadınlarda (%35,3), erkeklere göre (%26,4) daha yüksektir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığının 18-24 yaş grubundaki en düşük değerinden (%14,0), ilerleyen yaş grupları ile birlikte artarak 65 ve üzeri yaş grubunda %65,5’e kadar yükseldiği görülmektedir. 65 ve üzeri yaş grubunda %24,9’luk sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi ile birlikte değerlendirildiğinde, bu yaş grubundakilerin %90,4’ünün sağlık okuryazarlığının kısıtlı olduğu görülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı bu araştırmadaki en düşük eğitim kategorisi olarak ele alınan “en yüksek ilköğretim mezunu olanlar” grubunda %53,4’tür. “İlköğretim, ortaokul, lise ve dengi okullar” grubunda %19,8, bu araştırmadaki en yüksek eğitim kategorisi olarak ele alınan “yükseköğretim ve üzeri olanlar” grubunda ise %9,6’dır. En düşük eğitim grubu için yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi ve %31,5’lik sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi ile birlikte değerlendirildiğinde, bu gruptakilerin %84,9’unun sağlık okuryazarlığının kısıtlı olduğu görülmektedir.

İş durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin değişimine bakıldığında yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının en düşük olduğu grup %9,5 ile öğrenciler iken, en yüksek olduğu grup %78,4 ile çalışma engelli/özürlü olan gruptur. Çalışma engelli/özürlü olanlar için %14,5’lik sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi ile birlikte değerlendirildiğinde, bu gruptakilerin %92,9’unun sağlık okuryazarlığının kısıtlı olduğu görülmektedir.

Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı sağlık güvencesi olmayanlarda %37,4 iken, sağlık



güvencesi olanlarda %30,2'dir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı, hane halkı gelirin ihtiyaçları karşılama yeterliliği ile ilgili değerlendirmesi "çok yetersiz" olanlarda %56,4, "yetersiz" olanlarda %37,8, "ne yeterli ne yetersiz" olanlarda %33,9, "yeterli" olanlarda %19,0, "çok yeterli" olanlarda ise %16,4'tür. Bu araştırmada en düşük gelir grubu olarak kategorize edilen hane halkı geliri ihtiyaçları karşılama çok yetersiz olanlar, %24,0'lık sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi ile birlikte değerlendirildiğinde, bu gruptakilerin %80,4'ünün sağlık okuryazarlığının kısıtlı olduğu görülmektedir.

İncelenenlerin %67'si sağlıkla ilgili konularda bilgi kaynağı olarak kullandığı herhangi bir iletişim aracı olduğunu belirtmişken, %33'ü sağlıkla ilgili konularda bilgi kaynağı olarak herhangi bir iletişim aracı kullanmadığını belirtmiştir. Belirtilmiş olan iletişim araçları içinde ilk sıralarda internet (%48,6), televizyon (%33,0), gazete (%8,9), cep telefonu ve akıllı telefon uygulamaları (%6,5) yer almaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı bilgi kaynağı olarak herhangi bir iletişim aracını kullanmadığını söyleyenlerde %56,8 iken, bilgi kaynağı olarak herhangi bir iletişim aracı belirtenlerde %18,1'dir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı bilgi kaynağı olarak interneti belirtenlerde %11,9 belirtmeyenlerde %48,8; televizyonu belirtenlerde %22,0 belirtmeyenlerde %35,3; gazeteyi belirtenlerde %14,2 belirtmeyenlerde %32,5; cep telefonu ya da akıllı telefon uygulamalarını belirtenlerde %9,9 belirtmeyenlerde %32,5'tir.

Sağlık durumunu belirlemek üzere kullanılan ve kişinin kendi değerlendirmesini esas alan algılanan sağlık, alan araştırmalarında sıklıkla kullanılmaktadır. Algılanan sağlığı "çok iyi" ya da "iyi" olanların sıklığı sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda %53,3 iken, bu sıklık sağlık okuryazarlığı sorunlu-sınırlı olanlarda %74,1, yeterli olanlarda %78,9, mükemmel olanlarda %83,6'dır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların %43,5'i, sorunlu-sınırlı olanların %22,6'sı, yeterli olanların %19,7'si, mükemmel olanların ise %13,5'i hekim tarafından tanısı konmuş 6 ay ya da daha uzun süredir devam eden herhangi bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Son bir yıl içinde herhangi bir sağlığı geliştiren davranış beyanı olanların sıklığı, sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda %47,2 iken, sorunlu-sınırlı olanlarda %53,2, yeterli olanlarda %59,1, mükemmel olanlarda ise %74,5'tir.

Herhangi bir sağlık hizmeti almak amacıyla genellikle ilk başvurduğu sağlık kuruluşu aile hekimi olanların sıklığı sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda %48,4 iken, sınırlı-sorunlu olanlarda %43,6, yeterli olanlarda %46,5, mükemmel olanlarda ise %38,7'dir. Genellikle ilk başvurduğu sağlık kuruluşu özel hastane olanların sıklığı sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe artmaktadır, bu sıklık sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda %5,0 iken mükemmel olanlarda %11,9'dur. Benzer şekilde ilk başvurduğu sağlık kuruluşu

üçüncü basamak olanların sıklığı da genel olarak sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça artma eğiliminde görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda bu sıklık %2,8 iken mükemmel olanlarda %6,1'dir.

Son 6 ay içinde acil sağlık hizmetleri hariç olmak üzere sağlık başvuru sayısı 1-3 kez olanların sıklığı, yetersiz sağlık okuryazarlığı grubunda %39,9 iken mükemmel sağlık okuryazarlığı grubunda %46,3'tür. 4-6 kez olanların sıklığı yetersiz sağlık okuryazarlığı grubunda %14,8, mükemmel sağlık okuryazarlığı grubunda %6,0'dır. 7 ve daha fazla kez olanların sıklığı yetersiz sağlık okuryazarlığı grubunda %6,4, mükemmel sağlık okuryazarlığı grubunda %2,0'dır.

Bu araştırmada Türkiye'de sağlık okuryazarlığı yetersiz olanları ya da sorunlu-sınırlı olanları kapsayacak biçimde kısıtlı sağlık okuryazarlığının yaklaşık olarak on kişiden yedisini içerecek derecede ağır bir halk sağlığı sorunu olarak var olduğu saptanmış, özellikle kimi risk grupları için neredeyse o gruptaki her on kişiden dokuzunu içerecek biçimde söz konusu ağırlığın daha da arttığı görülmüştür. Bu araştırma sonuçlarının da gösterdiği gibi sağlık okuryazarlığı düzeyi hem çeşitli sosyoekonomik değişkenlerden etkilenen hem de sağlığı ve sağlık hizmetlerini etkileyen bir parametre olması nedeni ile, sağlıkla ilişkilendirilebilecek çok sayıda değişkenin kavşak noktasında yer almaktadır. Sağlık düzeyinin ve sağlık davranışlarının belirleyicisi olan bazı değişkenlerde kısa zamanda olumlu değişiklik sağlanması fiziksel kısıtlılıklar nedeni ile zor iken, sağlık okuryazarlığını geliştirecek araçlar bu noktada bir kaldıraç işlevi görebilirler. Tüm paydaşları olabildiğince içerecek müdahale programları aracılığıyla sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri için anahtar rolü oynayabilir.



ABSTRACT

SURVEY OF HEALTH LITERACY LEVEL AND RELATED FACTORS IN TURKEY

World Health Organization (WHO) has defined health literacy as the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. In short, it can be said that health literacy is a means of culture creation for the prevention and promotion of health.

Health literacy can be a determining factor for both health behaviors, health status and utilization of health services. Inadequate health literacy level leads to many negative consequences such as more unhealthy life, less use of preventive health services, increased use of therapeutic services, non-compliance to treatment, increase in hospitalization rate, and increase in health expenditures.

Limited health literacy is a public health issue for the world, including developed countries such as the US and European Union countries. For example, the European Health Literacy Survey, which conducted in eight countries, 12% respondents showed inadequate health literacy, and 35% of those showed problematic health literacy levels. Therefore, about half of those examined had limited (inadequate or problematic) health literacy.

Interventions to improve health literacy give successful results. It is stated that research should be carried out in order to reveal effective intervention methods aimed at developing skills related to health literacy. Despite the fact that in recent years, health literacy has become increasingly interest of a greater number of persons or institutions in Turkey, studies to determine the level of health literacy and the factors associated with it have local characteristics or involve only specific groups so large-scale studies based on the general population are very limited.

In this research, the TSOY-32 scale, which was developed on the basis of the conceptual framework used in the European Health Literacy Survey, was used as a measure of health literacy. As defined by the definition of health literacy, it is important that the conceptual framework to be taken into account in the measurement of health literacy is compatible with the social characteristics and the structure of health service delivery. Therefore, while developing the TSOY-32 scale, the conceptual framework developed for the European Health Literacy Survey was taken as reference and the



framework was revised by considering the health-related perceptions and behaviors of the society and the health system. Thus, a matrix consisting of two domains, namely “health care” and “disease prevention and health promotion”; four dimensions, namely “access/obtain information relevant to health”, “understand information relevant to health”, “process/appraise information relevant to health” and “apply/use information relevant to health” has formed the basis of the scale.

One of the strategic intents of the Republic of Turkey Ministry of Health is “to protect the individual and society from health risks and to promote healthy lifestyle”. “Developing health literacy to increase the responsibility of individuals on their health” is included within the targets to achieve the aim. Data to be obtained by determining the level of health literacy and determining the factors associated with health literacy will shed light on the studies to improve health literacy. This study aimed to determine the level of health literacy in Turkey and determining the factors related to it.

The study is a cross-sectional study, whose design strata is NUTS (Nomenclatura of Territorial Units for Statistics) Level 1, conducted on a sample representing Turkey in general. The sample of the study was determined by TSI (Turkish Statistical Institute) based on the ABPRS (Address Based Population Registration System) database. The sample volume was calculated as 9.980 households by considering the possibility of 30% loss. As a result of the research, the survey was applied in 6228 households. According to the calculated sample volume, the frequency of response is 70.9%.

When the answers of the participants to the questions of health protection and promotion domain of the TSOY-32 scale were examined, questions with the highest frequently selected “very easy” or “easy” options are “have your health monitoring and control at regular intervals as recommended by your doctor” (72,7%), “understand health warnings about conditions that can be harmful to your health, such as being overweight, high blood pressure” (72,2%) and “make suggestions to your family or friends to be healthier” (70,3%). Questions with the lowest frequently selected “very easy” or “easy” options are “interpret health policy changes” (42,7%), “judge if the information that is proposed to be more healthy in various sources such as internet, newspaper, television, radio is reliable” (47,7%) and “apply the written diet list given by the dietician” (52,2%).

Considering the distribution of the responses of the participants to health care domain questions of the TSOY-32, questions with the highest frequently selected “very easy” or “easy” options are “use your medication as recommended by medical

professionals (such as doctors, pharmacists)" (84,7%), "call an ambulance where necessary" (80,6%) and "find the unit you want to reach in the hospital (laboratory, polyclinic)" (76,6%). Questions with the lowest frequently selected "very easy" or "easy" options are "assess whether your family or friends' advices are reliable when you have a complaint about your health" (61%), "evaluate the advantages and disadvantages of different treatment options recommended by your doctor" (62,9%) and "decide whether you need a second opinion from another doctor" (64,4%).

When looking at the participants' health literacy level determined by TSOY-32 scale, it was observed that 30.9% of them was inadequate, 38.0% was problematic-limited, 23.4% was sufficient, and 7.7% was in excellent category. When looking health literacy level about "health care" domain of TSOY-32 scale, it is seen that 27,1% is inadequate, 31,3% is problematic-limited, 30,0% is sufficient, 11,6% is in excellent category. When looking health literacy level about "disease prevention and health promotion" domain of TSOY-32 scale, it is seen that 37,4% is inadequate, 34,2% is problematic-limited, 21,8% is sufficient, 6,6% is in excellent category.

The frequency of those with inadequate health literacy is higher in women (35.3%) than in men (26.4%). It is observed that the frequency of those with inadequate health literacy increased from the lowest value in the 18-24 age group (14.0%)-with the increasing age groups- to 65.5% in the 65 and over age group. When the 24,9% problematic health literacy level in the age group of 65 and over are added to their inadequate health literacy percentage (65,5%), 90,4% of the people in this age group are seen to have limited health literacy.

The frequency of those with inadequate health literacy is 53.4% in the group of "primary education and below". In the group of "lower-upper secondary education, high school and equivalent schools" is 19.8%; in the highest education category namely "tertiary education and upper educational level" is 9.6%. When considering the inadequate health literacy level for the lowest education group and 31.5% problematic health literacy level of those, 84.9% of the group is seen to have limited health literacy.

Considering the change in the level of health literacy according to status of employment, the group with the lowest rate of inadequate health literacy is the students with 9,5%, while the group with the highest rate is the permanently disabled group with 78,4%. When these rates are considered together with the disabled individuals who have problematic health literacy levels (14,5%), it can be seen that 92,9% of those in this group were found to have limited health literacy.



The frequency of inadequate health literacy is 37,4% in those without health insurance and 30,2% in those with health insurance. The frequency of inadequate health literacy is 56,4% for participants whose household income assessment is "lower"; 37,8% for "low"; 33,9% for "middle"; 19,0% for "high" and 16,4% for "very high". When individuals who are categorized in this study as "ineligible regarding the provision of needs via the household income" (56,4%) are added to the group of people whose health literacy levels are problematic (24,0%), it is observed that 80,4% of the people in this group have limited health literacy.

While 67% of the respondents stated that they used communication tools as sources of information on health-related subjects, 33% stated that they did not use any communication tools as a source of information on health-related issues. Internet (48,6%), television (33,0%), newspaper (8,9%), mobile phone and smartphone applications (6,5%) are among top ranked communication tools. The frequency of inadequate health literacy is 56.8% for those who say that they do not use any means of communication as a source of information, whereas 18.1% of those who stated that they use any communication tool as a source of information. The frequency of inadequate health literacy was 11,9% among those who stated the internet as the source of information and 48,8% of those who did not; 22,0% among who stated television and 35,3% of those who did not; 14,2% among those who stated newspaper and 32,5% of those who did not; 9,9% among those who stated mobile phone and smartphone applications and 32,5% of those who did not.

Self-perceived health, which is used to determine the state of health and based on the individual's own evaluation, is frequently used in field research. While the frequency of those who have "very good" or "good" self-perceived health is 53,3% in the inadequate health literacy group; this frequency is 74.1% in the problematic health literacy group, 78,9% in the sufficient health literacy group and 83,6% in the excellent group. 43.5% of those with inadequate health literacy, 22.6% of those with problematic health literacy, 19.7% of those with sufficient health literacy, 13.5% of those with excellent health literacy stated that they had any chronic disease that was diagnosed by the physician for 6 months or more. The frequency of any health-promoting behavior statement in the last year is 47.2% in those with inadequate health literacy, 53.2% in those with problematic health literacy, 59.1% in those with sufficient health literacy, 74.5% in those with excellent health literacy.

While the frequency of those who first applied to the primary care centers to receive health care is 48,4% in the inadequate health literacy group; this frequency is 43,6% in

the problematic health literacy group, 46,5% in the sufficient health literacy and 38,7% in the excellent health literacy group. The frequency of those who usually first applied to private hospitals to receive health care increases as the level of health literacy increases, this frequency is 5% for those with inadequate health literacy and 11.9% for those with excellent health literacy. Similarly, the frequency of those who first applied to tertiary healthcare services also tends to increase as health literacy levels increase in general. This frequency is 2,8% for those with inadequate health literacy and 6,1% for those with excellent health literacy.

While the frequency of those with 1 to 3 times the number of health applications except emergency health services in the last 6 months is 39,9% in inadequate health literacy group, 46,3% in excellent health literacy group. The frequency of those with 4-6 times the number of health applications is 14.8% in the inadequate health literacy group and 6.0% in the excellent health literacy group. The frequency of those with 7 and more times the number of health applications is 6,4% in the inadequate health literacy group and 2,0% in the excellent health literacy group.

In this research, limited health literacy group that contains those with inadequate or problematic health literacy found to be a serious public health problem to include approximately seven out of ten people in Turkey. Especially for some risk groups, it was observed that the ratio increased almost to nine out of ten people in that group. As the results of this study show, health literacy level is at the crossroads of many variables that can be related to health, because it is a parameter that is affected by various socioeconomic variables and affects health and health services. While a positive change in some variables which are determinants of health level and health behaviors is difficult due to physical limitations, the instruments to develop health literacy can serve as a lever at this point. The development of health literacy through intervention programs that will involve all stakeholders as much as possible can play a key role in health promotion activities.



1. GİRİŞ



Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında S.K. Simonds tarafından “Health Education as Social Policy” adlı kitapta kullanılmıştır. 1990’lı yıllarda sağlık okuryazarlığı kavramı insan sağlığı üzerine etkisinin büyük olacağı düşüncesi ile yeniden tanımlanmaya ve tartışılmaya başlanmıştır; 2000’li yıllarda konuya ilişkin araştırma ve uygulamalar uluslararası kuruluşların da gündemine alınmıştır (1).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), sağlık okuryazarlığını; “Bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması; bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi” olarak tanımlamaktadır. Sağlık okuryazarlığının daha kapsamlı tanımı ise; “Sağlıklı olmayı sürdürme ve bu duruma katkıda bulunmayı sağlayan yollarla; bireylerin enformasyona erişimini, enformasyonu anlama ve kullanma yeteneği ile motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” şeklindedir (2). Kısaca sağlık okuryazarlığının sağlığın korunması ve sürdürülmesi için kültür oluşturma aracı olduğu söylenebilir.

Günümüzde bireylerin; kendi hastalıklarını tanıyabilmeleri, bulgularını belirleyebilmeleri, kendileri için iyi olduğunu düşündükleri kararları alabilmeleri beklenmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkinliği, etkililiği ve kalitesi de, sağlık hizmetini alan bireylerin kendi sağlıkları konusunda verdikleri bu kararlara bağlıdır. Sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam yılını ve kalitesini artırır, sağlık eşitsizliklerini giderir. Sağlık profesyonelleri için mesleki tatmin, doğru iletişim ve klinik becerileri kullanabilmeyi; sağlık hizmeti alanlar için anlaşılır olabilmeyi, karara katılımda daha fazla aktif rol almayı, daha kaliteli sağlık hizmetinden yararlanabilmeyi sağlar (3,4).

Sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olması daha sağlıksız yaşam, kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği, verilen eğitimleri anlamada güçlük, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliği ve bu hizmetleri kullanmada sorunlar (tarama, aşılar, egzersiz programları v.b), verilen tedaviye uymada güçlük (ilaç tedavisine, kontrollere uyum v.b.), ilaç uygulama hatalarında artma, tedavi edici hizmetleri daha fazla kullanma, hastaneye yatış hızında artma, sağlık harcamalarında artma gibi pek çok olumsuz sonuca neden olmaktadır. Sağlık yöneticileri ve politika yapıcılar açısından da, maliyetleri ve sağlık hizmeti kullanımını arttırdığından dolayı, sağlık hizmetlerinin yeniden organize edilebilmesi ve yapılandırılmasında büyük önem taşımaktadır (5,6,7).

1.1 Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlık okuryazarlığı kapsamında okuma, dinleme, analiz etme, karara katılma, karar verme ve hayata uyarlama vardır. Arka planında ise ilaç kutularındaki bilgiyi



kavrama, tıbbi eğitim broşürleri, hekimlerin tedavi ve teşhise yönelik direktifleri, onay formları, görsel okuryazarlık (grafik vb. bilginin yorumu), bilgisayar okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı (doğru bilgiyi elde etme ve uygulama), sayısal okuryazarlık (hesap yapabilme) bileşenlerini içerir. Kısaca sağlık okuryazarlığı sadece okuma yeteneği değildir (3,4).

Sağlık okuryazarlığı tanımının dayanacağı arka planı oluşturmak üzere farklı kavramsal çerçeveler geliştirilmiştir. Geliştirilen bu çerçevelerin sağlık okuryazarlığı ile ilgili farklı perspektifleri kapsamada tam olarak yeterli olamadıklarını tespit eden araştırmacılar, mevcut önerilerin farklı bileşenlerini içermek üzere entegre bir sağlık okuryazarlığı modeli geliştirmeye çalışmışlardır. Bu kapsamdaki çalışmalar sonucunda Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ararştırması Konsorsiyumu tarafından geliştirilen “entegre sağlık okuryazarlığı modelinin” temelinde, sağlıkla ilişkili bilgilere ulaşabilme, bilgileri anlayabilme, değerlendirebilme ve uygulayabilme yeterlilikleri yer almaktadır (8). “Ulaşım” sağlık bilgilerini arama ve bulma yeterliliğini, “anlama” ulaşılan sağlık bilgisini kavrama yeterliliğini, “değerlendirme” sağlık bilgisini yorumlama, değerlendirme, yargılama yeterliliklerini, “uygulama” ise sağlıkla ilgili kararlar verirken erişilen sağlık bilgilerini sağlık iletişimi için uygun biçimde kullanabilme yeterliliğini ifade etmektedir (8). Entegre sağlık okuryazarlığı modelinde sağlık okuryazarlığını belirleyen faktörler üç başlık altında gruplandırılmıştır: Bunlardan “toplumsal ve çevresel faktörler” başlığı demografik yapıyı, kültürü, dili, sosyal sistemi ve politik faktörleri; “kişisel faktörler” başlığı yaşı, cinsiyeti, milliyeti, eğitim düzeyini, sosyoekonomik düzeyi, çalışma durumunu, gelir düzeyini ve genel okuryazarlık düzeyini; “duruma bağlı faktörler” ise sosyal desteği, aile ve arkadaş çevresinin etkilerini ve medya kullanımını içermektedir (8).

1.2 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Toplumlarda sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek oldukça güçtür. Üstelik sağlık okuryazarlığını ölçmenin en uygun yolu hakkında ortak bir görüş bulunmamaktadır. Mevcut sağlık okuryazarlık değerlendirme testleri daha çok işlevsel-temel okuryazarlık düzeylerini tespit etmek üzere geliştirilmiştir. Bu testlerle kişinin okuduğunu anlama, aritmetik beceri, kelime tanıma ve telaffuz gibi becerileri değerlendirilmektedir. Sağlık çerçevesi içerisinde kullanılan kelime tanıma testleri ve sağlık okuryazarlık düzeyini ölçen testler; REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine / Revised - Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü), TOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults -Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi), WRAT (Wide Range Achievement Test - Geniş Kapsamlı Başarı Testi), NVS (The Newest

Vital Sign -En Yeni Hayati Bulgu Testi), HALS (Health Activities Literacy Scale- Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği), eHEALS (eHealth Literacy Scale - Elektronik Sağlık Okuryazarlık Ölçeği) şeklinde sıralanabilir (5,6).

ABD’de ve AB’de yapılan ulusal düzeydeki çalışma sonuçları kısıtlı sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaygınlığını göstermektedir. ABD’de okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı konulu mevcut nüfus verileri, 2003 NAAL (National Assessment of Adult Literacy / Ulusal Erişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi) kaynaklıdır. Bu çalışmaya dahil edilen on dokuz binden fazla erişkinin %12’si yeterli, %53’ü orta düzeyde, %22’si temel düzeyde, %14 temel düzeyin altında sağlık okuryazarlığı ortaya koymuştur (9). “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Ölçeği” ise Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Konsorsiyumu tarafından geliştirilen entegre sağlık okuryazarlığı modelini kavramsal çerçeve olarak kullanmıştır. Ölçek, 4’ lü likert yanıtları olan 47 sorudan oluşan sağlık okuryazarlığını beyana dayalı olarak değerlendiren bir ankettir. Geliştirilen ölçek değerlendirme aracı kullanılarak sekiz farklı ülkeyi içeren (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya, İspanya) bir sağlık okuryazarlığı araştırması (The European Health Literacy Survey, HLS-EU) yürütülmüştür. Her ülkeden yaklaşık bin kişinin katılımı ile yüz yüze görüşüp anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada skorları 4 kategoriye bölen kesme değerleri hesaplanmıştır (yetersiz/sorunlu/yeterli/mükemmel). Çalışmada %12,4 yetersiz, %35,2 sorunlu, %36 yeterli, %16,5 mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanlar değişik ülkelerde %2-27 arasında değişmektedir. Yetersiz ve sorunlu-sınırlı grup birlikte incelendiğinde Hollanda’da katılımcıların %29’u, Bulgaristan’da ise %62’si bu grupta yer almıştır. İrlanda’daki katılımcıların %60’ı, Hollanda’daki katılımcıların da %72’si yeterli ya da mükemmel kategorisinde yer almıştır. Sağlık okuryazarlığı yeterli ya da mükemmel olanlar Bulgaristan’da (%37) ve İspanya’da (%42) en düşük bulunmuştur (10,11).

Türkiye’de konu hakkında yapılan topluma dayalı çalışmalar sınırlı olmakla birlikte ülke genelinde 4979 kişi ile yürütülen bir çalışmanın sonuçlarına göre incelenenlerin %24,5’i yetersiz, %40,1’i sorunlu, %27,8’i yeterli, %7,6’sı mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir (12). Ankara il merkezinde bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran on sekiz yaş üstü kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve belirleyicilerinin değerlendirildiği bir çalışmada ise incelenenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin % 18,8’inin yetersiz, % 47,8’inin sorunlu, % 24,5’inin yeterli, % 8,9’unun mükemmel olduğu bulunmuştur (13).



1.3 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İlişkili Olduğu Faktörler

Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler arasında yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu, sağlık bilgisi düzeyi yer almaktadır. Bütün bu bireysel bilgi ve becerilerin yanında geçmiş deneyimlerle birlikte demografik, kültürel ve çevresel faktörler de sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Yaşlılar, düşük gelir grupları, düşük eğitim grupları, göçmenler, azınlık grupları yetersiz sağlık okuryazarlığı için başlıca risk grupları arasında yer almaktadır (9,10,14,15,16,17). Örneğin ABD'deki araştırma sonuçlarına göre (NAAL) sağlık okuryazarlığı temelin altı düzeyde olanların sıklığı 19-24 yaş grubunda %10 iken, 50-64 yaş grubunda %13, 65 yaş ve üzeri yaş grubunda ise %29'dur. Eğitim düzeyi lise mezuniyetinin altında olanlarda bu sıklık %49 iken, lise mezunlarında %15'tir. İstihdama dayalı sağlık güvencesi sahibi olanlarda %7 iken, sağlık güvencesi olmayanlarda %28'dir (9).

Sağlık okuryazarlığı hem kişilerin sağlık davranışlarının hem de mevcut sağlık durumlarının belirleyici bir faktörü olarak kendini gösterebilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık davranışları ile ilişkisini ortaya koyan çalışma sonuçlarına göre diyabet hastalarının yarısından azı hipogliseminin semptomlarını bilmektedir, astım hastalarının çoğu astım inhalerlerinin kullanımını doğru bir şekilde gösterememektedir, hipertansiyon hastaları kilo verme ile egzersiz yapmanın kan basıncını düşüreceğini daha az bilmektedir. Yapılan çalışmalara göre sınırlı sağlık okuryazarlığı olanların %26'sı bir sonraki randevusunun zamanını anlamamakta, %42'si "ilacını boş mideyle al" açıklamasını anlamamakta, %78'i ilaç kutularındaki uyarıları yanlış yorumlamaktadır (18). Yetersiz sağlık okuryazarlığının daha kötü sağlık durumu ile ilişkili olduğunu farklı hastalık gruplarında farklı parametrelerle örnekleyen sonuçlar da bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastalar için diyabet hastalarında kan şekeri regülasyonunun daha bozuk olduğu, antikoagulan tedavi görmekte olan hastalarda tedavi uyumunun daha kötü olduğu, prostat kanseri olan hastalarda tedaviye ilişkin kararlara katılım göstermede yetersiz olduğu bulunan sonuçlar arasında yer almaktadır (7).

Kısıtlı sağlık okuryazarlığının psikolojik maliyetleri de vardır. Sağlık okuryazarlığı becerileri kısıtlı olan erişkinler, beceri düzeyleri hakkında utanç hissettiklerini bildirmiştir. Bu kişiler, okuma veya kelime dağarcığıyla ilgili olarak yaşadıkları zorlukları gizleyebilir. Bunun sonucu olarak kısıtlı sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmet sunucuları ve sağlık çalışanları için görünmez olabilmektedir (19).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık hizmeti kullanım özellikleri de birbirleri ile ilişkili bulunmuştur (7). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlar kanser tarama

testlerini yaptırma, grip aşısı olma gibi koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile poliklinik hizmeti başvurularındaki ve hastane yatışlarındaki artış arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı olanlarda acil sağlık hizmetleri kullanımı daha yaygındır. Yetersiz sağlık okuryazarlığının hem bireysel olarak hem toplumsal olarak ekonomik sonuçları vardır. Örneğin ABD için yetersiz sağlık okuryazarlığının ekonomik maliyetinin yıllık olarak yüz milyar dolardan daha fazla olduğunu tahmin eden çalışma sonuçları bulunmaktadır (19).

Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik etkinlikler daha çok iletişim faaliyetlerinin iyileştirilmesi ya da eğitim programlarının geliştirilmesine yönelik olmaktadır; son on yılda ise kişilerin sağlık düzeylerine katkı sağlayacak davranış değişiklikleri meydana getirmeye daha çok odaklanılmaktadır. Ancak dünya genelindeki halk sağlığı sorunlarına geniş açıdan bakıldığında, bu yaklaşımların küresel iklim değişikliği, küreselleşme, yoksulluk gibi sağlık belirleyicilerini yeterince dikkate almadan tam olarak başarılı olmasının güç olacağı dile getirilmektedir. Etkinlik alanı bu biçimde geniş olarak alındığında müdahale aracı olarak işlev görecektir sağlık okuryazarlığının da daha geniş kavramsal çerçeveye oturması gerekeceği saptaması üzerinden “halk sağlığı okuryazarlığı” kavramı ortaya atılmıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramı her ne kadar toplumun sağlığa yönelik faaliyetleri anlama ve uygulama becerisini kapsasa da, küresel sağlık sorunları için sağlığı etkileyen sosyal/ekolojik/ sistemik karmaşık güçleri de dikkate almak üzere bu kavram geliştirilmiştir. “Halk sağlığı okuryazarlığı” multidisipliner bir araştırma ekibi tarafından “toplum yararına olacak şekilde kişi ve grupların halk sağlığı kararlarını vermek üzere gerekli bilgiyi elde etme, işleme, anlama, değerlendirme ve harekete geçme derecesi” olarak tanımlanmıştır. Böylelikle bireysel düzeydeki sağlık okuryazarlığı, toplumsal düzeyde halk sağlığı okuryazarlığı kavramı ile birleştiğinde daha kapsayıcı bir sağlık okuryazarlığı modeline erişilmektedir (20).

1.4 TSOY-32 Ölçeği

Sağlık okuryazarlığı ölçme aracı olarak kullanılacak bir ölçeğin taşıması gereken özellikler şu şekildedir sıralanmaktadır: Ölçek arka planında yer alan sağlık okuryazarlığıyla ilgili kavramsal çerçeveyi açıklıkla test edebilir biçimde yapılandırılmış olmalıdır. Farklı sağlık okuryazarlığı kavramları ve modelleri arasında farklılıklar bulunabildiğinden ölçeğin çok boyutlu içeriğe sahip olması kapsayıcılığını genişletecektir. Sağlık okuryazarlığı toplum sağlığı ve bireysel sağlığın önemli bir belirleyicisidir; yalnızca klinik düzeye odaklanan sağlık okuryazarlığı ölçümü halk sağlığı ile ilgili davranış ve



çıkıtlara ilişkin çalışmalarda yetersiz kalacaktır. Bu nedenle ölçek geliştirilirken halk sağlığı uygulamalarına klinik kullanımlara göre öncelik tanınmalı, geliştirilen ölçek toplum tabanlı çalışmalarda kullanılabilirliğine de sahip olmalıdır. Ölçek ile elde edilen sonuçların başka çalışma sonuçları ile karşılaştırılabilir olması ölçek ile yapılan değerlendirmenin fonksiyonunu artıracaktır (21).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Konsorsiyumu tarafından geliştirilen "entegre sağlık okuryazarlığı modeli" üç boyut ve dört süreçten oluşan bir matris öngörmektedir. Boyutlar "sağlık hizmetleri", "hastalıklardan korunma" ve "sağlığın geliştirilmesi"dir. Süreçleri ise "sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma", "sağlıkla ilgili bilgiyi anlama", "sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme" ve "sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama" oluşturmaktadır (8, 11). Entegre sağlık okuryazarlığı modelinde "sağlık hizmetleri" tıbbi sorunlarla ilgili bilgilere ulaşma, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve bu bilgileri tıbbi sorunlarla ilgili karar verirken ya da tıbbi önerilere uyarken kullanma yeterliğini ifade etmektedir. "Sağlığın korunması" özellikle sağlık risk faktörleri ile ilgili bilgilere ulaşabilmeyi, risk faktörlerini anlayabilmeyi, yorumlayabilmeyi ve bu bilgileri sağlıkla ilgili karar verirken kullanabilmeyi içermektedir. "Sağlığın geliştirilmesi" özellikle sağlığın sosyal ve fiziksel çevre ile ilgili belirleyicilerine dair sağlık bilgilerine ulaşabilmeyi, bu bilgileri kavrayabilmeyi, yorumlayabilmeyi ve karar verirken kullanabilmeyi içermektedir (8,11).

Kültür hastalık ve sağlıkla ilgili tanımlamaları ve tercihleri şekillendirmekte, sağlık bilgilerini ve mesajlarını anlamlandırmaktadır. Kültürün belirlediği algılar, tanımlamalar ve bariyerler, kişilerin sağlık sistemi ile etkileşimini de sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterliliğini de etkileyebilmektedir (7). Sağlık okuryazarlığını tanımlayacak kavramsal çerçevenin sağlık sisteminin gereklilikleri ile bireysel yetenekler arasındaki karşılıklı ilişkiyi kapsamaması gerektiğine dikkat çekilmektedir (7,8).

Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı ölçme aracı olarak Avrupa Sağlığı Okuryazarlığı Araştırmasında kullanılan kavramsal çerçeveye dayanan TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır (22). Sağlık okuryazarlığı ölçümünde referans alınacak kavramsal çerçevenin sağlık okuryazarlığının tanımı gereği toplumsal özellikler ve sağlık hizmet sunumunun yapısı ile uyumlu olması önemlidir. Bu nedenle TSOY-32 ölçeği geliştirilirken, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen kavramsal çerçeve referans alınmış; Türkiye'nin toplumsal özellikleri, toplumun sağlık düzeyi ve sağlık sisteminin yapısına uyarlılığı gözetilerek revize edilmiştir. Böylelikle "tedavi ve hizmet" ile "hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi" olmak üzere iki boyut; "sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma", "sağlıkla ilgili bilgiyi anlama",

“sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” ve “sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” olmak üzere dört süreçten oluşan bir matris geliştirilen ölçeğin temelini oluşturmuştur. Ölçek matristeki sekiz farklı gözle ilişkilendirilmiş, her bir göze karşılık dört soru olmak üzere toplam 32 sorudan oluşmaktadır (22).

1.5 Amaç

Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı’nda dört stratejik amaçtan birisi, “sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek” olarak belirlenmiştir. Amacı gerçekleştirmek üzere varılması öngörülen hedefler arasında ise “bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi” yer almaktadır (23). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin saptanması, sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi olan faktörlerin belirlenmesi ile elde edilecek veriler sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi yönündeki çalışmalara ışık tutacaktır. Bu araştırma ile Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyinin saptanması ve ilişkili olduğu faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.



2. GEREÇ-YÖNTEM



Araştırma, tasarım tabakaları İBBS (İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması) düzey 1 olan, Türkiye genelini temsil eden bir örneklem üzerinden, sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek üzere TSOY-32 ölçeği kullanılarak yürütülmüş kesitsel tipte bir çalışmadır.

2.1 Örnek Büyüklüğü ve Örneklem Yöntemi

Çalışmanın örnekleme TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) tarafından ADNKS (Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi) veri tabanına dayalı olarak belirlenmiştir. TÜİK tarafından örneklem belirlenirken, tüm yerleşim yerleri kapsama dahil edilmekte, yalnızca nüfusu toplam nüfusun %1'ini geçmeyecek şekilde yeterli örnek hane sayısına ulaşamayacağı düşünülen yerleşim yerleri (küçük köyler, oba, mezra vb.) kapsam dışında bırakılmaktadır. Ayrıca toplam nüfusun yaklaşık %2'sini oluşturan kurumsal nüfus (okul, yurt, çocuk yuvası, huzurevi, hastane vb.) kapsam dışında bırakılmaktadır.

2.1.1 Adres Çerçevesi

Araştırmanın örnek büyüklüğü hesabında kullanılan adres çerçevesi, 2007 yılında tamamlanan "Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi"ne (ADNKS) altlık oluşturan güncelliği sağlanmış "Ulusal Adres Veri Tabanı" (UAVT)'dir. Adres çerçevesinin son güncelleme tarihi Şubat 2016'dır.

2.1.2 Örneklem Yöntemi

TÜİK tarafından kent yerleşim yerleri ile belediye teşkilatı olan kır yerleşim yerleri için ortalama 100 adres içerecek şekilde kümeleme yapılmakta, belediye teşkilatı olmayan kır yerleşim birimleri için her yerleşim birimi bir küme olarak alınmaktadır. Kümeler sistematik örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmekte, seçilen her kümeden sistematik örnekleme yöntemi kullanılarak haneler seçilmektedir. Araştırmanın örnekleme yöntemi; birinci aşama tabakalardan kümelerin seçilmesi, ikinci aşama kümelerden hane adreslerinin, üçüncü aşama ise hanelerden fert seçimi olmak üzere üç aşamalı tabakalı küme örneklemesidir.

2.1.3 Örneklem Birimi Belirlenmesi

Birinci aşama örnekleme birimi, ortalama yüz adresten oluşan kümelerdir. İkinci aşama örnekleme birimi, örneğe çıkan kümelerden seçilen adreslerde ikamet eden hane halklarıdır. Üçüncü aşama örnekleme birimi, örnek hanelerde yapılacak listeleme sonucunda seçilen uygun bir fert olmaktadır.



2.1.4 Örnek Hacmi

Araştırmanın örnek büyüklüğü hesabı TÜİK tarafından tabakalama ölçütü İBBS düzey 1 bölgeleri olacak biçimde yapılmıştır. Örneklem hacmi hesaplanırken cevapsızlık durumu da göz önüne alındığından, araştırmada hane ve fert için ikame kullanılmamaktadır.

Örnek hacminin hesaplanmasında kullanılan formül aşağıdaki şekildedir:

$$n = \frac{t^2 * p * q * deff}{d^2} * H * R$$

Formülde;

t : %95 güven aralığına ulaşmak için kullanılan t dağılımı tablo değeri,

p : karakteristiğin sıklığı,

q : 1-p,

d : duyarlılık düzeyi,

H : tabaka sayısı,

$deff$: tasarım etkisi

R : toplam kayıp oranı

Bu araştırma için bu değerler aşağıdaki gibidir:

- $t=1,96$
- $p=0,25$
- $q=0,75$
- $d= 0,05$
- $H=12$
- $deff=2$
- $R=1,3$

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen 47 soruluk "Sağlık Okuryazarlığı Araştırması – Avrupa Birliği" (HLS-EU) Anketinin Türkçeye çevrilerek veri toplama aracı olarak kullanıldığı, 2014 yılında gerçekleştirilen "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması" başlıklı çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı % 25 olarak bulunmuştur. Araştırmada örneklem büyüklüğü hesaplanırken bu değer referans alınmıştır (12).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için örnek hacmi, %30 kayıp olasılığı da göz önünde bulundurularak 9.980 hane olarak hesaplanmıştır. Örnek hacmi hesaplanırken kayıp sıklığı da dikkate alındığından araştırmada ikame kullanılmamıştır.

2.1.5 Örnek Hacminin Tabakalara Dağıtımı

Hesaplanan toplam örnek hacmi tasarım tabakalarına (İBBS Düzey 1) compromise yöntemi ile dağıtılmıştır.

Tablo 1: İBBS-1 Bölgeleri ve Kapsadığı İller

Bölge Kodu	Bölge Adı	Bölgenin Kapsadığı İller
TR1	İstanbul	İstanbul
TR2	Batı Marmara	Tekirdağ, Edirne, Kırklareli, Balıkesir, Çanakkale
TR3	Ege	İzmir, Aydın, Denizli, Muğla, Manisa, Afyonkarahisar, Kütahya, Uşak
TR4	Doğu Marmara	Bursa, Eskişehir, Bilecik, Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova
TR5	Batı Anadolu	Ankara, Konya, Karaman
TR6	Akdeniz	Antalya, Isparta, Burdur, Adana, Mersin, Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye
TR7	Orta Anadolu	Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir, Kayseri, Sivas, Yozgat
TR8	Batı Karadeniz	Zonguldak, Karabük, Bartın, Kastamonu, Çankırı, Sinop, Samsun, Tokat, Çorum, Amasya
TR9	Doğu Karadeniz	Trabzon Ordu Giresun Rize Artvin Gümüşhane
TRA	Kuzeydoğu Anadolu	Erzurum, Erzincan, Bayburt, Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan
TRB	Ortadoğu Anadolu	Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli, Van, Muş, Bitlis, Hakkari
TRC	Güneydoğu Anadolu	Gaziantep, Adıyaman, Kilis, Şanlıurfa, Diyarbakır, Mardin, Batman, Şırnak, Siirt

2.1.6 Örnek Seçimi

Tasarım tabakaları içinde yer alan kümeler, büyüklüğe orantılı olasılıkla seçilmiş olup, örnek seçiminde kullanılan büyüklük ölçüsü kümelere ait toplam hane sayısı olmuştur. Örneğe çıkan her kümeden on hane sistematik olarak seçilmiştir.

Belediye teşkilatı olmayan yerleşim birimlerinde hane adresleri TÜİK tarafından belirlenmiş örnekleme yer almadığı için buralarda hane seçimi alanda yapılmıştır. Anketörler muhtarların yardımı ile köyde yaşayanları aile reislerinin ad-soyadlarına göre listeledikten sonra, rassal sayılar tablosu yardımı ile hane sayısından hareketle anket yapmak için ziyaret edilecek ilk hanenin sıra numarasını belirlemiştir. Daha sonra köydeki toplam hane sayısı o köy için belirlenen anket sayısına (10 tane) bölünmüş ve bir atlama katsayısı elde edilmiştir. Rassal sayılar tablosu yardımı ile belirlenen hane sıra numarasının üzerine elde edilen atlama katsayısı eklenerek ikinci hane, ikinci hane sıra numarasının üzerine gene atlama katsayısı eklenerek üçüncü hane belirlenmiştir. Bu şekilde tesadüf olarak on haneyi içerecek şekilde belirlendikten sonra haneler ziyaret edilerek anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.



2.1.7 Çerçeveyi Tasarım Tabakalarına (İBBS Düzey 1) Ayırma ve Sıralama İşlemi

Her bir İBBS Düzey 1 tabakası içinde kır/kent, İBBS Düzey 2, il, ilçe ve nüfus dikkate alınarak sıralama yapılmıştır.

2.2 Hane Ziyareti Sonuçlarının Dağılımı

Tablo 2’de hane ziyareti sonuçlarının İBBS-1 bölgelerine göre dağılımı görülmektedir. Bu tabloda yer verilen bazı tanımlamalarla ilgili açıklamalara aşağıda yer almaktadır:

Örneklem birimi: Örneklem çerçevesinde yer alan birimdir. Bu çalışmada örneklem ADNKS veri tabanına dayalı olarak hane birimi üzerinden belirlenmiştir.

Uygun örneklem birimi: Araştırmaya cevap vermesi gereken örneklem birimidir.

Kapsam dışı birim: Araştırmaya cevap vermesi gereken uygun örneklem birimleri dışındaki birimlerdir. Bu çalışmada iş yeri, boş konut, arsa, depo vb. gibi olup hane olmayan birimler ile hane üyelerinin T.C vatandaşı olmadığı ya da Türkçe bilmediği haneler kapsam dışı birim olarak değerlendirilmiştir.

Cevapsız birim: Uygun örneklem birimi olduğu halde cevap alınamayan birimlerdir. Bu çalışmada ardışık üç ziyaret sonucu evde kimsenin bulunmadığı haneler, çalışmaya katılımın reddedildiği haneler, haneden seçilen kişinin görüşmeyi reddettiği haneler, anketin yarım kaldığı haneler, görüşme tamamlandıktan sonra görüşmenin iptal edilmesinin talep edildiği haneler, veri kontrolü sırasında anketin iptal edildiği haneler, ölçek skoru hesaplanabilmesi için gerekli asgari sayıda soru cevaplanmadığı için anketin iptal edildiği haneler cevapsız birim olarak kabul edilmiştir.

Cevaplı birim: Anketin tanımlı asgari ölçütleri sağlayacak biçimde (TSOY-32 ölçeğinin yönergesi gereğince soruların en az %80’inin cevaplanmış olması gerekmektedir) tamamlandığı birimlerdir.

Cevaplama sıklığı: $[Cevaplı Birim Sayısı / (örneklemdeki birim sayısı - kapsam dışı örnekleme birim sayısı)] \times 100$ biçiminde bulunmaktadır.

Kayıp sıklığı: Cevapsızlık ve kapsam dışı birimlerin toplamının örnek hacmi içerisindeki payıdır.

Araştırmanın sonucunda 6228 hanede anket uygulanmıştır. Hesaplanan örnek hacmine göre cevaplama sıklığı %70,9’dur. Eğer çalışmanın başında %30 kayıp oranı hesaplamaya katılmasaydı;

Kayıp oranı içermeyen örnek hacmine göre hane sayısı: örneklem büyüklüğü hesaplanırken muhtemel cevapsız birimler ve kapsam dışı birimler için öngörülen % 30’luk kayıp oranının içerilmemesi durumundaki hane sayısı. Mevcut örneklem büyüklüğündeki hane sayıları üzerinden $“(hane sayısı/130) \times 100”$ ile hesaplanabilmektedir.

Kayıp oranı içermeyen örnek hacmine göre cevaplama sıklığı: $“(cevaplı birim sayısı / kayıp oranı içermeyen örnek hacmine göre hane sayısı) \times 100”$ ile hesaplanabilmektedir.

Kayıp oranı içermeyen örnek hacmine göre hesaplandığında, cevaplama sıklığı %81,1 bulunmaktadır.

Tablo 2: Hane Ziyareti Sonuçlarının İBBS -1 Bölgelerine Göre Dağılımı

	TR1	TR2	TR3	TR4	TR5	TR6	TR7	TR8	TR9	TRA	TRB	TRC	Türkiye
Örneklerdeki haneler	1040	760	970	870	880	930	760	790	720	720	730	810	9980
Kapsam dışı haneler													
Adres hane değil	45	23	71	51	68	73	30	36	51	123	88	53	712
Hanede yaşayan yok	17	31	38	33	32	25	56	17	51	33	15	21	369
Haneden seçilen kişi Türkçe bilmiyor	3	2	0	4	1	10	2	0	0	8	1	8	39
Haneden seçilen kişi TC vatandaşı değil	14	0	6	10	14	7	3	2	1	2	2	17	78
Uygun haneler	961	704	855	772	765	815	669	735	617	554	624	711	8782
Cevaplı haneler	523	647	653	486	551	582	578	471	470	427	389	451	6228
Cevapsız haneler													
Evde kimse yok	41	3	2	51	14	3	0	1	6	1	2	4	128
Çalışmaya katılım reddedildi	336	31	156	180	147	175	60	107	89	67	117	125	1590
Haneden seçilen kişi görüşmeyi reddetti	14	16	8	17	5	7	12	5	10	28	11	33	166
Anket yarım kaldı	15	1	6	22	23	4	3	7	11	4	10	4	110
Görüşülen kişi anketi iptal etti	3	0	0	4	3	0	0	1	0	0	2	7	20
Veri kontrolü sırasında iptal edildi	7	5	7	7	4	20	9	1	14	4	22	10	110
TSOY32 ölçeği için gerekli asgari sayıda cevap yok	22	1	23	5	18	24	7	142	17	23	71	77	430
Cevaplama sıklığı	54,4	91,9	76,4	62,9	72	71,4	86,4	64,1	76,2	77,1	62,3	63,4	70,9



2.3 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Anket Formu

Sağlık okuryazarlığı ölçme aracı olarak TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışmasında kullanılacak sağlık okuryazarlığı ölçeği geliştirme sürecinde öncelikle sağlık okuryazarlığı için bir kavramsal çerçeve geliştirilmiştir (8). TSOY-32; söz konusu kavramsal çerçeve temel alınıp Türkiye’de sağlık hizmet sunumunun özellikleri ve ülke koşulları gözetilerek revize edilerek geliştirilmiş 32 soruluk bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir (22,24).

TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4’lük bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (tedavi ve hizmet; 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 (22).

Tablo 3: TSOY-32 Matris Bileşenleri ve Bu Maddelere Denk Gelen Madde Numaraları

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

Ölçeğin Türkçede güvenilirliği; iç tutarlık (Cronbach Alfa) ile incelenmiştir. Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı; 0.927 olarak saptanmıştır. Her maddenin ölçeğin toplam skoru ile korelasyonunu gösteren korelasyon değerleri 0,347 ile 0,634 arasında yer almıştır (22). Kavramsal çerçeve gereği oluşan iki boyut ayrı ayrı değerlendirildiğinde; birinci boyut olan “Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu”nun Cronbach Alfa katsayısı 0,880’dir. Her maddenin ölçeğin toplam skoru ile korelasyonunu gösteren korelasyon değerleri 0,426 ile 0,616 arasında yer almıştır. İkinci boyut olan “Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu”nun Cronbach Alfa katsayısı 0,863’tür. Her maddenin ölçeğin toplam skoru ile korelasyonunu gösteren korelasyon değerleri 0,294 ile 0,619 arasında yer almıştır. 0,30’un altında bir değer vardır; o da çok yakın bir değer olduğundan analiz aynen korunmuştur (22).

TSOY-32 geçerlilik analizleri sonuçları tüm maddelerin sağlık okuryazarlığını ölçtüğünü ve tek bir faktör ile açıklandığını desteklemektedir. Kavramsal çerçevede yer alan boyutlara göre faktör yükleri değerlendirildiğinde, ölçek genelinin yanı sıra, iki boyut için de ilgili maddelerin faktör yüklerinin de 0,32’nin üzerinde olduğu ve tek bir faktörde toplandığı görülmüştür (22).

Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır (22):

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

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır:

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

Matris bileşenleri için indeks puanı hesaplaması, ilgili soruların en az %80'inin cevaplandığı durumlar için yapılmıştır.

Anket formunda toplam 68 soru bulunmaktadır. Doğum yılı, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence durumu vb. gibi tanımlayıcı özellikler ve sosyoekonomik düzey ile ilgili 8 soru; kronik hastalık varlığı ve takip durumu vb. gibi durumları sorgulamak üzere 4 soru, sağlığı geliştirme davranışları ve sağlık bilgisi arama davranışlarını sorgulayan 3 soru, sağlık arama davranışları ile ilgili 9 soru, sağlık hizmeti kullanım özellikleri ile ilgili 8 soru, genel okuma davranışları ile ilgili 4 soru, TSOY-32 ölçeği içinde 32 soru yer almaktadır. 5 soru için katılımcıların birden fazla seçenek belirtme imkanı olmuştur. Bazı sorular bir önceki soruya verilen yanıtla bağlı olarak yanıtlanması gereken sorular olduğu için, toplamdaki soru sayısı soruların tümü için yanıt verilmesi durumunda yanıtlanması gereken soru sayısını ifade etmektedir.

Anketin ön uygulaması Sincan, Gölbaşı, Etimesgut, Yenimahalle Toplum Sağlığı Merkezi bölgelerinde farklı aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü 50 kişide yapılmış ve anket formuna son şekli verilmiştir. Sonrasında aynı bölgelerde farklı aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü 2139 kişiye ulaşılarak pilot çalışma yapılmış, bu süreçte de oluşabilecek aksaklıklar saptanarak, çalışma öncesi düzeltilmiştir.

Çalışmada ayrıca bir "görüşme formu" (hane adres bilgileri, görüşme sonucu, anketör bilgileri, hane halkı üye listesi, görüşme yapılan kişi bilgisine ilişkin değişkenleri içermekte olan form) kullanılmıştır.

TSOY-32 ölçeği okuyazar olanlar ve/veya örgün eğitim almış olanlarda geçerli bir ölçektir (22). Fakat Türkiye örneğinde gidilecek hanelerde okuyazar olmayan kişilerle de karşılaşma ihtimaline karşı; Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalı



tarafından, ölçeğin okuryazar olmayanlarda geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışma metodu TSOY-32 ölçeğinin metodu ile aynı şekilde planlanmış, farklı olarak sorular katılımcılara okunmuştur (22). Gazi Üniversitesi'nin eğitim araştırma bölgesi olan Gölbaşı, Sincan, Yenimahalle ve Etimesgut ilçelerinde, birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran ve okuryazar olmayan 320 kişiye ölçek uygulanmıştır.

Tablo 4: İlçelere Göre Alınan Okuryazar Olmayan Kişi Sayısı

Bölge	Nüfus	Okuryazar olmayan kişi sıklığı (%)	Yaklaşık okuryazar olmayan kişi sayısı	Katsayı	Ölçek uygulanan kişi sayısı
Gölbaşı	123.681	2,0	2474	0,045	15
Sincan	517.316	5,1	26383	0,488	156
Etimesgut	542.752	1,9	10312	0,191	61
Yenimahalle	644.543	2,3	14824	0,275	88
Toplam			53993		320

Okuryazar olmayanlarda; ölçeğin KMO değeri 0.798 ve genel iç tutarlık katsayısı; 0.866 olarak saptanmıştır. Her maddenin ölçeğin toplam skoru ile korelasyonunu gösteren korelasyon değerleri 0,354 ile 0,706 arasında yer almıştır. Kavramsal çerçeve gereği oluşan iki boyut ayrı ayrı değerlendirildiğinde; birinci boyut olan "Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu"nun Cronbach Alfa katsayısı 0,860'dir. Her maddenin ölçeğin toplam skoru ile korelasyonunu gösteren korelasyon değerleri 0,389 ile 0,642 arasında yer almıştır. İkinci boyut olan "Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu"nun Cronbach Alfa katsayısı 0,854'tür. Her maddenin ölçeğin toplam skoru ile korelasyonunu gösteren korelasyon değerleri 0,312 ile 0,598 arasında yer almıştır.

2.4 Sahadan Verilerin Toplanması

Sahada anket uygulaması sürecinde standardizasyonu sağlamak amacıyla, anketör ve saha koordinatörlerinin saha çalışmasında kullanmaları için, anket soruları ile ilgili genel açıklamaları ve yönlendirmeleri içeren bir saha uygulaması kılavuzu kullanılmıştır. Saha çalışması öncesinde saha koordinatörleri ve anketörlere saha uygulaması ile ilgili eğitim verilmiştir. Sahadan verilerin toplanması aşaması 21.03.2017 ile 18.05.2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Yüz yüze anket uygulanması CAPI (Computer Assisted Personal Interview-bilgisayar destekli yüz yüze görüşme) yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında kullanılan tabletlerde özel yazılımlar sayesinde cihaz üzerinde erişim ve kullanım yetkisi sınırlandırılmıştır.

Saha uygulama süreci, hane ziyareti ve seçilen kişi ile görüşme olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Anketörlerin ziyaret esnasında ilk aşamada, hanede araştırmaya uygun kişileri belirlemesi gerekmektedir. Anketör tarafından 18 yaşından büyük olan ve haneye ilişkin sağlıklı bilgi verebilecek referans kişi ile temas kurularak hane listesini doldurmak için gereken bilgiler alınmıştır. İkinci aşamada ise hane listesindeki 18 yaş üstü bireylerden bir tanesi uygulama tarafından rastgele seçilerek görüşmeye geçilmesi gerekmektedir. Anketör ikinci aşamaya geçtikten sonra seçilen kişiyi değiştirme ya da hane listesine geri dönme seçeneği yazılım tarafından engellenmiştir. İkinci aşamada yapılan ziyaretler "Görüşme" olarak adlandırılmıştır. Anketörlerin bir haneye yaptıkları ziyaret ve görüşmeler tarih, saat, ziyaret/görüşme durumu ve uydu konum (GPS) bilgisi ile birlikte kayıt edilmiştir.

Evde kimse bulunmaması, haneden rastgele seçilen kişinin ziyaret esnasında evde olmaması ya da görüşme için o an müsait olmadığını belirttiği durumlarda görüşmeyi tamamlamak üzere haneler ikinci kez, yine ulaşılamazsa üçüncü kez ziyaret edilmişlerdir.

İlgili yazılımlar sayesinde anketörler tamamladıkları anketleri diledikleri zaman sunucuya iletebilmektedir. Bu sırada o ana kadar yapılan anketler liste halinde sunucuya aktarılmakta, tamamlanan ya da herhangi bir nedenden dolayı iptal edilen anketler (tekrar ziyarete gerek olmayan) ise adres listesinden otomatik olarak silinmektedir. Tekrar ziyaret gerektiren yarım kalmış anketler ise adres listesinde durmaktadır ancak bunlara ilişkin bilgiler de sunucuya iletilmektedir. Bu sayede saha sorumlusu anlık olarak hane durumlarını kontrol edebilmektedir.

Her bir anketörün anketlerinin asgari %20'si, bu anketlerin uygulandığı bireyler aranarak telefonla kontrol edilmiştir. Bu kontrolde herhangi bir eksiklik, çelişki görüldüğünde, operatöre tanınan yetkilendirmenin izin verdiği ölçüde gerekli düzeltmelerin yapılması sağlanmış ya da ilgili anketin iptal edilmesine karar verilmiştir.

2.5 Ağırlıklandırma ve Kalibrasyon İşlemleri

2.5.1 Seçim Olasılıklarının Hesaplanması

f1 (örnek küme seçim olasılığı) ve f2 (örnek hane seçim olasılığı) ve f3 (haneden fert seçim olasılığı) olmak üzere aşağıdaki biçimde belirlenmiştir:

- $f1 = (\text{kümedeki toplam hane sayısı} / \text{tabakadaki toplam hane sayısı}) \times \text{tabakadan seçilen toplam küme sayısı}$
- $f2 = 10 / \text{kümedeki toplam hane sayısı}$
- $f3 = 1 / \text{hanedeki uygun fert sayısı}$



Belediye teşkilatı olmayan yerleşim yerlerinde adresler alanda belirlenmiş ve f2 seçim olasılıkları 10/uygun hane sayısı olarak hesaplanmıştır. Ayrıca nihai örneklem birimi olan her haneden uygun bir ferdin seçimine ilişkin f3 seçim olasılıkları da hanelerde $f3 = 1/\text{hanedeki uygun yaştaki fert sayısı}$ biçiminde belirlenmiştir.

Her bir örnek birim için $f0 = f1 * f2 * f3$ olarak seçim olasılığı olup $1/f0$ ise örnek biriminin temel ağırlığıdır.

$$W_i = 1/f0$$

2.5.2 Cevapsızlık Düzeltmesi

Örnekleme yer alan tüm kümelerde anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Diğer bir deyişle tüm İBBS bölgeleri için geçerli olmak üzere hiçbir anket uygulamasının yapılamamış olduğu bir küme bulunmamaktadır. Diğer yandan araştırma kapsamında her haneden rastgele seçilen bir kişiyle görüşme yapılması öngörülmüştür. Bu nedenle cevapsızlık düzeltmesinde hane bazlı cevapsızlık düzeltmesi yapılmıştır.

Cevaplı hane sıklığı hesaplamasında "Hane Ziyareti Sonuçlarının İBBS-1 Bölgelerine Göre Dağılımı" başlıklı tabloda belirtilen cevaplama sıklığı tanımındaki parametreler kullanılmıştır:

Cevaplama sıklığı: $(\text{Cevaplı Birim Sayısı} / (\text{örneklemedeki birim sayısı} - \text{kapsam dışı örnekleme birim sayısı})) \times 100$

Cevaplama düzeltme faktörü küme bazında cevaplama oranının tersi olarak hesaplanarak ağırlıklandırma işleminde kullanılmıştır.

$$R_{\text{hane}} = \text{uygun hane sayısı} - \text{kapsam dışı hane sayısı} / \text{cevaplı hane sayısı}$$

2.5.3 Ağırlık Hesaplaması

Küme bazında ağırlıklar (W) aşağıdaki şekilde hesaplanmıştır:

$$W = W_i * R_{\text{hane}}$$

Küme bazında ağırlıklar hesaplandıktan sonra kalibrasyon işlemi yapılarak nihai ağırlıklar elde edilmiştir.

2.5.4 Kalibrasyon İşlemleri

Örneklem dağılımının dışsal veri ile tutarlılığını test etmek ve dışsal kaynağa göre örneklem dağılımını düzeltmek üzere kalibrasyon işlemleri uygulanmıştır. Kalibrasyonu yapılan parametreler arasında eğitim düzeyi de yer aldığı için dışsal veri olarak TÜİK

web sitesi “adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları” üzerinden erişilen “ulusal eğitim istatistikleri veri tabanı”nın 2016 yılına ait veri seti kullanılmıştır. Söz konusu veri seti için eğitim düzeyi belirli olan 18 yaş üzeri kişi sayısı 55.780.847’dir.

Hane halkı araştırmalarından elde edilen veriler çoğunlukla toplumun sosyoekonomik ve sosyokültürel yapısından dolayı beklenen profilden farklı olmaktadır. Her ne kadar Kish ve benzeri yöntemler ile seçimler yapılırsa da elde edilen veri setinde kadınların ve yaşlı nüfusun oranı beklenenden daha yüksek çıkmaktadır. Kısaca, hane ziyareti ile çalışan veya aktif nüfusa çalışmayan nüfusa göre daha zor ulaşılmaktadır. Ayrıca, çalışan nüfusa ulaşılsa bile görüşmeye vakit ayırma olasılıkları, çalışmayan nüfusa göre daha düşüktür. Türkiye’de çalışan nüfusun demografisi çalışmaya kıyasla daha eğitilmiş olduğundan dolayı katılımcıların eğitim durumu da beklenenden düşük çıkmaktadır.

Hane halkı araştırmalarında çoğunlukla yaş-cinsiyet kalibrasyonu yapılarak veri setinin profili genel profile uyumlanır fakat söz konusu çalışma sağlık okuryazarlığını ölçme amacı taşıdığından kalibrasyon aşamasına eğitim durumunun da eklenmesi önem taşımaktadır. Eğitim durumları ülkenin her yerinde homojen dağılmadığından eğitim verileri İBBS-1 bölgeleri ile birlikte kalibrasyona girmiştir.

İlk aşamada veri seti, TÜİK’ten temin edilen yaş ve cinsiyet verilerine kalibre edilmiştir. Ardından ilk kalibrasyonun çıktısı ile TÜİK’ten temin edilen İBBS-1 eğitim durumuna göre yeniden işlenmiştir. Son olarak 2. işlemde kaynaklı olarak yaş-cinsiyet verileri değişime uğradığından ikinci işlemin çıktısı ile veri seti, TÜİK’in yaş-cinsiyet verileri ile yeniden işlenmiştir. Bu işlemlerin sonucunda, yaş-cinsiyet verileri Türkiye profili ile tam uyumlu, eğitim verilerinde ise tama yakın sonuçlar elde edilmiştir.

2.6 İstatistiksel Analiz

İstatistiksel Analizler IBM SPSS for Windows version 22.0 kullanılarak yapılmıştır. Ağırlıklandırmaya göre düzenlemeler “complex samples” modülü kullanılarak çok aşamalı örnekleme yöntemine uygun analiz edilmiştir. Standart hataların hesaplanmasında SPSS “complex samples” örnekleme tasarımı WR seçeneği ile yapılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı bulgular sayı, ağırlıklı yüzde (%), standart hata olarak sunulmuştur. Nitel verilerin çapraz karşılaştırılmasında Ki-kare analizi kullanılmıştır. Tip-1 hatanın çalışma sonrası bulunmuş değeri olan p değerinin 0,05’ten küçük olması anlamlı kabul edilmiştir.



Veriler marjinal ve çapraz tablolar Şeklinde, ayrıyeten grafiklerle sunulmuştur.

2.7 Etik Onay

Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından 07.03.2017 tarih ve 03 sayılı toplantıda değerlendirilerek, çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş; 17.03.2017-E.40835 tarih ve sayılı yazı ile karar bildirilmiŐtir.



3. BULGULAR



3.1 Araştırmaya Katılan Kişilerin Tanımlayıcı Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan 6228 kişinin bazı tanımlayıcı özellikleri sunulmaktadır. Veriler ağırlıklandırma yapılarak tablolarda ağırlıklı yüzde, standart hata ve kişi sayısı olarak gösterilmiştir.

Tablo 5'te araştırmaya katılan kişilerin tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin %50,3'ü erkek ve %49,7'si kadındır. Katılımcıların %15,9'u 18-24 yaş grubunda iken, %11,7'si 65 yaş ve üzerindedir. Eğitim düzeylerinin dağılımına bakıldığında %28,1 ile ilkökul mezunlarının ilk sırada yer aldığı görülmektedir.

Tablo 5: Araştırmaya Katılan Kişilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (TSOYA, 2017)

Tanımlayıcı Özellikler	Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Cinsiyet			
Erkek	50,3	0,9	3393
Kadın	49,7	0,9	2835
Yaş Grubu			
18-24	15,9	0,8	614
25-34	21,9	0,8	1177
35-44	21,4	0,8	1261
45-54	16,7	0,7	1026
55-64	12,4	0,6	962
65 ve üzeri	11,7	0,6	1188
Medeni Durum			
Hiç evlenmemiş	24,1	0,9	1005
Evli	67,8	1,0	4328
Boşanmış	2,9	0,3	229
Eşi ölmüş	5,1	0,3	656
Cevap yok	0,1	0,0	10
En Son Bitirilen Okul			
Okuma yazma bilmeyen	6,5	0,4	690
Okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen	3,5	0,3	354
İlkökul mezunu	28,1	1,0	2327
İlköğretim, ortaokul veya mesleki ortaokul mezunu	17,5	0,7	804
Lise veya dengi okul mezunu	27,5	1,0	1255
Yükseköğretim ve üzeri okul mezunu	16,9	0,9	798



Tablo 6'da araştırmaya katılan kişilerin çalışma durumlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılanların %37,3'ü çalışmaktadır, %33,5'i ev hanımı, %13,8'i emekli olduğunu belirtmiştir. Çalışanların büyük çoğunluğunu düzenli ücretli çalışanların oluşturduğu (%76,6), bunları kendi hesabına çalışanların izlediği (%12,4) görülmektedir.

Tablo 6: Araştırmaya Katılan Kişilerin İş Durumu ve Çalışma Durumlarının Dağılımı (TSOYA, 2017)

	Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
İş Durumu			
Çalışıyor	37,3	1,0	1910
Ev Hanımı (Kendi evinin işleriyle meşgul)	33,5	0,9	2504
Emekli	13,8	0,7	1076
Öğrenci	8,4	0,6	312
İşsiz (iş arıyor ama bulamıyor)	5,2	0,5	298
Çeşitli nedenlerle iş aramayan ve çalışmayan kişiler	0,8	0,1	72
Çalışma engelli/özürlü	0,6	0,1	49
Cevap yok	0,3	0,1	7
Çalışma Durumu			
Düzenli ücretli çalışan	76,6	1,4	1354
Kendi hesabına çalışan	12,4	1,0	310
Yevmiyeli (günderlik) çalışan	6,7	0,8	142
İşveren (1 ve üzeri çalışanı olan)	2,0	0,4	37
Mevsimsel çalışan	1,3	0,3	38
Ücretsiz aile çalışanı	0,8	0,3	18
Çıracak, kursiyer ve stajyer (ücretle çalışan)	0,1	0,1	3
Durumlara göre sınıflandırılmayan çalışan	0,2	0,1	8

Tablo 7’de araştırmaya katılan kişilerin bazı sosyoekonomik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. %90,6’sı genel sağlık sigortası kapsamında iken %8,8’i sosyal güvencesinin olmadığını belirtmiştir. % 0,9’u ise özel sağlık sigortası sahibidir. Araştırmaya katılanlar gelirlerinin ihtiyaçlarını karşılama durumunu % 1’i çok yeterli, %39,2’si yeterli, %23,6’sı ne yeterli/ne yetersiz, %26,5’i yetersiz, % 9,2’si ise çok yetersiz olarak değerlendirmiştir.

Tablo 7: Araştırmaya Katılan Kişilerin Bazı Sosyoekonomik Özelliklerinin Dağılımı (TSOYA, 2017)

Sosyoekonomik Özellikler	Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Sağlık Güvence Durumu*			
Genel sağlık sigortası	90,6	0,7	5705
Sağlık güvencesi yok	8,8	0,7	497
Özel sağlık sigortası	0,9	0,2	38
Yurt dışı kaynaklı sağlık güvencesi	0,0	0,0	3
Cevap yok	0,0	0,0	6
Gelirin Hane Halkı İhtiyaçlarını Karşılama Yeterliliği			
Çok yeterli	1,0	0,2	61
Yeterlidir	39,2	1,1	2343
Ne yeterli ne yetersiz	23,6	0,9	1454
Yetersiz	26,5	1,0	1651
Çok yetersiz	9,2	0,8	693
Cevap yok	0,5	0,2	26

* Bir kişi birden çok seçenek belirtebilmektedir.



3.2 Araştırmaya Katılan Kişilerin Bazı Sağlık Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan kişilerde algılanan sağlık durumu, kronik hastalık varlığı, kronik hastalıkların düzenli takip edilme durumu, son bir yıl içinde sağlıklı olmak için yapılan aktiviteler yer almaktadır.

“Genel olarak sağlığını, sizin yaşınızdakilerle karşılaştırdığınızda nasıl değerlendirirsiniz” sorusuna araştırmaya katılanların %11,7’si çok iyi, %57,7’si iyi, %21,4’ü ne iyi ne kötü, %7,8’i kötü, %1,1’i çok kötü olarak yanıt vermiştir (Tablo 8).

Tablo 8: Araştırmaya Katılan Kişilerin Algılanan Sağlık Durumlarının Dağılımı (TSOYA, 2017)

Algılanan Sağlık Durumu	Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Çok iyi	11,7	0,7	610
İyi	57,7	1,0	3451
Ne iyi ne kötü	21,4	0,8	1407
Kötü	7,8	0,5	612
Çok kötü	1,1	0,1	139
Cevap yok	0,3	0,1	9

Araştırmaya katılanların %27,6’sı herhangi bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Kronik hastalığı olanların %82,7’si sağlık kuruluşlarınca düzenli takip altında olduklarını, %84,6’sı hekim tarafından önerilmiş ilaç tedavisi aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 9).

Tablo 9: Araştırmaya Katılan Kişilerin Kronik Hastalıklarla İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı (TSOYA, 2017)

Kronik Hastalıklarla İlgili Bazı Özellikler	Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Kronik Hastalık Varlığı			
Var	27,6	0,9	2226
Yok	72,3	0,9	3992
Cevap yok	0,1	0,0	10
Kronik Hastalığı İçin Sağlık Kuruluşunda Düzenli Takip Edilme Durumu			
Evet, düzenli takip	82,7	1,4	1846
Hayır	17,0	1,4	377
Cevap yok	0,2	0,2	3
Kronik Hastalığı İçin Hekim Tarafından Önerilmiş İlaç Tedavisi Alma Durumu			
Evet alıyorum	84,6	1,2	1935
Hayır almıyorum	15,2	1,2	289
Cevap yok	0,2	0,2	2

Tablo 10'da son bir yıl içinde sağlıklı olmak için yapılan aktiviteler yer almaktadır. Son bir yıl içinde sağlıklı olmak için yapılan aktiviteler olarak en sık belirtilenler arasında beslenme alışkanlıklarını değiştirme (%24,6) ve fiziksel aktivite yapma (%24,2) görülmektedir. Diğer yandan son bir yıl içinde sağlıklı olmak için hiçbir şey yapmadığını ifade edenlerin sıklığının % 45,6 oluşu dikkatleri çekmektedir.

Tablo 10: Araştırmaya Katılan Kişilerde Son Bir Yıl İçinde Sağlıklı Olmak İçin Yapılan Aktivitelerin Dağılımı (TSOYA, 2017)

Aktivite*	Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Fiziksel aktivite/spor yapma	24,2	0,9	1243
Beslenme alışkanlıklarını değiştirme	24,6	1,0	1463
Sigarayı azaltma/bırakma	6,4	0,5	359
Alkol alımını azaltma/bırakma	1,6	0,3	77
Stresten uzak kalmaya çalışma	10,3	0,7	603
Hastalık nedeniyle doktor tarafından uygulanan tedaviyi alma	16,7	0,9	1362
Hiçbir şey yapmama	45,6	1,2	2910
Diğer**	0,1	0,0	10
Cevap yok	0,9	0,2	34

*: Bir kişi birden çok aktivite seçeneğini cevap olarak belirtebilmektedir.

** : Diğer cevabını vermiş olan 10 kişiden 6'sı bitkisel kaynaklı ürün kullandığını, 3'ü uyku düzenini sağladığını, 1'i psikolojik destek aldığını ifade etmiştir.

3.3 Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Arama Davranışları

Araştırmaya katılan kişilere herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında Tablo 11'de belirtilen davranışlarını hangi sıklıkta gösterdikleri sorularak, sağlık arama davranışları saptanmaya çalışılmıştır.

Bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında çalışmaya katılanların %25,9'u sıklıkla ya da her zaman sorunun kendiliğinden geçmesini beklediğini, %19,1'i sıklıkla ya da her zaman yakınlarının ya da çevresindeki kişilerin önerilerini aldığını, %7'si sıklıkla ya da her zaman daha önce benzer sorunları yaşamış olan kişilerin kullanmış oldukları ilaçları kullandığını, %7,5'i sıklıkla ya da her zaman bu soruna çözüm bulduğu bilinen ve sağlık personeli olmayan kişilere başvurduğunu, %19,5'i sıklıkla ya da her zaman gazete, dergi, internet gibi sağlık bilgi kaynaklarına başvurduğunu, %10,6'sı sıklıkla ya da her zaman evde mevcut olan ilaçlardan birini kullanmaya başladığını, %11,9'u sıklıkla ya da her zaman tedavi edici bitkisel ürünler kullandığını, %9,6'sı sıklıkla ya da her zaman eczaneye gidip eczacının önerdiği ilacı kullandığını, %77'si sıklıkla ya da her zaman bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirtmiştir (Tablo 11).



Tablo 11: Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Arama Davranışlarının Dağılımı (TSOYA, 2017)

		Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Sorunun kendiliğinden geçmesini beklerim	Her zaman	7,0	0,5	481
	Sıklıkla	18,9	0,9	1184
	Bazen	34,8	1,1	2131
	Nadiren	17,1	0,8	997
	Hiçbir zaman	22,1	1,0	1429
	Cevap yok	0,1	0,0	6
Yakınlarımla ya da çevremdeki kişilerin önerilerini alırım	Her zaman	3,8	0,4	232
	Sıklıkla	15,3	0,8	870
	Bazen	36,3	1,0	2353
	Nadiren	20,2	0,8	1196
	Hiçbir zaman	24,3	1,0	1565
	Cevap yok	0,1	0,0	12
Daha önce benzer sorunları yaşamış olan kişilerin kullanmış oldukları ilaçları kullanırım	Her zaman	1,4	0,3	84
	Sıklıkla	5,6	0,5	335
	Bazen	13,0	0,8	764
	Nadiren	12,4	0,8	730
	Hiçbir zaman	67,4	1,3	4302
	Cevap yok	0,2	0,1	13
Bu soruna çözüm bulduğu bilinen ve sağlık personeli olmayan kişilere başvururum	Her zaman	1,8	0,3	104
	Sıklıkla	5,7	0,5	309
	Bazen	11,4	0,8	718
	Nadiren	10,7	0,7	597
	Hiçbir zaman	70,1	1,4	4482
	Cevap yok	0,3	0,1	18
Gazete, dergi, internet gibi sağlık bilgi kaynaklarına başvururum	Her zaman	5,2	0,5	295
	Sıklıkla	14,3	0,8	717
	Bazen	23,3	0,9	1273
	Nadiren	15,5	0,8	890
	Hiçbir zaman	41,3	1,2	3033
	Cevap yok	0,4	0,1	20
Evde mevcut olan ilaçlardan birini kullanmaya başlarım	Her zaman	2,1	0,3	135
	Sıklıkla	8,5	0,6	491
	Bazen	26,5	0,9	1682
	Nadiren	21,3	0,9	1372
	Hiçbir zaman	41,4	1,2	2537
	Cevap yok	0,2	0,1	11

Tablo 11: Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Arama Davranışlarının Dağılımı (TSOYA, 2017)

		Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Tedavi edici bitkisel ürünler kullanım	Her zaman	2,3	0,3	149
	Sıklıkla	9,6	0,6	557
	Bazen	22,8	0,9	1337
	Nadiren	17,1	0,8	993
	Hiçbir zaman	47,6	1,2	3167
	Cevap yok	0,6	0,2	25
Eczaneye gidip eczacının önerdiği ilacı kullanım	Her zaman	1,8	0,3	118
	Sıklıkla	7,8	0,6	457
	Bazen	18,2	0,9	1064
	Nadiren	15,3	0,8	901
	Hiçbir zaman	56,6	1,3	3672
	Cevap yok	0,3	0,1	16
Bir sağlık kuruluşuna başvururum	Her zaman	48,1	1,5	2908
	Sıklıkla	28,9	1,1	1758
	Bazen	14,7	0,9	951
	Nadiren	6,8	0,6	515
	Hiçbir zaman	1,3	0,3	87
	Cevap yok	0,2	0,1	9

3.4 Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Hizmeti Kullanım Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan kişilerin herhangi bir sağlık hizmeti almak amacı ile ilk başvurdukları sağlık kuruluşları ile sağlık kuruluşu ya da hekime en son başvurma nedenlerinin dağılımına yer verilmektedir. Ayrıca son 6 ay içinde bazı sağlık hizmetleri için sağlık başvurusu yapma durumlarına ilişkin sonuçlar da ele alınmaktadır.

Herhangi bir sağlık hizmeti almak amacıyla genellikle ilk başvuru sağlık kuruluşlarına bakıldığında ilk sırada aile hekimi yer almakta (%45,2), onu devlet hastanesi (%41,0), özel hastane (%7,8), üniversite hastanesi (%2,7), eğitim hastanesi (%2,0) izlemektedir (Tablo 12).



Tablo 12: Araştırmaya Katılan Kişilerde Herhangi Bir Sağlık Hizmeti Almak Amacıyla Genellikle İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşunun Dağılımı (TSOYA, 2017)

Sağlık Kuruluşu	Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Aile hekimliği	45,2	1,3	2777
Devlet hastanesi	41,0	1,1	2737
Özel hastane	7,8	0,5	377
Üniversite hastanesi	2,7	0,4	156
Eğitim hastanesi (İhtisas hastanesi)	2,0	0,3	104
Acil servis	0,5	0,1	31
Özel muayenehane	0,2	0,1	10
Özel poliklinik	0,1	0,1	5
İş yeri hekimi	0,1	0,0	6
Kurum hekimi	0,1	0,0	5
Eczane	0,0	0,0	2
Cevap yok	0,3	0,1	18

Araştırmaya katılanların sağlık kuruluşuna veya hekime en son başvurma nedenleri içinde ilk sırayı “yeni ortaya çıkan bir sorun/şikâyet nedeniyle muayene olmak” (%44,9) alırken bunu “bilinen eski bir sorunumun/hastalığımin kontrolü” (%31,0), “kontrol muayenesi” (%6,8) izlemektedir (Tablo 13).

Tablo 13: Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Kuruluşuna veya Hekime En Son Başvurma Nedenlerinin Dağılımı (TSOYA, 2017)

Başvuru Nedenleri	Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Yeni ortaya çıkan bir sorunum/şikâyetim nedeniyle muayene olmak için	44,9	1,1	2627
Bilinen eski bir sorunumun/hastalığımin kontrolü için	31,0	1,0	2229
Herhangi bir sorunum/şikâyetim/hastalığım yokken, sadece kontrol muayenesi için	6,8	0,6	328
Danışmanlık, sağlıkla ilgili bilgi/öneri almak için	4,0	0,5	189
Mevcut ilaç veya yardımcı cihazlarımı tekrar yazdırmak için	3,3	0,3	298
Aşı, doğum kontrolü gibi koruyucu hizmet almak için	2,9	0,4	160
Kaza ve yaralanma nedeniyle tıbbi yardım almak için	1,8	0,3	123
Cevap yok	5,3	0,6	274

Tablo 14’te son 6 ayda bazı sağlık hizmeti kullanım özelliklerine yer verilmektedir. Araştırmaya katılanların %29,1’i son 6 ay içinde acil sağlık hizmeti başvurusu yaptığını, %57,9’u acil sağlık hizmeti harici sağlık başvurusu yaptığını, %7,1’i ise yatarak sağlık hizmeti aldığını belirtmiştir.

Tablo 14: Araştırmaya Katılan Kişilerin Son 6 Ayda Bazı Sağlık Hizmeti Kullanım Özelliklerinin Dağılımı (TSOYA, 2017)

	Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Acil Sağlık Hizmeti Başvuru Durumu			
Var	29,1	0,9	1777
Yok	70,6	0,9	4421
Cevap yok	0,3	0,1	30
Acil Sağlık Hizmeti Başvurusu Hariç Sağlık Hizmeti Başvuru Durumu			
Var	57,9	1,1	3775
Yok	41,6	1,1	2420
Cevap yok	0,5	0,1	33
Yatarak Sağlık Hizmeti Alma Durumu			
Var	7,1	0,5	497
Yok	92,7	0,5	5723
Cevap yok	0,2	0,1	8

İncelenenlerde “son 6 ay içinde yapılan acil sağlık hizmeti başvuru sayısı” ortalaması 2,44 (SH: 0,124), “son 6 ay içinde yapılan acil sağlık hizmeti başvurusu hariç sağlık hizmeti başvurusu sayısı” ortalaması 3,21 (SH:0,087)’dir (Tablo 15).

Tablo 15: Araştırmaya Katılan Kişiler Tarafından Son 6 Ay İçinde Yapılan Sağlık Hizmeti Başvuru Sayıları (TSOYA, 2017)

	Ortalama	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Son 6 ay içinde yapılan acil sağlık hizmeti başvuru sayısı	2,44	0,124	1777
Son 6 ay içinde yapılan acil sağlık hizmeti başvurusu hariç sağlık hizmeti başvurusu sayısı	3,21	0,087	3775



3.5 Araştırmaya Katılan Kişilerde Bazı Okuma Alışkanlıkları

Tablo 16'da araştırmaya katılanlarda bazı okuma alışkanlıkları görülmektedir. İncelenenlerin %19,9'u hemen her gün internet gazeteleri de dahil olmak üzere gazete okumaktayken, % 10,3'ü birkaç günde bir, % 10,2'si haftada bir iki gün, % 11,6'sı ise daha seyrek gazete okuduklarını belirtmişlerdir. % 47,9'u ise hiç gazete okumadığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların % 34,1'i son bir yıl içinde en az bir kitap okuduğunu belirtirken % 65'i hiç kitap okumadığını belirtmiştir.

Tablo 16: Araştırmaya Katılan Kişilerin Okuma Alışkanlıkları (TSOYA, 2017)

	Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Gazete Okuma Sıklığı			
Hemen her gün okurum	19,9	1,0	897
Birkaç günde bir okurum	10,3	0,7	428
Haftada bir-iki gün okurum	10,2	0,7	503
Daha seyrek okurum	11,6	0,7	689
Hiç okumam	47,9	1,1	3701
Cevap yok	0,2	0,1	10
Kitap Okuma Durumları			
En az bir kitap okudum	34,1	1,1	1725
Hiç kitap okumadım	65,0	1,1	4442
Cevap yok	1,0	0,2	61

3.6 Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 Ölçeği Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı

Bu bölümde araştırmaya katılan kişilerin TSOY-32 ölçeğinde tedavi ve hizmet boyutu ile sağlığın korunması ve geliştirilmesi boyutu başlıkları altında yer alan sorulara verdikleri cevaplara yer verilmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin TSOY-32 ölçeği sağlığın korunması ve geliştirilmesi boyutu sorularına verilen cevaplar incelendiğinde; çok kolay ya da kolay seçeneği en yüksek oranlarda belirtilmiş olan soruların: "doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak" (%72,7), "fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak" (%72,2), "ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak" (%70,3) olduğu görülmektedir. Çok kolay ya da kolay seçeneği en düşük oranda belirtilmiş olan soruların "sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak" (%42,7), "internet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek" (%47,7), "diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek" (%52,2) olarak görülmektedir.

Tablo 17: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı (TSOYA, 2017)

Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu	% (SH) / n*	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim Yok
Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	% (SH) n	16,4 (0,8) 1049	56,3 (1,0) 3255	20,3 (0,9) 1406	6,4 (0,6) 486	0,5 (0,2) 32
Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	% (SH) n	12,1 (0,7) 701	52,1 (1,1) 2783	24,9 (0,9) 1833	9,8 (0,7) 868	1,1 (0,2) 43
Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	% (SH) n	13,5 (0,8) 731	58,7 (1,0) 3487	20,0 (0,9) 1319	7,1 (0,5) 666	0,8 (0,2) 25
Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	% (SH) n	13,2 (0,8) 682	48,6 (1,1) 2681	26,4 (1,0) 1884	10,6 (0,7) 938	1,1 (0,3) 43
Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	% (SH) n	13,4 (0,8) 702	56,6 (1,0) 3327	20,0 (0,9) 1375	8,9 (0,5) 781	1,1 (0,3) 43
Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	% (SH) n	13,3 (0,8) 802	47,3 (1,1) 2569	25,9 (0,9) 1864	11,3 (0,7) 907	2,2 (0,4) 86
İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	% (SH) n	14,9 (0,8) 755	52,4 (1,1) 3060	20,4 (0,9) 1405	11,6 (0,7) 952	0,7 (0,1) 56
İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	% (SH) n	11,3 (0,8) 547	36,4 (1,1) 1994	33,3 (1,0) 2165	17,7 (0,8) 1428	1,3 (0,2) 94
Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	% (SH) n	14,5 (0,8) 793	43,3 (1,1) 2385	27,2 (0,9) 1916	14,4 (0,8) 1104	0,5 (0,1) 30
Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	% (SH) n	11,9 (0,7) 697	53,9 (1,1) 3144	23,3 (1,0) 1567	9,7 (0,6) 759	1,2 (0,3) 61



Tablo 17: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı (TSOYA, 2017)

Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu	% (SH) / n*	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim Yok
Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	% (SH) / n	12,2 (0,7) / 675	47,8 (1,1) / 2668	27,4 (1,0) / 1905	11,0 (0,7) / 876	1,6 (0,3) / 104
Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek	% (SH) / n	13,7 (0,7) / 730	55,0 (1,1) / 3242	20,8 (1,0) / 1446	9,6 (0,6) / 776	0,9 (0,3) / 34
Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	% (SH) / n	12,1 (0,7) / 694	43,5 (1,1) / 2422	29,6 (1,0) / 2072	14,1 (0,8) / 1002	0,7 (0,2) / 38
Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	% (SH) / n	10,6 (0,6) / 650	41,6 (1,0) / 2453	29,3 (1,0) / 1928	14,0 (0,8) / 967	4,5 (0,5) / 230
Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	% (SH) / n	14,4 (0,7) / 886	55,9 (1,1) / 3303	22,1 (0,9) / 1450	7,0 (0,5) / 557	0,6 (0,2) / 32
Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	% (SH) / n	8,5 (0,6) / 471	34,2 (1,1) / 1845	34,2 (1,0) / 2209	19,0 (0,9) / 1420	4,1 (0,4) / 283

*: Ağırlıklı yüzde (standart hata) / ağırlıksız sayı

Araştırmaya katılan kişilerin TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu sorularına verdikleri yanıtların dağılımına bakıldığında çok kolay ya da kolay seçeneği belirtmiş olanların sıklığının en yüksek olduğu soruların “sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak” (%84,7), “gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak” (%80,6), “hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak” (%76,6) olduğu görülmektedir. Çok kolay ya da kolay seçeneğini belirtmiş olanların sıklığının en düşük olduğu sorular ise; “sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek” (%61), “doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek” (%62,9), “farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek” (%64,4) olarak görülmektedir.

Tablo 18: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Boyutu Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı (TSOYA, 2017)

Tedavi ve Hizmet Boyutu	% (SH) / n*	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim Yok
Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	% (SH) n	14,2 (0,8) 815	50,7 (1,1) 2903	22,5 (0,9) 1611	11,9 (0,8) 867	0,6 (0,2) 32
Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	% (SH) n	13,2 (0,8) 707	52,5 (1,1) 2981	20,6 (0,9) 1517	12,5 (0,7) 973	1,2 (0,3) 50
Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek.	% (SH) n	12,1 (0,7) 718	48,9 (1,1) 2910	27,1 (1,0) 1744	11,3 (0,7) 815	0,6 (0,1) 41
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	% (SH) n	17,2 (0,9) 975	53,5 (1,1) 3084	20,1 (0,9) 1416	9,0 (0,6) 743	0,2 (0,1) 10
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	% (SH) n	20,7 (0,9) 1155	50,8 (1,1) 2943	19,2 (0,9) 1400	9,0 (0,6) 711	0,3 (0,1) 19
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	% (SH) n	22,7 (1,0) 1282	47,7 (1,0) 2650	18,9 (0,8) 1441	9,9 (0,6) 807	0,8 (0,2) 48
Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	% (SH) n	15,5 (0,8) 830	49,8 (1,1) 2835	24,8 (1,0) 1735	9,1 (0,6) 789	0,8 (0,2) 39
Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	% (SH) n	21,8 (0,9) 1329	54,2 (1,1) 3293	18,3 (0,8) 1183	5,5 (0,4) 411	0,3 (0,1) 12
Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	% (SH) n	11,3 (0,7) 675	51,6 (1,1) 2972	27,0 (1,0) 1823	8,4 (0,6) 701	1,8 (0,4) 57
Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	% (SH) n	22,4 (1,0) 1449	62,3 (1,0) 3753	11,8 (0,7) 744	3,5 (0,4) 278	0,0 (0,0) 4



Tablo 18: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Boyutu Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı (TSOYA, 2017)

Tedavi ve Hizmet Boyutu	% (SH) / n*	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim Yok
İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	% (SH) n	19,8 (0,9) 1208	50,0 (1,1) 2872	21,4 (0,9) 1477	8,5 (0,6) 654	0,2 (0,1) 17
Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duymadığınıza karar vermek	% (SH) n	13,8 (0,8) 760	50,6 (1,1) 2983	25,3 (1,0) 1681	9,5 (0,6) 770	0,7 (0,2) 34
Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	% (SH) n	17,7 (0,9) 1071	57,7 (1,1) 3463	17,7 (0,8) 1213	5,5 (0,5) 439	1,4 (0,3) 42
Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	% (SH) n	23,4 (1,0) 1450	53,2 (1,1) 3007	17,2 (0,8) 1252	6,0 (0,4) 511	0,2 (0,1) 8
Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	% (SH) n	17,2 (0,8) 982	48,9 (1,1) 2822	24,7 (1,0) 1742	8,5 (0,5) 641	0,8 (0,2) 41
Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	% (SH) n	36,6 (1,2) 2048	44,0 (1,2) 2558	12,1 (0,7) 953	5,0 (0,4) 480	2,3 (0,3) 189

*: Ağırlıklı yüzde (standart hata) / ağırlıksız sayı

3.7 Araştırmaya Katılan Kişilerin Hasta Hekim İletişimiyle İlgili Bazı Değerlendirmeleri

Araştırmaya katılanların %67'si "daima ya da çoğu zaman" hekimlerin açıklamalarını kendilerinin anlayabileceği biçimde yaptıklarını, %64,8'i "daima ya da çoğu zaman" hekimlerin sorularına tatminkar cevaplar verdiklerini, %72,2'si "daima ya da çoğu zaman" hekimlerin açıklamalarını tam olarak anlayamadıklarında hekime yeni sorular sorabildiklerini belirtmişlerdir (Tablo 19).

Tablo 19: Araştırmaya Katılan Kişilerin Hasta Hekim İletişimiyle İlgili Bazı Değerlendirmelerinin Dağılımı (TSOYA, 2017)

		Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Genel olarak sağlık kuruluşlarına yaptığınız başvurular esnasında hekimler açıklamalarını sizin anlayabileceğiniz biçimde yapıyorlar mı?	Evet daima	27,9	1,1	1739
	Çoğu zaman	39,1	1,1	2455
	Bazen	21,0	0,9	1260
	Nadiren	7,4	0,5	441
	Hiçbir zaman	4,3	0,4	302
	Cevap yok	0,3	0,1	31
Genel olarak sağlık kuruluşlarına yaptığınız başvurular esnasında hekimler sorularınıza tatminkâr cevaplar veriyorlar mı?	Evet daima	26,2	0,9	1654
	Çoğu zaman	38,6	1,1	2446
	Bazen	22,2	0,8	1316
	Nadiren	7,3	0,5	440
	Hiçbir zaman	5,4	0,5	333
	Cevap yok	0,3	0,1	39
Sağlık kuruluşlarına yaptığınız başvurular esnasında hekimlerin açıklamalarını tam olarak anlayamadığınızda hekiminize yeni sorular sorabiliyor musunuz?	Evet daima	37,5	1,1	2251
	Çoğu zaman	34,7	1,1	2195
	Bazen	17,2	0,8	1035
	Nadiren	5,7	0,4	376
	Hiçbir zaman	4,5	0,4	341
	Cevap yok	0,4	0,2	30

3.8 Araştırmaya Katılan Kişilerde Bazı Sağlık Bilgisi Arama Davranışları

Bu bölümde sağlıkla ilgili konularda bilgi kaynağı kişiler ve sağlıkla ilgili konularda bilgi kaynağı medya araçları üzerinden bazı sağlık arama davranışlarına yer verilmektedir. Sağlıkla ilgili konularda bilgi kaynağı kişi olarak en sık belirtilen aile hekimidir (%72,4), bunu aile hekimi dışındaki hekimler (%45,5), aile/arkadaşlar/komşular (%11,1) izlemektedir. Hekim dışı sağlık çalışanları içinde eczacılar (%2,8), ebe-hemşireler (%1,3), diyetisyenler (%1,2), psikologlar (%0,6) bilgi kaynağı kişi olarak ifade edilmişlerdir (Tablo 20).



Tablo 20: Araştırmaya Katılan Kişilerde Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Kaynağı Kişilerin Dağılımı (TSOYA, 2017)

Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Kaynağı Kişiler*	Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Aile hekimi	72,4	1,0	4653
Aile hekimi dışındaki hekimler	45,5	1,3	2862
Aile/arkadaşlar/komşular	11,1	0,7	623
Eczacılar	2,8	0,3	142
Ebe-hemşireler	1,3	0,2	62
Diyetisyen-beslenme danışmanı	1,2	0,2	53
Psikologlar	0,6	0,2	32
Herhangi bir kimseden bilgi almıyorum	7,8	0,6	457
Cevap yok	0,4	0,1	29

*: Birden fazla seçenek cevap olarak verilebilmektedir.

İncelenenlerin % 33'ü ise sağlıkla ilgili bilgi kaynağı olarak herhangi bir iletişim aracı kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Sağlıkla ilgili konularda bilgi kaynağı olarak kullanıldığı beyan edilen iletişim araçları içinde ilk sırada internet yer almakta (%48,6), bunu televizyon (%33,0) takip etmektedir. Bilgi kaynağı olarak belirtilen diğer medya araçları arasında gazete (%8,9), cep telefonları ve uygulamaları (%6,5), kitap (%3,8), dergi (%3,2) yer almaktadır. (Tablo 21).

Tablo 21: Araştırmaya Katılan Kişilerde Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Kaynağı İletişim Araçlarının Dağılımı (TSOYA, 2017)

Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Kaynağı İletişim Araçları*	Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
İnternet	48,6	1,2	2369
Televizyon	33,0	1,1	1924
Gazete	8,9	0,7	416
Cep telefonları veya akıllı telefon uygulamaları	6,5	0,6	325
Kitap	3,8	0,4	166
Dergi	3,2	0,5	132
Broşür	2,6	0,4	96
Afiş	1,6	0,3	58
Radyo	1,3	0,2	71
Reklam panoları/ilanlar (billboard)	0,6	0,1	23
Herhangi bir yerden bilgi almıyorum	33,0	1,1	2675
Cevap yok	1,4	0,3	60

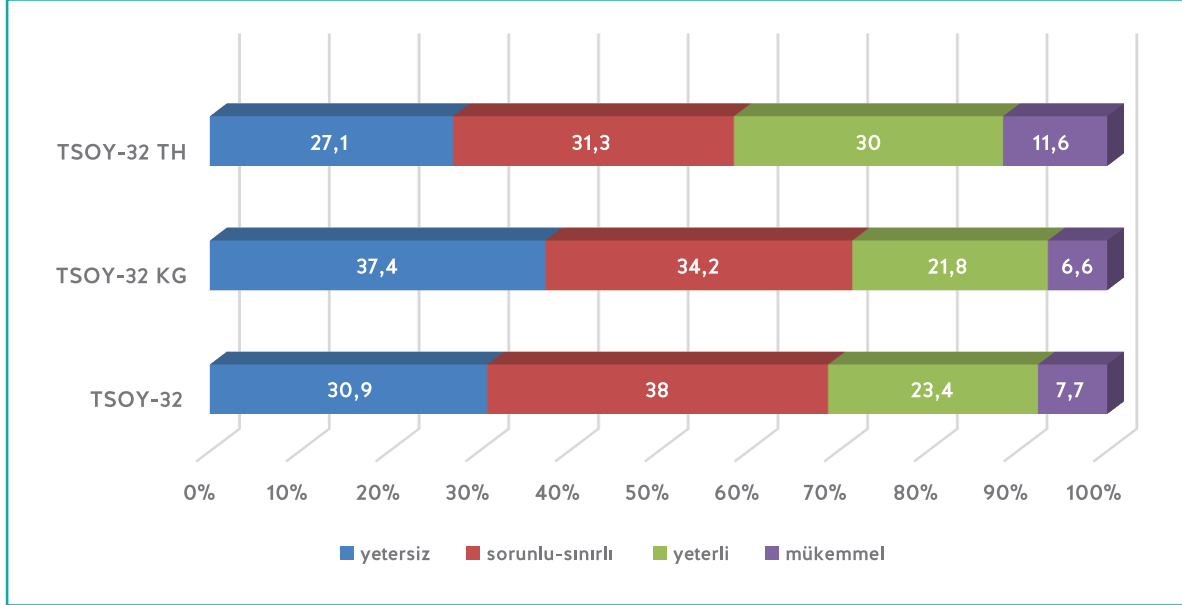
*: Birden fazla seçenek cevap olarak verilebilmektedir.

3.9 Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Araştırmaya katılanların TSOY-32 ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında, %30,9'unun yetersiz, %38,0'inin sorunlu-sınırlı, %23,4'ünün yeterli, %7,7'sinin mükemmel kategorisinde olduğu görülmektedir. TSOY-32 tedavi ve hizmet alanı sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında %27,1'inin yetersiz, %31,3'ünün sorunlu-sınırlı, %30,0'inin yeterli, %11,6'sının mükemmel kategorisinde olduğu görülmektedir. TSOY-32 hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında %37,4'ünün yetersiz, %34,2'sinin sorunlu-sınırlı, %21,8'inin yeterli, %6,6'sının mükemmel kategorisinde olduğu görülmektedir (Tablo 22).

Tablo 22: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Dağılımı (TSOYA, 2017)

		Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Sağlık okuryazarlığı düzeyi	Yetersiz	30,9	1,1	2331
	Sorunlu-sınırlı	38,0	1,1	2224
	Yeterli	23,4	1,0	1301
	Mükemmel	7,7	0,6	372
Tedavi ve hizmet alanı için sağlık okuryazarlığı düzeyi	Yetersiz	27,1	1,1	2068
	Sorunlu-sınırlı	31,3	1,0	1826
	Yeterli	30,0	1,1	1724
	Mükemmel	11,6	0,8	610
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için sağlık okuryazarlığı düzeyi	Yetersiz	37,4	1,1	2819
	Sorunlu-sınırlı	34,2	1,0	1932
	Yeterli	21,8	1,0	1153
	Mükemmel	6,6	0,6	324



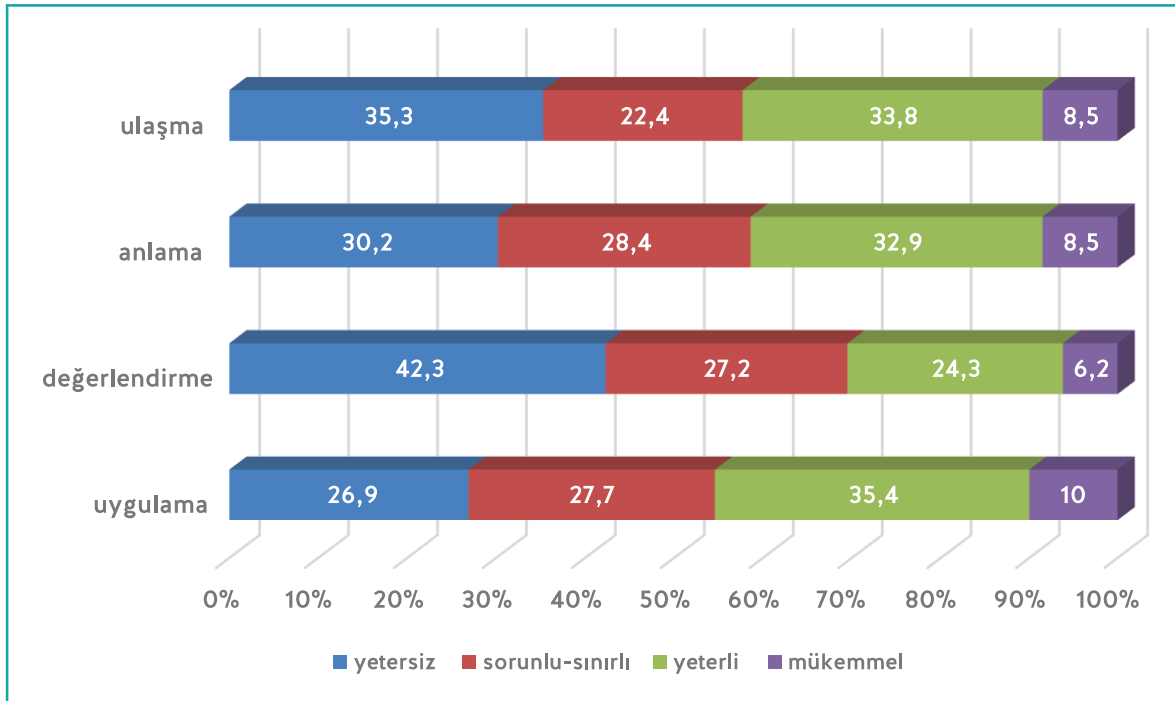
Şekil 1: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Dağılımı (TSOYA, 2017)

(TSOY-32: sağlık okuryazarlığı düzeyi; TSOY-32 KG: TSOY-32 hastalıklardan korunma sağlığın geliştirilmesi alanı sağlık okuryazarlığı düzeyi; TSOY-32 TH: TSOY-32 tedavi ve hizmet alanı sağlık okuryazarlığı düzeyi)

Tablo 23'te ölçek süreçlerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı "sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma" süreci için %35,3, "sağlıkla ilgili bilgiyi anlama" süreci için %30,2, "sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme" süreci için %42,3, "sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama" süreci için %26,9'dur.

Tablo 23: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 ile Saptanan Ölçek Süreçlerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Dağılımı (TSOYA, 2017)

		Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata	Ağırlıksız Sayı
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Yetersiz	35,3	1,1	2662
	Sorunlu-sınırlı	22,4	0,9	1226
	Yeterli	33,8	1,1	1877
	Mükemmel	8,5	0,7	418
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Yetersiz	30,2	1,1	2239
	Sorunlu-sınırlı	28,4	0,9	1736
	Yeterli	32,9	1,0	1796
	Mükemmel	8,5	0,6	426
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Yetersiz	42,3	1,3	2941
	Sorunlu-sınırlı	27,2	1,0	1597
	Yeterli	24,3	1,0	1335
	Mükemmel	6,2	0,6	291
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	Yetersiz	26,9	1,0	2020
	Sorunlu-sınırlı	27,7	0,9	1624
	Yeterli	35,4	1,1	1936
	Mükemmel	10,0	0,7	590



Şekil 2: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 ile Saptanan Ölçek Süreçlerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Dağılımı (TSOYA, 2017)



Tablo 24'te İBBS-1'e göre sağlık okuryazarlığı düzeyi görülmektedir. İBBS-1'e göre yetersiz sağlık okuryazarlığı en yüksek olan bölge %54,2 ile Ortadoğu Anadolu iken ikinci sırada %42,7 ile Kuzeydoğu Anadolu ve üçüncü sırada %37,9 ile Ege bölgesi gelmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlar ve sorunlu-sınırlı olanlar birlikte değerlendirildiğindeyse, yetersiz ya da sorunlu-sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığı olanların sıklığı en yüksek değerine Doğu Marmara'da ulaşmakta (%81,4), bunu Batı Marmara (%79,5), Ege (%78,5), Batı Anadolu (%77,8) izlemektedir.

Tablo 24: Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması 1'e Göre Dağılımı (TSOYA, 2017)

İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması 1	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu-sınırlı	Yeterli	Mükemmel
İstanbul	29,5 (3,0)	30,9 (3,0)	28,8 (3,0)	10,8 (2,2)
Batı Marmara	21,4 (2,5)	58,1 (2,9)	14,7 (2,3)	5,7 (1,5)
Ege	37,9 (4,0)	40,6 (3,3)	18,2 (2,0)	3,3 (0,8)
Doğu Marmara	19,7 (2,1)	61,7 (2,8)	16,2 (2,3)	2,3 (0,9)
Batı Anadolu	29,7 (2,8)	48,1 (3,3)	20,1 (2,0)	2,0 (0,7)
Akdeniz	35,0 (3,7)	27,8 (2,5)	23,4 (2,9)	13,7 (2,6)
Orta Anadolu	20,4 (2,5)	36,2 (3,4)	33,5 (2,7)	9,8 (2,2)
Batı Karadeniz	23,6 (3,4)	39,4 (4,7)	30,7 (4,3)	6,3 (2,3)
Doğu Karadeniz	30,2 (3,1)	34,2 (4,4)	28,3 (4,0)	7,4 (1,8)
Kuzeydoğu Anadolu	42,7 (4,3)	20,6 (3,6)	18,6 (2,5)	18,0 (3,1)
Ortadoğu Anadolu	54,2 (4,5)	16,7 (3,6)	20,4 (3,8)	8,7 (3,0)
Güneydoğu Anadolu	33,3 (4,3)	30,2 (3,4)	26,8 (4,7)	9,7 (2,9)

Tablo 25'te tedavi ve hizmet alanı için İBBS-1'e göre sağlık okuryazarlığı düzeyi görülmektedir. Tedavi ve hizmet alanı için İBBS-1'e göre yetersiz sağlık okuryazarlığı en yüksek olan bölge Ortadoğu Anadolu (%46,9) iken onu Kuzeydoğu Anadolu (%42,5) ve Akdeniz bölgesi (%35,8) izlemektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlar ve sorunlu-sınırlı olanlar birlikte değerlendirildiğindeyse, tedavi ve hizmet alanı için yetersiz ya da sorunlu-sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığı olanların sıklığı en yüksek değerine Orta Doğu Anadolu'da (%67,5) ulaşmakta, bunu Batı Anadolu (%65,3), Doğu Marmara (%65,2), Ege bölgesi (%64,0) izlemektedir.

Tablo 25: Araştırmaya Katılan Kişilerin Tedavi ve Hizmet Alanı İçin TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması 1'e Göre Dağılımı (TSOYA, 2017)

İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması 1	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu-sınırlı	Yeterli	Mükemmel
İstanbul	26,0 (2,7)	29,0 (2,8)	32,3 (3,3)	12,7 (2,5)
Batı Marmara	15,7 (1,9)	46,1 (2,9)	27,7 (2,7)	10,4 (1,8)
Ege	30,6 (4,0)	33,4 (2,8)	28,8 (2,5)	7,2 (1,6)
Doğu Marmara	17,9 (2,1)	47,3 (2,9)	31,4 (2,7)	3,4 (1,0)
Batı Anadolu	23,8 (2,5)	41,5 (2,8)	29,5 (2,5)	5,2 (1,1)
Akdeniz	35,8 (4,1)	20,0 (2,3)	24,9 (2,9)	19,4 (2,9)
Orta Anadolu	16,1 (2,1)	29,1 (3,1)	40,7 (2,9)	14,1 (2,1)
Batı Karadeniz	21,3 (3,1)	25,2 (3,6)	35,8 (4,2)	17,7 (4,1)
Doğu Karadeniz	24,0 (2,5)	26,9 (3,0)	39,9 (3,2)	9,2 (2,0)
Kuzeydoğu Anadolu	42,5 (4,2)	20,0 (3,8)	19,7 (2,6)	17,8 (2,8)
Ortadoğu Anadolu	46,9 (4,8)	20,6 (4,6)	19,4 (3,5)	13,0 (3,1)
Güneydoğu Anadolu	30,2 (4,1)	25,9 (3,9)	28,6 (5,3)	15,3 (3,6)

Tablo 26'da hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için İBBS-1'e göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri görülmektedir. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için İBBS-1'e göre yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı en yüksek olan bölge Ortadoğu Anadolu (%56,6) iken onu Ege (%50,2) ve Kuzeydoğu Anadolu bölgesi (%47,0) izlemektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlar ve sorunlu-sınırlı olanlar birlikte değerlendirildiğindeyse, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için yetersiz ya da sorunlu-sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığı olanların sıklığı en yüksek değerlerine Ege bölgesi (%81,9) ile Batı Marmara (%81,6) ve Batı Anadolu'da (%81,9) ulaşmaktadır.



Tablo 26: Araştırmaya Katılan Kişilerin Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alanı İçin TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması 1'e Göre Dağılımı (TSOYA, 2017)

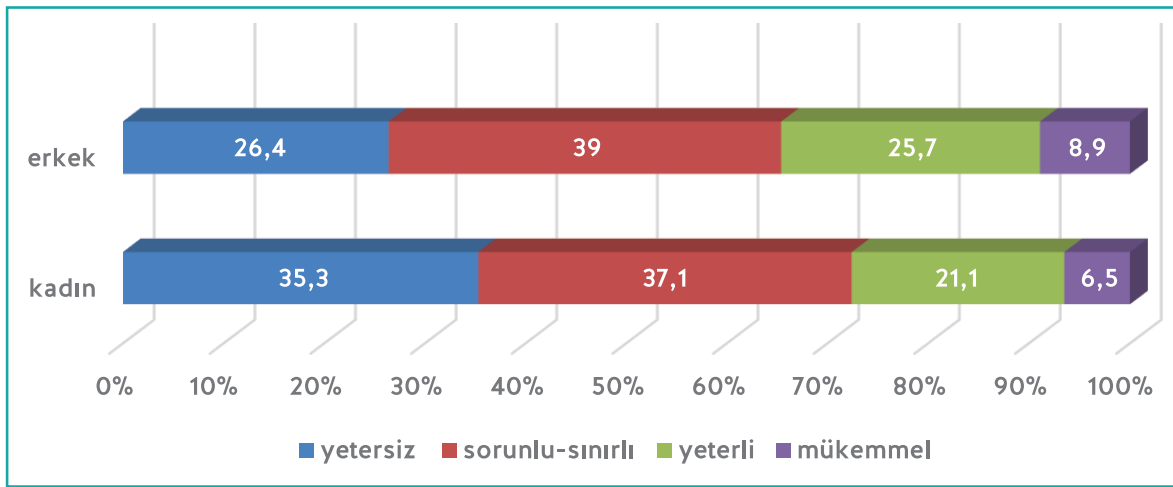
İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması 1	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu-sınırlı	Yeterli	Mükemmel
İstanbul	31,0 (3,0)	30,7 (3,2)	29,3 (2,8)	9,0 (1,9)
Batı Marmara	38,9 (3,6)	42,7 (3,1)	15,5 (2,9)	2,9 (0,8)
Ege	50,2 (3,9)	31,7 (3,2)	15,3 (2,4)	2,8 (0,7)
Doğu Marmara	25,5 (2,6)	55,4 (2,9)	18,2 (2,4)	0,9 (0,5)
Batı Anadolu	39,3 (2,8)	42,6 (2,5)	16,6 (2,0)	1,5 (0,6)
Akdeniz	35,7 (3,7)	27,6 (2,6)	24,3 (3,0)	12,4 (2,6)
Orta Anadolu	31,5 (3,1)	26,6 (2,7)	33,6 (3,0)	8,3 (2,1)
Batı Karadeniz	33,2 (4,3)	39,0 (4,7)	22,4 (4,4)	5,3 (2,3)
Doğu Karadeniz	39,7 (2,9)	30,8 (3,7)	22,3 (3,2)	7,3 (1,8)
Kuzeydoğu Anadolu	47,0 (4,6)	17,2 (4,2)	16,2 (2,6)	19,6 (3,2)
Ortadoğu Anadolu	56,6 (4,5)	16,7 (3,2)	21,1 (3,4)	5,7 (2,1)
Güneydoğu Anadolu	37,3 (4,5)	32,0 (3,6)	20,6 (4,5)	10,0 (3,0)

3.10 Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Değişimi

Bu bölümde sağlık okuryazarlığı düzeyinin cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyine göre değişimine yer verilmektedir. Tablo 27'de sağlık okuryazarlığı düzeyinin cinsiyete göre değişimi yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı kadınlarda (%35,3), erkeklere göre (%26,4) daha yüksektir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu-sınırlı olanların sıklığına bakıldığında yine kadınlarda (%72,4), erkeklere göre (%65,4) daha yüksek olduğu görülmektedir. Cinsiyetler arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,001$; $\chi^2 = 66,276$; $F = 9,426$).

Tablo 27: Araştırmaya Katılan Kişilerin Cinsiyete Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Cinsiyet*	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu-sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Kadın	35,3 (1,3)	37,1 (1,3)	21,1 (1,1)	6,5 (0,7)
Erkek	26,4 (1,5)	39,0 (1,5)	25,7 (1,4)	8,9 (0,9)

*: $p < 0,001$ 

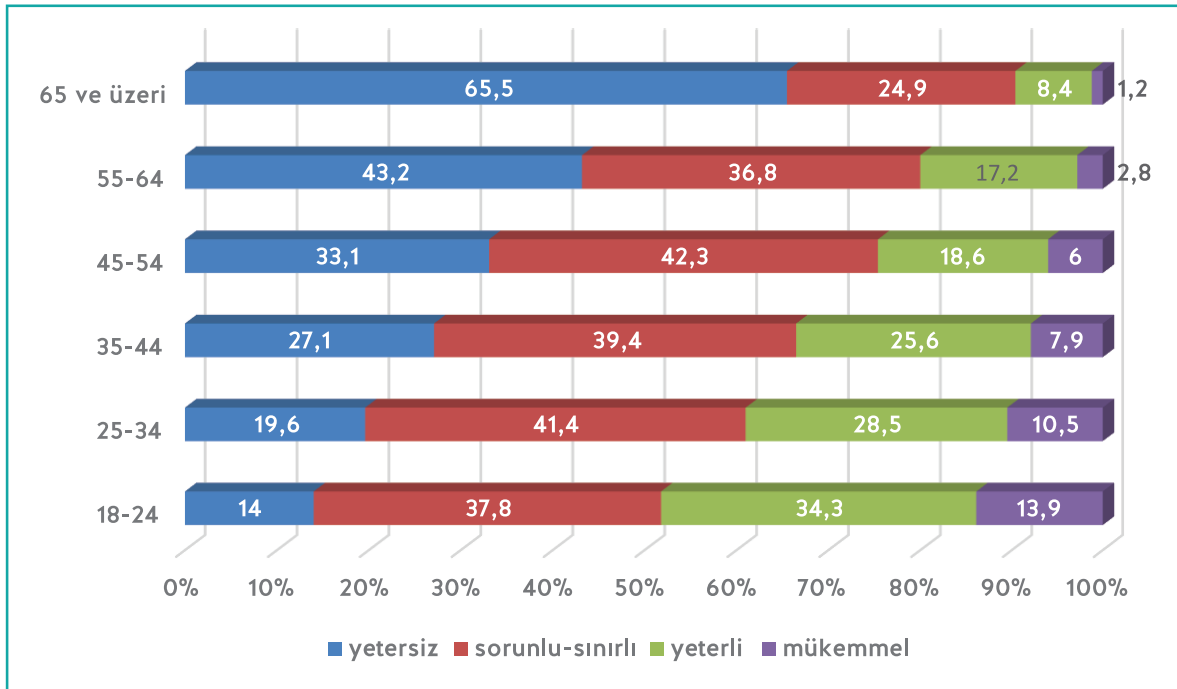
Şekil 3: Araştırmaya Katılan Kişilerin Cinsiyete Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Tablo 28’de sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaş gruplarına göre değişimi yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığının 18-24 yaş grubundaki en düşük değerinden (%14,0), ilerleyen yaş grupları ile birlikte artarak 65 ve üzeri yaş grubunda %65,5’e kadar yükseldiği görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu-sınırlı olanların sıklığı ise 18-24 yaş grubunda %51,8 iken, 25-34 yaş grubunda %61, 35-44 yaş grubunda %66,5, 45-54 yaş grubunda %75,4, 55-64 yaş grubunda %80, 65 ve üzeri yaş grubunda %90,4 ‘tür. Yaş grupları arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,001$; $\chi^2 = 813,062$; $F = 25,270$).

Tablo 28: Araştırmaya Katılan Kişilerin Yaş Gruplarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Yaş grubu*	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu-sınırlı	Yeterli	Mükemmel
18-24	14,0 (2,0)	37,8 (2,7)	34,3 (2,6)	13,9 (2,3)
25-34	19,6 (1,7)	41,4 (2,2)	28,5 (2,0)	10,5 (1,3)
35-44	27,1 (2,0)	39,4 (1,8)	25,6 (1,7)	7,9 (1,2)
45-54	33,1 (2,2)	42,3 (2,4)	18,6 (1,9)	6,0 (1,1)
55-64	43,2 (2,4)	36,8 (2,4)	17,2 (1,8)	2,8 (0,7)
65 ve üzeri	65,5 (2,5)	24,9 (2,4)	8,4 (1,3)	1,2 (0,5)

*: $p < 0,001$



Şekil 4: Araştırmaya Katılan Kişilerin Yaş Gruplarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

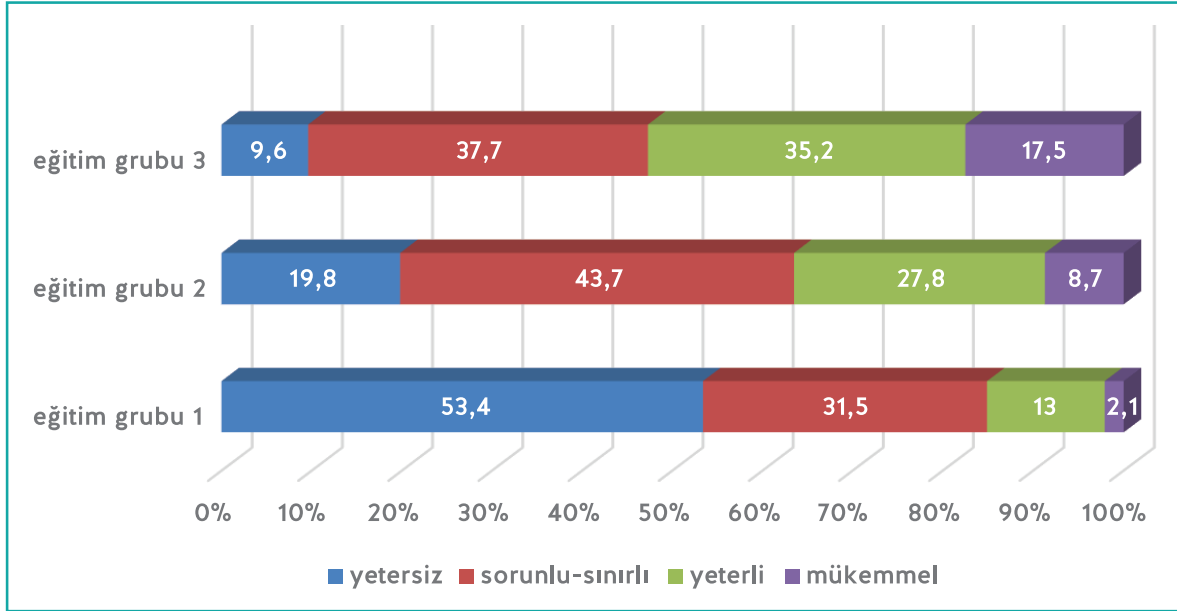
Tablo 29’da sağlık okuryazarlığı düzeyinin eğitim gruplarına göre değişimi görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı bu araştırmada en düşük eğitim grubu olarak kategorize edilen “en yükseği ilköğretim mezunu olanlar” grubunda %53,4’tür. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı “ilköğretim, ortaokul, lise ve dengi okullar” grubunda %19,8; bu araştırmada en yüksek eğitim grubu olarak kategorize edilen “yükseköğretim ve üzeri olanlar” grubunda ise % 9,6’dır. En düşük eğitim grubunda yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı olanların sıklığı %84,9

iken, yükseköğretim ve üzeri eğitim düzeyi olanlarda bu sıklık %47,3'e düşmektedir. Tablo 26'da belirtilen eğitim grupları arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,001$; $\chi^2 = 1127,874$; $F = 72,216$).

Tablo 29: Araştırmaya Katılan Kişilerin Eğitim Gruplarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Eğitim grubu*	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu-sınırlı	Yeterli	Mükemmel
En yüksek ilköğretim mezunu olanlar	53,4 (1,5)	31,5 (1,3)	13,0 (1,1)	2,1 (0,4)
İlköğretim, ortaokul, lise ve dengi okullar	19,8 (1,4)	43,7 (1,7)	27,8 (1,5)	8,7 (1,0)
Yükseköğretim ve üzeri olanlar	9,6 (1,5)	37,7 (2,6)	35,2 (2,5)	17,5 (2,1)

*: $p < 0,001$



Şekil 5: Araştırmaya Katılan Kişilerin Eğitim Gruplarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

(eğitim grubu 1: en yüksek ilköğretim mezunu olanlar, eğitim grubu 2: ilköğretim, ortaokul, lise ve dengi okullar, eğitim grubu 3: yükseköğretim ve üzeri olanlar)



Tablo 30'da cinsiyet, yaş ve eğitim grubuna göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı sağlık okuryazarlığının değişimi görülmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı kadınlarda (%41,9), erkeklere (%32,9) göre daha yüksektir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı 18-24 yaş grubunda %21,5 ile en düşük değerini almakta iken, ilerleyen yaş gruplarında sıklık giderek artmakta ve 65 ve üzeri yaş grubunda %68,1'e ulaşmaktadır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu olanların sıklığına bakıldığında ise 18-24 yaş grubunda %54,1 ile en düşük değerini almışken ilerleyen yaş gruplarında artarak 65 ve üzeri yaş grubunda %90,6'ya eriştiği görülmektedir. Eğitim grubu bakımından ise tabloda yer alan en yüksek eğitim grubunda yetersiz sağlık okuryazarlığı %13,0 iken, en düşük eğitim grubunda %60,1'dir. Cinsiyetler ($p<0,001$; $\chi^2=63,163$; $F=9,048$); yaş grupları ($p<0,001$; $\chi^2=664,227$; $F=19,909$), eğitim grupları ($p<0,001$; $\chi^2=1000,471$; $F=66,380$) arasında hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Tablo 30: Araştırmaya Katılan Kişilerin Cinsiyet, Yaş ve Eğitim Grubuna Göre TSOY-32 ile Saptanan Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alanı Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

	Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alanı Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu-sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Cinsiyet*				
Kadın	41,9 (1,4)	33,2 (1,3)	19,4 (1,1)	5,5 (0,7)
Erkek	32,9 (1,4)	35,2 (1,4)	24,2 (1,4)	7,6 (0,9)
Yaş grubu*				
18-24	21,5 (2,2)	32,6 (2,6)	33,3 (2,6)	12,5 (2,1)
25-34	25,6 (1,9)	38,7 (2,3)	26,7 (1,9)	9,0 (1,2)
35-44	36,0 (2,1)	35,6 (1,9)	21,9 (1,7)	6,5 (1,1)
45-54	39,3 (2,3)	39,6 (2,4)	16,4 (1,8)	4,7 (1,0)
55-64	49,5 (2,5)	29,8 (2,4)	18,3 (2,2)	2,4 (0,6)
65 ve üzeri	68,1 (2,5)	22,5 (2,5)	8,3 (1,3)	1,1 (0,5)
Eğitim grubu*				
En yüksek ilköğretim mezunu olanlar	60,1 (1,5)	25,8 (1,2)	12,0 (1,1)	2,1 (0,5)
İlköğretim, ortaokul, lise ve dengi okullar	27,3 (1,4)	38,8 (1,5)	26,5 (1,5)	7,4 (1,0)
Yükseköğretim ve üzeri olanlar	13,0 (1,6)	41,1 (2,7)	31,5 (2,4)	14,3 (1,9)

*: $p<0,001$

Tablo 31’de cinsiyet, yaş ve eğitim grubuna göre tedavi ve hizmet alanı sağlık okuryazarlığının değişimi görülmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı kadınlarda (%32,0), erkeklere (%22,2) göre daha yüksektir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı 18-24 yaş grubunda %14,8 ile en düşük değerini almakta iken, ilerleyen yaş gruplarında sıklık giderek artmakta ve 65 ve üzeri yaş grubunda %63,0’a ulaşmaktadır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu olanların sıklığına bakıldığında ise 18-24 yaş grubunda %41,6 ile en düşük değerini almışken ilerleyen yaş gruplarında artarak 65 ve üzeri yaş grubunda %86,3’e eriştiği görülmektedir. Eğitim grubu bakımından ise tabloda yer alan en yüksek eğitim grubunda yetersiz sağlık okuryazarlığı %9,1 iken, en düşük eğitim grubunda %47,9’dur. Cinsiyetler ($p<0,001$; $\chi^2=79,313$; $F=11,844$), yaş grupları ($p<0,001$; $\chi^2=792,264$; $F=24,373$), eğitim grupları ($p<0,001$; $\chi^2=1091,732$; $F=70,349$) arasında tedavi ve hizmet alanı sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Tablo 31: Araştırmaya Katılan Kişilerin Cinsiyet, Yaş ve Eğitim Grubuna Göre TSOY-32 ile Saptanan Tedavi ve Hizmet Alanı Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

	Tedavi ve Hizmet Alanı Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu-sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Cinsiyet*				
Kadın	32,0 (1,3)	29,8 (1,2)	27,9 (1,3)	10,2 (0,9)
Erkek	22,2 (1,4)	32,8 (1,5)	32,1 (1,5)	12,9 (1,1)
Yaş grubu*				
18-24	14,8 (2,2)	26,8 (2,3)	39,2 (2,8)	19,2 (2,6)
25-34	17,8 (1,7)	33,2 (2,2)	33,4 (2,0)	15,6 (1,7)
35-44	20,8 (1,8)	34,8 (1,8)	31,2 (1,9)	13,2 (1,5)
45-54	28,0 (2,1)	33,7 (2,1)	30,1 (2,4)	8,2 (1,3)
55-64	35,0 (2,4)	31,9 (2,4)	27,5 (2,3)	5,6 (1,0)
65 ve üzeri	63,0 (2,5)	23,3 (2,4)	11,7 (1,4)	2,0 (0,6)
Eğitim grubu*				
En yüksek ilköğretim mezunu olanlar	47,9 (1,6)	29,5 (1,2)	19,0 (1,4)	3,6 (0,5)
İlköğretim, ortaokul, lise ve dengi okullar	16,3 (1,3)	33,7 (1,6)	36,8 (1,6)	13,2 (1,2)
Yükseköğretim ve üzeri olanlar	9,1 (1,5)	28,9 (2,5)	36,9 (2,6)	25,1 (2,6)

*: $p<0,001$



3.11 Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Bazı Sosyoekonomik Parametrelere Göre Değişimi

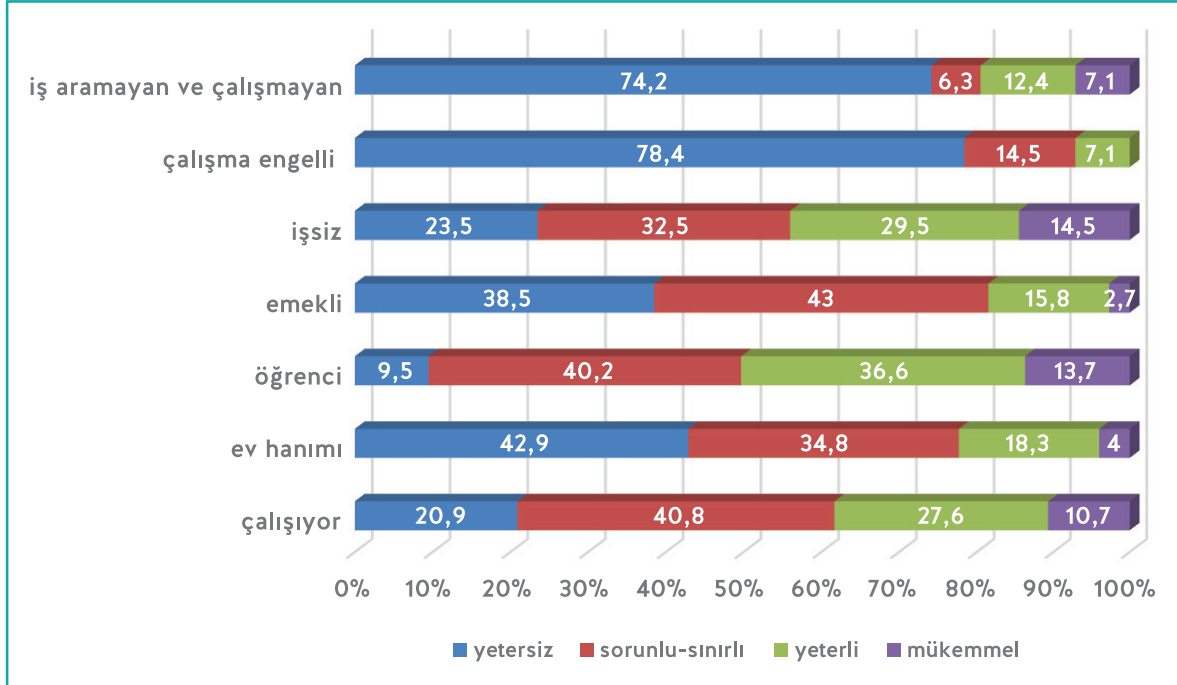
Bu bölümde sağlık okuryazarlığı düzeyinin iş durumlarına, çalışma durumlarına, sağlık güvence durumlarına, hane halkı gelirin ihtiyaçları karşılama yeterliğine göre değişimini inceleyen bulgular yer almaktadır.

Tablo 32’de iş durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi görülmektedir. Çalışanlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı %20,9’dur. İş durumları içinde bu sıklığın en düşük olduğu grup öğrencilerdir (%9,5). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı işsizlerde %23,5 iken, emeklilerde %38,5’tir. Sıklığın en yüksek olduğu iş durumları ise “çeşitli nedenlerle iş aramayan ve çalışmayan kişiler” (%74,2) ile “çalışma engelli/özürlü olanlar”dır. (%78,4). Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu-sınırlı olanların sıklığına bakıldığında ise en yüksek değerlerin “çalışma engelli/özürlü olanlar” (%92,9), “emekliler” (%81,5), “çeşitli nedenlerle iş aramayan ve çalışmayan kişilerde” (%80,5) görülmektedir. Bunları ev hanımları (%77,7) izlemektedir. Söz konusu sıklık çalışanlarda %61,7 iken, işsizlerde %56,0 ve öğrencilerde %49,7’dir. İş durumları arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$; $\chi^2 = 623,608$; $F = 16,792$).

Tablo 32: Araştırmaya Katılan Kişilerin İş Durumlarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

İş Durumları*	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu-sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Çalışıyor	20,9 (1,6)	40,8 (1,6)	27,6 (1,5)	10,7 (1,2)
Ev Hanımı (Kendi evinin işleriyle meşgul)	42,9 (1,6)	34,8 (1,5)	18,3 (1,3)	4,0 (0,6)
Öğrenci	9,5 (2,2)	40,2 (3,9)	36,6 (3,9)	13,7 (2,8)
Emekli	38,5 (2,3)	43,0 (2,5)	15,8 (1,7)	2,7 (0,7)
İşsiz (iş arıyor ama bulamıyor)	23,5 (3,6)	32,5 (4,8)	29,5 (4,0)	14,5 (3,3)
Çalışma engelli/özürlü	78,4 (7,7)	14,5 (6,4)	7,1 (4,7)	-
Çeşitli nedenlerle iş aramayan ve çalışmayan kişiler	74,2 (7,2)	6,3 (2,6)	12,4 (4,3)	(7,1) (4,7)

*: $p < 0,001$



Şekil 6: Araştırmaya Katılan Kişilerin İş Durumlarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Çalışma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında, yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının en düşük olduğu grubun işverenler olduğu (%17,5), bunu ücretli çalışanların (%18,6) ve kendi hesabına çalışanların (%21,3) izlediği görülmektedir. Yevmiyeli/günderlik çalışanlar ise sıklığın en yüksek olduğu grup olarak (%47,7) dikkatleri çekmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu-sınırlı olanların sıklığı bakımından değerlendirildiğinde ise en yüksek sıklık %81,8 ile işverenlerde gözlenmektedir, bunu mevsimsel çalışanlar (%75,4) ve yevmiyeli çalışanlar (%71,1) izlemektedir (Tablo 33). Çalışma durumları arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$; $\chi^2 = 74,620$; $F = 3,918$).

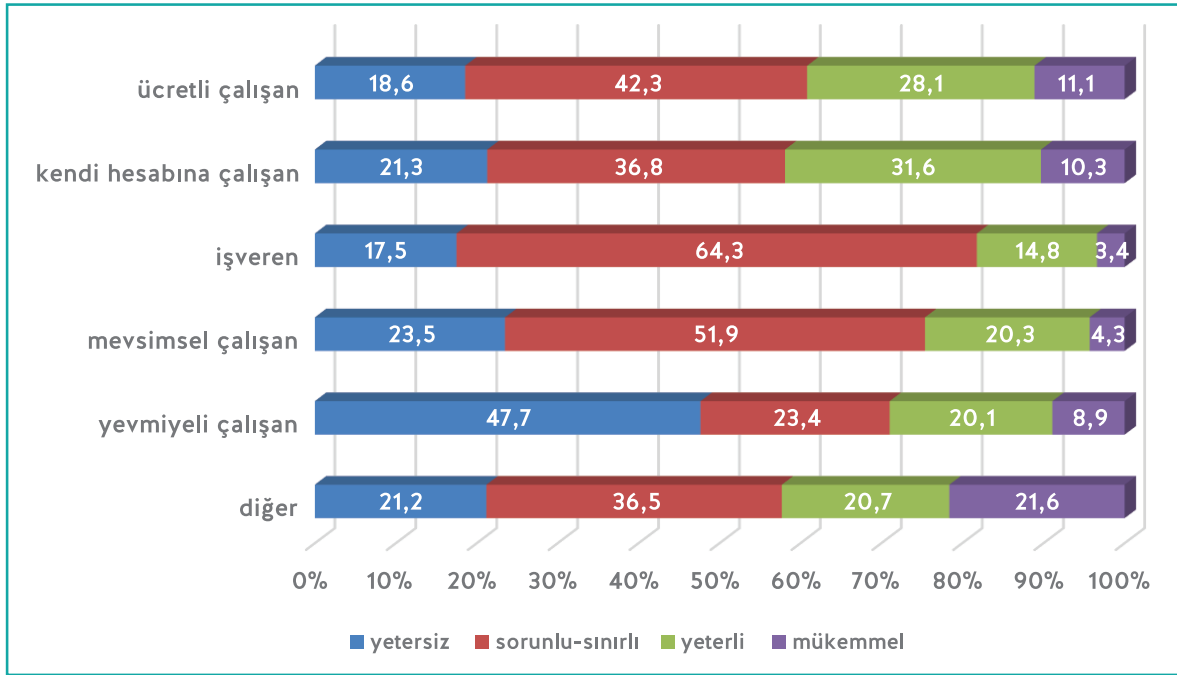


Tablo 33: Araştırmaya Katılan Kişilerin Çalışma Durumuna Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Çalışma Durumu*	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu-sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Düzenli ücretli çalışan	18,6 (1,7)	42,3 (1,8)	28,1 (1,8)	11,1 (1,3)
Kendi hesabına çalışan	21,3 (3,5)	36,8 (4,3)	31,6 (4,3)	10,3 (2,8)
İşveren (1 ve üzeri çalışanı olan)	17,5 (8,2)	64,3 (9,7)	14,8 (6,3)	3,4 (2,4)
Mevsimsel çalışan	23,5 (9,6)	51,9 (11,4)	20,3 (8,7)	4,3 (2,9)
Yevmiyeli (gündelik) çalışan	47,7 (6,2)	23,4 (4,7)	20,1 (4,3)	8,9 (4,9)
Diğer**	21,2 (9,7)	36,5 (11,3)	20,7 (8,9)	21,6 (15,9)

*: $p < 0,001$

** : Diğer başlığı altında "çırak, kursiyer ve stajyer" (3 kişi), "ücretsiz aile çalışanı" (18 kişi) , "durumlara göre sınıflandırmamayan çalışan" (8 kişi) yer almaktadır.



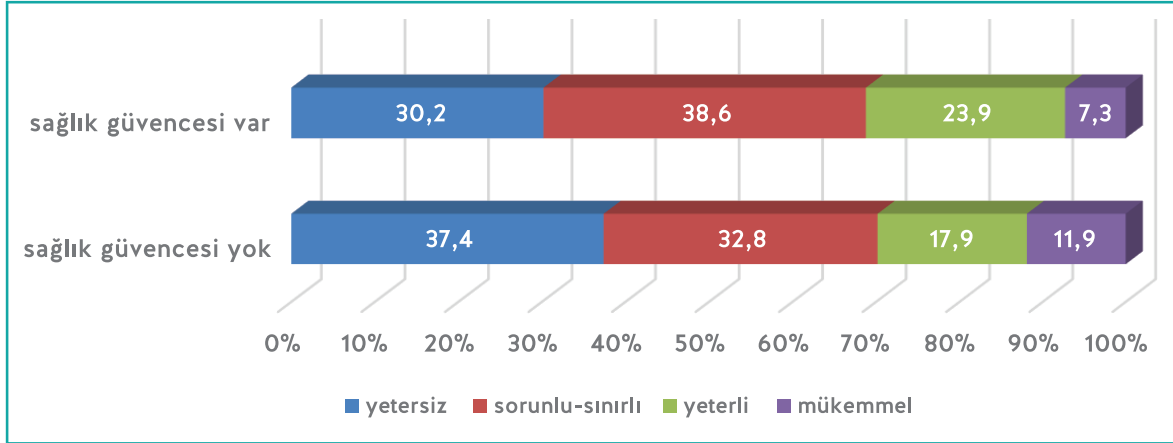
Şekil 7: Araştırmaya Katılan Kişilerin Çalışma Durumuna Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı sağlık güvencesi olmayanlarda %37,4 iken, sağlık güvencesi olanlarda % 30,2'dir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu sınırlı olanların sıklığı ise sağlık güvencesi olmayanlarda %70,2 iken, sağlık güvencesi olanlarda %68,8'dir (Tablo 34) . Sağlık güvencesi olanlar ile olmayanlar arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$; $\chi^2 = 34,500$; $F = 3,517$).

Tablo 34: Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Güvence Durumuna Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Sağlık Güvence Durumu*	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu-sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Sağlık güvencesi var	30,2 (1,1)	38,6 (1,1)	23,9 (1,0)	7,3 (0,6)
Sağlık güvencesi yok	37,4 (3,5)	32,8 (3,6)	17,9 (2,9)	11,9 (2,9)

*: $p < 0,05$



Şekil 8: Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Güvence Durumuna Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

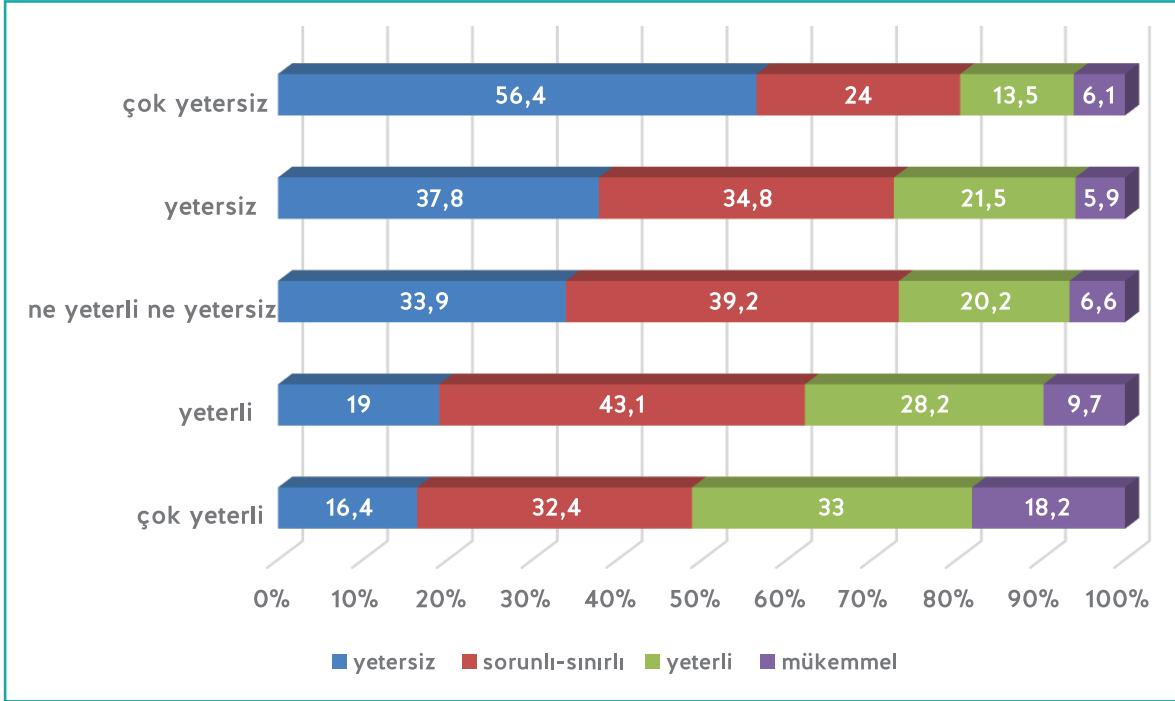


Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının “geliri ihtiyaçlarını karşılamada çok yeterli olan” grupta %16,4’ten başlayarak, diğer gruplarda giderek yükseldiği ve “çok yetersiz” değerlendirmesi olan grupta %56,4’e eriştiği görölmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu-sınırlı olanların sıklığı ise hane halkı gelirinin ihtiyaçları karşılaması “çok yeterli olan grupta” %48,8, “yeterli” olan grupta %62,1, “ne yeterli ne yetersiz olan” grupta % 73,1, “yetersiz” olan grupta % 72,6, “çok yetersiz” olan grupta ise % 80,4’tür (Tablo 35). Hane halkı gelirinin ihtiyaçları karşılama yeterliliğiyle ilgili değerlendirmeler arasında sağlık okuryazarlığı düzeyleri bakımından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$; $\chi^2=410,786$; $F=13,992$).

Tablo 35: Araştırmaya Katılan Kişilerin Hane Halkı Gelirinin İhtiyaçları Karşılama Yeterliliğine Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Hane Halkı Gelirinin İhtiyaçları Karşılama Yeterliliği*	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu-sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Çok yetersiz	56,4 (3,4)	24,0 (3,3)	13,5 (2,1)	6,1 (1,6)
Yetersiz	37,8 (1,8)	34,8 (1,8)	21,5 (1,5)	5,9 (1,0)
Ne yeterli ne yetersiz	33,9 (1,9)	39,2 (2,0)	20,2 (1,7)	6,6 (1,1)
Yeterli	19,0 (1,4)	43,1 (1,8)	28,2 (1,6)	9,7 (1,1)
Çok yeterli	16,4 (5,5)	32,4 (9,3)	33,0 (10,2)	18,2 (5,9)

*: $p<0,001$



Şekil 9: Araştırmaya Katılan Kişilerin Hane Halkı Gelirinin İhtiyaçları Karşılama Yeterliliğine Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Tablo 36'da bazı sosyoekonomik parametrelere göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı sağlık okuryazarlığı düzeyinin değişimi görülmektedir. İş durumlarına göre yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının en düşük olduğu gruplar öğrenciler (%16,0) ve çalışanlardır (%27,7). En yüksek olduğu gruplar ise "çeşitli nedenlerle iş aramayan ve çalışmayan kişiler" (%73,8) ile "çalışma engelli/özürlü olan" gruptur (%81,1). Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı sağlık güvencesi olanlarda (%36,7), olmayanlara (%44,6) göre daha düşüktür. Hane halkının gelirinin ihtiyaçları karşılama durumunu çok yeterli olarak görenlerde en düşük (%21,8), diğer taraftan çok yetersiz olarak görenlerde en yüksek (%62,3) yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı dikkatleri çekmektedir. İş durumları arasında ($p < 0,001$; $\chi^2 = 526,583$; $F = 14,180$), sağlık güvence durumları arasında ($p < 0,05$; $\chi^2 = 29,777$; $F = 2,941$), hane halkı gelirinin ihtiyaçları karşılama yeterliliği ile ilgili değerlendirmeler arasında ($p < 0,001$; $\chi^2 = 319,742$; $F = 11,260$) hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.



Tablo 36: Araştırmaya Katılan Kişilerin Bazı Sosyoekonomik Parametrelere Göre TSOY-32 ile Saptanan Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alanı Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

	Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alanı Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu-sınırlı	Yeterli	Mükemmel
İş Durumları*				
Çalışıyor	27,7 (1,6)	38,5 (1,7)	24,4 (1,5)	9,4 (1,1)
Ev Hanımı (Kendi evinin işleriyle meşgul)	49,7 (1,6)	29,9 (1,4)	17,0 (1,3)	3,5 (0,6)
Öğrenci	16,0 (2,7)	37,5 (4,0)	35,1 (4,0)	11,5 (2,3)
Emekli	45,0 (2,5)	35,4 (2,6)	18,0 (2,0)	1,6 (0,4)
İşsiz (iş arıyor ama bulamıyor)	28,9 (4,0)	32,3 (4,8)	26,4 (4,1)	12,4 (2,9)
Çalışma engelli/özürlü	81,1 (7,5)	6,8 (3,5)	12,1 (6,9)	-
Çeşitli nedenlerle iş aramayan ve çalışmayan kişiler	73,8 (7,3)	7,8 (3,1)	11,1 (4,1)	7,3 (4,7)
Sağlık Güvence Durumu**				
Sağlık güvencesi yok	44,6 (3,8)	29,2 (3,6)	16,5 (3,0)	9,7 (2,5)
Sağlık güvencesi var	36,7 (1,1)	34,7 (1,1)	22,3 (1,0)	6,3 (0,6)
Hane Halkı Gelirinin İhtiyaçları Karşılama Yeterliliği*				
Çok yeterli	21,8 (6,4)	22,1 (8,4)	40,6 (10,0)	15,5 (5,6)
Yeterli	27,1 (1,4)	38,5 (1,6)	26,1 (1,5)	8,3 (1,1)
Ne yeterli ne yetersiz	40,2 (2,0)	35,4 (2,1)	18,8 (1,7)	5,7 (1,1)
Yetersiz	42,4 (1,8)	31,3 (1,8)	20,7 (1,6)	5,6 (1,0)
Çok yetersiz	62,3 (3,3)	21,4 (3,3)	12,4 (1,9)	3,9 (1,0)

*: $p < 0,001$ **: $p < 0,05$

Tablo 37’de bazı sosyoekonomik parametrelere göre hastalıklardan tedavi ve hizmet alanı sağlık okuryazarlığı düzeyinin değişimi görülmektedir. İş durumlarına göre yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının en düşük olduğu gruplar diğer alana benzer biçimde öğrenciler (%10,5) ve çalışanlardır (%16,6). En yüksek olduğu gruplar ise “çeşitli nedenlerle iş aramayan ve çalışmayan kişiler” (%74,8) ile “çalışma engelli/özürlü olan” gruptur (%76,7). Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı sağlık güvencesi olanlarda (%26,7), olmayanlara (%31,6) göre daha düşüktür. Hane halkının gelirinin ihtiyaçları karşılama durumunu çok yeterli olarak görenlerde en düşük (%14,7), diğer taraftan çok yetersiz olarak görenlerde en yüksek (%49,5) yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı dikkatleri çekmektedir. İş durumları arasında ($p < 0,001$; $\chi^2 = 612,587$; $F = 16,790$), hane halkı gelirinin ihtiyaçları karşılama yeterliliği ile ilgili değerlendirmeler arasında ($p < 0,001$; $\chi^2 = 429,948$ $F = 14,622$) tedavi ve hizmet alanı sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Tablo 37: Araştırmaya Katılan Kişilerin Bazı Sosyoekonomik Parametrelere Göre TSOY-32 ile Saptanan Tedavi ve Hizmet Alanı Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

	Tedavi ve Hizmet Alanı Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu- sınırlı	Yeterli	Mükemmel
İş Durumları*				
Çalışıyor	16,6 (1,5)	33,3 (1,6)	33,8 (1,6)	16,2 (1,4)
Ev Hanımı (Kendi evinin işleriyle meşgul)	39,1 (1,6)	28,8 (1,3)	25,4 (1,5)	6,7 (0,7)
Öğrenci	10,5 (2,8)	30,1 (3,6)	40,2 (4,0)	19,3 (3,3)
Emekli	33,9 (2,3)	35,2 (2,5)	26,2 (2,0)	4,7 (0,9)
İşsiz (iş arıyor ama bulamıyor)	20,4 (3,3)	29,8 (4,9)	31,1 (4,2)	18,6 (3,5)
Çalışma engelli/özürü	76,7 (7,8)	10,9 (5,8)	11,7 (5,7)	0,7 (0,7)
Çeşitli nedenlerle iş aramayan ve çalışmayan kişiler	74,8 (7,2)	2,1 (1,3)	19,7 (5,6)	3,4 (3,3)
Sağlık Güvence Durumu				
Sağlık güvencesi yok	31,6 (3,2)	30,2 (3,8)	25,6 (3,3)	12,7 (2,7)
Sağlık güvencesi var	26,7 (1,1)	31,4 (1,0)	30,5 (1,1)	11,5 (0,8)
Hane Halkı Gelirinin İhtiyaçları Karşılama Yeterliliği*				
Çok yeterli	14,7 (5,3)	22,1 (8,8)	32,6 (10,4)	30,6 (7,8)
Yeterli	16,1 (1,3)	31,5 (1,6)	37,6 (1,7)	14,8 (1,4)
Ne yeterli ne yetersiz	28,7 (1,8)	34,5 (2,1)	27,9 (1,9)	8,9 (1,2)
Yetersiz	34,9 (1,8)	31,5 (1,6)	24,0 (1,7)	9,6 (1,2)
Çok yetersiz	49,5 (3,6)	23,7 (3,4)	18,5 (2,4)	8,3 (1,9)

*: $p < 0,001$

3.12 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Kaynağı Olarak Kullanıldığı Belirtilen İletişim Araçlarına Göre Değişimi

Tablo 21’de görüldüğü üzere incelenenlerin %33’ü sağlıkla ilgili konularda bilgi kaynağı olarak herhangi bir iletişim aracı kullanmadığını belirtmiştir. Belirtilmiş olan iletişim araçları içinde ilk sıralarda internet (%48,6), televizyon (%33,0), gazete (%8,9), cep telefonu ve akıllı telefon uygulamaları (%6,5) yer almaktadır. Tablo 38’de sağlıkla ilgili konularda bilgi kaynağı olarak kullanıldığı belirtilen iletişim araçlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin değişimi görülmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı bilgi kaynağı olarak herhangi bir iletişim aracını kullanmadığını söyleyenlerde %56,8 iken, bilgi kaynağı olarak herhangi bir iletişim aracı belirtenlerde %18,1’dir ($p < 0,001$; $\chi^2 = 1056,753$; $F = 125,375$). Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı bilgi kaynağı olarak interneti belirtenlerde %11,9 belirtmeyenlerde %48,8 ($p < 0,001$; $\chi^2 = 1143,395$; $F = 135,570$); televizyonu belirtenlerde %22,0 belirtmeyenlerde %35,3 ($p < 0,001$; $\chi^2 = 154,479$; $F = 19,586$); gazeteyi belirtenlerde %14,2 belirtmeyenlerde



%32,5 ($p<0,001$; $\chi^2=140,702$; $F=16,607$); cep telefonu ya da akıllı telefon uygulamalarını belirtenlerde %9,9 belirtmeyenlerde %32,5'tir ($p<0,001$; $\chi^2=102,168$; $F=12,947$).

Tablo 38: Araştırmaya Katılan Kişilerde Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Kaynağı Olarak Kullanıldığı Belirtilen İletişim Araçlarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Kaynağı Olarak Kullanıldığı Belirtilen İletişim Aracı	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu-sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Herhangi bir iletişim aracını bilgi kaynağı olarak kullanma*				
Kullanmıyor	56,8 (1,9)	30,7 (1,6)	10,1 (1,4)	2,3 (0,5)
Kullanıyor	18,1 (1,1)	41,6 (1,3)	29,9 (1,2)	10,3 (0,9)
İnterneti bilgi kaynağı olarak kullanma*				
Kullanmıyor	48,8 (1,6)	34,0 (1,3)	14,4 (1,1)	2,8 (0,5)
Kullanıyor	11,9 (1,1)	42,3 (1,5)	32,9 (1,4)	12,8 (1,1)
Televizyonu bilgi kaynağı olarak kullanma*				
Kullanmıyor	35,3 (1,3)	37,9 (1,3)	20,6 (1,2)	6,3 (0,7)
Kullanıyor	22,0 (1,6)	38,3 (1,7)	29,1 (1,6)	10,6 (1,2)
Gazeteyi bilgi kaynağı olarak kullanma*				
Kullanmıyor	32,5 (1,1)	38,0 (1,1)	22,8 (1,0)	6,7 (0,6)
Kullanıyor	14,2 (2,5)	38,9 (3,6)	29,4 (3,2)	17,5 (3,0)
Cep telefonları ya da akıllı telefon uygulamalarını bilgi kaynağı olarak kullanma*				
Kullanmıyor	32,4 (1,2)	37,6 (1,1)	22,8 (1,0)	7,2 (0,7)
Kullanıyor	9,9 (1,9)	44,5 (4,4)	31,7 (3,5)	13,9 (3,2)

*: $p<0,001$

3.13 Araştırmaya Katılanlarda Bazı Okuma Alışkanlıklarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değişimi

Bu bölümde internet gazeteleri de dahil olmak üzere haftalık gazete okuma sıklığı ve son bir yıl içinde kitap okuma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin değişimi incelenmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı gazete okuma sıklığı hemen her gün olanlarda %9,3 iken, birkaç günde bir gazete okuyanlarda %22,2, haftada bir iki gün okuyanlarda %24,4, daha seyrek okuyanlarda %25,5, hiç okumayanlarda ise %44,3'tür. Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu-sınırlı olanların sıklıklarına bakıldığında ise hemen her gün okuyanlarda %50,4, birkaç günde bir okuyanlarda %53,5, haftada bir iki gün okuyanlarda %63,3, daha seyrek okuyanlarda %74,3, hiç okumayanlarda ise %79,8 olduğu görülmektedir. Gazete okuma sıklıkları açısından farklı okuma alışkanlıkları olan

gruplar arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,001$; $\chi^2=772,234$; $F=24,206$). Son bir yıl içinde en az bir kitap okumuş olanlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı %12,7, son bir yıl içinde hiç kitap okumamış olanlarda ise %40,4'tür. Son bir yıl içinde en az bir kitap okumuş olanlar ile hiç kitap okumayanlar arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,001$; $\chi^2=663,833$; $F=86,208$).

Tablo 39: Araştırmaya Katılan Kişilerde Genel Bazı Okuma Alışkanlıklarına Göre TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Okuma Alışkanlıkları	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (%-S. Hata)			
	Yetersiz	Sorunlu- sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Gazete Okuma Sıklığı *				
Hemen her gün	9,3 (1,4)	41,1 (2,4)	34,0 (2,5)	15,6 (1,9)
Birkaç günde bir	22,2 (2,8)	31,3 (2,9)	35,3 (3,4)	11,2 (2,1)
Haftada bir iki gün	24,4 (3,0)	38,9 (3,3)	29,4 (3,0)	7,3 (1,7)
Daha seyrek	25,5 (2,8)	48,8 (3,1)	19,8 (2,1)	5,9 (1,3)
Hiç okumuyor	44,3 (1,4)	35,5 (1,4)	16,0 (1,2)	4,2 (0,6)
Son Bir Yıl İçinde Kitap Okuma Durumu*				
En az bir kitap okumuş	12,7 (1,2)	39,3 (1,7)	34,1 (1,7)	13,8 (1,3)
Hiç okumamış	40,4 (1,4)	37,6 (1,3)	17,4 (1,1)	4,5 (0,6)

*: $p<0,001$

3.14 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerin Değişimi

Bu bölümde sağlık okuryazarlığı düzeyine göre algılanan sağlık, kronik hastalık varlığı, son bir yıl içinde sağlığı geliştiren davranış varlığının değişimini inceleyen bulgular yer almaktadır.

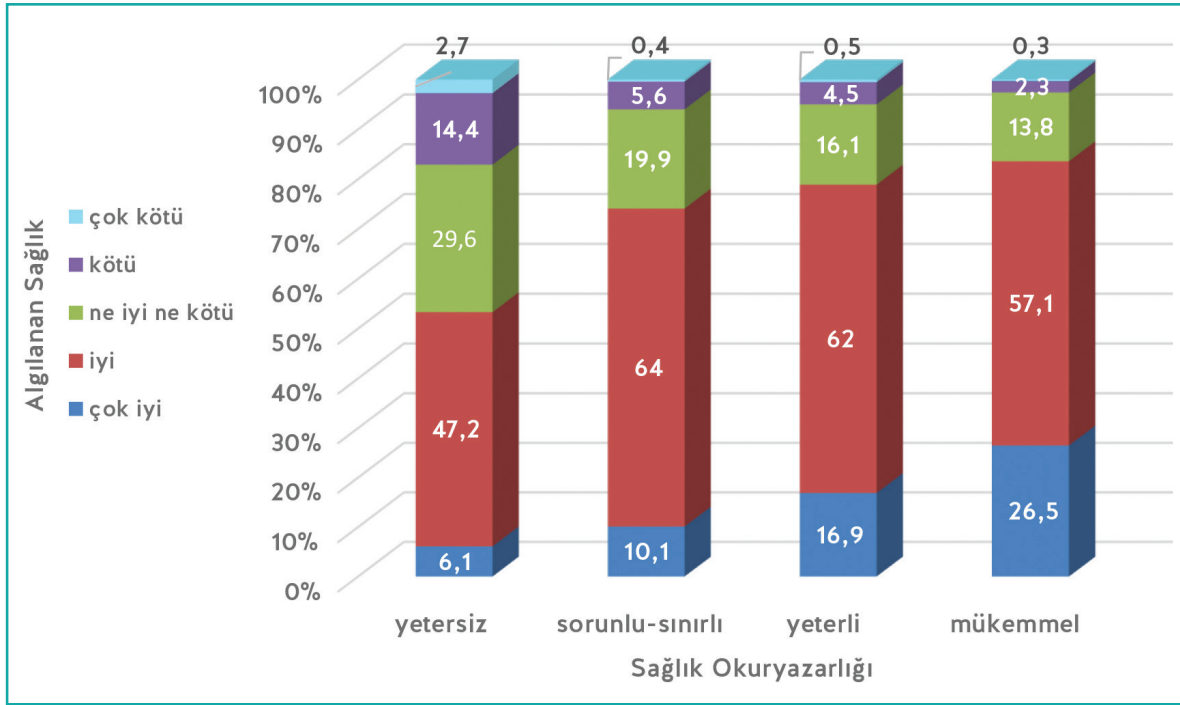
Tablo 40'ta araştırmaya katılan kişilerde TSOY-32 ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre algılanan sağlığın karşılaştırılmasına yer verilmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların %6,1'i sağlıklarını çok iyi olarak değerlendirmekteyken, %47,2'si iyi, %29,6'sı orta, %14,4'ü kötü, %2,7'si çok kötü olarak değerlendirmektedir. Algılanan sağlığı çok iyi olanların sıklığı sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda %6,1'ken bu sıklık sağlık okuryazarlığı sorunlu-sınırlı olanlarda %10,1, yeterli olanlarda %16,9, mükemmel olanlarda %26,5'tir. Çok iyi ve iyi algılanan sağlığı birlikte değerlendirmek gerekir ise, algılanan sağlığı çok iyi ya da iyi olanların sıklığı sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda %53,3, sorunlu-sınırlı olanlarda %74,1, yeterli olanlarda %78,9, mükemmel olanlarda %83,6'dır.

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında algılanan sağlık bakımından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$; $\chi^2 = 550,962$; $F = 22,872$).

Tablo 40: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Algılanan Sağlıkın Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi*	Algılanan Sağlık (%-S. Hata)				
	Çok iyi	İyi	Ne iyi ne kötü	Kötü	Çok kötü
Yetersiz	6,1 (0,8)	47,2 (1,6)	29,6 (1,4)	14,4 (1,0)	2,7 (0,4)
Sorunlu-sınırlı	10,1 (1,0)	64,0 (1,6)	19,9 (1,2)	5,6 (0,7)	0,4 (0,1)
Yeterli	16,9 (1,6)	62,0 (2,2)	16,1 (1,6)	4,5 (0,9)	0,5 (0,2)
Mükemmel	26,5 (3,4)	57,1 (3,9)	13,8 (3,5)	2,3 (0,8)	0,3 (0,1)

*: $p < 0,001$



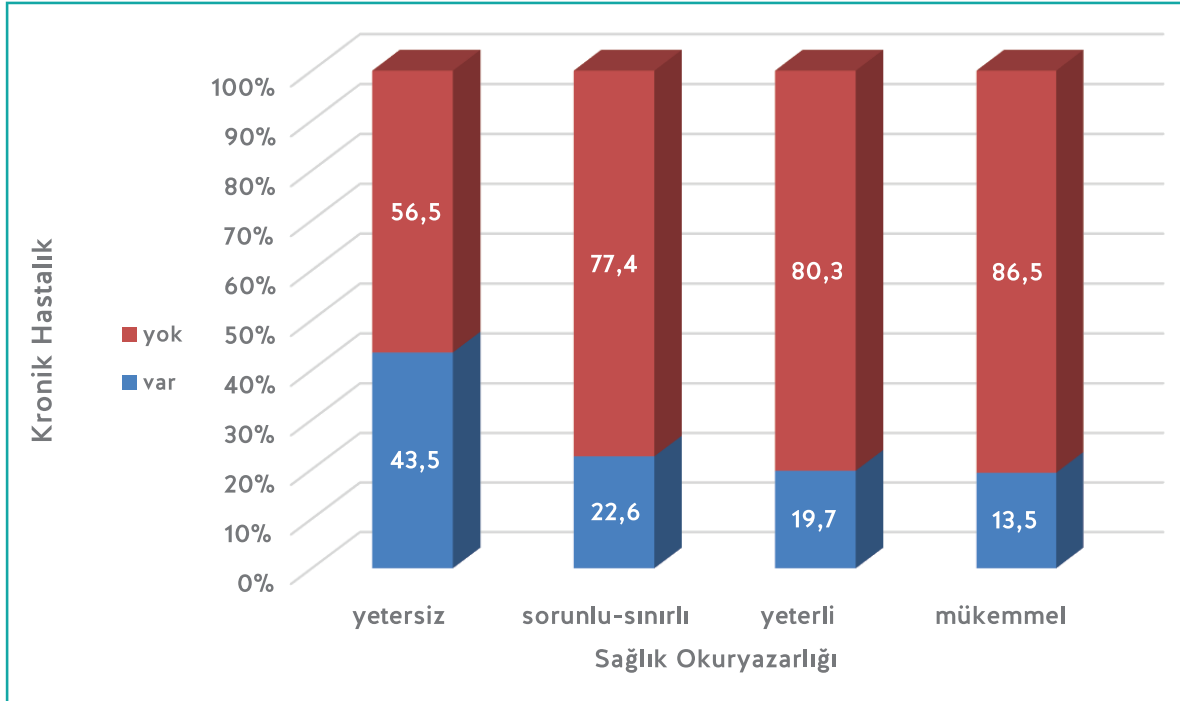
Şekil 10: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Algılanan Sağlıkın Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Tablo 41’de araştırmaya katılan kişilerde TSOY-32 ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre kronik hastalık varlığının karşılaştırılmasına yer verilmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların % 43,5’i, sorunlu-sınırlı olanların % 22,6’sı, yeterli olanların % 19,7’si, mükemmel olanların ise % 13,5’i hekim tarafından tanısı konmuş 6 ay ya da daha uzun süredir devam eden herhangi bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında kronik hastalık varlığı bakımından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$; $\chi^2 = 364,944$; $F = 57,041$).

Tablo 41: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Kronik Hastalık Varlığının Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi*	Kronik Hastalık Varlığı (%-S. Hata)	
	Var	Yok
Yetersiz	43,5 (1,6)	56,5 (1,6)
Sorunlu-sınırlı	22,6 (1,3)	77,4 (1,3)
Yeterli	19,7 (1,8)	80,3 (1,8)
Mükemmel	13,5 (2,1)	86,5 (2,1)

*: $p < 0,001$



Şekil 11: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Kronik Hastalık Varlığının Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)



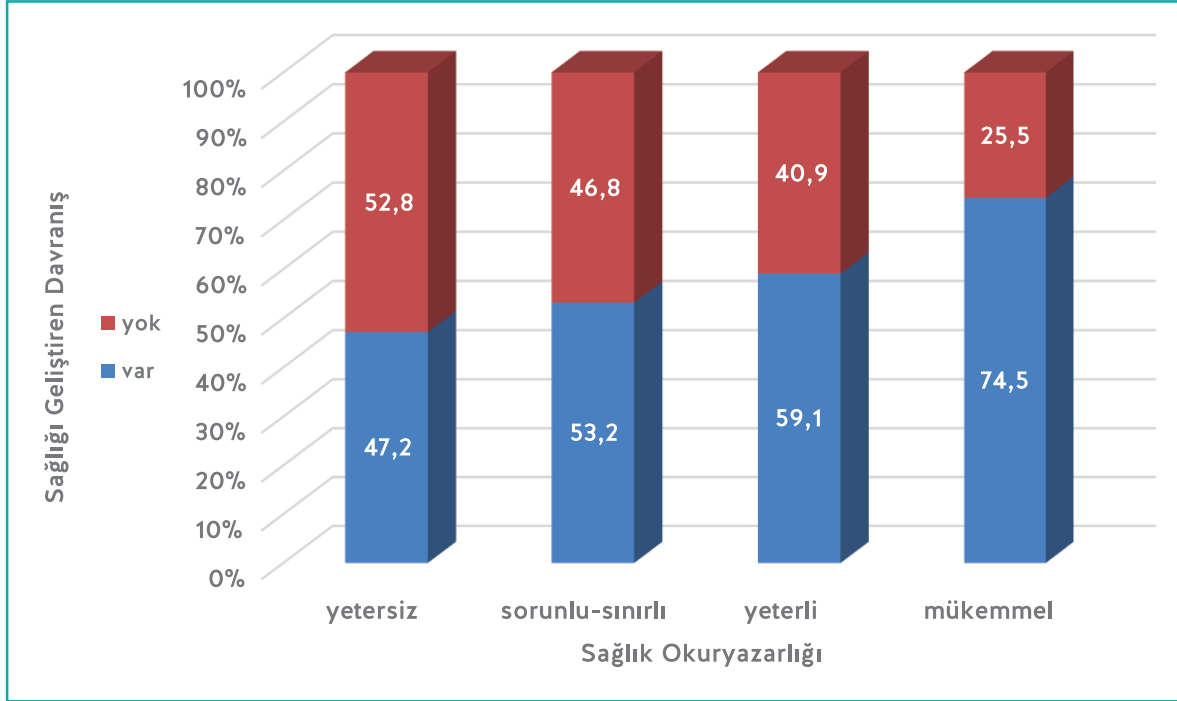
Tablo 42’de araştırmaya katılan kişilerde TSOY-32 ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre son bir yıl içinde sağlığı geliştiren davranış varlığının karşılaştırılmasına yer verilmektedir. Son bir yıl içinde herhangi bir sağlığı geliştiren davranış beyanı olanların (sağlığı geliştiren davranış beyanı Tablo 10’da belirtilmiş olan sağlık davranışlarını kapsamaktadır) sıklığı, sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda %47,2 iken, sorunlu-sınırlı olanlarda %53,2, yeterli olanlarda %59,1, mkemmelenenlerde ise %74,5’tir (Tablo 42). Sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında herhangi bir sağlığı geliştiren davranış beyanı varlığı bakımından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$; $\chi^2 = 132,726$; $F = 14,886$).

Tablo 42: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son Bir Yıl İçinde Sağlığı Geliştiren Davranış Varlığının Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi*	Sağlığı Geliştiren Davranış Varlığı** (%-S. Hata)	
	Var	Yok
Yetersiz	47,2 (1,8)	52,8 (1,8)
Sorunlu-sınırlı	53,2 (1,7)	46,8 (1,7)
Yeterli	59,1 (2,3)	40,9 (2,3)
Mkemmelenen	74,5 (3,9)	25,5 (3,9)

*: $p < 0,001$

** : Yapıldığı belirtilen sağlığı geliştiren davranışlar Tablo 10’da yer alan sağlık davranışlarını kapsamaktadır.



Şekil 12: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son Bir Yıl İçinde Sağlığı Geliştiren Davranış Varlığının Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

3.15 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Bazı Sağlık Hizmeti Kullanım Özelliklerinin Değişimi

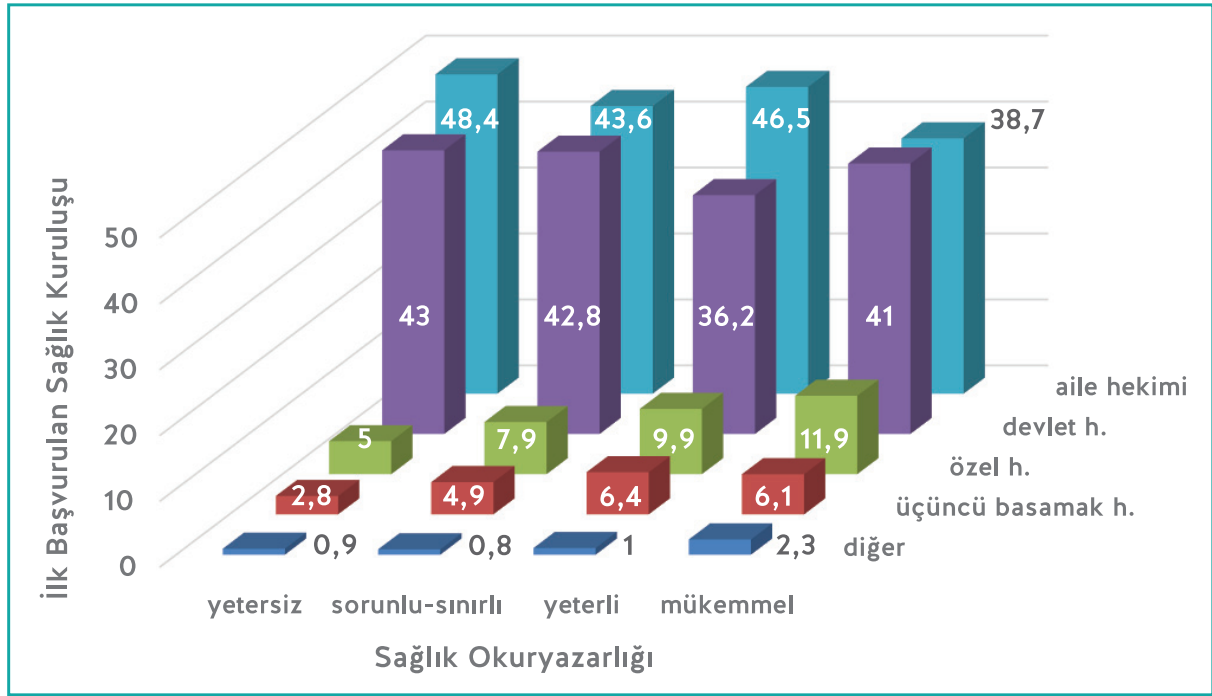
Tablo 43'te araştırmaya katılan kişilerde TSOY-32 ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre herhangi bir sağlık hizmeti almak amacıyla ilk başvurulmuş sağlık kuruluşunun karşılaştırılmasına yer verilmektedir. Herhangi bir sağlık hizmeti almak amacıyla genellikle ilk başvurduğu sağlık kuruluşu aile hekimi olanların sıklığı sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda %48,4 iken, sınırlı-sorunlu olanlarda %43,6, yeterli olanlarda %46,5, mükemmel olanlarda ise %38,7'dir. Genellikle ilk başvurduğu sağlık kuruluşu özel hastane olanların sıklığı sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe artmaktadır, bu sıklık sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda %5 iken mükemmel olanlarda %11,9'dur. Benzer şekilde ilk başvurduğu sağlık kuruluşu üçüncü basamak olanların sıklığı da genel olarak sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça artma eğiliminde görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda bu sıklık %2,8 iken mükemmel olanlarda %6,1'dir (Tablo 43). Sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında herhangi bir sağlık hizmeti almak amacıyla ilk başvurulmuş sağlık kuruluşu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,001$; $\chi^2 = 97,138$; $F = 3,479$).

Tablo 43: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Herhangi Bir Sağlık Hizmeti Almak Amacıyla İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşunun Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi*	İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu (%-S. Hata)				
	Aile hekimliği	Devlet hastanesi	Özel hastane	Üçüncü basamak hastanesi	Diğer**
Yetersiz	48,4 (2,1)	43,0 (2,0)	5,0 (0,8)	2,8 (0,4)	0,9 (0,3)
Sorunlu-sınırlı	43,6 (1,7)	42,8 (1,6)	7,9 (0,8)	4,9 (0,6)	0,8 (0,2)
Yeterli	46,5 (2,3)	36,2 (2,0)	9,9 (1,3)	6,4 (1,3)	1,0 (0,3)
Mükemmel	38,7 (4,1)	41,0 (3,7)	11,9 (2,5)	6,1 (1,7)	2,3 (0,9)

*: $p < 0,001$

** :Diğer seçeneği içinde özel muayenehane, özel poliklinik, iş yeri hekimi, kurum hekimi, eczane, acil servis seçeneklerinden birini belirtmiş olan 59 kişi yer almaktadır. Üçüncü basamak hastanesi seçeneği içinde üniversite hastaneleri ile eğitim-ihisas hastaneleri yer almaktadır.

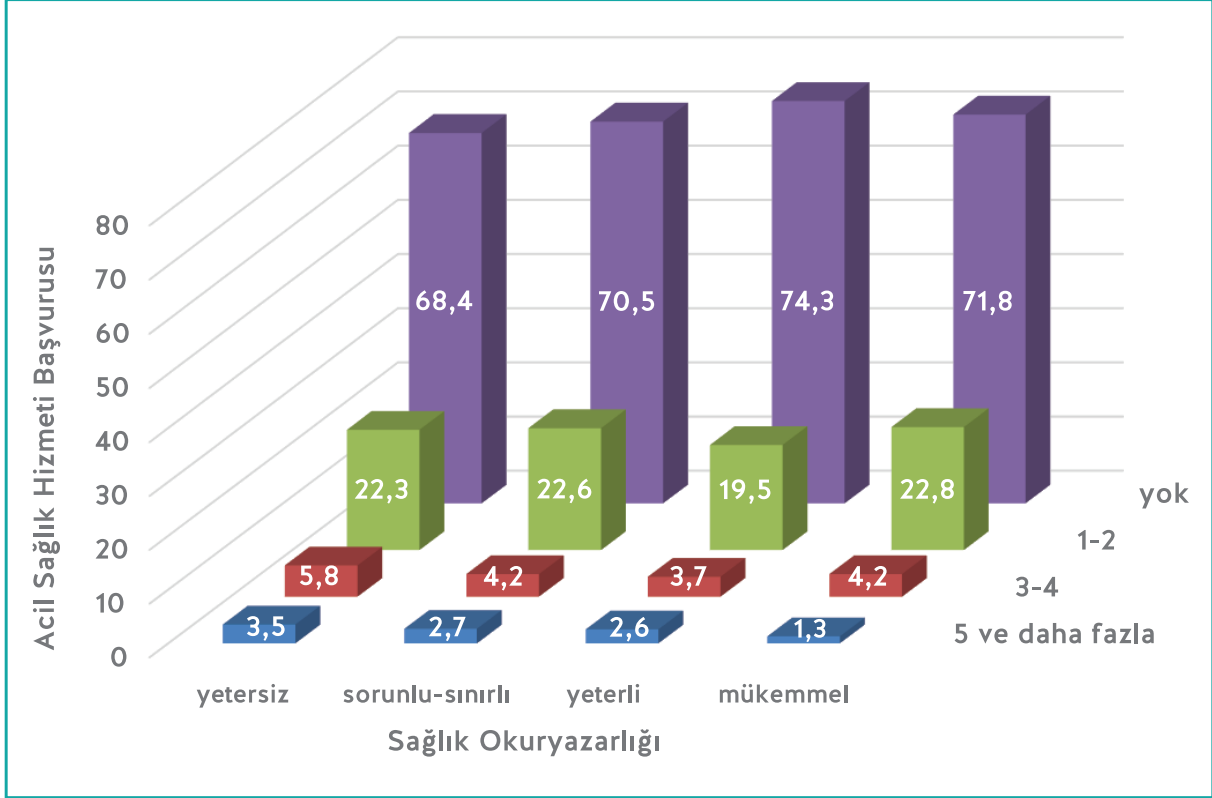


Şekil 13: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Herhangi Bir Sağlık Hizmeti Almak Amacıyla İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşunun Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Tablo 44'te araştırmaya katılan kişilerde TSOY-32 ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre son 6 ay içindeki acil sağlık hizmeti başvurusu durumunun karşılaştırılmasına yer verilmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların %68,4'ünün, sınırlı-sorunlu olanların %70,5'inin, yeterli olanların %74,3'ünün, mükemmel olanların %71,8'inin son 6 ay içinde acil sağlık hizmeti başvurusu olmamıştır. Son 6 ay içinde 5 kez ya da daha fazla acil sağlık hizmeti başvurusunda bulunmuş olanların sıklığı sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda %3,5 iken, genel olarak sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça azalmakta ve mükemmel sağlık okuryazarlığı olan grupta %1,3'e düşmektedir. Diğer yandan sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında acil sağlık hizmeti başvurusu durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$; $\chi^2=26,495$; $F=1,387$).

Tablo 44: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son 6 Ay İçindeki Acil Sağlık Hizmeti Başvurusu Durumunun Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi*	Acil Sağlık Hizmeti Başvuru Durumu (%-S. Hata)			
	Yok	1-2	3-4	5 ve daha fazla
Yetersiz	68,4 (1,5)	22,3 (1,3)	5,8 (0,6)	3,5 (0,5)
Sorunlu-sınırlı	70,5 (1,6)	22,6 (1,5)	4,2 (0,6)	2,7 (0,5)
Yeterli	74,3 (1,8)	19,5 (1,6)	3,7 (0,7)	2,6 (0,6)
Mükemmel	71,8 (3,8)	22,8 (3,7)	4,2 (1,2)	1,3 (0,6)



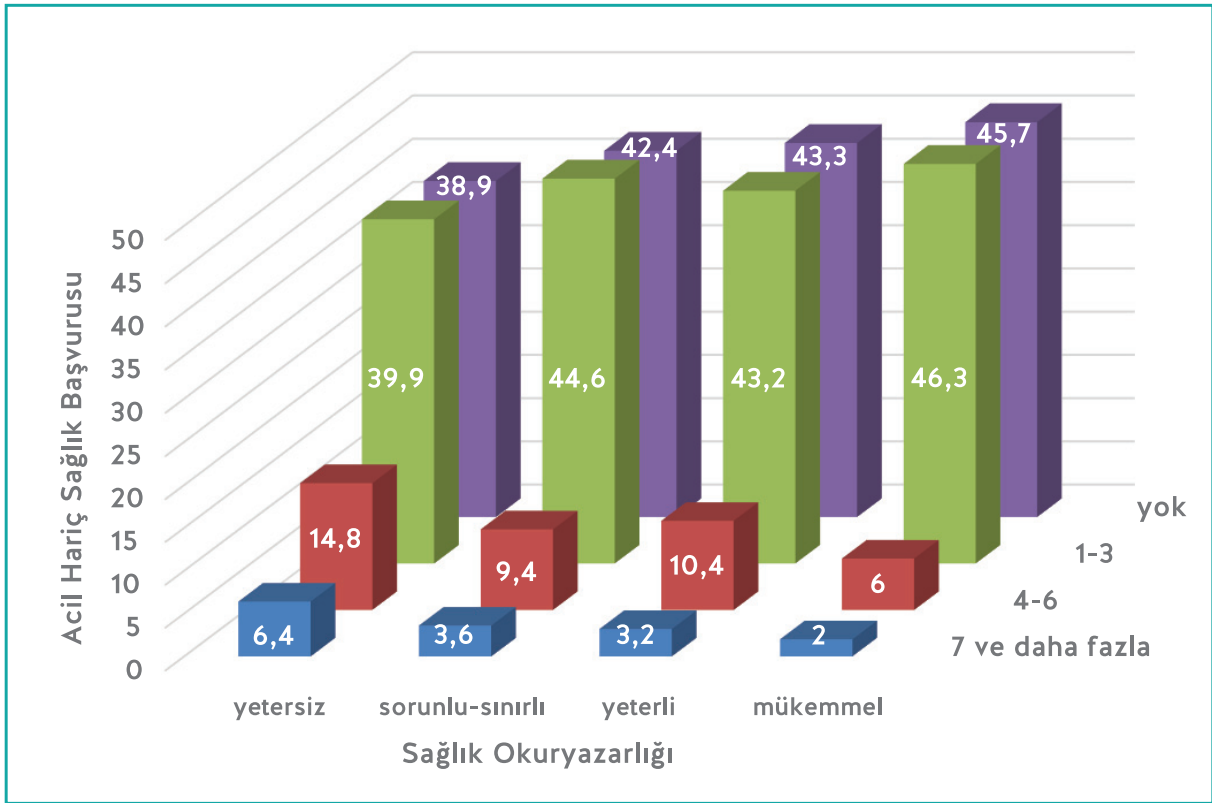
Şekil 14: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son 6 Ay İçindeki Acil Sağlık Hizmeti Başvurusu Durumunun Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Tablo 45'te araştırmaya katılan kişilerde TSOY-32 ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre son 6 ay içindeki acil sağlık hizmeti hariç sağlık hizmeti başvurusu durumunun karşılaştırılmasına yer verilmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların %38,9'unun, sınırlı-sorunlu olanların %42,4'ünün, yeterli olanların %43,3'ünün, mükemmel olanların %45,7'sinin son 6 ay içinde acil sağlık hizmeti başvurusu dışında sağlık hizmeti başvurusu olmamıştır. Son 6 ay içinde acil sağlık hizmeti başvurusu dışında sağlık hizmeti başvurusu 7 kez ya da daha fazla olanların sıklığı, sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda %6,4 iken, genel olarak sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça azalmakta ve mükemmel sağlık okuryazarlığı olan grupta %2'ye düşmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında acil sağlık hizmeti dışındaki başvuru durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$; $\chi^2 = 87,824$; $F = 5,110$).

Tablo 45: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son 6 Ay İçindeki Acil Sağlık Hizmeti Hariç Sağlık Hizmeti Başvurusu Durumunun Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi*	Acil Sağlık Hizmetleri Hariç Sağlık Hizmeti Başvurusu Durumu (%-S. Hata)			
	Yok	1-3	4-6	7 ve daha fazla kez
Yetersiz	38,9 (1,7)	39,9 (1,6)	14,8 (1,0)	6,4 (0,7)
Sorunlu-sınırlı	42,4 (1,7)	44,6 (1,7)	9,4 (0,8)	3,6 (0,5)
Yeterli	43,3 (2,1)	43,2 (2,1)	10,4 (1,2)	3,2 (0,7)
Mükemmel	45,7 (3,8)	46,3 (4,0)	6,0 (1,3)	2,0 (0,7)

*: $p < 0,001$



Şekil 15: Araştırmaya Katılan Kişilerde TSOY-32 ile Saptanan Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son 6 Ay İçindeki Acil Sağlık Hizmeti Hariç Sağlık Hizmeti Başvurusu Durumunun Karşılaştırılması (TSOYA, 2017)



4. SONUÇ VE ÖNERİLER



Sağlıkla ilişkili bilgiler çok çeşitli kaynaklardan üretilmektedir; bunlar arasında kamunun yanı sıra gıda ve ilaç sektörlerini içeren endüstriyel alan olduğu gibi basın yayın organları da yer almaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin ve sağlıkla ilgili bilgilerin ticari ya da sosyal pazarlamasının da genişleyen bir alan olduğu görülmektedir (7). Klinisyenlerde ve politika yapıcılarda sınırlı sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık çıktılarına etkisi üzerinde farkındalığın artmakta olduğu, buna karşın sınırlı sağlık okuryazarlığının ekonomik maliyet üzerine etkileri hakkında yeterince bilgi sahibi olunmadığı belirtilmektedir (25).

Farklı hastalık grupları için sınırlı sağlık okuryazarlığı olanlarda, sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahalelerin başarılı sonuçlar verdiğini gösteren çalışma sonuçları bulunmaktadır (26). Gerek sağlık hizmet sunucuları gerek hastalarda sağlık okuryazarlığına ilişkin beceri geliştirmeyi amaçlayan etkili müdahale yöntemlerinin ortaya çıkarılabilmesi için araştırmaların yapılması gerektiği belirtilmektedir (27,28). Sağlık okuryazarlığının Türkiye’de son yıllarda giderek daha çok sayıda kişi ya da kurumun ilgi alanına giriyor olmasına karşın, sağlık okuryazarlığı düzeyini ve ilişkili olduğu etmenleri saptamaya yönelik çalışmalar yerel nitelikli ya da belirli grupları kapsayan çalışmalar niteliğinde olup topluma dayalı geniş çaplı çalışmalar oldukça kısıtlıdır (12,29,30,31,32).

4.1 TSOY-32 Ölçek Sorularına Verilen Cevaplar

TSOY-32 ölçeğinde yer alan sorulara verilen cevapların soru bazında değerlendirilmesi, soruda konu edinilen olgu bakımından durumun ne olduğu hakkında fikir edinmeye yarayabilir. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu altında yer verilen sorulara bakıldığında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma süreci ile ilgili sorulara birbirine yakın oranlarda cevap verildiği görülmektedir. Bu grupta yer alan “fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak” sorusu için zor ya da çok zor seçeneğini belirtenlerin sıklığı % 34,7’dir. Diğer üç soru için (yaşadığınız çevrenin daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak /yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak/ sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak) birbirine çok yakın olarak %37- 38 civarında zor ya da çok zor seçeneklerinin cevap olarak verildiği görülmektedir. Genel olarak incelenenlerin yüzde kırka yakınının riskli sağlık davranışları, sağlığı geliştiren davranışlar ve kronik hastalıklarla ilgili bilgi kaynaklarına erişmenin kendileri için zor ya da çok zor olduğunu belirtmesi koruyucu sağlık davranışları ile ilgili bilgi kaynaklarının geliştirilmesi bakımından önemli bir ihtiyacı göstermektedir.



Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda bilgiyi anlama süreci ile ilişkilendirilmiş sorulara bakıldığında “sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak” (%28,9) ve “fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak” (%27,1) maddeleri için birbirine yakın sıklıklarda zor ya da çok zor cevabının verildiği görülmektedir. Sağlık için önde gelen risk faktörleri olarak sigara kullanımı ve yetersiz fiziksel aktivite ile obezite ve hipertansiyon gibi önde gelen kronik sağlık durumları ile ilgili olarak mevcut bilgi kaynaklarının anlaşılmasında zorlananların sıklığının görece düşük olması bu konuların yaygın olarak gündeme getirilen ve tartışılan sağlık konuları olmasının bir sonucu olarak da ortaya çıkmış olabilir. Öte yandan bir konu alanı belirtilmeksizin benzer bir soru sorulduğunda zor ya da çok zor cevabı verenlerin oranı kısmen yükselmektedir (internet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak sorusu için % 32). Bu bölümde yer alan sorular içinde zor ya da çok zor cevabı verenlerin sıklığının en yüksek olduğu soru “gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğini düşündüğünüz bilgileri anlamak”tır (%41,6). Gıda ambalajları üzerindeki bilgilerle toplumdaki tüm bireyler karşılaşmaktadır, üstelik bu bilgiler olası eksik ya da yanlış anlaşılma durumunda ciddi sağlık sorunlarına neden olabilirler. Gıda ambalajları üzerindeki bilgilerin niteliğinin sağlık okuryazarlığı bakımından özgül bir başlık olarak öne çıkması, bu konuda yeni politikalar ve uygulamalara gereksinim olduğunu göstermektedir.

Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu için zor-çok zor cevapların en yüksek olduğu iki soru bilgiyi değerlendirme süreci ile ilişkilendirilen “sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak” (%53,2) ve “internet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek”tir (%51,0). Kitle iletişim araçlarında yer alan sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmede toplumun yarısının zorlandığını belirtmesi, basın ve yayın kuruluşlarının halk sağlığı bakımından taşıdıkları önemli sorumlukları göstermektedir. Basın yayın kuruluşları sağlık okuryazarlığı başlığı altındaki sorun alanları içinde hem o sorunların etkeni hem de o sorunların çözüm aracı olarak öne çıkmaktadır.

Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu bilgiyi kullanma/uygulama süreci ile ilişkili sorulardan ikisi için (ailenize ve arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak %29,1, doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak %26,7) çok zor ya da zor cevabı vermiş olanların sıklığı %30'un altında iken; diğer ikisinde ise (sağlığınız için yaşam

tarzınızı değiştirmek %43,7, diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek %43,3) %40'ın üzerindedir. Öte yandan belirtilen soru gruplarından ikincisinde yer alan iki soru ait olduğu boyut için bilgiyi değerlendirme sürecinde yer alan iki sorudan sonra en yüksek sıklıkta zor ya da çok zor cevaplarının verilmiş olduğu sorulardır. Bu sonuç ikinci grupta yer alan soruların kişinin kendi sağlık davranışlarında değişiklik yapma durumunu sorgulayan sorular olmasından kaynaklanıyor olabilir ve sağlıklı ilgili konularda farkındalık sahibi olma ile davranış değişikliği meydana getirme arasındaki açının bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Tedavi ve hizmet boyutu bilgiye ulaşma süreci ile ilişkili sorulara zor ya da çok zor cevabını verenlerin sıklığı iki soruda (sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak %34,4 ve sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak %33,9) %30'un biraz üzerinde; diğer iki soruda ise (bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak %29,1 ve bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak %28,2) %30'un biraz altındadır.

Tedavi ve hizmet boyutu bilgiyi değerlendirme süreci ile ilişkili soru grubu zor ya da çok zor cevabını vermiş olanların sıklığının soruların tümünde %30'un üzerinde olduğu tek gruptur. Bu durum "bilgiyi değerlendirme" yetisinin sağlık okuryazarlığı yeterlilikleri içinde görece daha çok zorlanılan bir başlık olduğunu düşündürmektedir. Değerlendirme yetisinin daha kompleks bir yeterliliği sorguladığı söylenebilecek soru için ("sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek" %38,4) zor ya da çok zor cevabını vermiş olanların sıklığının tedavi ve hizmet boyutu içindeki en yüksek sıklık olması bu kanıyı desteklemektedir.

Tedavi ve hizmet boyutu bilgiyi kullanma/uygulama süreci ile ilişkili soru grubu, çok zor ya da zor cevabını vermiş olanların sıklığının tüm sorular için %30'un altında olduğu tek gruptur. Bu grubun kendi içinde zor ya da çok zor cevabı vermiş olanların sıklığının en yüksek olduğu soru "bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak" (%28,8) iken en düşük olduğu soru "sağlıkçıların önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak"tır (%15,3). Burada belirtilen ikinci soru tedavi ve hizmet boyutu içinde çok zor ya da zor cevabını vermiş olanların sıklığının en düşük olduğu sorudur. Bu gruptaki sorular kendi içinde değerlendirildiğinde randevu almakta zorlananların, ilaçları kullanmada zorlananların yaklaşık iki katı olması dikkatleri çekmektedir.



TSOY-32 ölçeği süreç skorları üzerinden sağlık okuryazarlığı düzeyinin değişimine bakıldığında yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının en yüksek olduğu sürecin bilgiyi değerlendirme (%42,3), en düşük olduğu sürecin ise bilgiyi kullanma/uygulama süreci (%26,9) olduğu görülmektedir. Yetersiz ve sorunlu-sınırlı kategorileri birlikte dikkate alındığında en yüksek sıklık yine bilgiyi değerlendirme sürecinde görülmekte (%69,5), diğer üç süreç sıklıklarının genel olarak % 55 civarında birbirine yakın düzeyde olduğu görülmektedir. Bu sonuç daha önce soru bazında yapılan değerlendirmelere paralel şekilde bilgiyi değerlendirme yeterliliğinin sağlık okuryazarlığı yeterlilikleri içinde görece en çok zorlanılan yeterlilik olduğuna işaret etmektedir. Kamuoyunun erişimine açık çok sayıda sağlık bilgi kaynağı olmakla birlikte bunların tümünün doğru bilgi içerdiğini ya da okuyucularını uygun biçimde yönlendirebildiklerini söylemek güçtür. Bir sağlık okuryazarlığı yeterliliği olarak sağlık bilgilerinin değerlendirilmesinde yaşanan sıkıntıların aşılabilmesi için hem güvenilir hem de muhattaplarınca anlaşılabilir sağlık bilgi kaynaklarının oluşturulması gereklidir. Sağlık alanı doğası gereği bilgi içeriğinin teknik içeriği nedeniyle, sağlık çalışanları ile çalışanlar arasındaki bilgi asimetrisinin yüksek olduğu bir alandır. Sağlık bilgi kaynaklarının içeriklerinin olabildiğince kişilerin o sağlık durumu/sorunu ile ilgili davranışlara yönelik olması bilgi içeriğini sadeleştirmede öncelikli bir yöntem olarak izlenirse, kişilerin bilgileri değerlendirme ile ilgili sınırlılıklarının aşılmasına yardımcı olunabilir.

4.2 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

TSOY-32 ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında, %30,9'unun yetersiz, %38,0'inin sorunlu-sınırlı, %23,4'ünün yeterli, %7,7'sinin mükemmel kategorisinde olduğu görülmektedir. Yetersiz ve sorunlu-sınırlı kategorileri birlikte değerlendirildiğinde incelenenlerin %68,9'unun bu iki kategoriyi içerecek biçimde kısıtlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğunun görülmesi ne derece ağır bir halk sağlığı sorunu ile karşı karşıya olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyini en geniş toplumsal kesit ile belirleyen iki çalışma Avrupa Birliği ülkeleri ve ABD'de yürütülen çalışmalardır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışmasında %12,4 yetersiz, %35,2 sorunlu, %36 yeterli, %16,5 mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanmıştır (33). ABD Ulusal Erişkin Okuryazarlığı Çalışmasına göre %12 yeterli, %53 orta düzeyde, %22 temel düzeyde, %14 temel düzeyin altında sağlık okuryazarlığı saptanmıştır (9). Türkiye % 30,9 yetersiz sağlık okuryazarlığı ile bu iki gelişmiş bölgedeki yetersiz sağlık okuryazarlığının yaklaşık iki katı düzeyindedir. Bu sonuç sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından Türkiye ile gelişmiş ülkeler arasındaki farkın büyüklüğünü yansıtması bakımından dikkat çekmektedir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışmasında ülkeler arasında farklı paternler görülmektedir (33). Yetersiz sağlık

okuryazarlığı sıklığının en yüksek olduğu ülkeler Bulgaristan (%26,9) ve Avusturya'dır (%18,2). Yetersiz ve sorunlu-sınırlı kategorileri birlikte değerlendirildiğinde ise en yüksek sıklığın yine Bulgaristan'da olduğu (%62,1), bu ülkeyi İspanya (%58,3) ve Avusturya'nın (%56,4) izlediği görülmektedir. Türkiye'deki sağlık okuryazarlığı düzeyi bu çalışma kapsamındaki Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye'deki durumun en kötü durumda olan Bulgaristan'ın gerisinde olduğu dikkatleri çekmektedir.

Japonya'da bir internet araştırma şirketinin kayıtlarına dayanılarak belirlenen bir örneklem ile yürütülen çalışmada incelenenlerin % 49,9'unun yetersiz, % 35,5'inin sorunlu, % 10,4'ünün yeterli, %4,2'sinin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır. Bu çalışma Japonya için diğer gelişmiş ülkelerin de üzerinde yetersiz sağlık okuryazarlığı ile dikkati çekmektedir. Bu sonuç araştırmanın uygulama yöntemine bağlı olarak ortaya çıkmış olabileceği gibi, çalışmada sonucun Japonya'daki temel sağlık hizmetleri yetersizliklerinden ya da ulusal çevrim içi bilgi kaynaklarının yetersizliğinden kaynaklanıyor olabileceği belirtilmektedir (34).

Çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin farklı kategorilerini tanımlayan farklı ölçekler kullanılması karşılaştırma için bir kısıtlılık faktörü olmakla birlikte, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin toplumlara göre değişimini gözlemlemek için fikir edinilebilir. Kosova'da TOFHLA (skorlar yetersiz, sınırdaki ve yeterli olarak kategorize edilmektedir) ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda yapılan çalışmada, %43,8 yetersiz, %36,8 sınırdaki sağlık okuryazarlığı bulunmuştur (35). Belgrad'da TOFHLA ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda yapılan çalışmada ise, %32 yetersiz, %14,4 sınırdaki sağlık okuryazarlığı bulunmuştur (36). Taiwan'da % 13,7 yetersiz, %16,5 sınırdaki sağlık okuryazarlığı bulunmuştur (37). CHAP sağlık okuryazarlığı anketinden adapte edilen bir anket ile sağlık okuryazarlığı ölçülerek yapılan bir çalışma ile İran'da % 5,5 zayıf, %49,8 ortalama, %40,5 iyi, %4,2 mükemmel sağlık okuryazarlığı bulunmuştur (38). Kosova'da yapılan çalışma dışındaki diğer sonuçlara göre Türkiye'de sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu olanlar bakımından daha ağır bir sorun teşkil ettiği görülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu-sınırlı olanların sıklığının tedavi ve hizmet boyutunda, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutuna göre daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Ölçeğin tedavi ve hizmet boyutu için %27,1 yetersiz, %31,3 sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi için ise %37,4 yetersiz, %34,2 sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanmıştır. Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırması sonuçlarına göre yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı sağlık hizmetleri için %12,1, hastalıklardan korunma için %13,7 ve sağlığın



geliştirilmesi için %20,1'dir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından farklılıklar olmakla birlikte sağlık okuryazarlığı boyutlarının birbirlerine göre durumu bakımından benzer örüntünün görüldüğü belirtilmektedir (33). Bu sonuç sağlığın geliştirilmesi alanındaki hizmet ve müdahalelerin sağlık hizmet sunumuna göre daha yeni olmasına bağlı olabilir. Diğer yandan sağlık davranışlarının sağlık sonuçları ile ilişkisini vurgulamaya ya da sağlık davranışlarında değişiklik yapmaya yönelik bilgi kaynaklarının sağlık hizmetleri kullanımını ile ilgili bilgi kaynaklarına kıyasla görece daha kompleks bilgiler olarak algılanmasının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Bu sonucu doğurabilecek muhtemel nedenlerle ilgili tartışmalardan bağımsız olarak sağlığın geliştirilmesi alanında sınırlı sağlık okuryazarlığının görece daha ağır bir sorun oluşu, müdahale noktalarının da öncelikle sağlığın geliştirilmesi alanına yönlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Yetersiz sağlık okuryazarlığının en düşük olduğu bölgeler Doğu Marmara (%19,7), Orta Anadolu (% 20,4), Batı Marmara (%21,4) ve Batı Karadeniz'dir (%23,6). Türkiye'deki yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı (%30,9) ile karşılaştırıldığında bunun altında sıklığın görüldüğü diğer bölgeler birbirine yakın seyrederek biçimde İstanbul (%29,5), Batı Anadolu (%29,7), Doğu Karadeniz'dir (%30,2). Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının ülke genelinin üzerinde olduğu bölgeler ise Güneydoğu Anadolu (%33,3), Akdeniz (%35,0), Ege (%37,9), Kuzeydoğu Anadolu (%42,7) ve Ortadoğu Anadolu'dur (%54,2).

Ülke geneli için sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz ya da sorunlu olanların sıklığı %68,9 iken, en düşük sıklığın olduğu iki bölge Orta Anadolu %56,6 ve İstanbul %60,4'tür. Bu iki bölgeyi birbirine yakın sıklıklarla izleyen bölgelerin Türkiye ortalamasının altında olduğu görülmektedir (Akdeniz %62,8, Batı Karadeniz %63,0, Kuzeydoğu Anadolu %63,3, Güneydoğu Anadolu %63,5 ve Doğu Karadeniz %64,4). Türkiye ortalamasının üzerinde sıklığı olan bölgeler içinde Ortadoğu Anadolu'da sıklık %70,9 iken, diğer dört bölgede birbirine yakın denilebilecek sıklıklara sahip gözükmemektedir (Batı Anadolu %77,8, Ege %78,5, Batı Marmara %79,5, Doğu Marmara %81,4).

4.3 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirleyici Faktörleri

Araştırma sonuçlarına göre kadınlar erkeklere göre hem yetersiz sağlık okuryazarlığı için (sırasıyla %35,3 ve %26,4), hem de yetersiz ya da sınırlı sağlık okuryazarlığı için (sırasıyla %72,4 ve % 64,4) daha dezavantajlıdır. Sağlık okuryazarlığının cinsiyete göre değişiminde farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Kimi çalışmalar erkeklerin daha avantajlı olduğuna işaret etmektedir (14,15,35). Kimi çalışmalar ise kadınların daha avantajlı olduğuna işaret etmektedir (10,36). Kimi çalışma ise cinsiyetin etkisinin anlamlı olmadığını

söylemektedir (39). Türkiye’de yapılan çalışmalardan ulusal düzeydeki bir çalışma olan Tanrıöver ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlar daha dezavantajlı bulunmuşken, iki yerel çalışmada ise cinsiyetin etkili olmadığı sonucu bulunmuştur (12,29,32). Cinsiyetin sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi üzerine farklı sonuçlar olmakla birlikte, Türkiye’de yapılan ve kadınların dezavantajlı olduklarını gösteren sağlık okuryazarlığı araştırması sonuçları, kadınların toplumsal cinsiyetin dezavantajlı tarafı olduklarını gösteren diğer başlıklardaki sonuçlarla birlikte dikkate alınarak sağlık okuryazarlığı bakımından kadınların bir risk grubu olarak dikkate alınması önerilebilir.

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı, 18-24 yaş grubunda %14,0’dan 65 ve üzeri yaş grubunda %65,5’e, yetersiz ya da sorunlu-sınırlı olanların sıklığı ise 18-24 yaş grubunda %51,8’den 65 ve üzeri yaş grubunda %90,4’e kadar yükselmektedir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması ve ABD erişkin okuryazarlık çalışmasının da aralarında bulunduğu farklı çalışmalar ilerleyen yaşın sağlık okuryazarlığı için risk faktörü olduğunda birleşmektedir (9,10,14,39). Yaşlılar doğal olarak hastalık yükünün ve sağlık hizmetleri kullanımının önemli bir kısmını üstlenmektedir. Yaşlıların aynı zamanda sağlık okuryazarlığı yetersizliği için riskli grup olmasıyla bir açığı meydana gelmektedir. 65 yaş ve üzeri grup için elde edilen sonuçlar on yaşlıdan dokuzunun sağlık okuryazarlığının yetersiz ya da sınırlı olduğunu göstermektedir. Bu sonuç geriatric popülasyonun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi çabalarında öncelikli hedef grup olarak ele alınması gerekliliğini göstermektedir. Türkiye’nin demografik dönüşüm sürecinin yaşlı nüfusun giderek artacağı bir projeksiyona sahip olması orta ve uzun vadede konuyu daha da önemli hale getirecektir.

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı “en yüksek ilköğretim mezunu olanlar” grubunda %53,4, “ilköğretim, ortaokul, lise ve dengi okullar” grubunda %19,8, “yükseköğretim ve üzeri olanlar” grubunda ise % 9,6’dır. En düşük eğitim grubunda yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı olanların sıklığı %84,9 iken, yükseköğretim ve üzeri eğitim düzeyi olanlarda bu sıklık %47,3’e düşmektedir. Dünya genelinde yapılan farklı çalışmalar, eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirleyicisi olduğu sonucunda birleşmektedir (9,14, 15,16,37,39).

İş durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin değişimine bakıldığında yetersiz ya da sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı olanların sıklığı en yüksek değerlerine çalışma engelli/özürlü olanlar (%92,9), emekliler (%81,5), çeşitli nedenlerle iş aramayan ve çalışmayan kişiler (%80,5) ve ev hanımlarında (%77,7) ulaşmaktadır. Veriler özellikle engellilerin sağlık okuryazarlığı bakımından en dezavantajlı grup olarak ayrıştığına işaret etmektedir.



Çalışma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin değişimine bakıldığında yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının en yüksek olduğu grup yevmiyeli (günderlik) çalışanlar iken (%47,7), bunu mevsimsel olarak çalışanlar (%23,5) izlemektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu-sınırlı olanların sıklığı bakımından değerlendirildiğinde ise en yüksek sıklık %81,8 ile işverenlerde gözlenmektedir, bunu mevsimsel çalışanlar (%75,4) ve yevmiyeli çalışanlar (%71,1) izlemektedir. İşverenler bir yandan sınırlı/sorunlu sağlık okuryazarlığı sıklığı en yüksek olan grup (%64,3), diğer yandan yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı en düşük olan gruptur (%17,5). Soruda işveren olma, bir ya da üzerinde çalışana sahip olma şeklinde çok geniş bir çerçeve ile tanımlandığı için bu grubun diğer kategorilere göre kendi içinde daha heterojen olduğu düşünülebilir. Çalışma durumuna göre sağlık okuryazarlığı bakımından en dezavantajlı gruplar yevmiyeli çalışanlar ile mevsimsel çalışanlar olarak öne çıkmaktadır. Enformel sektörlerde çalışmanın ve esnek istihdam biçimlerinin doğrudan sağlık çıktılarına olumsuz etkileyen etmenler olduğu hatırlandığında, bu gruptakilerin sağlık okuryazarlığı bakımından da dezavantajlı olmalarının olumsuz etkisi daha açık hale gelmektedir. Sağlık okuryazarlığı bakımından dezavantajlı olan sosyoekonomik gruplar gündeme geldiğinde bu grupların da akılda tutulması yararlı olacaktır.

Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı sağlık güvencesi olmayanlarda %37,4 iken, sağlık güvencesi olanlarda % 30,2'dir. Sağlık güvencesinden yoksun olmanın sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlayan temel etken olması, sağlık okuryazarlığı bakımından da risk taşıyan bu grubun çifte dezavantajla malul olabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada hane halkı geliri, hane gelirinin ihtiyaçları karşılamada ne kadar yeterli bulunduğu sorusuna verilen cevap üzerinden değerlendirilmiştir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının, geliri ihtiyaçlarını karşılamada çok yeterli olan grupta %16,4'ten başlayarak, diğer gruplarda giderek yükseldiği ve çok yetersiz değerlendirmesi olan grupta %56,4'e eriştiği görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu-sınırlı olanların sıklığı ise hane halkı gelirinin ihtiyaçları karşılamada çok yeterli olan grupta %48,8, yeterli olan grupta %62,1, ne yeterli ne yetersiz olan grupta %73,1, yetersiz olan grupta %72,6, çok yetersiz olan grupta ise %80,4'tür. Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sınırlı olanların sıklığı araştırma geneli için %47,6 iken bu sayı sosyal statüsü düşük olanlarda %60, çok düşük olanlarda ise %73,9'dur. Aradaki makasın en açık olduğu ülke olarak dikkati çeken İspanya'da sosyal statüsü düşük olanlarda %59,2, çok düşük olanlarda ise %84,3'tür. Hollanda ise sosyal statüsü düşük olanlarda %48,4, çok düşük olanlarda ise %49,9 ile makasın en az açıldığı ülke olarak görülmektedir. Diğer yandan Almanya örneğinde düşük sosyoekonomik statü için % 63,9, çok düşük sosyoekonomik statü

için %58,8 ve Polonya örneğinde düşük sosyoekonomik statü için %63,8 ve çok düşük sosyoekonomik statü için %59,8 olması ile görüldüğü gibi tersine durumlar da ortaya çıkabilmektedir (10).

Eğitim düzeyi, iş durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, hane halkı gelirin giderleri karşılama yeterliliği sağlık okuryazarlığı düzeyinde farklılıkların olduğu sosyoekonomik parametreler olarak görülmektedir. Sayılan sosyoekonomik parametreler aynı zamanda sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımı için de sağlık eşitsizliklerinin kaynağı olan parametrelerdir. Bu sonuç sosyoekonomik değişkenlerle sağlık değişkenleri arasındaki ilişkinin tesisinde sağlık okuryazarlığının aracı rolü oynadığını düşündürebilir.

Sağlıkla ilgili konularda bilgi kaynağı olarak belirtilen iletişim araçları içinde ilk sırada internet yer almakta (%48,6), bunu televizyon (%33,0) takip etmektedir. Bilgi kaynağı olarak belirtilen diğer medya araçları arasında gazete (%8,9), cep telefonları ve uygulamaları (%6,5), kitap (%3,8) yer almaktadır. Bilgi kaynağı olarak ilk sırada internetin yer alması sağlık okuryazarlığı bakımından konunun önemini açığa çıkarmaktadır. Bu sonuçlar internet tabanlı güvenli sağlık bilgi kaynaklarının oluşturulması durumunda kullanıcılara erişimde en kısa yolun tercih edilmiş olacağını göstermektedir. İkinci sırada televizyonun yer alması ise basın yayın kuruluşlarının sağlık okuryazarlığı bakımından paydaş olarak taşıdıkları ağırlığı göstermektedir. Öte yandan incelenenlerin yaklaşık üçte birinin sağlık ile ilgili bilgi kaynağı olarak herhangi bir iletişim aracını kullanmadığını beyan etmesi dikkat çekicidir. Mevcut sağlık bilgi kaynaklarına erişimi sağlayan iletişim araçlarının tercih edilme durumlarını belirleyen etmenlerin ortaya çıkarılmasını sağlayacak araştırmalar yapılarak sağlık okuryazarlığı bakımından yararlı sonuçlar elde edilebilir.

Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı, bilgi kaynağı olarak herhangi bir iletişim aracını kullanmadığını söyleyenlerde %56,8 iken, bilgi kaynağı olarak herhangi bir iletişim aracı belirtenlerde %18,1'dir. Bu sonuç iletişim araçları ile erişilen bilgi kaynaklarının, içeriklerinin sağlık okuryazarlığı bakımından uygunluğu ile ilgili değerlendirmeler ayrıca tartışılabilir olmakla birlikte, sağlık okuryazarlığı bakımından çok önemli bir işlev gördüğünü ortaya koymaktadır. Farklı iletişim araçları için bu iletişim araçlarını sağlık bilgi kaynağı olarak kullandığını belirtenler ile belirtmeyenler arasındaki karşılaştırmalara bakıldığında ise iletişim araçlarının bu işlevlerini farklı etkinlik düzeylerinde meydana getirdiği görülmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı bilgi kaynağı olarak interneti belirtenlerde %11,9 belirtmeyenlerde %48,8; televizyonu belirtenlerde %22,0 belirtmeyenlerde %35,3; gazeteyi belirtenlerde %14,2



belirtmeyenlerde %32,5; cep telefonu ya da akıllı telefon uygulamalarını belirtenlerde %9,9 belirtmeyenlerde %32,5'tir. Sağlık bilgi kaynağı olarak interneti ya da cep telefonu uygulamalarını kullandığını belirtenlerde, diğer iletişim araçlarını belirtmiş olanlara kıyasla yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının daha düşük oluşu dikkati çekmektedir. Bu sonuç, bu araçları kullananların eğitim düzeyi ya da yaş gibi sağlık okuryazarlığını belirleyen diğer etmenler bakımından da daha avantajlı gruplar olmalarına bağlı olarak ortaya çıkmış olabilir. Sonuçlar aynı zamanda yeni medya araçlarının, sağlık okuryazarlığının gelişimine katkı sağlamada oldukça işlevsel olabileceklerini göstermektedir. Yeni medya araçlarına sağlık okuryazarlığının sosyoekonomik belirleyicileri bakımından dezavantajlı grupların erişimlerinin artırılması önemli katkılar sağlayabilir.

4.4 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Değişen Sağlıkla ve Sağlık Hizmeti Kullanımı İle İlişkili Faktörler

Algılanan sağlık, bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini gösteren, kişinin sağlık düzeyini açıklamak için kullanılan basit ancak güçlü bir gösterge olarak öne çıkmaktadır (40). Sağlık durumunu belirlemek üzere kullanılan ve kişinin kendi değerlendirmesini esas alan algılanan sağlık, alan araştırmaları ve sağlık hizmetleri ile ilgili araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır (41). Yapılan araştırmalarda algılanan sağlığın, mortalite ile ilişkili olan ve ayrıca morbidite, yeti yitimi ve sağlık hizmeti kullanımını belirleyen iyi bir ölçüt olduğu saptanmıştır (41,42,43,44).

“Genel olarak sağlığını, sizin yaşınızdakilerle karşılaştırdığınızda nasıl değerlendirirsiniz” sorusunu araştırmaya katılanların %11,7'si çok iyi, %57,7'si iyi, %21,4'ü ne iyi ne kötü, %7,8'i kötü, %1,1'i çok kötü olarak yanıt vermiştir. TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2016 verilerine göre ülke genelinde algılanan sağlıkları çok iyi ya da iyi olanların sıklığı %63,5; kötü ya da çok kötü olanların sıklığı ise %10,7 olarak bulunmuştur (45). Bu çalışma ile TÜİK Sağlık Araştırmasının algılanan sağlıkla ilgili sonuçlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Bu karşılaştırma, bu çalışmanın katılımcılarının sağlık düzeyleri bakımından ülke toplumunun genelini sağlık düzeyini yansıttığını söylemek için bir kanıt olarak değerlendirilebilir.

Algılanan sağlığı çok iyi olanların sıklığı sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda %6,1 iken bu sıklık sağlık okuryazarlığı sorunlu-sınırlı olanlarda %10,1, yeterli olanlarda %16,9, mükemmel olanlarda %26,5'tir. Algılanan sağlığı çok iyi ya da iyi olanların sıklığının sağlık okuryazarlığı düzeyine göre değişimine bakıldığında ise yetersiz olanlarda %53,3, sorunlu-sınırlı olanlarda %74,1, yeterli olanlarda %78,9, mükemmel olanlarda ise %83,6'dır. Sırbistan, Japonya ve Almanya'daki çalışmaların

da örneklediği gibi, bu çalışmada da sağlık okuryazarlığı ile algılanan sağlık arasında ilişki görülmektedir (36,46,47). Sonuçlar sağlık okuryazarlığının, sağlık düzeyinin önemli bir belirleyicisi olduğuna işaret etmektedir.

Kronik hastalıklar, diğer bütün nedenlerin tamamından daha fazla ölüme yol açan en önemli ölüm nedenidir. Türkiye’de 30-70 yaş ölümlerin %87’si bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Diğer yandan Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı erken ölüm (70 yaş altı) ihtimali %18’dir ki bu da her beş yetişkinden yaklaşık birinin erken öldüğü anlamına gelmektedir (48). Genel olarak, Türkiye’nin toplam hastalık yükü %4 azalarak 2000’de 19,2 milyon olan engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (DALY), 2013’te 18,4 milyona gerilemiştir. Türkiye’de bulaşıcı hastalıklar, anne, yenidoğan ve beslenmeye bağlı hastalıkların yükü azalmaktadır (2000-2013 arasında 4,3 milyondan 2,2 milyona). Bulaşıcı olmayan hastalıkların yükü ise artmaktadır (2000-2013 arasında 13 milyondan 14,8 milyona) (49).

Araştırmaya katılanların %27,6’sı herhangi bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Kronik hastalığı olanların %82,7’si sağlık kuruluşlarınca düzenli takip altında olduklarını, %84,6’sı hekim tarafından önerilmiş ilaç tedavisi aldıklarını belirtmişlerdir. İncelenen yaklaşık her dört kişiden birinin kronik hastalığı olduğunu beyan etmesi bulaşıcı olmayan hastalıkların toplumdaki yaygınlığına işaret etmektedir.

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların %43,5’i, sorunlu-sınırlı olanların %22,6’sı, yeterli olanların %19,7’si, mükemmel olanların ise %13,5’i hekim tarafından tanısı konmuş 6 ay ya da daha uzun süredir devam eden herhangi bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Sonuçlar sağlık okuryazarlığı ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Öte yandan algılanan sağlık örneğinde olduğu gibi kronik hastalık varlığı da, sağlık okuryazarlığı düzeyini belirleyen demografik ve sosyoekonomik özelliklerden doğrudan etkilenmektedir. İki değişkenli karşılaştırmalar ile algılanan sağlık ve kronik hastalık varlığı parametrelerinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisi ortaya konmakla birlikte, sağlık okuryazarlığının algılanan sağlık ile kronik hastalık varlığı üzerindeki rolü ve diğer belirleyicilerle olan ilişkisi çok değişkenli modeller üzerinden daha ayrıntılı olarak sergilenebilir. Diğer taraftan değişik şekilde yapılmış çalışmaların, sosyoekonomik değişkenler kontrol altına alındıktan sonra da, sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinin kötü sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu sonucunu bulduğu belirtilmektedir (3).

Son bir yıl içinde herhangi bir sağlığı geliştiren davranış beyanı olanların sıklığı, sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda %47,2 iken, sorunlu-sınırlı olanlarda %53,2, yeterli olanlarda %59,1, mükemmel olanlarda ise %74,5’tir. Sonuçlar sağlık



okuryazarlığı ile sağlığın geliştirilmesi arasındaki bağlantıyı açığa çıkarmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi programlarının, müdahale araçları içinde sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik enstrümanlara öncelik vermesi amaçlarına ulaşmalarına katkı sağlayacaktır. Sağlığı geliştiren davranışların belirleyicisi olan bazı demografik ve sosyoekonomik değişkenlerde kısa zamanda olumlu değişiklik sağlanması fiziksel kısıtlılıklar nedeni ile zor iken, sağlık okuryazarlığını geliştirecek araçlar bir kısa yol olma işlevi görebilirler.

Sağlık okuryazarlığı düzeyine göre genellikle ilk başvuru yapılan sağlık kuruluşlarının değişimine bakıldığında mükemmel sağlık okuryazarlığı grubu dışındaki tüm gruplarda aile hekimliğinin ilk sırada yer aldığı, genel olarak sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça ilk başvurduğu kuruluş aile hekimi olanların sıklığının azalma eğiliminde olduğu görülmektedir. Bu sonuç birinci basamak sağlık kuruluşlarının, görece olarak sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kişilerle daha çok karşılaştığını göstermektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlara yönelik materyaller geliştirilmesi ile hizmet sunucusu kurumlar üzerinden sağlık okuryazarlığı bakımından daha dezavantajlı olan kesimlerin gereksinimlerine cevap oluşturulabilir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında acil sağlık hizmeti başvurusu durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Oysa sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında, acil sağlık hizmeti dışındaki başvuru durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Acil sağlık hizmetleri hariç son 6 ay içindeki sağlık hizmeti başvurusu 4-6 kez olanların sıklığı sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda %14,8, sınırlı olanlarda %9,4, mükemmel olanlarda ise %6,0'dır. 7 ve daha fazla olanların sıklığı ise aynı gruplarda sırası ile %6,4/%3,6/%3,2/%2,0 olarak seyretmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığının, acil sağlık hizmetleri dışındaki sağlık hizmetlerine daha çok sayıda başvuru için risk etmeni olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar sağlık okuryazarlığı yetersizliğinin, artmış sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışma sonuçlarını Türkiye örneği üzerinden desteklemektedir (6,7,19,17,37).

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre kişi başına hekime müracaat sayısı 2016 yılı için 8,6'dır. Kişi başına hekime müracaat sayısının 2012'deki 8,2'den 2016'da 8,6'ya çıkması artış eğilimini yansıtmaktadır. Üstelik Türkiye sağlık hizmeti başvurusu bakımından 8,6 ile OECD ortalaması olan 6,9'un üzerindedir (45). Yetersiz sağlık okuryazarlığı Türkiye'deki yüksek hekime müracaat sayısının nedenleri içinde olabilir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlık hizmetlerinin uygun kullanımına da katkı sağlayarak sağlık harcamalarının azaltılmasına yardımcı olacaktır.

4.5 Sağlığı Geliştirmenin Anahtarı Olarak Sağlık Okuryazarlığı

1986 yılında deklare edilen Ottawa Sözleşmesi sağlığın geliştirilmesi alanında küresel düzeyde milat noktası olarak kabul görmektedir. Ottawa Sözleşmesinin ardından belirli periyotlarla düzenlenen küresel konferanslar ise sağlığın geliştirilmesinin kilometre taşları olarak görülmektedir. Bu konferansların sonuncusu Ottawa Sözleşmesi'nin 30. yıl dönümünde 2016'da Şangay'da "9. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı" olarak gerçekleştirilmiştir. Bu konferansın üç tematik sütunu iyi yönetim, sağlıklı şehirler ve sağlık okuryazarlığı olmuştur. Konferans sonrasında "2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Doğrultusunda Sağlığın Geliştirilmesi Şangay Deklarasyonu" hazırlanmıştır. Bu deklarasyonda sağlık okuryazarlığı kapsamında tüm dünya için şu öneriler geliştirilmiştir: Sağlık okuryazarlığının sağlığın kritik bir belirleyicisi olarak tanınması ve geliştirilmesi için çalışılması; tüm toplumda ve tüm eğitim düzeylerinde sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik stratejilerin geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi; dijital teknolojinin potansiyelinin kişilerin kendi sağlıklarını ve belirleyicilerini kontrol etmelerinin sağlanması yönünde kullanılması; fiyatlandırma politikaları, şeffaf bilgilendirme, anlaşılır etiketleme aracılığıyla tüketimle ilişkili düzenlemelerin sağlıklı seçimleri desteklemesinin sağlanması (50).

Bu araştırmada sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu-sınırlı olanları kapsayacak biçimde kısıtlı sağlık okuryazarlığının Türkiye'de yaklaşık olarak on kişiden yedisini içerecek derecede ağır bir halk sağlığı sorunu olarak var olduğu saptanmış, özellikle kimi risk grupları için nerede ise o gruptaki her on kişiden dokuzunu içerecek biçimde söz konusu ağırlığın daha da arttığı görülmüştür. Bu araştırma sonuçlarının da gösterdiği gibi sağlık okuryazarlığı düzeyi hem çeşitli sosyoekonomik değişkenlerden etkilenen hem de sağlık düzeyini ve sağlık hizmetlerini etkileyen bir parametre olması nedeni ile, sağlıkla ilişkilendirilebilecek çok sayıda değişkenin kavşak noktasında yer almaktadır. Diğer taraftan müdahale girişimlerinin bir çıktısı olarak sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik farklı aktörlerin girişimlerinin kavşak noktasında yer alarak bir başarı parametresi olabilir. Çünkü sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi çabalarının teker teker sadece bireylerin, politika geliştiricilerin ya da sağlık çalışanlarının sorumluluğu altında olamayacağı bilinmektedir. Sağlık okuryazarlığı çok sayıda paydaşın ilgisinin kesiştiği bir noktada yer almaktadır (2): Kamu otoritesi, sağlık hizmeti sunucusu kuruluşlar, basın yayın kuruluşları, yetersiz sağlık okuryazarlığı için risk altındaki kişi grupları, sivil toplum örgütleri, sağlık çalışanları, eğitimciler, iletişimciler, üniversiteler, yardım örgütleri, yerel yönetimler, vb gibi. Tüm paydaşları olabildiğince içerecek müdahale programları aracılığıyla sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri içinde anahtar rol görevi görebilecektir.



4.6 Çalışmanın Kısıtlılıkları

TSOY-32 ölçeği ile sağlık okuryazarlığının beyana dayalı olarak değerlendirilmiş olması ölçeğin bir yetersizliği olarak değerlendirilebilir. Sağlık okuryazarlığı çok farklı nitelikteki yeterlilikleri kapsadığı için tek bir ölçme aracı ile bu yeterliliklerin tümünün kapsanması mümkün olmamakta; bu durumda farklı sağlık okuryazarlığı ölçekleri farklı yeterliliklere ağırlık verme durumunda kalmaktadır. Beyana dayalı sorularda kişilerin durumlarını ifade eden cevaplar yerine doğru olduklarını düşündükleri seçenekleri cevap olarak vermeleri özellikle sağlık davranışlarına ilişkin değerlendirme çalışmalarında dezavantaj olabilmektedir. Diğer taraftan, bu araştırma ile edilen yüksek sıklıkta yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyleri bu etkinin, bu araştırma için kısıtlı olarak kendini gösterdiğini düşündürmektedir.



KAYNAKLAR



1. Ratzan S. C. Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International* 2001; 16 (2): 207–214.
2. WHO Regional Office for Europe Health Literacy The Solid Facts Editors: Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros 2013
3. Sezer A. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi. Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul-2012
4. Sezgin D. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Sağlık İletişimi Özel Sayısı*, 2013: 53-72.
5. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association Health Literacy Report of the Council on Scientific Affairs *JAMA* 1999; 281(6): 552-557.
6. Adams RJ, Appleton SL, Hill CL, Dodd M, Finlay C, Wilson DH. Risks Associated with Low Functional Health Literacy in an Australian The *Medical Journal of Australia* 2009; 191(10): 530–534.
7. Nielsen-Bohlman Committee on Health Literacy Board on Neuroscience and Behavioral Health Editors Nielsen-Bohlman, Panzer, Kindig Health Literacy: A Prescription to End Confusion Institute of Medicine of The National Academies The National Academies Press Washington D.C. 2004
8. Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H., for (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models *BMC Public Health* 2012, 12: 80.
9. Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics. (2006).
10. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Ueters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand H; HLS-EU Consortium. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1053-8.
11. The European Health Literacy Project (HLS-EU) <https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>
12. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B ve Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara 2014.



13. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Ankara İl Merkezinde Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran On Sekiz Yaş Üstü Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Belirleyicilerinin Değerlendirilmesi Ankara, Ocak-Şubat 2015 (Yayınlanmamış Araştırma Raporu)

14. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, Fehrenbach SN, Ren J, Koplan JP. Health Literacy among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization, JAMA 1999; 281 (6): 545-51.

15. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL., Yong-Bing Liu et al., Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese International Journal of Environmental Research and Public Health 2015; 12 (8): 9714-25.

16. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, Sparkes L, Hawkins M, Osborne RH. Distribution of Health Literacy Strengths and Weaknesses across Socio-Demographic Groups: A Cross-Sectional Survey Using the Health Literacy Questionnaire (HLQ), BMC Public Health 2015; 15: 678.

17. Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. 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 2014; 14:1095

18. Barry D. Weiss Health literacy and patient safety: Help patients understand Manual for clinicians American Medical Association Foundation

19. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion.. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC 2010

20. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. Am J Prev Med. 2009 May;36(5):446-51.

21. Lyla M. Hernandez, Rapporteur; Institute of Medicine Measures of Health Literacy: Workshop Summary, Institute of Medicine

22. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025, Ankara 2016.

23. TC Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017

24. Okyay, F Abacigil, H Harlak, ED Evcı Kiraz, K Karakaya, H Tuzun, E Baran Deniz, G Saruhan, S Gursoy Turan, HO Tontus, E Beser A new Health Literacy Scale: Turkish Health Literacy Scale and its psychometric properties European Journal of Public Health, Vol. 25, Supplement 3, 2015.

25. AHRQ 2011 Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review.

26. Lee TW, Lee SH, Kim HH, Kang SJ. Effective intervention strategies to improve health outcomes for cardiovascular disease patients with low health literacy skills: a systematic review. *Asian Nurs Res Korean Soc Nurs Sci*. 2012 Dec;6(4):128-36.
27. Terry C. Davis Health Literacy: Implications for Family Medicine *Fam Med* 2004;36(8):595-8
28. D'Eath M, Barry MM, Sixsmith J. Rapid Evidence Review of Interventions for Improving Health Literacy. Stockholm: ECDC; 2012.
29. Dinçer A, Kurşun Ş. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi *S T E D/ Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2017, 26(1):20-26
30. Candan K., Kürşad Akkaya¹, İnan Arslantaş¹, Mehtap Kartal¹ Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp ve Hemşirelik Fakültelerine Başvuran Öğrencilerin, Sağlık Okuryazarlık Düzeyi *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2017, 11(3):144-151.
31. Özdenk G.D., Özdenk S., Üner S., Özcebe LH., üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve etkileyen faktörler . 18. Ulusal halk sağlığı kongresi 5-9 Ekim 2015. Konya.
32. Üçpınar E., Piyal B. Kardiyoloji polikliniğine başvuranların sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi
33. HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report Of Health Literacy In Eight Eu Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU.
http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf
34. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, Matsumoto M Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health*. 2015; 23 (15):505.
35. Toçi E., Burazeri G., Kamberi H., Jerliu N., Sørensen K., Brand H. Socio-economic correlates of functional health literacy among patients of primary health care in Kosovo. *Public Health*. 2014;128(9):842-8.
36. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J, Kocev N. Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. *Int J Public Health*. 2011 Apr;56(2):201-7.
37. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN, Shouu-Yih D. Lee et al., Health Literacy, Health Status, and Healthcare Utilization of Taiwanese Adults: Results from a National Survey, *BMC Public Health* 10 (October 16, 2010): 614.
38. Karimi S, Keyvanara M, Hosseini M, Jazi MJ, Khorasani E. The Relationship between Health Literacy with Health Status and Healthcare Utilization in 18-64 Years Old People in Isfahan. *Journal of Education and Health Promotion* 3 (2014): 75.



39. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, Fehrenbach SN, Ren J, Koplan JP. Health Literacy among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization JAMA (February 10, 1999); 281 (6): 545–51.

40. Kartal A., Özsoy S. A. 15 Yaş ve Üzeri Kadın ve Erkeklerde Algılanan Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi, Sağlık ve Toplum 2004;14 (1).

41. Windi Al A. The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. Health and Quality of Life Outcomes 2005; 3(28).

42. Kennedy BP, Kawachiil, Glass R, Prothrow-Stigh D. Income distribution, socioeconomic status and self rated health in the United states: multilevel analysis. BMJ. 1998; 317: 917-921.

43. Windi AA, Elmfelt D, Svardsudd K. The influence of perceived wellbeing and reported symptoms on health care utization: A population based study. Journal of Clinical Eepidemiology 2002; 55:60-66.

44. Tüzün H., Aycan S., İlhan M.N. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Algılanan Sağlık Ve Sosyal Belirleyicileri. Toplum ve Hekim 2014; 29 (2).

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

İyi günler Adım.....

.....Araştırmadan geliyorum.

Sağlık Bakanlığı Türkiye genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek ve geliştirilmesine yönünde çalışmalar yapmak istemektedir.

Konu ile ilgili sizin de görüşlerinizi almak istiyoruz.

DD1. Cinsiyet?

1. Kadın
2. Erkek

DD2. Doğum yılınız?

DD3. Medeni durumunuz?

1. Hiç evlenmemiş (Bekâr)
2. Evli
3. Boşanmış
4. Eşi ölmüş
5. Cevap yok

DD4. En son bitirdiğiniz okul nedir?

1. Okuma yazma bilmeyen
2. Okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen
3. İlkokul
4. İlköğretim, ortaokul veya mesleki ortaokul
5. Lise veya dengi okullar
6. Yükseköğretim ve üzeri
7. Cevap yok



DD5. Herhangi bir gelir getirici işte çalışıyor musunuz?

1. Çalışıyor
2. Ev Hanımı (Kendi evinin işleriyle meşgul) SORU DD7'E GEÇİNİZ
3. Öğrenci SORU DD7'E GEÇİNİZ
4. Emekli SORU DD7'E GEÇİNİZ
5. İşsiz (iş arıyor ama bulamıyor) SORU DD7'E GEÇİNİZ
6. Çalışma engelli/özürlü SORU DD7'E GEÇİNİZ
7. Çeşitli nedenlerle iş aramayan ve çalışmayan kişiler SORU DD7'E GEÇİNİZ
8. Cevap yok SORU DD7'E GEÇİNİZ

DD6. Çalışma durumunuz size okuyacağım ifadelerden hangisine uygundur?

1. Düzenli ücretli çalışan
2. Yevmiyeli (gündelik) çalışan
3. Mevsimsel çalışan
4. Çıracak, kursiyer ve stajyer (ücretle çalışan)
5. İşveren (1 ve üzeri çalışmanı olan)
6. Kendi hesabına çalışan
7. Ücretsiz aile çalışmanı
8. Durumlara göre sınıflandırılmayan çalışan
9. Cevap yok

DD7 Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?

1. Evet, Genel Sağlık Sigortası (devlet memuru/emekli sandığı/SSK/Bağ-Kur/Yeşil kart)
2. Evet, Özel sağlık sigortası
3. Evet, Yurt dışı kaynaklı sağlık güvencesi
4. Hayır, sağlık güvencem yok
5. Cevap yok

DD8. Size göre toplam hane halkı geliriniz, hane halkı ihtiyaçlarınızı karşılamak için ne ölçüde yeterlidir?

1. Çok yeterli
2. Yeterlidir
3. Ne yeterli ne yetersiz
4. Yetersiz
5. Çok yetersiz
6. Cevap yok

Sağlık Bakanlığı vatandaşların doğru sağlık bilgilerine erişebilme imkânlarını değerlendirmek istemektedir. Şimdi size buna yönelik bazı sorular soracağım.

TSOY-32

Bunun için size okuyacağım davranışlar karşısında ki durumuzu “Çok kolaydan”, “Çok zora” doğru derecelendirecek belirtir misiniz?

Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
2. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	1	2	3	4	5
3. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek.	1	2	3	4	5
4. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
5. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	1	2	3	4	5
7. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
8. Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	1	2	3	4	5



9. Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	1	2	3	4	5
10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	1	2	3	4	5
11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	1	2	3	4	5
12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	1	2	3	4	5
13. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
14. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	1	2	3	4	5
15. Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	1	2	3	4	5
16. Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	1	2	3	4	5
17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	1	2	3	4	5
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5
20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5
22. Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	1	2	3	4	5
25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
26. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	1	2	3	4	5

27. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	1	2	3	4	5
28. Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
29. Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	1	2	3	4	5
30. Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	1	2	3	4	5
31. Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	1	2	3	4	5
32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	1	2	3	4	5

Size sağlık durumunuz ve sağlıkla ilgili davranışlarınız hakkında bazı sorular soracağım.

S.1 Hekim tarafından tanısı konmuş 6 ay ya da daha uzun süredir devam eden herhangi bir kronik hastalığınız (kalp, tansiyon, şeker vb.) var mı?

1. Var
2. Yok
3. Cevap yok

SORU S.4'E GEÇİNİZ

SORU S.4'E GEÇİNİZ

S.2 Bu kronik hastalığınızı/larınızı (kalp, tansiyon, şeker vb.) herhangi bir sağlık kuruluşunda düzenli kontrol ettiriyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır
3. Cevap yok

S.3 Bu kronik (kalp, tansiyon, şeker vb.) hastalık/larınız için hekim tarafından önerilmiş bir ilaç tedavisi alıyor musunuz?

1. Evet alıyorum
2. Hayır almıyorum
3. Cevap yok



S.4 Genel olarak sağlığınızı, sizin yaşınızdakiler ile karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Çok iyi
2. İyi
3. Ne iyi ne kötü
4. Kötü
5. Çok kötü
6. Cevap yok

S.5 Son bir yıl içerisinde daha sağlıklı olmak için neler yaptınız? (Seçenekler okunmadan katılımcının belirttiği tüm seçenekleri işaretleyiniz)

1. Fiziksel aktivite/Spor yaptım
2. Beslenme alışkanlıklarımı değiştirdim
3. Sigarayı azalttım/bıaktım
4. Alkol almayı azalttım/bıaktım
5. Stresten uzak kalmaya çalıştım
6. Hastalığım nedeniyle doktor tarafından uygulanan tedaviyi aldım
7. Hiçbir şey yapmadım
8. Diğer, lütfen belirtiniz
-
9. Cevap yok

S.6 Sağlıkla ilgili konularda genel olarak kimlerden bilgi alıyorsunuz? (Seçenekler okunmadan katılımcının belirttiği tüm seçenekleri işaretleyiniz)

1. Aile hekiminden
2. Aile hekimi dışındaki hekimlerden
3. Eczacılarından
4. Diyetisyen-beslenme danışmanından
5. Ebe-hemşirelerden
6. Psikologlardan
7. Aile/arkadaşlar/komşulardan
8. Herhangi bir kimseden bilgi almıyorum
9. Diğer, lütfen belirtiniz
10. Cevap yok

S.7 Sağlıkla ilgili konularda hangi iletişim araçlarından bilgi alıyorsunuz? (Seçenekler okunmadan katılımcının belirttiği tüm seçenekleri işaretleyiniz)

1. Gazetelerden
2. Dergilerden
3. Kitaplardan
4. Televizyondan
5. Radyodan
6. İnternette
7. Afişlerden
8. Broşürlerden
9. Reklam panolarından/ilanlardan (billboard)
10. Cep telefonları veya akıllı telefon uygulamalarından
11. Herhangi bir yerden bilgi almıyorum
12. Cevap yok

Bu bölümde size bir sağlık sorununuz olduğunda yaptığınız davranışlar ve sağlık kuruluşu başvurularınız hakkında bazı sorular soracağım.

S.8 Bir sağlık sorunu ile karşılaştığınızda size okuyacağım davranışları ne sıklıkta yaparsınız?

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman	Cevap yok
1. Sorunun kendiliğinden geçmesini beklerim	1	2	3	4	5	7
2. Yakınlarımla ya da çevremdeki kişilerin önerilerini alırım	1	2	3	4	5	7
3. Daha önce benzer sorunları yaşamış olan kişilerin kullanmış oldukları ilaçları kullanırım	1	2	3	4	5	7
4. Bu soruna çözüm bulduğu bilinen ve sağlık personeli olmayan kişilere başvururum	1	2	3	4	5	7
5. Gazete, dergi, internet gibi sağlık bilgi kaynaklarına başvururum	1	2	3	4	5	7
6. Evde mevcut olan ilaçlardan birini kullanmaya başlarım	1	2	3	4	5	7
7. Tedavi edici bitkisel ürünler kullanırım	1	2	3	4	5	7
8. Eczaneye gidip eczacının önerdiği ilacı kullanırım	1	2	3	4	5	7
9. Bir sağlık kuruluşuna başvururum	1	2	3	4	5	7

S.9 Sağlığınızla ilgili herhangi bir hizmet almak amacıyla genellikle ilk olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz? (TEK SEÇENEK ALINACAK)

1. Aile hekimliği
2. Devlet hastanesi
3. Eğitim hastanesi (İhtisas hastanesi)
4. Üniversite hastanesi
5. Özel hastanesi
6. Özel muayenehane
7. Özel poliklinik
8. İş yeri hekimi
9. Kurum hekimi
10. Eczane
11. Acil servis
12. Cevap yok

**S.10. Sağlık kuruluşuna veya hekime en son başvurma nedeninizi söyler misiniz?
(TEK SEÇENEK ALINACAK)**

1. Aşı, doğum kontrolü gibi koruyucu hizmet almak için
2. Danışmanlık, sağlıkla ilgili bilgi/öneri almak için
3. Yeni ortaya çıkan bir sorunum/şikâyetim nedeniyle muayene olmak için
4. Bilinen eski bir sorunumun/hastalığın kontrolü için
5. Herhangi bir sorunum/şikâyetim/hastalığım yokken, sadece kontrol muayenesi için
6. Mevcut ilaç veya yardımcı cihazlarımı tekrar yazdırmak için
7. Kaza ve yaralanma nedeniyle tıbbi yardım almak için
8. Cevap yok

S.11 Kendiniz için son 6 ay içinde kaç kez acil sağlık hizmeti başvurusu yaptınız?

1. kez başvuru yaptım
2. Hiç yapmadım
3. Cevap yok

S.12 Kendiniz için son 6 ay içinde acil servis başvurusu hariç toplam kaç kez sağlık kuruluşlarına başvuru yaptınız?

1. kez başvuru yaptım
2. Hiç yapmadım
3. Cevap yok

S.13 Kendiniz için son 6 ay içinde hastanede yatarak sağlık hizmeti aldınız mı?

1. Evet
2. Hayır
3. Cevap yok



S.14 Genel olarak sağlık kuruluşlarına yaptığınız başvurular esnasında hekimler açıklamalarını sizin anlayabileceğiniz biçimde yapıyorlar mı? 1. Evet

1. Evet daima
2. Çoğu zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir zaman
6. Cevap yok

S.15 Genel olarak sağlık kuruluşlarına yaptığınız başvurular esnasında hekimler sorularınıza tatminkâr cevaplar veriyorlar mı?

1. Evet daima
2. Çoğu zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir zaman
6. Cevap yok

S.16 Sağlık kuruluşlarına yaptığınız başvurular esnasında hekimlerin açıklamalarını tam olarak anlayamadığınızda hekiminize yeni sorular sorabiliyor musunuz?

1. Evet daima
2. Çoğu zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir zaman
6. Cevap yok

Size genel okuma alışkanlıklarınız hakkında bazı sorular soracağım.

S.17 İnternet gazeteleri dâhil olmak üzere ne sıklıkta gazete okursunuz?

1. Hemen her gün okurum
2. Birkaç günde bir okurum
3. Haftada bir-iki gün okurum
4. Daha seyrek okurum
5. Hiç okumam **SORU S.19'A GEÇİNİZ**
6. Cevap yok **SORU S.19'A GEÇİNİZ**

S.18 Gazetenin en çok hangi bölümlerini okursunuz?

(Seçenekler okunmadan katılımcının belirttiği tüm seçenekleri işaretleyiniz)
(BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR)

1. Ekonomi
2. Politika
3. Eğitim
4. Spor
5. Dünya Haberleri
6. Sağlık
7. Magazin
8. Kültür-Sanat
9. Suç-Adliye Haberleri
10. Bilim / Teknoloji
11. Köşe yazıları
12. Reklamlar
13. İlanlar
14. Moda
15. Gazete Ekleri
16. Televizyon Program Rehberi
17. Cevap yok



S.19 Son bir yıl içinde yaklaşık kaç adet kitap okudunuz? 1. Evet daima

1. adet okudum
2. Hiç okumadım **ANKETİ SONLANDIR**
3. Cevap yok **ANKETİ SONLANDIR**

S.20 Hangi tür kitapları okumayı tercih edersiniz?

(Seçenekler okunmadan katılımcının belirttiği tüm seçenekleri işaretleyiniz)
(BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR)

1. Aile/kadın/erkek/çocuk
2. Akademik/mesleksi
3. Eğlence/mizah/oyun
4. Sağlık
5. Kişisel gelişim/psikoloji
6. Sanat
7. Ekonomi/emek/iş dünyası
8. Sosyal bilimler/tarih/felsefe/politika
9. Genel konular
10. Bilim/Teknoloji/mühendislik/bilgisayar
11. Hobi
12. Dergiler/periodyk yayınlar
13. Dinler/mitolojiler
14. Edebiyat/roman/öykü/şiir
15. Müzik
16. Eğitim
17. Diğer.....
18. Cevap yok







T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlığın Geliştirilmesi
Genel Müdürlüğü

ISBN No
978-975-590-689-8
Sağlık Bakanlığı Yayın No
1103