



**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DERGİSİ**  
Turkish Journal of Health Literacy

**SAYI**  
**1**  
**Yıl: 2020 Cilt: 1**

## **DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI**



**TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DERGİSİ**  
**TURKISH JOURNAL OF HEALTH LITERACY**

**Cilt/Volume:** 1

**Sayı/Number:** 1

**Haziran/June** 2020

**Yayın Dili**

Türkçe/İngilizce

**E ISSN:** 2717-7831

**Yayın Türü/Type of Publication**

Yaygın Süreli Yayın/Peer Reviewed Academic Journal

**Yayın Periyodu/Publishing Period**

Dört ayda bir (Mart, Haziran, Kasım aylarında)  
yayımlanır/Three times a year (March, June,  
November)

**Dergi Atf Adı/Journal Name**

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi SOYD /  
Turkish Journal of Health Literacy

**Derginin Sahibi/Owner**

Alban Tanıtım Ltd. Şti.

**Yazı İşleri Müdürü/ General Publication Director**

S. Bahar Alban

**Yönetim Yeri - Akademik İçerik Danışmanlığı ve**

**Hazırlık/Management Location - Content Advisor**

Alban Tanıtım Ltd. Şti.

Tunalı Hilmi Cad. Büklüm Sokak No: 45/3

Kavaklıdere/Ankara Tel: 0.312 430 13 15

e-mail: editor@albantanitim.com.tr

web: www.albantanitim.com.tr

**Tasarım ve Uygulama/Graphic Design**

Alban Tanıtım Ltd. Şti.

**Tashih/Proofreading**

S. Bahar Alban

**Kapak Fotoğrafı/Cover Photo**

shutterstock



**Editörler/Editors**

Prof. Dr. Seçil Özkan / Gazi Üniversitesi

**İngilizce Editörü/English Language Editor**  
Dr. Emel Kökpınar Kaya

**Yayın Kurulu/International Editorial Board**

Prof. Dr. Seçil Özkan / Gazi Üniversitesi

Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya / Erciyes Üniversitesi

Prof Dr. Pınar Okyay / Adnan Menderes Üniversitesi

Prof. Dr. Deniz Çalışkan / Ankara Üniversitesi

Doç. Dr. Asiye Uğraş Dikmen / Gazi Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi, Hülya Şirin/ Sağlık Bilimleri Üniversitesi

**Hakem Kurulu/Board of Reviewing Editors\***

Asiye Uğraş Dikmen / Gazi Üniversitesi

Burcu Yavuz Tabak / /Aksaray Üniversitesi

Deniz Çalışkan / Ankara Üniversitesi

Deniz Sezgin / Ankara Üniversitesi

Emine Avcı / T.C Sağlık Bakanlığı

Emrah Akbaş / T.C Sağlık Bakanlığı

Fevziye Çetinkaya / Erciyes Üniversitesi

Filiz Abacıgil / Adnan Menderes Üniversitesi

Filiz Aslantekin Özçoban

H. Ahmet Pekel / Gazi Üniversitesi

Hakan Tüzün / Gazi Üniversitesi

Hasan Tabak / Aksaray Üniversitesi

Hilal Özcebe / Hacettepe Üniversitesi

Hülya Şirin / Sağlık Bilimleri Üniversitesi

İşıl Maral / İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Kezban Çelik

Meral Saygun / ODTÜ

Meryem Merve Ören / Kırıkkale Üniversitesi

Mustafa Altunsoy / Gazi Üniversitesi

Özge Karadağ Çaman

Pınar Okyay / Adnan Menderes Üniversitesi

Sarp Üner / Hacettepe Üniversitesi

Şahin Toprak / Harran Üniversitesi

Tuba Özdemirkan / Ankara İl Sağlık Müdürlüğü

Ufuk Timuçin

Zehra Aycan / Ankara Üniversitesi

Zeynep Şenlik / Ankara İl Sağlık Müdürlüğü

**\*İsme göre alfabetik sırada/In alphabetical order by name**

Sağlık Okuryazarlığı Dergisi ulusal hakemli bir dergidir.  
Yayımlanan makalelerin sorumluluğu yazarına/  
yazarlarına aittir.

*The Journal of Health Literacy is a national refereed journal. Authors bear responsibility for the content of their published articles.*

# İçindekiler *Table of Contents*

<p>İNCELEME / ARAŞTIRMA</p> <p><b>Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler</b> <i>The Level of Health Literacy in World and Turkey and Affecting Factors</i> <b>Emine Avcı &amp; Seçil Özkan</b></p>	<b>1</b>
<p>İNCELEME / ARAŞTIRMA</p> <p><b>Öğrenci Ebeveynlerinin Genel Özyeterlilik ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Ankara’da İki İlkokul Örneğinde İncelenmesi</b> <i>General Self-Efficacy and Health Literacy Levels of Students Parents: Investigation in Two Primary Schools in Ankara</i> <b>Berhiv Altun &amp; Seçil Özkan</b></p>	<b>10</b>
<p>İNCELEME / ARAŞTIRMA</p> <p><b>Prevalence and Determiners of Health Literacy in Turkey</b> <i>Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Belirleyicileri</i> <b>Seçil Özkan &amp; Asiye Uğraş Dikmen &amp; Hakan Tüzün &amp; Kağan Karakaya</b></p>	<b>27</b>
<p>İNCELEME / ARAŞTIRMA</p> <p><b>Gebe ve Emziren Kadınlarda Bağışıklama</b> <i>Immunization in Pregnant and Breastfeeding Women</i> <b>Asiye Çiğdem Şimşek &amp; Zeynep Belma Şenlik &amp; Tuğba Karsağ</b></p>	<b>40</b>
<p>İNCELEME / ARAŞTIRMA</p> <p><b>Göçmen Gençlerde Sağlık Okuryazarlığı ve Ruh Sağlığının Güçlendirilmesi</b> <i>Health Literacy and Strengthening Mental Resilience in Immigrant Youth</i> <b>Hülya Şirin</b></p>	<b>48</b>
<p>İNCELEME / ARAŞTIRMA</p> <p><b>Sağlıklı Aktif Başarılı Yaşlanma</b> <i>Healthy Active Successful Aging</i> <b>Tuğba Özdemirhan &amp; Zeynep Belma Şenlik &amp; A. Çiğdem Şimşek</b></p>	<b>51</b>
<p>İNCELEME / ARAŞTIRMA</p> <p><b>Sınıf Öğretmenlerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Belirleme, Bilgi, Tutum, Davranış Değişikliği ve Eğitim İhtiyacını Saptama Çalışması</b> <i>A Study on Determination Health Literacy Level and Identification of Knowledge, Manner, Behavioral Change and Educational Needs of Elementary School Teachers</i> <b>Abdullah Emre Güner &amp; Esra Şahin &amp; Saadet Peksu &amp; Seçil Kaya Şengül &amp; Mete Güngör</b></p>	<b>58</b>
<p>İNCELEME / ARAŞTIRMA</p> <p><b>Sağlık Okur-Yazarlığı ve Acil Servis Kullanımı Arasındaki İlişki</b> <i>Relationship Between Health Literacy and Emergency Department Usage</i> <b>Eda Güney &amp; Seçil Özkan</b></p>	<b>77</b>





# Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler

*The Level of Health Literacy in World and Turkey and Affecting Factors*

**Emine Avcı<sup>1</sup>**

**Seçil Özkan<sup>2</sup>**

## Öz

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık okuryazarlığını; bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi olarak tanımlamaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi; sağlıkla ilgili bilgi ve mesajların anlaşılmasında zorluklara, bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmasına, sağlık hizmetlerine erişimde problemlere, acil servis hizmetlerinin daha fazla kullanılmasına, bireylerin hastalanma düzeyinin yüksek olmasına, kronik hastalık insidansında ve hastaneye yatışlarda artışlara neden olur. Sağlık okuryazarlığını geliştirmede; sağlık hizmeti alanların ve sağlık hizmeti sunucularının yanı sıra birçok sektöre görev düşmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Okuryazarlığı; Halk Sağlığı.

## Abstract

The World Health Organization (WHO) defines health literacy as the capacity of cognitive and social skills necessary to access, understand and use information about health in order to maintain and improve good health of individuals. Inadequate levels of health literacy can lead to difficulties in understanding information and messages related to health, less use of preventive health services by individuals, problems with access to health services, increased use of emergency services, higher level of illness of individuals, increased incidence of chronic diseases and hospital admissions. Many sectors are in charge of improving health literacy as well as health service providers and health service providers.

**Keywords:** Health Literacy; Public Health.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, emineicva@hotmail.com

<sup>2</sup> Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. , secilozkan70@gmail.com

Sağlık okuryazarlığı (Health Literacy), sağlığın geliştirilmesi kavramı çerçevesinde 1980'li yılların sonlarına doğru tanımlanmış bir kavramdır (1,2,3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık okuryazarlığını; bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi olarak tanımlamaktadır (1-12).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkması, sağlık hizmetleri alanların büyük çoğunluğunun sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması, hasta odaklı sağlık hizmetlerinin talep edilmesi, sağlıkla ilgili teknik terimlerin fazlalığı, sağlık bilgisinin toplumla yeterince paylaşılamaması, sağlık harcamalarındaki artış sağlık okuryazarlığının önem kazanmasına neden olmuştur (13,14).

Dünya'da 776 milyon yetişkin temel sağlık okuryazarı değildir. Amerika'da yetişkin bireylerin %50'si temel sağlık okuryazarlığına sahip değildir (15). Sekiz Avrupa ülkesini kapsayan (Hollanda, Yunanistan, İrlanda, Avusturya, Polonya, İspanya, Bulgaristan ve Almanya) Avrupa sağlık okuryazarlığı çalışmasında ülkelerin yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi % 2-27, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi % 37-72, sınırlı sağlık okuryazarlığı (yetersiz ve problemlili) düzeyi % 29-62 arasında değişmektedir (16). Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi Bulgaristan ve Türkiye'de % 23,5, Almanya'da %2 3,8, İtalya'da % 39,2 saptanmıştır (17).

"2003 Ulusal Yetişkin Okuryazarlığını Değerlendirme" araştırmasında (Amerika Birleşik Devletleri): yetişkinlerin, sadece %12'sinin yeterli sağlık okuryazar olduğu gösterilmiştir (14). 2003-2006 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamaları 106 milyar \$'dan 236 milyar \$'a yükselmiştir. Yapılan bir araştırma sonucunda; sağlık harcamalarının azaltılması için toplumun sağlık okuryazarlığının yükseltilmesinin, alınması gereken önlemlerden biri olduğu vurgulanmıştır (18).

Türkiye'de 23 ilde yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında toplumun sadece 1/3'ünün yeterli ve iyi düzeyde sağlık okuryazarı olduğu saptanmıştır (19). Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %58,7'sinin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (9).

Sağlık okuryazarlığı sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir kültür oluşturma ve özgüven gibi kişisel gelişim alanlarının ve sosyal becerilerin artması yönünde destekleyici bir araçtır (4). Bireyin hayat tarzını ve yaşama şartlarını değiştirerek onun hem birey, hem de toplum sağlığını iyileştirecek olan davranışa sevk edecek olan bilgi, bireysel beceri ve özgüven düzeyini elde etmesini sağlar (8,13). Sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerilerini, bu hizmeti kullanabilme yeteneğini destekler ve geliştirir (12,13,20,21). Mevcut sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını, bireyin kendi sağlığının ve toplum sağlığının üzerinde yetkin olmasını güçlendirir (1,3,21). Kişilerin okuma, dinleme, değerlendirme, karara katılma, karar verme yetenekleri ile bunların hayata uyarlanmasını kapsar. Kaynakların doğru kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını, sağlıklı yaşam yılı ve kalitesinin artmasını, sağlık eşitsizliklerinin giderilmesini, sağlar (4,21). Sağlık profesyonelleri için; mesleki tatmin, doğru iletişim ve klinik becerilerin kazanılmasını ve bu becerilerin kullanılmasını, sağlık hizmeti alanlar için; anlaşılır ve karar mekanizmasına dahil olmayı, kaliteli sağlık hizmetinden yararlanmayı sağlar (4).

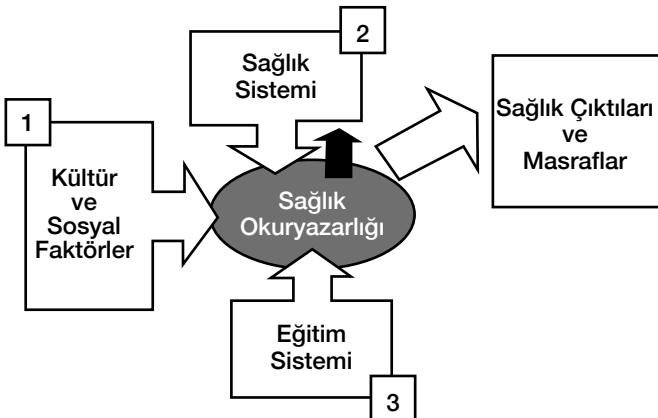
Yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi; sağlıkla ilgili bilgi ve mesajların anlaşılmasında zorluklara, bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmasına, sağlık hizmetlerine erişimde problemlere, prosedür ve talimatları yerine getirmede zorluklara, ilaçların düzgün kullanılmasında sıkıntılara, acil servis hizmetlerinin daha fazla kullanılmasına, bireylerin hastalanma düzeyinin yüksek olmasına, kronik hastalık insidansında ve hastaneye yatışlarda artışlara, özellikle yaşlılarda daha kötü bir sağlık düzeyi ve yüksek mortaliteye ve bunlara paralel olarak sağlık hizmetlerinin maliyetinin artmasına neden olmaktadır (2, 12,13, 21-22). Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireyler; yetersiz sağlık bilgisine sahip, hastalanma riski yüksek, tedavi yöntemlerini anlama düzeyi düşük, hastaneye yatma sıklığı yüksek bireylerdir (21). Bir ilaç şişesinin üstündeki etiketi okumada, ilaç alım çizelgesini yorumlamaya, randevu kartlarını, eğitim kitapçıklarını ya da bilgilendirilmiş hasta onam formlarını anlamlandırmaya kadar uzanan güçlüklerle karşı karşıya kalırlar. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastalar sadece okuma güçlükleri yaşamaz, aynı zamanda sözlü iletişim kurma ve riskleri kavramsallaştırmada sıkıntılar yaşayabilir (23).

Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireyler; yeterli sağlık bilgisine sahip, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanan bireyler olup yaşam kalitesinin ve sağlık hizmeti kalitesinin yükselmesine, sağlık hizmetleri maliyetinin azalmasına neden olurlar (13,14).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşlılarda, öğrenim düzeyi düşük olanlarda, yoksullarda, sağlık problemi nedeniyle aktivite sınırlaması olanlarda, sağlık durumunu kötü olarak algılayanlarda, azınlıklarda, mültecilerde, göçmenlerde ve anadili ülkede konuşulandan farklı olanlarda daha düşük olduğu belirtilmektedir (2,8,11,14,16,23).Yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, meslek, iş pozisyonu, aldığı bilgiyi kullanabilme yeteneği, algılama yeteneği, öğrenme yetersizliği, kendini ifade edebilme becerisi, araştırma yeteneği, merak, bilgi, ilgi v.b faktörler sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (24). Sağlık okuryazarlığını toplumsal ve bireysel faktörler etkilediği gibi kültürel ve kavramsal bilgi, konuşma, dinleme, okuma, yazma, sayısal beceriler de etkilemektedir (21).

Sağlık okuryazarlığı toplumsal ve bireysel faktörlerden etkilenmektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlık beceri ve kapasitelerine eğitim, kültür ve dil aracılık eder. Bireylerin eğitim sistemleri, sağlık sistemleri, kültürel ve sosyal faktörler ve bu faktörlerin sağlık okuryazarlığı üzerindeki potansiyel etkileşimi sağlık çıktılarına ve maliyeti etkilemektedir (Şekil 1)(21).

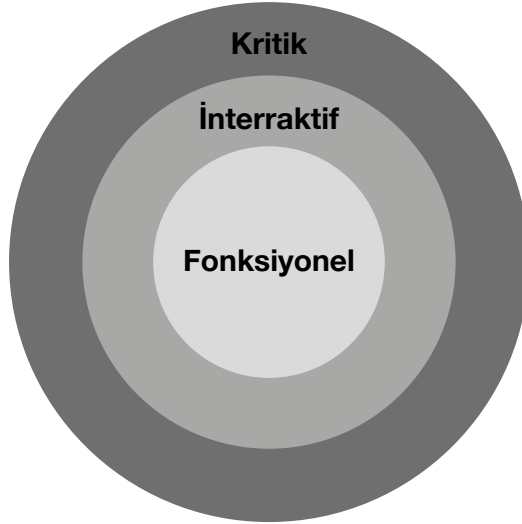
**Şekil 1.Sağlık okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sonuçları (13,21,25)**



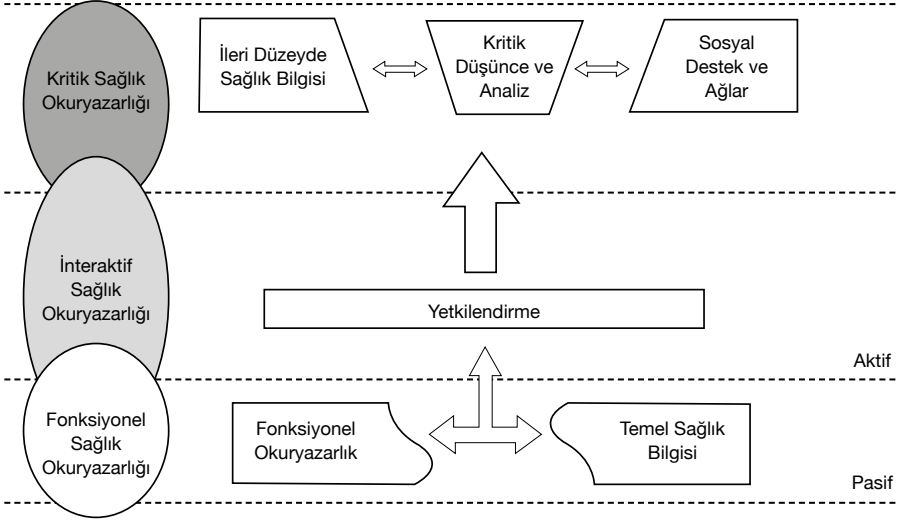
Kültürel yapı sağlıklıyla ilgili bilgi ve mesajlara önem verirse; sağlık ve hastalık tanımını, tercihleri, dil ve kültürel engelleri, bakım süreci engellerini ve kalıplaşmış algıları şekillendirebilir. Sağlık okuryazarlığına nelerin potansiyel etkisi olduğunu anlamak için insanların sağlık bilgisini nasıl edindiğini ve kullandığını anlamak önemlidir. Sağlık ile ilgili bilgiler birçok kaynaktan (devlet, ilaç sanayi vb) üretilir ve medya tarafından yayılır. İnternet de önemli bir kaynaktır. Sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi ve ana dil bireylerin sağlık bilgilerini nerede arayacağını, ne tür bilgileri tercih edeceğini ve bu bilgileri nasıl yorumlayacağını etkiler. Çocuklukta verilecek sağlık eğitimi yetişkin sağlık okuryazarlığı için bir temel sağlayabilir.

Çok yetenekli kişilere bile sağlıklıyla ilgili bilgi ve mesajları anlamak için sağlık sistemi karmaşık gelebilir. Tarifler, işaretler, aydınlatılmış onam formları, sosyal hizmet formları, sağlık bilgisi, tıbbi talimatlar ve sağlık eğitimi malzemeleri de dahil olmak üzere resmi belgeler ve teknik dil bireylerin sağlık hizmetleri kullanımını gereksiz yere zorlaştırır. Bunlara ek olarak kültürel farklılıklar; bireylerin sağlık, hastalık, önlem ve sağlık hizmeti algısını etkileyebilir. Sağlık hizmeti sunan ve alan bireylerin sağlık, hastalık, tedavi, risk ve faydaları karşılıklı anlayışı; sağlık hizmeti veren ve alanın davranışında, yasal düzenlemelerde ve sağlık sisteminde etkilere sahiptir. Sağlık okuryazarlığı sağlık hizmeti sunan ve alanın bilgi alışverişinde, bilgilerin kolay aktarımı için ortak bir yol sağlar (21).Sağlık okuryazarlığı bir sonraki basamağın bir öncekini de içine aldığı üç basamağa ayrılır (şekil 2 ve 3).

#### **Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları(1,12)**





**Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları ve Birey (25)**

**1. Temel/Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı;** Bireyin günlük yaşam için gerekli temel okuma, yazma becerilerini gösterir. Bu düzeyde sağlık okuryazarlığı, sağlık risklerinin ne olduğu ve sağlık hizmetlerinin nasıl kullanılacağı ile ilgili geleneksel sağlık eğitimi sonucunda oluşur ve genellikle bireysel yarar sağlar. Kişi bu basamakta pasiftir (1,12,25). Bu düzeyde bireyin karşılaştığı güçlük; kendi durumu hakkında temel bilgi kaynaklarına erişmesine ve kendi durumunu yönetmesine yardımcı olacak sağlık hizmetlerini nasıl kullanacağıdır (25).

**2. İletişimsel/İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı;** Gelişmiş bilişsel, okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içerir. Bu düzeyde kişiler sağlık aktivitelerine katılmakta, sağlık mesajlarını anlamakta, değişen koşullarda sahip olduğu sağlık bilgisini kullanabilmektedir. Kişi bu basamakta aktiftir. Toplumsal yarardan çok bireysel yarar söz konusudur (1,12,25).

**3. Eleştirel/Kritik Sağlık Okuryazarlığı;** İleri düzeyde gelişmiş bilişsel kazanımlara ve sosyal becerilere sahip olmayı ve eleştirel düşünebilme becerilerini içerir. Bu beceriler ile kişi sağlık bilgilerini eleştirel olarak değerlendirebilmekte, bireysel ve toplumsal kapasiteyi geliştirebilmekte, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine göre davranabilmekte, sağlığın politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilmekte ve bu boyutları yorumlayabilmektedir. Kişi bu basamakta proaktiftir. Burada kişisel ve toplumsal gelişim hedeflenmektedir. Bu tip sağlık okuryazarlığı daha çok toplum yararına (1,2,25).

### Sağlık Okuryazarlığının Ölçümü ve Ölçüm Yöntemleri

Sağlık okuryazarlığı kişinin kapasitesi olarak değerlendirildiğinde bireyin okuma yeterliliğine ve sözcük dağarcığına ilişkin ölçümler uygundur. Bireysel iletişim kapasitesi, sağlık sistemi ve birey toplum arasındaki ilişkiyi dikkate aldığımızda bireysel düzeydeki

ölçümler yetersizdir. Bilginin de ölçülmesi gerekmektedir (3,12,26). Sağlık okuryazarlığı bireyin kendi özellikleri ve çevresi ( toplum sağlığı mesajları ve sağlık hizmeti ortamı vb) tarafından belirlendiği için doğrudan ölçmek yerine kavramsallaştırmak daha kolay olacaktır. Bireylerin okuma akıcılıklarını, sözcük dağarcıklarını ve sağlık bilgilerini ölçmek ve aynı zamanda bu bireylerin sağlık hizmeti aldıkları ortamlarda karşılaşmaları muhtemel olan sağlık profesyonellerinin konuşmalarının karmaşıklığını ve yazılı sağlık materyallerinin zorluğunu eş zamanlı olarak ölçmek teorik olarak mümkün gözükmektedir. Bu durumda bireylerin okuma akıcılıkları, sözcük dağarcıkları, geçmiş bilgileriyle sözlü ve yazılı iletişim talepleri arasındaki uyum veya uyumsuzluk sağlık okuryazarlığının bir ölçümü olacaktır. Ne var ki sağlık okuryazarlığının bu tür kapsamlı ve doğrudan ölçümü pratik olmaktan uzaktır (26).

Sağlık okuryazarlığını ölçüm için dünyada pek çok ölçek kullanılmaktadır. Ancak bunlardan en yaygın olarak kullanılan ölçümler Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM) ve Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA)' dir (13,26,27). Bu testlerden hiçbirisi bireyin kapasitelerinin kapsamlı bir değerlendirmesi değildir. Testler bireyin genel kapasitesinin göstergeleri olarak kabul edilen seçili alanları ölçerler.

**REALM** sağlık ve tıbbi terimleri tanıma ve söyleme kabiliyetini ölçen 66 maddelik bir sözcük tanıma ve telaffuz testidir(26-28).

**TOFHLA** okuduğunu anlama ve sayısal becerileri ölçer (12,26,27). 50 sorudan oluşan “sözel test” kısmıyla hastanın, sağlık sisteminde var olan gerçek materyallerle kısa metinleri okuması sağlanmakta ve bunların sonucunda da hastanın okuduğunu ne ölçüde anlayabildiği ortaya konmaktadır (12,26,29,30). Sözel test bölümü sağlıkla ilgili pasajlardan oluşur (standart bir bilgilendirilmiş gönüllü olur formu, hasta hakları ve yükümlülükleri, üst sindirim sistemi radyografi serisine hazırlık için verilen talimatlar). Cümle tamamlama yöntemi kullanılır. Her cümlede eksik bir veya iki kelime vardır. Katılımcılardan bu cümleleri okuyarak, verilmiş dört seçenektен en uygun kelimeyi seçerek cümleleri tamamlamaları istenir (12,23,27,30). 17 sorudan oluşan “matematiksel beceri” bölümüyle bireyin gerçek hastane belgelerini, randevu fişlerini ve etiketli ilaç şişelerini okuma ve anlama kapasiteleri ölçülür (12,26,27). Testin ölçmeye çalıştığı okuryazarlık, bireyin sağlık sistemini anlayıp sistem içerisinde düzgün iletişim kurma becerisiyle ilişkili olup, olağan okuryazarlık becerisini hedef almamaktadır (12). Kişinin bu testlerden aldığı puan düzeyine göre sağlık okuryazarlık durumu üçe ayrılır (12,29).

**1-)Yetersiz sağlık okuryazarlığı:** Birey sağlık ile ilgili metinleri okuyamaz ve yorumlayamaz.

**2-)Düşük(Marjinal) düzey sağlık okuryazarlığı:** Birey sağlık ile ilgili metinleri okuma ve yorumlamada zorlanır.

**3-)Yeterli sağlık okur-yazarlığı:** Birey sağlık ile ilgili metinlerin birçoğunu okuyabilir ve yorumlayabilir (12,30).

En yeni hayati işaret (NVS) testi ve Geniş kapsamlı başarı testi (WRAT) sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmede kullanılan diğer ölçeklerdir. NVS 6 sorudan oluşmaktadır. Ölçek kişinin bir besin etiketini okuma, anlamasını hesap becerilerini ölçer (12,31). WRAT aritmetik yetenek, okuduğunu anlama ve telaffuz düzeyini ölçer. Tıbbi terimler kullanılmaz (32). 42 sözcükten oluşan sözcükleri tanıma ve telaffuz, 40 sözcükten oluşan yazma ve aritmetik hesaplama, rakamları okuma, yazılı olarak hesaplamalar yapma bölümlerinden oluşur(32).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için dünyada en sık kullanılan ölçeklerin özellikleri tablo 1’de sunulmuştur.

**Tablo 1. Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için dünyada en sık kullanılan ölçekler (28-32)**

REALM	WRAT	TOFHLA	NVS	TOFHLA-S	REALM-R
(Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)	(Wide Range Achievement Test)	(Test of Functional Health Literacy in Adults)	(The Newest Vital Sign)	(Test of Functional Health Literacy in Adults-Short)	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised)
Kelime Tanıma ve Telaffuz Okuma Yeteneği	Kelime Tanıma ve Telaffuz Okuma Yeteneği	Boşluk Doldurma Anlama Yeteneği	Problem Çözme Anlama Yeteneği	Kısaltılmış - Boşluk Doldurma	Kelime Tanıma ve Telaffuz Okuma Yeteneği
66 Tıbbi Kelime	42 Tıbbi Olmayan Terimler	17 numerik ögeli soru-50 boşluk doldurma	Numerik ve Okuma-Yazma	Boşluk Doldurma-2 okuma anlama parçası	66 kelime 10 kelimeye indirgenmiş
Kavrama Testi Değil	Kavrama Testi Değil	Kavrama Testi	Kavrama Testi	Kavrama Testi	Kavrama Testi Değil
2-3 dk. sürer	5 dk. sürer	20-30 dk. sürer	3 dk. sürer	5-7 dk. Sürer	3 dk. sürer
İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değildir	İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değildir	İngilizce ve İspanyolcası mevcut	İngilizce ve İspanyolcası mevcut	İngilizce ve İspanyolcası mevcut	İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değildir
Daha az hassas	Daha hassas				
Puanlamalı (Sınıf Düzeyli)	Puanlamalı (Sınıf Düzeyli)	Yetersiz/Orta/Yeterli	Doğru sayısı	Yetersiz/Orta/Yeterli	Puanlamalı (Sınıf Düzeyli)

## Sonuç ve Öneriler

Sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili karar vermede bireyleri güçlendirir ve sağlığın geliştirilmesi eylemlerine katılımlarını sağlar. Yetersiz, sınırlı sağlık okuryazarlığının bireysel ve toplumsal açıdan birçok negatif sağlık çıktısı vardır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yetersiz düzeydedir. Toplumda yaşayan bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi çabalarının başarıya ulaşabilmesi için toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek gerekir. Bunun için sadece bireylerin ve sağlık sektörünün çaba göstermesi yeterli olmaz. Sağlık okuryazarlığını geliştirmede; sağlık hizmeti alanların ve sağlık hizmeti sunucularının yanı sıra birçok sektöre, (eğitim sektörü, sivil toplum kuruluşları, akademik çevre, medya ve iletişim sektörü, iş dünyası vb.) toplumun tümüne görev düşmektedir. Ayrıca toplumun gereksinimleri, beklentisi, ilgisi, yaklaşımı her zaman göz önünde bulundurulmalı, iletişim aracı olarak grupların özelliklerine göre uygun ve yalın bir dil seçilmelidir. Sağlık okuryazarlığı konularının eğitim müfredatı içinde yer alması, sağlık okuryazarlığı eğiticileri için kapasite geliştirilmesi önemlidir. Toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak için halkı, doğru sağlık bilgisine nasıl erişeceği konusunda bilgilendirmek, bu amaçla kampanyalar düzenlenmesi, hastalara verilen yazılı bilgilerin ve belgelerin daha kolay anlaşılır olması amacıyla güncellenmesi önemlidir.

## Kaynakça

- Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15:259-267.
- Kalaça S. Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsünde Sağlık Okur-Yazarlığı hakkında bir araştırma. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ekim 2012, Bursa. Halk Sağlığı Etkinlikleri – HASUDER.
- Nutbeam. D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008;67:2072–2078
- “Healthy People 2010: Understanding and improving health. 2010; 11–20.
- Akalın E. Toplum tabanlı epidemiyolojik saha çalışması; Türk Toplumunda Sağlık Okur-Yazarlığı Oranlarının Belirlenmesi. Protokol Sinopsisi. 17.06.2009
- Dündar PE, Dede B. Manisa’da seçilen kentsel ve gecekondu bölgelerinde yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı ve etkili faktörler. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ekim 2012, Bursa. Halk Sağlığı Etkinlikleri – HASUDER.
- Aslantekin F, Yumrutaş M, Uysal M. Tip II diyabetli hastaların sağlık okuryazarlık durumlarının değerlendirilmesi. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ekim 2012, Bursa. Halk Sağlığı Etkinlikleri – HASUDER.
- Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu 13 - 14 Kasım 2008, Ankara;1
- Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Published by Oxford University Press, 2010;25(3):464-477.
- Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu. 11-13 Nisan 2011 İstanbul, Türkiye. Sağlık İletişiminin Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi;51
- Christmann S. Health Literacy and Internet; Recommendations to promote Health Literacy by the means of the Internet, *EuroHealthNet*, April 2005;4
- Smith S, MC Kirsten. Health Literacy: a brief literature review. Produced for the NSW Clinical Excellence Commission, Australia. *Health Literacy Brief* March 2010;1-30
- Kanj M, Mitic W. Consultants to the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region Individual Empowerment Conference Working Document, 2009;16:1-46.
- Baur C. National action plan to improve health literacy; U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. May 2010;7-8

- Hudson S, Rikard R.V, Staiculescu L, Edison K. Improving Health and The Bottom Line: The Case for Health Literacy, Building the Case for Health Literacy Proceedings of a Workshop, page:15-28
- Sorensen K, Pelikan J. M, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z , Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E;Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU), European Journal of Public Health, 2015
- Ozkan S, Dikmen AU, Altunsoy M, Health Literacy Awareness for Healthy Europe (HEAL EU),Baltimore, USA, October 2017
- Parker RM, Wolf MS, Kirsch I. Preparing for an Epidemic of Limited Health Literacy: Weatheringthe Perfect Storm Journal of general internal medicine 2008;23:1273-1276.
- Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Demiray FN, Çakır B, Akalın E, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, 2014.
- T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. 1. Baskı Nisan 2011, ANKARA.
- Nielsen-Bohman L, Panzer Allison M., Kindig D. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Committee on Health Literacy. Institute of Medicine of The National Academies. The National Academies Press. Washington: DC; 2004;65-81.
- Pavlekov G, Stampar A. Croatia Health Promotion And Disease Prevention; Health Literacy. Handbook for teachers, researches, health professionals and decision makers. 2007;463-466 .
- Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. Amerikan Medical Association, 2002; 288(4): 475-482.
- Avrupa Birliği'nde Sağlık Okuryazarlığı Araştırması –Bibliometrik Analiz – 1991-2005.
- European Health Forum Gastein 2004.
- Baker, DW. The meaning and measure of health literacy. Journal of General Internal Medicine, 2006; 21: 878–883.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review AHRQ Evidence Report/Technology Assessment, March 2011, Number 199.
- Davis TC et al. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument. Clinical Research and Methods. 1993, 25(6):391-395.
- Nurss JR, Parker RM, Williams M., Baker DW. TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults. Peppercorn Books&Press. NC. 2001.
- Nurss JR, Parker RM, Baker DW. TOFHLA- Test of Functional Health Literacy in Adults. 1995, Peppercorn Books and Press: Snow Camp, NC, <http://www.peppercornbooks.com>
- Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. Annals of Family Medicine. 2005, 3:514-522.
- Ormanlı M. 12.00-16.11 yaş grubu başarısız öğrencilerin başarı testi performanslarının görsel motor idrakleri ile karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Psikoloji Çalışmaları Dergisi, 1984; 41-52.



# Öğrenci Ebeveynlerinin Genel Özyeterlilik ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Ankara'da İki İlkokul Örneğinde İncelenmesi

*General Self-Efficacy and Health Literacy Levels of Students Parents: Investigation in Two Primary Schools in Ankara*

**Berhiv Altun<sup>1</sup>** 

**Seçil Özkan<sup>2</sup>** 

## Öz

Ebeveynlerde sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile birlikte toplum sağlığı üzerinde önemli bir etkidir. Amaç: Bu araştırma, genel özyeterlilik ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırmanın örneklemini, mayıs-haziran 2016'da Ankara ilinin iki ilçesinden birer ilkokulun 1,2,3 ve 4. sınıflarının birer şubesinde öğrenim gören öğrencilerin ebeveynleridir. Çalışmanın anketi; tanımlayıcı sorular, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Genel Özyeterlilik Ölçeğinden oluşmakta olup 226 ebeveyn değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; Pearson KiKare, Fisher's Exact, Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney U, Student's t, Kruskal Wallis, Tek Yönlü Varyans Analizi ve Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. Bulgular: Yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı % 64,6; genel özyeterlilik puanı da 62,63(±10,34) saptanmıştır. Aynı zamanda genel özyeterlilik ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,70$ ,  $p<0,05$ ). Hem sağlık okuryazarlığı hem de genel özyeterlilik düzeyleri ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Sonuç: Çalışmamızdan da yola çıkarak sağlık okuryazarlığı ile genel özyeterlilik arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu söyleyebiliriz. Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için gösterilen çabalar aynı zamanda sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olan özyeterliliğin de yükseltilmesini sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Okuryazarlığı, Genel Özyeterlilik, Ebeveyn.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Zeytinburnu İlçe Sağlık Müdürlüğü, drberhivaltun@hotmail.com

<sup>2</sup> Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., secilozkan70@gmail.com

## Abstract

Parents' health literacy level is an important factor in health prevention and promotion as well as for community health. Objectives: This study aimed to examine the relationship between general self-efficacy and health literacy levels. Method: This cross-sectional study was conducted between May and June 2016 in two primary schools located in two districts of Ankara. The sample was selected among parents of students attending 1st- 4th years of primary school. Descriptive questions, Turkey Health Literacy and general self-efficacy scales were included in the survey and 226 parents were evaluated. Pearson Chi-square, Fisher's Exact, Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney U, Student's t, Kruskal- Wallis one-way analysis of variance and Spearman correlation tests were used for the analysis. Results: 64.6% of participants had inadequate-limited health literacy and general self-efficacy score was 62.63( $\pm$ 10.34). A positive, powerful and statistically significant relationship was found between general self-efficacy and health literacy( $r=0,70, p<0,05$ ). A statistically significant relationship was found between health literacy and general self-efficacy levels and educational level of participants ( $p<0,001$ ). Conclusion: On the basis of this study, we can say that there is a powerful relationship between health literacy and general self-efficacy. Efforts to promote health literacy will allow the improvement of self-efficacy, which is also an important determinant in the initiation and maintenance of health promoting behaviours.

**Keywords:** Health Literacy, General Self-Efficacy, Parent.

## Giriş

DSÖ, sağlık okuryazarlığını; bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi olarak tanımlamaktadır (Nutbeam, 2000, 2008). Amerikan Tıp Birliği (AMA) ise bu kavramı; sağlık hizmetleri çevresindeki işlevler için temel okuma ve gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi şeklinde açıklamıştır. Bu beceriler, bireylerin reçete edilen ilaçları, randevu fişlerini ve diğer sağlıkla ilgili materyalleri okuma ve anlama kabiliyetlerini de içermektedir (Parker ve diğerleri, 1999). ABD'de yapılan bir çalışmada yetişkinlerin yarısı temel sağlık okuryazarlığına sahip değildir (National Center for Education Statistics, 2006). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak sekiz Avrupa ülkesinde (Yunanistan, Bulgaristan, Hollanda, Almanya, Avusturya, İspanya, İrlanda, Polonya) yapılan çalışmada (The European Health Literacy Survey-HLS-EU, 2012); çalışmaya katılanların yarısına yakınının bu konuda yetersiz veya sorunlu düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Ülkemizde yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda ise erişkin toplumun üçte ikisinin sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu saptanmıştır (Durusu-Tanrıöver, Yıldırım, Demiray-Ready, Çakır ve Akalın, 2014).

Yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi; sağlıkla ilgili bilgi ve mesajların anlaşılmasında zorluklara, bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmasına, sağlık hizmetlerine erişimde problemlere, prosedür ve talimatları yerine getirmede zorluklara, ilaçların düzgün kullanılmasında sıkıntılara, acil servis hizmetlerinin daha fazla kullanılmasına, bireylerin hastalanma düzeyinin yüksek olmasına, kronik hastalık insidansında ve hastaneye yatışlarda artışlara, özellikle yaşlılarda daha kötü bir sağlık düzeyi ve yüksek mortaliteye

ve bunlara paralel olarak sağlık hizmetlerinin maliyetinin artmasına neden olmaktadır (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern ve Crotty, 2011; Kalaça, 2012; Kanj ve Mitic, 2009; Nielsen-Bohman, Panzer-Allison, ve Kindig, 2004)

Özyeterlilik, kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olabilecek biçimde bir edimi başlatıp sonuç alıncaya kadar sürdürülebileceğine olan inancı olarak tanımlanmıştır. Özyeterlilik inancı göreve-duruma özgül ya da genel özyeterlilik olarak incelenmiştir. Göreve özgül özyeterlilik ölçümünde hedeflenen davranışla ilgili özyeterlilik ele alınmaktadır. Göreve özgül özyeterliliğin özgül ölçekler aracılığı ile çalışılmasından çok, literatürde sıklıkla tercih edilen Genel Özyeterlilik Ölçeği hemen her alanda kullanılabilecek bir değerlendirme aracıdır (Bandura, 1994; Bandura,1997; Harrison, Chadwick ve Scales, 1996; Scherbaum, Cohen-Charash ve Kern, 2006).

Eğitim, tıp, psikoloji, işletme gibi çok farklı alanlarda yapılan araştırmalar özyeterlilik inancının davranışlar açısından belirleyici olduğunu göstermektedir (Bandura, 1986). Özyeterlilik düzeyinin yüksek olması bireyin başarısını, motivasyonunu, sağlık durumunu, yaşam kalitesini ve yaşamındaki diğer birçok alanı olumlu yönde etkileyebilmektedir. Sağlığı geliştirme modelinde bireyin özyeterlilik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Jhonson, 1993; Palank, 1991). Sağlığın geliştirilmesi modelinin dışında sağlık psikologları özyeterliliğin diğer birçok sağlık davranışı kuramında da önemli bir bileşen olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık İnanç Modeli kuramı, algılanan davranışsal kontrolü açıklayan kuramlar ve Koruyucu Motivasyon Kuramı'nda bireyin özyeterlilik algısının majör bir belirleyici olduğundan söz edilir (Schwarzer ve Fuchs, 1995)

Sağlık okuryazarlığının birçok faktörlerle etkileşim içinde bulunabileceği, sağlığı geliştiren davranışların başlatılıp sürdürülmesinde etkili olabileceği gibi özyeterlilik üzerinde de etkili olacağı öngörülmekte; ancak özyeterlilik düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır.

Aile toplumsal yapının önemli bir parçasıdır ve bu nedenle ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı konusunda yeterli olması toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir. İki ilkokulda öğrenim gören öğrencilerin ebeveynlerinin katıldığı bu araştırmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin özyeterlilik üzerinde etkili olabileceği öngörülerek bu ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## Yöntem

Kesitsel tipte olan araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olan araştırmacı tarafından Mayıs-Haziran 2016'da Ankara İlinde Çankaya ve Sincan İlçelerinden seçilen iki ilkokulda uygulanmıştır.. Araştırmanın örneklem büyüklüğü Open-Epi programı ile hesaplanmıştır.

Araştırmanın evreni 1252 kişi olup, daha önce Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen sağlık okuryazarlığı araştırmasında (Özkan, Dikmen, Tuzun ve Karakaya, 2016) elde edilen %73,7'lik yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı yüzdesi bilinmeyen sıklık olarak alındığında, % 5 yanılma payı ve % 95 güven aralığında, etki büyüklüğü 1 alındığında 245 veliye ulaşılması hedeflenmiştir. Evrendeki ağırlıklandırılmış yüzdelere dikkate alındığında birinci okuldan 113, ikinci okuldan 132 veliye ulaşılması gerektiği hesaplanmıştır. Her iki okulda 1,2,3,4. Sınıflardan 1'er şube örneğe alınmıştır.



Seçilen şubelerdeki öğrencilerden okulda bulunanların tamamına, okula gelmeyenler için ise sınıf öğretmenleri aracılığıyla iletilmek üzere, kapalı zarf içindeki anket formları verilerek ebeveynlerine ulaştırılmıştır. Birinci okuldan geri dönüşlerde gelmeyen ya da eksik bırakılan anketler çıkarıldığında geriye kalan 104 (%92,0) anket çalışmaya dahil edilmiştir. İkinci okuldan geri dönüşlerde geri gelmeyen ya da eksik bırakılan anketler çıkarıldığında geriye kalan 122 (%92,4) anket çalışmaya dahil edilmiştir. Her iki okuldan toplam 226 anket çalışmaya alınmıştır (ulaşım yüzdesi %92,2).

Araştırmada veri kaynağı olarak “Öğrenci Ebeveynlerinin Genel Özyeterlilik ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Ankara’da İki İlkokul Örneğinde İncelenmesi” anket formu kullanılmıştır. Anket 3 bölüm, 67 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölüm 18 sorudan oluşup; kişinin yaşı, mesleği, öğrenim durumu, çocuğunun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, anne ve babasının yaşayıp yaşamadığı, kiminle yaşadığı, evde yaşayan toplam kişi sayısı, çocuğun annesinin öğrenim durumu, mesleği, yaşı, çocuğun babasının öğrenim durumu, mesleği, yaşı, ailenin sosyal güvencesi ve ekonomik durum algısı maddelerini içeren tanımlayıcı sorulardan oluşmaktadır.

İkinci bölümde 32 soruluk Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) bulunmaktadır. 1-4 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. TSOY-32, tedavi-hizmet ve hastalıklardan korunma ile sağlığını geliştirilmesi üzerine iki temel boyut içerir. Sağlık Bakanlığı tarafından güvenilirlik ve geçerliliği yapılan ölçeğin Türkçe’de güvenilirliği; iç tutarlık (Cronbach Alfa) ile incelenmiş ve genel iç tutarlık katsayısı; 0.927 olarak saptanmıştır. TSOY-32, indekslerle uygun hesaplamalara izin vermek ve karşılaştırmaları basitleştirmek amacıyla 0(sıfır) ila 50 arasında değer alacak şekilde standartlaştırılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016):

Formül=İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]

İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

1= Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin en düşük sıfır olmasına neden olur)

3= Ortalamanın aralığı

50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoriye ayrılmıştır :

(0-25) puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı,

(>25-33) puan : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı,

(>33-42) puan : yeterli sağlık okuryazarlığı,

(>42-50) puan : mükemmel sağlık okuryazarlığı

Üçüncü bölümde 17 soruluk genel özyeterlilik ölçeği bulunmaktadır. Sherer ve diğerleri (1982) tarafından geliştirilmiş 23 maddelik Özyeterlilik Ölçeği'nin (Self-Efficacy Scale)

17 maddelik genel özyeterlilik alt grubu maddelerinin Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından Türkçeye uyarlanarak elde edilmiş olan genel özyeterlilik ölçeği kullanılmıştır. Beşli Likert tipinde hazırlanmış olan bu ölçekten en az 17 puan, en fazla 85 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin özyeterlilik algısının iyi olduğunu göstermektedir, bunun dışında düzey sınıflandırması bulunmamaktadır. Türkçe formunun geçerlilik güvenilirliği yine Yıldırım ve İlhan tarafından yapılmış olup tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0,80; test tekrar test güvenilirlik katsayısı ise (Pearson r) 0,69; ( $p < 0,001$ ) olarak bulunmuştur.

Araştırma veri analizi, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc. Chicago, IL) istatistik paket programı aracılığıyla hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama  $\pm$  standart sapma, ortanca (en küçük - en büyük), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde Pearson Ki-Kare ve Fisher's Exact testi uygulanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi, normal dağılıma uyduğu saptanan değişkenler için Student's t testi, üç ve daha fazla bağımsız grup arasında normal dağılıma uygun olma durumuna göre Kruskal Wallis Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır. Üç ve daha fazla bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını saptamaya yönelik Bonferroni Düzeltmesi (post-hoc analizleri) uygulanmıştır. Varyansların homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiştir. En az biri normal dağılmayan ya da ordinal olan değişkenler arası ilişkiler için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar Spearman Korelasyon testi ile hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir. Korelasyon katsayısına göre ilişki durumu değerlendirildiğinde; katsayı değeri 0 ile 0,24 arasında zayıf, 0,25 ile 0,49 arasında orta, 0,50 ile 0,74 arasında güçlü ve 0,75 ile 1,00 arasında ise çok güçlü ilişki olarak kabul edilmiştir (Aksakoğlu, 2001).

Çalışmanın ilköğretim gören öğrencilerin ebeveynleri üzerinden yürütülmesi nedeniyle; ileri yaşlı bireylerin değerlendirememesi kısıtlılıklardan biridir. Buna ek olarak, katılımcıların sadece kendi ifadelerine dayalı bilgilerin alınması ise çalışmanın başka bir kısıtlılığını oluşturmaktadır.

## Bulgular

Araştırmaya toplam 226 ilköğretim öğrencisinin ebeveyni dahil edildi. Öğrencilerin %54,0'ı Sincan İlçesindeki İO'da, %46,0'ı Çankaya İlçesindeki İO'da öğrenim görmekteydi. Öğrencilerin %24,8'i ilköğretim 1. Sınıf, %25,2'si 2. Sınıf, %25,7'si 3. Sınıf ve %24,3'ü 4. Sınıftaydı. Ailesi bir ve iki çocuk sahibi olan öğrencilerin yüzdesi Çankaya İlçesindeki İO'a göre Sincan İlçesindeki İO'da anlamlı olarak düşükken, ailesi üç ve daha fazla çocuk sahibi olan öğrencilerin yüzdesi ise anlamlı olarak yüksekti. Yine evdeki kişi sayısı Çankaya İlçesindeki İO'a göre Sincan İlçesindeki İO'da anlamlı olarak daha yüksekti. Tablo 1'de formu dolduran ebeveynlerin bazı tanımlayıcı özellikleri verilmiştir.

**Tablo 1. Formu Dolduran Ebeveynin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri, Ankara, 2016**

		(n=226)
<b>Formu Dolduran Ebeveyn, n (%)</b>		
	Anne	146 (64,6)
	Baba	80 (35,4)
<b>Formu Dolduran Ebeveynin Yaşı (yıl), <math>\bar{X} \pm S</math> (min-maks)</b>		37,30 $\pm$ 5,55 (24-60)
<b>Formu Dolduran Ebeveynin Öğrenim Düzeyi, n (%)</b>		
	İlkokul	29 (12,8)
	Ortaokul	42 (18,6)
	Lise	80 (35,4)
	YO/Üniversite	75 (33,2)
<b>Formu Dolduran Ebeveynin Mesleği, n (%)</b>		
	Ev hanımı	92 (40,7)
	Memur	55 (24,3)
	İşçi	50 (22,1)
	Serbest meslek	15 (6,6)
	İşsiz	3 (1,3)
	Emekli	3 (1,3)
	Çiftçi	1 (0,4)
	Diğer	7 (2,6)
<b>Formu Dolduran Ebeveynin Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu, n (%)</b>		
	Çalışmıyor	95 (42,0)
	Çalışıyor	131 (58,0)
<b>Ebeveyne Göre Ailenin Ekonomik Düzeyi, (n (%))</b>		
	Kötü	11 (4,9)
	Orta	183 (81,0)
	İyi	32 (14,1)
<b>Ailenin Sosyal Güvence Durumu, n (%)</b>		
	Yok	7 (3,1)
	Var	219 (96,9)
$\bar{X}$ : Ortalama; S: Standart sapma, % Kolon yüzdesi		

Formu dolduran ebeveynlerden öğrenim düzeyi yüksekokul/üniversite olanların yüzdesi, Sincan İlçesindeki İÖ'a göre Çankaya İlçesindeki İÖ'da anlamlı olarak yüksek, öğrenim düzeyi ilkokul ve ortaokul olanların yüzdesi ise anlamlı olarak düşük bulundu.

Araştırma kapsamında incelenen ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı (SOY) indeks skoru ortalaması 29,99±9,12 (min:3,13-maks:50,0) olup %33,6'sının sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde, %31,0'ının sınırlı-sorunlu, %23,9'u yeterli ve %11,5'i mükemmel düzeydeydi. Tablo 2'de öğrencilerin öğrenim gördükleri okullar açısından anket formunu dolduran ebeveynlerin SOY indeksi ve düzeyi ile genel özyeterlilik (GÖY) ölçek skorunun dağılımı verilmiştir.

**Tablo 2. Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Okullar Açısından Anket Formunu Dolduran Ebeveynlerin SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016**

(n=226)	Çankaya İlçesindeki İO (n=104)		Sincan İlçesindeki İO (n=122)		P
	$\bar{X}\pm S$		$\bar{X}\pm S$		
<b>SOY İndeksi</b>		34,49±9,03	26,16±7,29	<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>	
<b>SOY Düzeyi, n (%)</b>					
	Yetersiz	18 (17,3)	58 (47,5)	<b>&lt;0,001</b>	
	Sorunlu-Sınırlı	27 (26,0)	43 (35,2)		
	Yeterli	36 (34,6)	18 (14,8)		
	Mükemmel	23 (22,1)	3 (2,5)		
<b>GÖY</b>		68,48±9,59	57,65±8,13	<b>&lt;0,001<sup>b</sup></b>	
	Düşük	25(24,0)	90(73,8)	<b>&lt;0,001</b>	
	Yüksek	79(76,0)	32(26,2)		
$\bar{X}$ : Ortalama; S: Standart sapma; % Kolon yüzdesi; SOY: Sağlık Okuryazarlığı; GÖY: Genel Özyeterlilik; İO:İlkokul ; aStudent's T Testi; bMann-Whitney U Testi					

Araştırmaya katılanların çocuk sayıları ile SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu SOY İndeksi ve GÖY ölçek skorlarındaki anlamlı farkların "3 ve daha fazla" çocuğu olanlardan kaynaklandığı görüldü. Üç ve daha fazla çocuğu olan ebeveynlerin SOY indeksi ve GÖY skoru 1 ve 2 çocuğu olanlardan anlamlı olarak düşüktü. Ayrıca "3 ve daha fazla" çocuğu olan ebeveynler içinde sağlık okuryazarlığı "yetersiz" düzeyde olanların yüzdesi 1 ve 2 çocuğu olanlardan anlamlı olarak yüksek iken sağlık okuryazarlığı "mükemmel" düzeyde olanların yüzdesi anlamlı olarak düşüktü. Tablo 3'te anket formunu dolduran ebeveynin cinsiyetine göre SOY indeksi ve düzeyi ile GÖY ölçek skorunun dağılımı verilmiştir.

**Tablo 3. Anket Formunu Dolduran Ebeveyne Göre SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016**

(n=226)		Formu Dolduran Anne (n=146)	Formu Dolduran Baba (n=80)	p
		$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$	
<b>SOY İndeksi</b>		29,44±9,44	30,97±8,48	0,075*
<b>SOY Düzeyi, n (%)</b>				
	Yetersiz	57 (39,1)	19 (23,8)	<b>0,030</b>
	Sorunlu-Sınırlı	44 (30,1)	26 (32,4)	
	Yeterli	27 (18,5)	27 (33,8)	
	Mükemmel	18 (12,3)	8 (10,0)	
<b>GÖY</b>		61,34±10,45	64,99±9,77	<b>0,006*</b>
	Düşük	85(58,2)	30(37,5)	<b>0,003</b>
	Yüksek	61(41,8)	50(62,5)	
$\bar{X}$ : Ortalama; S: Standart sapma; % Kolon yüzdesi; SOY: Sağlık Okuryazarlığı; GÖY: Genel Özyeterlilik; *Mann-Whitney U Testi				

Araştırmaya dahil edilen ebeveynlerin öğrenim düzeylerine göre SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu yüksekokul/üniversite mezunu ebeveynlerin SOY indeksi ve GÖY skoru lise, ilköğretim (ortaokul ve ilkokul) mezunu ebeveynlere göre anlamlı olarak yüksekti. Yine lise mezunu ebeveynlerin SOY indeksi ve GÖY skoru ilköğretim (ortaokul ve ilkokul) mezunlarına göre anlamlı olarak yüksekti.

Anket formunu dolduran ebeveynin gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Formu dolduran ebeveynlerden gelir getiren bir işte çalışmayanlara göre çalışanların SOY indeksi ve GÖY ölçek skoru anlamlı olarak yüksekti. Ayrıca gelir getiren bir işte çalışan ebeveynler içinde sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olanların yüzdesi çalışmayan ebeveynlere göre anlamlı olarak düşükken, sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel düzeyde olanların yüzdesi ise anlamlı olarak yüksekti.

Anket formunu dolduran ebeveynin bakış açısına göre ailenin ekonomik düzeyi ile ebeveynin SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skoru arasında istatistiksel olarak

anamlı fark saptandı ( $p < 0,05$ ). Yapılan post-hoc karşılaştırmalar sonucu SOY indeksindeki anlamlı farkın ailesinin ekonomik durumunu “iyi” olarak beyan edenlerden kaynaklandığı görüldürken, GÖY ölçek skorundaki anlamlı farkın ise belirtilen tüm ekonomik gruplar arasında olduğu görüldü. Ayrıca ailesinin ekonomik durumunu “iyi” olarak belirtenlerin içinde sağlık okuryazarlığı düzeyi “yetersiz” olanların yüzdesi ailesinin ekonomik durumunu “orta” ve “kötü” olarak belirtenlere göre anlamlı olarak düşükken, sağlık okuryazarlığı düzeyi “mükemmel” olanların yüzdesi ise anlamlı olarak yüksekti. Tablo 4’te SOY indeksi ve GÖY skoru ile bazı tanımlayıcı özelliklerin arasındaki ilişki verilmiştir.

**Tablo 4. SOY İndeksi ve GÖY Skoru ile Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Arasındaki İlişki, Ankara, 2016**

(n=226)		SOY İndeksi	GÖY
Öğrencinin Yaşı (yıl)	R	0,088	-0,056
	p	0,188	0,405
Evdeki Kişi Sayısı	R	<b>-0,230</b>	<b>-0,196</b>
	p	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,003</b>
Formu Dolduran Ebeveynin Yaşı (yıl)	R	0,102	<b>0,204</b>
	p	0,126	<b>0,002</b>
Annenin Yaşı (yıl)	R	0,026	0,069
	p	0,695	0,304
Babanın Yaşı (yıl)	R	0,085	<b>0,151</b>
	p	0,202	<b>0,023</b>
SOY İndeksi	R	1,000	<b>0,703</b>
	p	-----	<b>&lt;0,001</b>

r: Spearmankorelasyon katsayısı; SOY: Sağlık Okuryazarlığı; GÖY: Genel Özyeterlilik

Yapılan Lojistik regresyon analizinde okul, ailenin ekonomik düzeyi, formu dolduran ebeveyn ve formu dolduran ebeveynin öğrenim düzeyi ile GÖY ölçeğinden alınan puan arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Çocuk sayısı, diğer ebeveynin öğrenim düzeyi ve formu dolduran ebeveynin çalışma durumu ile GÖY ölçeğinden alınan puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Tablo 5’te SOY ölçeğinden alınan puanı etkileyen bazı faktörler için lojistik regresyon analizi sonuçları verilmiştir.

**Tablo 5. SOY Ölçeğinden Alınan Puanı Etkileyen Bazı Faktörler için Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları, Ankara, 2016**

		OR (%95 GA)	p
<b>Okul</b>			
	<b>Sincan İO (n=122)</b>	Referans	
	<b>Çankaya İO (n=104)</b>	1,14 (0,55-3,80)	0,461
<b>Çocuk Sayısı</b>			
	<b>1 Çocuk (n=22)</b>	Referans	
	<b>2 Çocuk (n=159)</b>	2,44 (0,74-8,02)	0,143
	<b>≥3 Çocuk (n=45)</b>	2,36 (0,51-10,92)	0,272
<b>Formu Dolduran Ebeveyn</b>			
	<b>Anne (n=146)</b>	Referans	
	<b>Baba (n=80)</b>	1,58 (0,62-3,98)	0,333
<b>Formu Dolduran Ebeveynin Öğrenim Düzeyi</b>			
	<b>İlköğretim (n=71)</b>	Referans	
	<b>Lise (n=80)</b>	<b>31,23 (3,84-254,33)</b>	<b>0,001</b>
	<b>YO/Üniversite (n=75)</b>	<b>87,22 (9,13-833,39)</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Diğer Ebeveynin Öğrenim Düzeyi</b>			
	<b>İlköğretim(n=80)</b>	Referans	
	<b>Lise (n=79)</b>	1,22 (0,40-3,66)	0,726
	<b>YO/Üniversite (n=67)</b>	1,93 (0,45-8,21)	0,375
<b>Formu Dolduran Ebeveynin Çalışma Durumu</b>			
	<b>Çalışmıyor (n=95)</b>	Referans	
	<b>Çalışıyor (n=131)</b>	0,70 (0,25-1,94)	0,495
<b>Ailenin Ekonomik Düzeyi</b>			
	<b>Kötü (n=11)</b>	Referans	
	<b>Orta (n=183)</b>	0,56 (0,09-3,63)	0,547
	<b>İyi (n=32)</b>	1,09 (0,15-7,85)	0,934
GA: Güven Aralığı. SOY: Sağlık Okuryazarlığı İO: İlkokul			

## Tartışma

Eğitim, tıp, psikoloji, işletme gibi çok farklı alanlarda yapılan araştırmalar özyeterlilik inancının davranışlar açısından belirleyici olduğunu göstermektedir (Bandura, 1986). Özyeterlilik düzeyinin yüksek olması bireyin başarısını, motivasyonunu, sağlık durumunu, yaşam kalitesini ve yaşamındaki diğer birçok alanı olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Sağlık psikologları özyeterliliğin birçok sağlık davranışı kuramında önemli bir bileşen olduğunu belirtmişlerdir (Jhonson, 1993; Palank, 1991). Yapılan bir çok çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe bireylerin daha fazla olumlu sağlık davranışı sergilediği görülmüştür. İyi birer sağlık okuryazarı olan bireylerin koruyucu hizmetlerden daha etkin, ileri basamak sağlık hizmetlerinden gerektiği kadarıyla yararlandığı ve sağlık iletişimde daha başarılı olması nedeniyle tedavi ve bakım hizmetlerinden en etkin şekilde faydalandığı görülmüştür. Tüm bunlarla ilişkili olarak sağlık maliyetlerinin azalacağı vurgulanmaktadır (Council of Scientific Affairs, 1999; Davis, Michielutte, Askov, Williams ve Weiss, 1998; Vernon, Trujillo, Rosenbaum ve DeBuono, 2007).

Araştırma kapsamına 226 ebeveyn alınmıştır. Anket formunu dolduran ebeveynlerin üçte ikisi annelerdir, bu durum annelerin çocukla olan sosyal etkileşimlerinin babalara oranla daha fazla olmasına bağlı olarak çalışmaya katılmada daha fazla gönüllülük göstermeleri ile açıklanabilir. Formu dolduran ebeveynlerin üçte ikisi lise ve üstü eğitime sahiptir. Ebeveynler açısından eğitim düzeyleri incelendiğinde ise; lise ve üstü eğitim düzeyindeki babaların sıklığı anneler göre daha fazladır. Okul düzeyinde incelediğimizde Çankaya İlçesindeki formu dolduran ebeveynlerin neredeyse tamamı lise ve üstü (%95) eğitim seviyesine sahip iken, Sincan İlçesindeki ebeveynlerin yarısından biraz fazlası lise ve üstü eğitim seviyesindedir. Türkiye genelindeki eğitim düzeyi ile değerlendirildiğinde Çankaya İlçesindeki katılımcıların eğitim seviyesi oldukça yüksektir. Formu dolduran katılımcıların eşlerini değerlendirdiğimizde de lise ve üstü eğitim seviyeleri Çankaya ve Sincan İlçeleri için formu dolduran katılımcılarla benzerlik göstermektedir.

Her beş katılımcıdan ikisi gelir getiren bir işte çalışmamakla birlikte ilçe düzeyinde incelediğimizde; Çankaya İlçesindeki katılımcılarda bu sıklık azalırken Sincan İlçesinde artmaktadır. Bu durum da Çankaya İlçesine göre Sincan İlçesindeki annelerin çoğunlukla ev hanımı olmasından kaynaklanmaktadır. Katılımcıların çok az bir kısmı hariç, tamamına yakını ailelerinin ekonomik düzeyini orta ve üstü olarak belirtmiştir, ilçe düzeyinde değerlendirildiğinde her iki ilçe için benzer sonuçlar görülmektedir. Avcı (2013) tarafından annelerin sağlık okuryazarlığını değerlendiren bir çalışmada da katılımcıların büyük çoğunluğu ailesinin ekonomik durumunu orta ve üstü olarak belirtmiştir.

Ailelerin sosyal güvence durumu incelendiğinde; neredeyse tamamına yakını bir sosyal güvencelerinin olduğunu belirtmiştir. Baba meslekleri incelendiğinde; Sincan ilçesindekilerin büyük çoğunluğu işçi, Çankaya İlçesindekilerin yarısından biraz fazlası memurdur. Anne meslekleri incelendiğinde ise Sincan İlçesindeki annelerin büyük çoğunluğu ev hanımıdır. Çankaya İlçesindeki annelerin yarısından azı ev hanımıyken, her üç anneden biri memurdur. Anne ve babaların meslekleri bölgelere göre değerlendirildiğinde eğitim düzeyi ile tutarlı olduğu görülmektedir.



Çalışmamızda katılımcılar sağlık okuryazarlığı (SOY) düzeylerine göre incelendiğine; yetersiz SOY düzeyi %33,6; sınırlı SOY düzeyi % 31 'dir. Başka bir deyişle; yetersiz ve sınırlı SOY düzeyi %64,6'dır. Bu da çalışmaya katılan her üç kişiden sadece birinin sağlık okuryazarlığının iyi olduğunu göstermektedir. Durusu-Tanrıöver ve arkadaşlarının (2014) gerçekleştirdiği Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında da yetersiz SOY düzeyi %24,5; sınırlı SOY düzeyi % 40,1; yetersiz ve sınırlı SOY düzeyi birlikte ele alındığında %64,6 ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Sekiz ülkede yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında (The European Health Literacy Survey, 2012) yetersiz-sınırlı SOY düzeyi %47,6 bulunmuştur. Avrupa çalışmasında her iki kişiden birinin iyi sağlık okuryazarı olduğu söylenebilirken; hem bizim çalışmamızda hem de Durusu-Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada her üç kişiden birinin iyi sağlık okuryazarı olduğunu söyleyebiliriz. Yine Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın 2016 'da gerçekleştirdiği sağlık okuryazarlığı çalışmasında (Özkan, Dikmen, Tuzun ve Karakaya, 2016) yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi oldukça yüksek (%73,7) bulunmuştur. Avcı (2013) tarafından REALM, TOFHLA, S-TOFHLA testleriyle annelerin sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği çalışmada da düşük-yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyleri %40'larda bulunmuştur. Çalışmamızla kıyaslandığında bu çalışmadaki sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha iyi bulunmasının, katılımcıların eğitim düzeyinin daha yüksek olması ve farklı ölçüm yöntemlerinin kullanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Amerika'da 65 yaş ve üstü hastalar seçilerek S-TOFHLA testi kullanılarak yapılan başka bir çalışmada ise anadili İngilizce olan hastaların yaklaşık üçte birinin, anadili İspanyolca olan hastaların ise yarısının yetersiz ya da düşük düzeyde sağlık okuryazarı oldukları görülmüştür (Gazmararian, Williams, Peel ve Baker, 2003). Amerika'da yapılan başka bir çalışmada "Amerika'da Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık" (Health Literacy and Health in America, 2004) halkın %46'sının yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Yine Amerika'da yapılan 'Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi"(National Center for Education Statistics, 2006) çalışmasına göre her üç yetişkinden biri yetersiz-düşük sağlık okuryazarıdır. Tüm bu çalışmalar göz önüne alındığında; çalışmamızda saptanan yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinin benzer ölçüm yöntemleri kullanılarak yapılan yurtiçi çalışmalarla yakın olduğu görülmektedir. Yurtdışı çalışmalara göre ise; bizim çalışmamızda yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı daha fazla bulunmuştur.

SOY indeksleri incelendiğinde; çalışmamızda 29,99(±9,12); Durusu-Tanrıöver ve arkadaşlarının (2014) gerçekleştirdiği Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında 30,4(±0,16) ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında (The European Health Literacy Survey, 2012) ise 33,8(±8,0) puan ortalamaları bulunmuştur. Bu yönüyle değerlendirildiğinde de çalışmamızda bulunan indeks değerinin sınırlı SOY düzeyinde olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda 17 soruluk genel özyeterlilik ölçeği kullanıldığı dikkate alındığında; alınabilecek puanlar 17 ile 85 arasındadır. Çalışmada genel özyeterlilik ölçeğinden alınan ortalama puan 62,63(±10,34) olarak saptanmıştır. Benzer bir genel özyeterlilik ölçeği kullanan öğretmen adaylarının genel özyeterliliğinin değerlendirildiği bir çalışmada ortalama puan 46,29(±7,40) olarak bulunmuş ve ölçek her ne kadar düzey sınıflandırmasına sahip olmasa da, ilgili çalışmada orta seviyede olduğu değerlendirilmiştir (Uysal ve Kösemen, 2013). Hemşirelerin egzersiz davranışları, özyeterlilik düzeyleri ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı 23 sorudan oluşan başka bir çalışmada da özyeterlilik puan ortalamaları 74.1(±12.0) olarak bulunmuştur, bu ölçekten alınabilecek puanların 23 ile 115 arasında olduğu düşünülürse çalışmamızdaki değerlerin biraz daha altında olmakla birlikte yakın sonuçlar gösterdiği söylenebilir (Doğan ve Ayaz, 2015). Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından yapılan Türkçe Genel Özyeterlilik Ölçeğinin geçerlilik, güvenilirlik çalışmasında da ölçekten alınan ortalama puanın 63,32(±9.9) olarak bulunduğu göz önüne alındığında çalışmamızdaki sonuçların oldukça benzer olduğu görülmektedir.

Çalışmanın yapıldığı ilçeler tek tek değerlendirildiğinde; Çankaya İlçesindeki katılımcıların beşte ikisinin, Sincan İlçesindekilerin ise beşte dördünün yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Aynı şekilde ebeveynlerin genel özyeterlilik puanları da Sincan İlçesine göre; Çankaya İlçesinde istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Yani Çankaya İlçesindeki ebeveynlerin hem sağlık okuryazarlığı hem de genel özyeterliliği yüksek bulunmuştur. Yapılan Lojistik regresyon analizi sonrası ilçelere-okullara göre sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki bu fark ortadan kalkmıştır. Bu durumun Çankaya İlçesindeki formu dolduran ebeveynlerin eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ( $p<0,001$ ).

Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflar ve öğrenci cinsiyetleri ile ebeveynlerinin sağlık okuryazarlığı ve genel özyeterlilikleri arasında beklendiği gibi istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Öğrenci ailelerinin çocuk sayıları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve genel özyeterlilik arasında istatistiksel olarak bulunan anlamlı farkın üç ve üzeri çocuğa sahip ebeveynlerden kaynaklandığı saptanmıştır. Lojistik regresyon analizi yapıldığında ise çocuk sayısı ile SOY düzeyi ve GÖY skoru arasında anlamlı ilişkinin ortadan kalktığı görülmüştür.

Anket formunu dolduran ebeveynlerden annelere göre; babaların GÖY skoru ve SOY düzeyleri istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır. Ancak Lojistik regresyon analizi yapıldığında ise formu dolduran ebeveyn ile SOY düzeyi arasında anlamlı ilişkinin ortadan kalktığı saptanmıştır. Formu dolduran ebeveynin eğitim düzeyi arttıkça SOY düzeyi ve GÖY skorunun da arttığı saptanmıştır. Sonrasında yapılan lojistik regresyon analizi ile de bu durum güçlü bir şekilde desteklenmiştir. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda formu dolduran ebeveynlerin gelir getiren bir işte çalışması ile genel özyeterlilik ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ilişkisi saptanamamıştır. Ailenin ekonomik düzeyi ile GÖY arasında ilişki saptanırken; SOY ile saptanamamıştır.

Çalışmamızda genel özyeterlilik skoru ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=0,70$ ,  $p<0,05$ ). Çalışmamız kapsamında sağlık okuryazarlığı ile genel özyeterliliğin birbiriyle ilişkili iki kavram olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Çalışmamızda katılımcıların yaşı ile genel özyeterlilik skoru arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır ( $r=0,20$ ,  $p<0,05$ ). Literatür incelendiğinde; yapılan bazı çalışmalarda özyeterliliğin yaşla ilişkisi bulunurken bazılarında ise yaştan bağımsız olduğu görülmüştür (Aypay, 2010; Scholz, Gutierrez- Dona, Sud ve Schwarzer, 2002; Uysal ve Kösemen, 2013; Yıldırım ve İlhan, 2010). Çalışmamızda katılımcı ebeveynin cinsiyeti ile genel özyeterlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve erkeklerde genel özyeterlilik puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır OR:4,14 (%95GA.1,31-13,01)( $p<0,05$ ). Ancak literatürde genel özyeterlilik algısının cinsiyete göre pek değişmediği görülmüştür (Endler, Speer, Johnson ve Flett, 2001; Uysal ve Kösemen, 2013; Yıldırım ve İlhan, 2010).

## Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı % 64,6; genel özyeterlilik puanı da 62,63( $\pm 10,34$ ) saptanmıştır. Aynı zamanda genel özyeterlilik ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,70$ ,  $p<0,05$ ). Hem sağlık okuryazarlığı hem de genel özyeterlilik düzeyleri ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Katılımcıların yaşı ile genel özyeterlilik skoru arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır ( $r=0,20$ ,  $p<0,05$ ).

Özyeterlilik düzeyinin yüksek olması bireyin başarısını, motivasyonunu, sağlık durumunu, yaşam kalitesini ve yaşamındaki diğer birçok alanı olumlu yönde etkileyebildiği bilinmektedir. Çalışmamızdan da yola çıkarak sağlık okuryazarlığı ile genel özyeterlilik arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu söyleyebiliriz. Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için gösterilen çabalar aynı zamanda sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olan özyeterliliğin de yükseltilmesini sağlayacaktır.

Yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığının; düşük oranlarda koruyucu sağlık hizmeti kullanımına, sağlık arama davranışında gecikmeye, kendi sağlık durumunu değerlendirmede ve öz bakımda yetersizliğe, sağlığa ilgili talimatlara ve önerilere uymamaya, hastalanma riski, hastalıklarla ilişkili ölümler ve sağlık harcamalarında artışa yol açtığı bilinmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkili sağlık hizmetlerinin gereksiz, aşırı, az ya da yanlış kullanımı hastaların kaliteli sağlık hizmeti almasında ciddi bir engeldir. Bu yönleriyle değerlendirildiğinde düşük sağlık okuryazarlığı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülebilir.

Sağlık hizmetlerinin doğru bir şekilde kullanılmamasına bağlı olarak düşük sağlık okuryazarlığından en çok etkilenen sistemin sağlık sistemi olduğunu söyleyebiliriz. Ancak sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde sorumluluk tek başına bireylerin ya da sağlık sisteminin değildir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için farklı disiplinlerin çabasına ihtiyaç vardır. Böylece bu çabaya sağlık sistemi dışında; akademik çevre, eğitim, iş, iletişim sektörleri ve sivil toplum örgütleri de katılmalıdır. Yön verebilmek adına, farklı zamanlarda süreklilik içinde yapılacak olan çalışmalarla toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyleri ölçülerek verilen çabanın etkisi de değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda da görüldüğü gibi sağlık okuryazarlığı üzerinde başat belirleyicinin genel eğitim düzeyi olduğu bilinmektedir. Ancak yüksek eğitimi olmanın tek başına sağlık okuryazarlığını yükseltmeye yeterli olmayacağı akılda tutulmalıdır. Bu nedenle hayat boyu öğrenme olarak bilinen kavramın, sağlık okuryazarlığının gelişmesinde birçok ülkenin eğitim politikasında önemli bir uygulama alanı haline gelmesini dikkate alarak; ülkemizde de politika üreticilerinin ve yukarıda sözü edilen sektör ve oluşumların bu yolda faaliyet göstermesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

## Kaynakça

- Aksakoğlu, G. (2001). *Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları.
- Avcı, E. (2013). Annelerin Anne Sütü ile İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Saptama (Uzmanlık Tezi). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Aypay, A. (2010). Genel Öz Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(2), 113-131.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura., A. (1994). Self-efficacy. *Encyclopedia of Human Behavior*, Ramachaudran (Ed.), New York. Academic Press, 4, 71-81.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. New York, Freeman.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. ve Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Council of Scientific Affairs (1999). Health Literacy: Report of the Council of Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, *American Medical Association*, JAMA, 281, 552-527.
- Davis, T.C., Michielutte, R., Askov, E.N., Williams, M.V. ve Weiss, B.D. (1998). Practical Assessment of Adult Literacy in Health Care, *Health Education and Behavior*, 25(5), 613-624.

- Doğan R. ve Ayaz S. (2015). Hemşirelerin Egzersiz Davranışları, Öz Yeterlilik Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4), 287-295.
- Durusu-Tanrıöver, M., Yıldırım HH., Demiray-Ready FN., Çakır, B. ve Akalın HE. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Ankara, Sağlık-Sen Yayınları.
- Endler, N.S., Speer, R.L., Johnson, R.M. ve Flett, G.L. (2001). General Self-Efficacy and Control in Relation to Anxiety and Cognitive Performance. *Social Spring*, 20(1), 36-52.
- European Health Literacy Survey (2012). Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. Erişim adresi: <https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>
- Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Peel, J. ve Baker, D.W. (2003). Health Literacy and Knowledge of Chronic Disease. *Patient Education Counseling*, 51(3), 267-75.
- Harrison, J.K., Chadwick, M. ve Scales, M. (1996). The relationship between cross-cultural adjustment and the personality variables of selfefficacy and self-monitoring. *Int J Intercultural Rel*, 20(2), 167-188.
- Health Literacy and Health in America (2004, April). Policy Information Report. Erişim adresi: <https://www.ets.org/Media/Research/pdf/PICHEATH.pdf>
- Jhonson, J.L. (1993). An exploration of Pender' s Health Promotion Model using Lisrel, *Nursing Research*, 42(3), 132-37.
- Kalaça, S. (2012, Ekim). Marmara Üniversitesi Haydarpaşa kampüsünde sağlık okur-yazarlığı hakkında bir araştırma. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa.
- Kanj, M. ve Mitic, W. (2009). Consultants to the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examplesin the Eastern Mediterranean RegionIndividual Empowerment Conference Working Document, 16, 1-46.
- National Center for Education Statistics (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: U.S. Department of Education. Erişim adresi: <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>
- Nielsen-Bohman, L., Panzer Allison, M. ve Kindig, D. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Committee on Health Literacy. *Institute of Medicine of The National Academies. The National Academies Press*, 65-81. Washington: DC.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3): 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67: 2072–2078.
- Ozkan, S., Dikmen, A.U., Tuzun, H. ve Karakaya, K. (2016). Prevalence and determiners of health literacy in Turkey. *European Public Health Conference*, Vienna.
- Palank, C.L. (1991). Determinants of health promotive behavior, *Nurs Clin North Am*, 26(4), 815-31.
- Parker, R. M., Williams, M. V., Weiss, B. D., Baker, D. W., Davis, T. C., Doak, C. C.,... Dickinson, B.D. (1999). Health literacy-report of the council on scientific affairs. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552-557.

- Scherbaum, C.A., Cohen-Charash, Y. ve Kern, M.J. (2006). Measuring General Self-Efficacy: A Comparison of Three Measures Using Item Response Theory. *Educ Psychol Meas*, 66 (6), 1047-1063.
- Schwarzer, R. ve Fuchs, R. (1995). Self-efficacy and health behaviors, To appear in :Conner M, Norman P Predicting Health Behavior. Research and Practice with Social Cognition Models, Buehingham open university press. Erişim adresi: <http://userpage.fu-berlin.de/gesund/publicat/conner9.htm>
- Scholz, U., Gutierrez- Dona, B., Sud, S. ve Schwarzer, R. (2002). Is general self efficacy a universal construct? *European Journal of Psychological Assessment*, 18 (3), 242-251.
- Sherer, M., Maddux, James E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. ve Rogers, Ronald W. (1982). The self-efficacy scale construction and validation, *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2016, Mayıs). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı lekleri Gvenirlik ve Geçerlilik alışması (Yayın No: 1025).
- Uysal, İ. ve Kösemen, S. (2013). Öğretmen Adaylarının Genel z-Yeterlik İnançlarının İncelenmesi. *Eğitim ve ğretim Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 217-226.
- Vernon, John A., Trujillo, A., Rosenbaum, S. ve DeBuono, B. (2007). Report on The Low Health Literacy: Implications for National Health Policy. University of Connecticut.
- Yıldırım, F. ve İlhan, İ.. (2010). Genel zyeterlilik leği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik alışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 301-308.



# Prevalence and Determiners of Health Literacy in Turkey

*Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Belirleyicileri*

**Seçil Özkan<sup>1</sup>** 

**Asiye Uğraş Dikmen<sup>2</sup>** 

**Hakan Tüzün<sup>3</sup>** 

**Kağan Karakaya<sup>4</sup>** 

## Öz

**Amaç:** Sağlık okuryazarlığının (SOY) sınırlı düzeyde olması, Türkiye’deki önemli konulardan biridir. Avrupa SOY Ölçeği (HLS-EU) anketinin geçerliliği 2012 yılında Türkiye’de test edilmiş, ancak SOY düzeyini belirlemek için uygulanmamıştır. Sağlık idamesi için toplumun SOY düzeyini belirlemek ve problemleri tanımlamak gerekmektedir. SOY için, halkla yakın ilişki içinde olan birinci basamak sağlık çalışanlarına büyük bir görev düşmektedir. Çalışmanın amacı, Türkiye’nin başkentinde birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran 18 yaş üstü bireylerin SOY düzeyini değerlendirmektir. Bu, Türkiye’de geçerliliğinin test edildiği bir ölçek ile SOY düzeyini belirlemek için yapılan ilk çalışmadır ve ülke genelinde HLS-EU kullanılarak SOY düzeyinin belirlenmesi ile ilgili araştırmanın ön çalışmasıdır.

**Yöntem;** Kesitsel tip çalışmada 2139 kişiye ulaşılmıştır. Anket dört düzeyde SOY düzeyini ölçmektedir.: yetersiz, sorunlu, yeterli ve mükemmel.

**Bulgular:** Araştırmaya katılanların dörtte üçünde (% 73,5) 3’ünde sınırlı (yetersiz / problemlili) SOY düzeyi vardı. İki değişkenli korelasyonlar ve çok değişkenli doğrusal regresyon modeline göre, Sınırlı SOY düzeyi, ileri yaş, düşük eğitim seviyesi ve ekonomik düzey ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur.

**Sonuç:** Toplumumuzda SOY düzeyi düşüktür ve sağlığın geliştirilmesi için bu düzeyi artırma çalışmaları gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık okuryazarlığı, Türkiye, Halk sağlığı.

<sup>1</sup> Prof. Dr., Gazi University Medical Faculty, Department of Public Health, Ankara, secilozkan70@gmail.com

<sup>2</sup> Lecturer Dr., Gazi University Medical Faculty, Department of Public Health, Ankara, asiyeud@gmail.com

<sup>3</sup> Dr., Republic of Turkey, Ministry of Health, Ankara, dartzunh@yahoo.com

<sup>4</sup> Dr., Republic of Turkey, Ministry of Health, Ankara, kagan.karakaya@saglik.gov.tr

## Abstract

**Aims:** The limited level of health literacy (HL) is one of the important issues in Turkey. The validity of HLS-EU questionnaire was tested in Turkey in 2012, but it was not applied to identify the HL level. It is necessary to identify our society's level and eliminate the negativities of insufficient HL. For HL, a great duty falls to the primary healthcare workers which are in close relationship with the public. It was aimed in the study to evaluate the HL level of individuals above 18 years old who applied to primary healthcare centres in the capital city of Turkey. This is the first study for determining the HL level with a scale of which validity had been tested in Turkey and purports to be the pilot of the research concerning the determination of HL level by using the HLS-EU all over the country

**Methods;** In the cross-sectional-type research, 2139 individuals were accessed. The questionnaire constructed four levels of HL: insufficient, problematic, sufficient and excellent.

**Results:** Almost 3 in 4 (73,5%) have limited (insufficient/problematic) HL level. According to bivariate correlations and multivariate linear regression model, Limited HL scores were significantly associated with older age, low educational and economic level.

**Conclusion:** The fact that limited health literacy is more widespread in health promotion than in the therapeutic services reveals the importance of initiatives in the field of health promotion.

**Keywords:** Health Literacy, Turkey, Public Health.

## Introduction

Health literacy (HL) is defined as the capacity to acquire, interpret and understand basic health information and services to improve an individual's health (1). Health literacy includes complex readings, listening and comprehension, analytical and decision-making skills and applying such skills to related cases of health (2). WHO establishes the close relationship between health literacy and general literacy as follows: "health literacy is related to general literacy and can be used to describe people's desire and capacity throughout their lives to develop convictions and make decisions about health care issues, to protect, maintain and improve their health, to access information resources related to health to improve their quality of life and to perceive and understand health-related information and messages accurately" (3).

A low HL level is associated with negative health outcomes. (4) It is also known that -with low HL- unnecessary hospital expenses increase, hospital stay times prolongs, unnecessary tests and unnecessary emergency service uses increase. All of these causes lead to unnecessary workforce losses and, in turn, increased health spending (5,6).

According to the UNESCO 2009 report, 776 million adults in the world do not have basic health literacy. According to a study in the United States, on the other hand, 50% of adult individuals do not have basic health literacy (7).

In a study on health literacy in 8 European countries, it was found that 12% of the respondents have inadequate information and skills while 35% have at problematic level. It was found that groups with low general education and income levels, minority groups,



recently migrated ones, those with lower general health status, those with prolonged health problems and older people have a lower level of health literacy. (8) HL level is influenced by sociodemographic, psychosocial and sociocultural indicators, general literacy level, individual characteristics and health care system (9).

When the reflections of HL level to the society are reviewed, we see such topics as the number of people affected, adverse health outcomes, increases in chronic illness rates, increase in health care costs, demands for health information and equality. Development of health literacy is an important tool in reducing inequalities in health. (10)

Health literacy is a fairly new topic that has begun to be dwelled upon in our country. The level of health literacy has not been identified with a valid scale in our country. This is the first study in Turkey after the validity of the HLS-EU scale. Identification of risk groups for limited health literacy is very important to develop plans and programs that take these groups into consideration in planning the health services. When it is considered that disadvantaged individuals are more likely to benefit from primary health care services, it can be thought that the level of health literacy in primary health care service users corresponds to a specific situation / problem in terms of factors affecting health literacy.

Health literacy, which is thought to be inadequate in Turkey, is one of the important issues that must be studied in order to increase the individuals' responsibility for their health. It is necessary to determine the level of health literacy in our society and to eliminate the negative effects of the existing limited health literacy (inadequate + problematic) on the individual and the society.

This study aims to evaluate the health literacy level of people aged 18 years or older who applied to some family health centers in Ankara, the capital of Turkey, and the factors determining their health literacy level.

## Materials and Methods

The sample universe of the research is composed of individuals over the age of 18 who applied to 16 primary health care institutions for any reason in the four different Education Research Areas of G... University Faculty of Medicine between 25-29 June 2017. It was determined that a total of 16.170 adults applied to the health care institutions on a weekly basis. As the expected frequency of inadequate health literacy was 25% (11), it was aimed to reach 1620 individuals in the result of a calculation with deviation value of 2% and 95% confidence interval. But we got inadequate health literacy 50% because our frequency is unknown in our region. It was aimed to reach 2091 individuals in the result of a calculation with deviation value of 2% and 95% confidence interval. A total of 2091 people were reached.

Systematic sampling was used as the sampling method. Dividing the size of the universe by the sample size ( $16170/2091 = 7.7$ ), every seventh person who applied to the health institution was included in the research. If any of such persons did not want to participate in the survey, the research continued by taking the next eleventh person. Study permission was obtained from the ethics committee of our university (No: 07.03.217 / 03)

The research was a cross-sectional study, and a T-HL 32 questionnaire was used as the data source and face-to-face interview method was applied. The scale is based on the conceptual framework developed by the European Health Literacy Survey Consortium (HLS-EU CONSORTIUM, 2012). However, unlike the original scale, THL-32 is structured based on a 2X4 matrix taking two basic dimensions instead of three. Accordingly, the matrix consists of a total of eight components: two dimensions (Treatment and Service and Protection against disease / improving health) and four processes (Access to health-related information, understanding health-related information, evaluating health-related information, using/applying health-related information). There are 4 questions for each component in the scale.

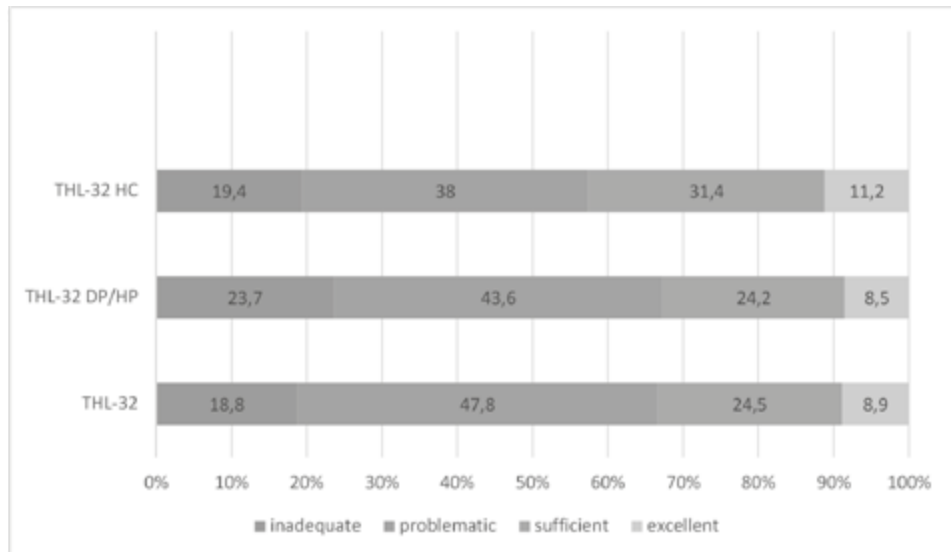
The reliability of the scale in Turkish was assessed by internal consistency (Cronbach Alpha). The general internal consistency coefficient of the scale was 0.927. The Cronbach's alpha coefficient for the first dimension, "Treatment and Service Sub-Dimension" is 0.880. The Cronbach's alpha coefficient of the second dimension "Disease Prevention and Health Promotion Dimension" is 0.863 (12).

### Statistical Analysis

The research data were evaluated by SPSS 21.0 statistical package program. Chi-square test and linear regression analysis were used as statistical methods. Statistical significance value was accepted as  $p < 0.05$ .

### Results

**Figure 1. Percentage change in health literacy level (THL-32, THL-32 DP/HP (THL-32 disease prevention/health promotion), THL-32 HC (THL-32 health care))**



It was found that 18.8% of the respondents had inadequate health literacy levels, 47.8% of them had problematic, 24.5% had sufficient and 8.9% had excellent levels. The frequency of those with inadequate or problematic health literacy is 57.4% in the field of treatment services, while it is 67.3% in the field of prevention from diseases and health promotion (Figure 1).

**Table 1. The variation of health literacy levels according to some demographic and socioeconomic characteristics.**

	n (%)*	THL-32 Health literacy level (%) **				p
		Inadequate	Problematic	Sufficient	Excellent	
<b>Gender</b>						> 0.05
Female	1034 (51.7)	19,0	49.2	23.3	8.5	
Male	967 (48.3)	18.6	46.2	25.9	9.3	
<b>Education level.</b>						<0.001
No school graduation	37 (1.9)	64.9	35.1			
Primary school	279 (14.0)	39.4	42.7	15.8	2.2	
Primary school, secondary school or vocational secondary school	244 (12.2)	25.0	52.9	16.4	5.7	
High school and equivalent school	675 (33.8)	16.6	49.5	24.4	9.5	
Higher education	762 (38.2)	8,9	47.0	31.8	12.3	
<b>Income group</b>						<0.001
<1300 TL	236 (12.0)	30.9	41.5	23.3	4.2	
1300-2600 TL	733 (37.2)	23.2	47.6	21.6	7.6	
2600-3900 TL	437 (22.2)	15.6	50.8	24.3	9.4	
3900-5200TL	330 (16.8)	13.3	48.5	28.8	9.4	
> 5200 TL	233 (11.8)	6.9	48.5	30.0	14.6	

\*: percentage of column \*\*: percentage of rows

Table 1 shows the variation of health literacy levels according to some demographic and socioeconomic characteristics. The frequency of those with inadequate or problematic health literacy is generally decreasing with the level of education and there is a statistically significant difference between the levels of education ( $p < 0.001$ ). Similarly, the frequency of those with inadequate or problematic health literacy level is decreasing as income groups increase and there is a significant difference in the level of health literacy among the income groups ( $p < 0.001$ ).

**Table 2. Linear regression model of demographic and socio-economic features that affect health literacy.**

	THL-32		THL-32 Disease prevention/health promotion		THL-32 Treatment services	
	$\beta$	Standardized $\beta$	$\beta$	Standardized $\beta$	$\beta$	Standardized $\beta$
<b>Constant</b>	27.700 ***		27.461 ***		27.445 ***	
<b>Age</b>	-0,106***	-0,207	-0,099***	-0,186	-0,110***	-0,197
<b>Gender</b>	0.55	0,04	0.126	0.08	0.145	0.009
<b>Education level.</b>	1.597 ***	0.236	1.363 ***	0.193	1.875 ***	0.254
<b>Income group</b>	0..415**	0.067	0.428	0.066	0,400*	0.059

\*:  $p < 0.05$  \*\*:  $p < 0.01$ , \*\*\*:  $p < 0.001$

Table 2 **shows** the linear regression model of demographic and socioeconomic characteristics that affect health literacy ( $p < 0.001$ ). THL-32 score and domain score decrease with age. Gender effect is not significant in any of the models. In all models, the score increases as the level of education and the income groups increase. On the other hand, it is observed that the education level has the highest standardized  $\beta$  value among the variables with significant effect on the model.

**Table 3. THL-32 the linear regression model demographic and socio-economic features that affect dimension scores**

	Access		Comprehension		Evaluation		Implementation	
	$\beta$	Standardized $\beta$	$\beta$	Standardized $\beta$	$\beta$	Standardized $\beta$	$\beta$	Standardized $\beta$
<b>Constant</b>	27.553 ***		28.591 ***		26.117 ***		28.272 ***	
<b>Age</b>	-0,138***	-0,236	-0,106***	-0,188	-0,095 ***	-0,167	-0,085 ***	-0.156
<b>Gender</b>	-0.100	-0.006	-0.262	-0.016	0.382	0.023	0.351	0.022
<b>Education level.</b>	1.934 ***	0.251	1.623 ***	0.218	1.351 ***	0.179	1.372 ***	0.191
<b>Income group</b>	0.784***	0.111	0.558***	0.081	0.333	0.048	0.045	0.007

\*:  $p < 0.05$  \*\*:  $p < 0.01$ , \*\*\*:  $p < 0.001$

Table 3 shows the linear regression model of demographic and socioeconomic characteristics that affect THL-32 dimension scores ( $p < 0.001$ ). With age, the score decreases in all dimensions. While the effect of the gender on the model is not significant in any of the dimensions, the effect of the level of education on the model is significant in all dimensions. It is seen that the effect of income group on the model is significant in dimensions outside the application. When we look at the standardized  $\beta$  values, education level and age are seen as variables having the biggest effect on the model in all of the models established for dimensions.

**Table 4. The change of certain health characteristics according to health literacy level.**

	n (%) <sup>*</sup>	THL-32 Health literacy level (%) <sup>**</sup>				p
		Inadequate	Problematic	Sufficient	Excellent	
<b>Perceived health</b>						<0.001
Excellent	296 (14.8)	6,4	12.3	19.3	33.1	
Good	1048 (52.4)	40.4	54.9	56.4	52.8	
Medium	539 (26.9)	38.3	28.1	21.4	11.8	
Poor	110 (5.5)	13.8	4.4	2.4	2.2	
Very Poor	8 (0.4)	1.1	0.2	0.4	-	
<b>Chronic Disease</b>						<0.001
Yes	553 (27.6)	44.1	27.4	19.6	16.3	
No	1448 (72.4)	55.9	72.6	80.4	83.7	
<b>Regular follow-up by a health care provider for chronic illness</b>						
No	112 (20.3)	22.9	20.6	11.5	31.0	
Yes	441 (79.7)	77.1	79.4	88.5	69.0	
<b>Regular use of medication prescribed by a physician for chronic illness</b>						<0.01
No	68 (14.0)	19.6	14.6	4.9	4.2	
Yes	419 (86.0)	80.4	85.4	95.1	95.8	

\*: the percentage of column

Table 4 shows the change of certain health characteristics according to health literacy level. The frequency of those with poor or very poor perceived health falls from 14.9% in the lowest health literacy group to 2.2% in the excellent health literacy group as it decreases with the increase of health literacy levels. There seems a statistically significant difference in perceived health between health literacy levels ( $p < 0.001$ ). The frequency of chronic disease decreases from 44.1% in the lowest health literacy group to 16.3% in the highest health literacy group ( $p < 0.001$ ). While there is no difference between the health literacy groups in terms of follow-up in a health facility for chronic illness, there is a difference in the regular use of the drug ( $p < 0.01$ ).

## Discussion

Health literacy (HL) is conceptualized in different frameworks and can be measured by different measurement tools (13,14,15,16). It is stated that health literacy measurement should not only focus on evaluating the skills of the persons, but also health service provision and person interaction should also be taken into account (13). As the THLS (Turkish Health Literacy Scale) used in this study is an adaptation of the scale used in HLS-EU (European Health Literacy Survey) taking into account the characteristics of health care delivery and health-related social perceptions in the country, it is believed to meet the stated requirement (12,17).

Health literacy, with few number of studies in this field, is still a new topic for Turkey (11). It can be said that this study is a pioneering work for Turkey with the use of a culture-specific health literacy scale developed taking into account the country conditions and its application to those who apply to primary health care institutions.

## Health literacy level

In our study, 18.8% of the respondents have inadequate and 47.8% have problematic HL level. In Turkey, 24.5% inadequate and 40.1% problematic HL were found in a population-based study using a scale created by exact translation of the HLS-EU scale (11). HLS-EU resulted 12% inadequate and 35% problematic HL (18).

Although the use of different scales that define different categories of health literacy in studies can be considered as a limiting factor for comparison, it may give an idea as to observe the change of inadequate health literacy levels relative to societies. 43.8% inadequate and 36.8% marginal HL were found in a study of primary care users in Kosovo with TOFHLA scores (TOFHLA scores were categorized into marginal, inadequate and adequate HL) (19). In the primary care users' study with TOFHLA in Belgrade, 32% inadequate and 14.4% marginal HL were found (20). The results of "The Health Literacy of America's Adults" shows 14% below basic HL, 22% basic HL, 53% intermediate HL, 12% proficient HL, (21). In Taiwan, inadequate HL was found 13.7% while marginal HL was 16.5% and adequate HL was 69.7% (22). In Iran, HL levels were found to be 5.5% poor, 49.8% average, 40.5% good, and 4.2% excellent (23). The frequency results of our study point to a more wide-spread limited health literacy in Turkey than other outcomes except for Kosovo study.

The frequency of inadequate and problematic HL in our study is higher for the prevention and promotion dimension (23.7% and 43.6%) than for health care (19.4% and 38%), respectively. According to the HLS-EU results, the proportion of inadequate HL is 12.1% for health care-HL, respectively, 13.7% for disease prevention-HL, 20.1% for health promotion-HL. Moreover variations by country follow similar patterns to the categorized as general HL index (18). This result may be related to the fact that services and interventions in the field of health promotion are relatively new, and it may also be related to the relatively complex nature of information resources in this area. The fact that limited health literacy in the area of health promotion is a more serious problem gives rise to the idea that intervention points should be directed primarily towards the health promotion.

### **Age**

The HL score decreases with age in all of the models established in our study. According to some studies including HLS-EU and NAAL, age is a risk factor for HL (21,24,25,26). On the other hand, as in the two studies conducted in primary health care institutions, there are studies that do not identify age as a risk factor for some dimensions of HL (19,20). While some components of the HL work together with different associations, age is seen as a risk factor for HL in the studies. It can be said that the countries including Turkey, where the demographic transition can be said to be at the beginning stage of the increase of the elderly population, face an important risk group which is growing in the long term.

### **Gender**

None of the models established in our study reveal that gender has significant effects on the model. In one of the studies conducted in primary institutions men were found to be advantageous in Kosovo but it was found that gender has no effect on the model in Belgrade study (19,20). There are studies that say that women are more advantageous (21,24,25). There are also studies that say men are more advantageous (26,27).

### **Education**

In our study, it is seen that the group with the lowest level of education is at the level of limited HL which is used as the title which includes inadequate or problematic. Limited HL decreases to 82.1% in primary school graduates and continues to decrease in increasing education groups until it decreases to 55.9% in the highest education group. The frequency of inadequate or marginal HL in the low education group is 98.2% in the study in Kosovo and 74% in the study in Belgrade (19,20). When compared with HLS-EU, it is striking that the limited HL frequency in the highest education group our study (55.9%) is higher than the limited HL frequency in HLS-EU (47%) (24). It is also striking that the frequency of limited HL in our study (66.6%) is close to the frequency (68%) of the group with the two lowest education groups in HLS-EU (no school education or primary education) (24).

It can be said that all studies on the determinants of health literacy agree that “the level of education” is the key determinant. (21, 22, 25, 26, 27, 28, 29). The effect of the level of education on the model is significant in all the models established in our work and

education is the variable with the highest standardized  $\beta$  value for all of the models. The effect of education was found significant in the model for HLS-EU as well (24). In the study conducted in Germany with the HLS-EU questionnaire, the low educational level was found to be a risk factor for accessing, understanding and applying in health care domain, for accessing and understanding in disease prevention domain and for understanding in health promotion domain (30). The studies agree on the effect of the level of education on HL, but it can be said that there are clues for differentiation on the extent of such effect on different HL components.

## **Income**

In our study, the limited HL frequency decreases from 72.4% in the lowest income group to 55.4% in the highest income group. In the case of Kosovo, inadequate or marginal HL income group is 93% for poor and 71% for good, while in Belgrade the inadequate or marginal HL for the lowest socioeconomic status is 58.5% and 39.0% for the highest (19,20). In HLS-EU, limited HL frequency was 73.9% for very low social status and 60% for low (24). It is striking that the lowest income group (72.4%) in our study and the limited HL frequency for the lowest socioeconomic level (73.9%) in HLS-EU were found to be similar. The comparison between our study and the HLS-EU for income shows a pattern that is different from the one for education.

Various studies have also found that HL increases as the income group increases (22,25,26,28). In our work, in the models other than the one created for the application division, the effect of income on the model is significant. Studies investigated the effects of the income group or other welfare variables on the multivariate model. While the impact of the income group is not significant in the Kosovo study, the effect of socioeconomic status is not significant but the effect of being employed is significant in the Belgrade study (19,20). In HLS-EU, the effect of social status and financial deprivation is significant (24). In the study conducted in Germany with the HLS-EU questionnaire, low-income groups were found to be risk factors in the accessing and understanding divisions of health care (30). In the same study, perceived social status was found to be insignificant for certain divisions of all three domains but also significant for certain other divisions (30). As mentioned in this study, it can be said that the evaluations to be made with different parameters for the socio-economic status will be more functional in displaying different dimensions of the relationship (30).

## **HL health effects**

In addition to the relationship between HL-related determinants, our study investigates the relationship between HL and some health variables that HL might affect. The frequency of those whose perceived health is poor or very poor reduces from 14.9% in inadequate HL to 2.2% in excellent HL. The frequency of perceived poor health in the Belgrade study was 9.5% in adequate HL and 22.7% in inadequate HL (20). Perceived health and HL were found to be interrelated in a study in Japan while health literacy was found to be a variable mediating the effects of education on perceived health in a study in Germany (31, 32).



The frequency of chronic illness in our study is reduced from 44.1% in those with inadequate health literacy to 16.3% in those with excellent health literacy. In Belgrade study, the frequency of chronic illness is 69.8% in adequate HL and 88.3% in inadequate HL (20). In a first-line study using NVS in Canada, literacy and multimorbidity were associated in bivariate analyses, but not in multivariate analyses (33). The role of health literacy on the perceived health and chronic disease or multimorbidity and its relation to other determinants can be demonstrated in more detailed studies.

While there was no difference in our study among the levels of health literacy in terms of regular follow-up for chronic illness, a significant difference was found for regular medication use. Two studies in Germany and Taiwan have shown that limited health literacy is associated with more health care use and, in a study conducted in Iran, no relation was found between HL and application to primary care physician and specialist physician (12-13-19). Determining the relationship between the different characteristics of health care use and the different components of health literacy may provide conclusions that can be used in the planning of health services. The effect on regular drug use is striking in that it shows the function of health literacy in compliance with treatment.

### **Limitations of the Study**

Measuring the level of health literacy with a scale is an advantage that allows standard outcomes to be achieved. On the other hand, the fact that questions in the scale are based on respondents' statements and the questioning of health literacy only limited to the conceptual framework that constitutes the backdrop of the scale can create disadvantage points. Measuring health literacy in different forms and categorizing the results in different forms in various studies and categorizing and examining the effects of determining variables such as education/income/welfare levels in different forms constitute an obstacle to comparing research results. However, it can also be stated that these situations can be seen as a structural problem that may apply to all studies related to the subject.

The study was designed with the aim of determining the level of healthcare literacy specifically for primary health care users. In the sections where the frequencies in our study are compared with the results of collective research, this should be kept in mind as a limitation.

### **Conclusion**

The fact that limited health literacy is more widespread in health promotion than in the therapeutic services reveals the importance of initiatives in the field of health promotion.

In our study, similar patterns are shown in the models created separately for HL's different domains and different divisions except that the effect of income group on the model created for application is not significant. This conclusion suggests that the interventions to improve the determinants of influence for Turkey may be functional in the broad spectrum of health literacy.

As pointed out by differences in perceived health, chronic illness and regular drug use among different levels of health literacy, taking HL into account in studies on the factors that determine health and health-care use may produce results that will help elucidate the complex relationship of health literacy to other variables.

## Financial support and sponsorship

No

## Conflicts of interest

There are no conflicts of interest.

## References

- Peerson A. and Saunders M. (2009) Health Literacy Revisited: What Do We Mean And Why Does It Matter? *Health Promot. Int.*, April 16, 2009; Dap014v1.
- Healty People 2010: Understanding And Improving Health. US Department Of Health And Human Services. 2nd Ed. Washington, DC: US Government Printing Office, November 2000.
- WHO. Health Literacy. In: Kickbusch I, Pelikan LM, Apfel F, Tsouros AD, 2013. Editors. World Health Organization, Regional Office For Europe,
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. 2011 Low Health Literacy And Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med.*;155:97-107
- Sağlık Okuryazarlığı Nedir, Nasıl Değerlendirilir, Neden Önemli. "What is Health Literacy? How to Measure It? Why is It Important?." 2016 The Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC);,10(1):42-47. DOI: 10.5455/tjfm.1937965.
- Dewalt DA, berkman ND, Sheridan S, Lohr Kn, Pignone Mp. 2004 Literacy And Health Outcomes. *J Gen Intern Med*; 19: 1228–1239.
- Sorensen K, Van Den Broucke , Fullam J, Et Al. 2012 Health Literacy And Public Health:A Systematic Review And İntegration Of Definitions And Models. *BMC Public Health*; 12(80): 1-13.
- BİLİR N. , 2014 Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü, Ankara, *Türk J Public Health*;12(1)
- Balçık, Pınar Yalçın, S. Taşkaya, and B. Şahin. 2014 Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 13.4: 321-326.
- Yılmazel, Gülay, and Fevziye Çetinkaya. 2016 "Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi." *TAF Prev Med Bull* 15.1: 69
- Durusu-Tannıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B ve Akalın HE 2014. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, yayın no: 1025. Ankara Mayıs 2016. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9F%C4%B1k%20Okur%20Yazar%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>
- IOM (Institute of Medicine). 2009. *Measures of Health Literacy: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://www.nap.edu/catalog/12690/measures-of-health-literacy-workshop-summary>
- R. M. Parker et al., "The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills," *Journal of General Internal Medicine* 10, no. 10 (October 1995): 537–41.
- T. C. Davis et al., "Rapid Assessment of Literacy Levels of Adult Primary Care Patients," *Family Medicine* 23, no. 6 (August 1991): 433–35.
- Barry D. Weiss et al., "Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign," *Annals of Family Medicine* 3, no. 6 (December 2005): 514–22, doi:10.1370/afm.405.

- P Okyay, F Abacigil, H Harlak, ED Evci Kiraz, K Karakaya, H Tuzun, E Baran Deniz, G Saruhan, S Gursoy Turan, A new Health Literacy Scale: Turkish Health Literacy Scale and its psychometric properties European Journal of Public Health, Vol. 25, Supplement 3, 2015 8th European Public Health Conference: Poster Walks
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report Of Health Literacy In Eight Eu Member States. The European Health Literacy Survey Hls-Eu , Online Publication: [Http://www.health-literacy.eu](http://www.health-literacy.eu)
- 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 Sep;128(9):842-8. doi: 10.1016/j.puhe.2014.06.009. Epub 2014 Aug 13.
- Jovic-Vranes A<sup>1</sup>, 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. doi: 10.1007/s00038-010-0181-0. Epub 2010 Aug 14.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. (2006). *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.
- 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, doi:10.1186/1471-2458-10-614.
- 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, doi:10.4103/2277-9531.134910.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agraftotis 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. doi: 10.1093/eurpub/ckv043. Epub 2015 Apr 5.
- 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* 281, no. 6 (February 10, 1999): 545–51.
- 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* 12, no. 8 (August 18, 2015): 9714–25, doi:10.3390/ijerph120809714.
- 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* 15 (July 21, 2015): 678, doi:10.1186/s12889-015-2056-z
- 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* 14 (October 22, 2014): 1095, doi:10.1186/1471-2458-14-1095.
- Tiller D, Herzog B, Kluttig A, Haerting J, Daniel Tiller et al., "Health Literacy in an Urban Elderly East-German Population - Results from the Population-Based CARLA Study," *BMC Public Health* 15 (September 10, 2015): 883, doi:10.1186/s12889-015-2210-7.
- Iris van der Heide et al., "Health Literacy of Dutch Adults: A Cross Sectional Survey," *BMC Public Health* 13 (February 27, 2013): 179, doi:10.1186/1471-2458-13-179.
- Furuya Y, Kondo N, Yamagata Z, Hashimoto H. Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. Health Promot Int. 2015 Sep;30(3):505-13. doi: 10.1093/heapro/dat071. Epub 2013 Oct 16.
- van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Ueters E. "The Relationship between Health, Education, and Health Literacy: Results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey," *Journal of Health Communication* 18 Suppl 1 (2013): 172–84, doi:10.1080/10810730.2013.825668.
- Hudon C, Fortin M, Poitras ME, Almirall J. The relationship between literacy and multimorbidity in a primary care setting. BMC Fam Pract. 2012 Jul 3;13:33. doi: 10.1186/1471-2296-13-33.




# Gebe ve Emziren Kadınlarda Bağışıklama

*Immunization in Pregnant and Breastfeeding Women*

**Asiye Çiğdem Şimşek<sup>1</sup>** 

**Zeynep Belma Şenlik<sup>2</sup>** 

**Tuğba Karsağ Özdemirkan<sup>3</sup>** 

## Öz

Ülkemizde 1981 yılından itibaren Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında bağışıklama hizmetleri sunulmaktadır. Programın amacı, bebekleri, çocukları ve erişkinleri aşı ile önlenebilir hastalıklara yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılayarak bağışık hale getirmek ve bu hastalıklardan doğacak sakatlık ve ölümleri önlemektir. Bu derlemede, gebelik öncesinde erişkin aşılama takvimine göre aşıları eksik olan gebelerde; günümüzde mevcut aşıların uygulamaları güncel bilgiler ışığında incelenerek konuyla ilgili bir duyarlılık sağlanması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Bağışıklama, Aşı.

## Abstract

Immunization in our country as part of the Extended Immunization Program (GBP) since 1981 services are offered. The purpose of the program can be prevented by vaccinating babies, children and adults immunization by vaccinating before the period when the risk of getting diseases is highest and to prevent injury and death from these diseases. In this review, before pregnancy according to the adult vaccination schedule, pregnant women whose vaccines are missing; current vaccines applications It is aimed to provide sensitivity on the subject by examining in the light of current information.

**Keywords:** Pregnancy, Immunization, Vaccine.

<sup>1</sup> Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, cigdemsimsek2000@yahoo.com

<sup>2</sup> Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, zeynepsenlik@gmail.com

<sup>3</sup> Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, tkarsag@yahoo.com

## Giriş

Başışıklama, bireyin başışıklık sistemini yapay yollarla uyararak enfeksiyon hastalıklarına karşı korunmasını sağlama işlemdir. Başışıklık doğal ve kazanılmış başışıklık olarak ikiye ayrılır. Doğal başışıklık; genetik yapı, doğal bariyerler (plasenta gibi) sayesinde gerçekleşmektedir. Kazanılmış başışıklık ise sonradan oluşur, aktif ya da pasif başışıklık olarak kazanılır. Aktif başışıklık, enfeksiyonu geçirerek ya da aşılama ile gelişir. Pasif başışıklık insan kaynaklı standart immunglobulin (gamaglobulin), insan kaynaklı hiperimmunglobulin (hepatit B Ig, varisella zoster Ig, kuduz Ig, tetanoz Ig, CMV Ig) ve at kaynaklı antiserumlar (tetanoz, kuduz, difteri antiserumu gibi) ile sağlanır. İmmüoglobulin ve antiserumlar tedavi amaçlı verilir, daha sonra koruyuculuğu yoktur.

Aktif başışıklıkta rol alan aşılarda; canlı aşılarda, cansız aşılarda, bakteriyel aşılarda, viral aşılarda olarak sınıflandırılır. BCG (verem), kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği, oral polio aşılarda **canlı** aşılardır. Difteri, asellüler boğmaca, tetanoz, inaktif polio, Hib, konjuge pnömokok, hepatit B, hepatit A, menengokok ve mevsimsel grip aşılarda **cansız** aşılardır. Viral aşılarda; canlı attenue, inaktif-ölü, subünit, rekombinant antijen vb. aşılardır. Bakteriyel aşılarda ise tam hücreli, toksoid, subünite, polisakkarit, konjuge vb. aşılardır.

Ülkemizde 1981 yılından itibaren Genişletilmiş Başışıklama Programı (GBP) kapsamında başışıklama hizmetleri sunulmaktadır. Programın amacı, bebekleri, çocukları ve erişkinleri aşı ile önlenebilir hastalıklara yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılayarak başışık hale getirmek ve bu hastalıklardan doğacak sakatlık ve ölümleri önlemektir.

Genişletilmiş Başışıklama Programı; boğmaca, difteri, tetanoz, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tüberküloz, poliomyelit, hepatit A, hepatit B, suçiçeği, hemafilus influenza tip b'ye bağlı hastalıklar ile streptokokus pnömonia'ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltarak, bu hastalıkları kontrol altına almak hatta tamamen ortadan kaldırmak amacı ile hassas yaş gruplarına enfeksiyona yakalanmalarından önce ulaşıp başışıklanmalarını sağlamak için yapılan aşılama hizmetlerini içerir.

GBP'nin en önemli hedeflerinden biri de, tespit edilen tüm gebelere uygun tetanoz difteri aşısı dozunu uygulamak, maternal ve neonatal tetanozu (MNT) eliminasyonunu devam ettirmektir.

## Gebe ve Emziren Kadınlarda Başışıklamanın Önemi

Gebe kadınlarda başışıklama hizmetlerinin sunulması hem anne hem de bebek açısından çok önemlidir. Anneyi ve bebeği enfeksiyonlardan korur, bebeğe doğumdan sonra pasif koruma sağlar. Konsepsiyon öncesi yapılması idealdir, anne enfeksiyon için yüksek risk altındaysa aşılama gebelik esnasında da yapılabilir. Aşılamaya ikinci trimesterde başlamak başka nedenlere bağlı gelişebilecek doğum defektlerinin aşılamaya bağlanmasını önleyecektir.

Gebelerde değişen immün cevap nedeniyle, bazı enfeksiyonlar ve bazı enfeksiyonların ciddi sonuçları açısından artmış risk söz konusudur. Fetüs ve yenidoğanda ise immatür immün cevap nedeniyle, bazı enfeksiyonlar ve bazı enfeksiyonların ciddi sonuçları açısından artmış risk ve enfeksiyonun sekellerinin yaşam boyu problemlere yol açma ihtimali gibi birçok nedenden dolayı aşılar ihmal edilmemelidir.

## **Gebelere Uygulanması Önerilen Aşılar Erişkin Tip Tetanoz ve Difteri (Td) Aşısı**

Td aşısı ile hem annenin hem de bebeğin korunması sağlanmış olur. Gebelik sırasında anne adayına yapılan Td aşısı ile oluşan antikorlar bebeğe geçer ve bebeği yenidoğan döneminde oluşabilecek tetanoz ve difteri hastalığına karşı koruma sağlar. Doğum sırasında bebeğin göbek kordonunun (özellikle evde ya da sağlık kurumuna ulaşılabilmesi halinde gerçekleşen doğumlarda) steril olmayan bir aletle, bıçakla vb. kesilmesi sonucu bebekte tetanoz gelişebilir. Yenidoğan döneminde bebekte gelişebilecek tetanoz yüksek oranda ölümcül olabilmektedir, bunun önlenmesi açısından aşı çok önemlidir. Doğumdan sonra bebeğe difteri-tetanoz aşısı DTaB-IPV-Hib (difteri, tetanoz, asellüler boğmaca, inaktif polio, hemofilus influenza tip B) aşısı şeklinde en erken 6 haftalıktan itibaren yapılabilir.

GBP ve MNT Eliminasyon Programlarına göre, hiç aşılanmamış ya da aşılanma durumu bilinmeyen (aşılanma durumu belgelenemeyen) gebe ile karşılaşıldığında; 27. haftanın başından itibaren 32. haftaya kadar ilk doz olmak üzere ve bir sonraki dozu da en az 4 hafta sonra olmak üzere 2 doz aşı yapılır. 2. doz aşı 37. haftadan önce yapılmalıdır. Doğumdan 6 ay sonra anneye bir doz daha Td aşısı yapılır. 3 doz Td aşısı ile primer immünizasyon tamamlanmış olur ve 10 yılda bir Td aşılması ile bağışıklığa devam edilmelidir.

1980 yılından sonra doğanların aşı kayıtlarının bulunması durumunda, uygun aralıklarla yapılmış 3 doz tetanoz toksoidi içeren aşı almış olanlar, 2 doz tetanoz aşısı almış kabul edilerek aşılanmalarına kaldığı dozdan devam edilebilir. Eğer daha önce Td aşıları tam olarak yapılmışsa ve son aşılanmanın üzerinden 10 yıldan az süre geçmişse gebelik sırasında Td aşısı yapılması gerekmez. Aşı yapılmasının üzerinden 10 yıldan fazla süre geçmiş olan gebelere bir doz Td aşısı yapılmalıdır.

Boğmaca bağışıklaması açısından, Td içeren aşı uygulamasında dozlardan birisi, tercihen ilk dozun mümkünse Tdap olarak uygulanması önerilmektedir. Eğer gebelik öncesi “son üç yıl içerisinde” Td aşılmasına başlanmış ve 2 doz (4 hafta ara ile) +1 doz (2. dozdan en az 6 ay sonra) Td ile aşılanmış ise tetanoz için profilaksiye gerek yoktur, ancak boğmacadan korunmak için tek doz Tdap yapılması önerilmektedir. Süre 3 yıldan uzun ise tek doz Td yapılır (ACIP).

**Tablo 1. Doğurganlık Çağı ve Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi, GBP 2009/17**

Doz Sayısı	Uygulama Zamanı	Koruma Süresi
<b>Td 1</b>	Gebeliğin 4. ayında	Yok
<b>Td 2</b>	Td 1'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
<b>Td 3</b>	Td 2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
<b>Td 4</b>	Td 3'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
<b>Td 5</b>	Td 4'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

### Hepatit B Aşısı

Her gebede hepatit B markerlarına bakılmalı, HBsAg ve Anti HBs negatif olan gebeler aşılanmalıdır. Gebelik hepatit B aşısı için bir kontrendikasyon değildir. Gebe kadınlarda hepatit B aşısı uygulamasının gelişmekte olan fetusa olumsuz etkiler açısından belirgin bir risk olduğuna dair veriler sınırlıdır. Mevcut aşılar noninfeksiyöz HBsAg içermektedir ve fetus için hiçbir risk nedeni olmamaktadır.

HBV enfeksiyonu için riskli olarak tanımlanan gebe kadınlar, gebelik sırasında veya önceki 6 ay içinde birden fazla cinsel partneri olanlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonu olan veya tedavi edilmiş olanlar, yakın zamanda uyuşturucu kullanan veya HBsAg pozitif bir cinsel partnere sahip olanlara hepatit B aşısı uygulanması önerilmektedir.

T.C.Sağlık Bakanlığı Viral Hepatitler Kontrol Programına göre hareket edilmelidir.

### Grip (İnaktif İnfluenza) Aşısı

İnflüzanın ciddi komplikasyonları için gebelere inaktif influenza aşısı ile aşılama tavsiye edilmektedir. Aşının gebeliğe zararlı bir etkisi yoktur. Ölü virüs aşısıdır. Gebeler için Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) geri ödeme kapsamındadır. Aşılar H1N1, H3N2 suşlarını birlikte içermektedir. Aşı içeriğinde influenza A(H1N1), influenza A(H3N2) ve influenza B suşları yer almaktadır. Aşı gebeliğin başlangıcından itibaren herhangi bir dönemde tek doz olarak uygulanabilir. Ancak spontan düşüklerin ilk trimesterde olması nedeniyle 2. trimesterden itibaren uygulanması uygun olacaktır. İmmun suprese gebelere iki doz uygulanması gerekebilir. İki doz arasındaki süre en az 4 hafta olmalıdır. Gebelerde yapılan aşı sadece anneyi değil, doğumdan sonraki altı aylık dönemde bebeği de yüksek oranda korumaktadır.

### Pnömonokok (PPV23) Aşısı

23 bileşenli polisakkarit pnömokok aşısıdır. Anneleri gebelik sırasında yanlışlıkla aşılanan yeni doğanlarda olumsuz sonuçlar bildirilmemesine rağmen polisakkarit pnömokok aşısının güvenilirliği değerlendirilmemiştir.

## Human Papilloma Virus (HPV) Aşısı

HPV aşısının gebelerde kullanılması tavsiye edilmez. Ancak aşı öncesi hamilelik testi gerekli değildir.

## Hepatit A Aşısı

Hamilelik sırasında hepatit A aşısının güvenli olduğu tespit edilmemiştir, (belirlenmemiştir) ancak hepatit A aşısının, inaktive edilmiş hepatit A virüsünden üretilmesi nedeniyle teorik olarak gelişmekte olan fetus için bir risk olması beklenmemektedir.

## Oral Polio (OPA) Aşısı

Oral polio aşısı, canlı viral bir aşıdır. Bu nedenle gebelere uygulanmamalıdır.

## İnaktif Polio (İPA) Aşısı

İnaktif polio (çocuk felci) aşısının, gebe kadınlar veya onların fetusları için olumsuz etkileri olmadığı belgelenmiş olmasına rağmen teorik zeminde gebe kadınların aşılmasından kaçınılmalıdır. Ancak, eğer hamile bir kadın için artmış risk varsa ve polio'ya karşı acilen korunması gerekiyorsa, İPA yetişkinler için önerilen programlar ile uygulanabilir.

## Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık (KKK) Aşısı

KKK aşısı, canlı viral bir aşı kombinasyonudur ve gebelere uygulanmamalıdır. Çünkü canlı virüs aşılarının uygulanmasıyla fetüste oluşacak bir risk, teorik nedenlerle göz ardı edilemez. Kadınların KKK veya kızamıkçık içeren diğer aşılarla aşılandıktan sonra 28 gün gebe kalmaktan sakınmaları konusunda danışmanlık almış olmaları gerekir.

Gebeliğinin ilk ayında ya da aşı olduktan sonraki 1 aylık dönem içerisinde gebe kalmış olanlarda fetüs tahliyesine gerek yoktur. Gebeliği süresince riskli gebelik olarak takip edilmesinde yarar vardır.

## Suçiçeği Aşısı

Canlı viral bir aşıdır. Fetus üzerinde suçiçeği virüsü aşısının etkileri bilinmemektedir. Bu nedenle gebe kadınlar suçiçeği aşısı olmamalıdır. Gebe olmayan aşılanan kadın enjeksiyondan sonraki bir ay boyunca gebe kalmaktan kaçınılmalıdır.

Gebeliğinin ilk ayında ya da aşı olduktan sonraki 1 aylık dönem içerisinde gebe kalmış olanlarda fetüs tahliyesine gerek yoktur. Gebeliği süresince riskli gebelik olarak takip edilmesinde yarar vardır.

İntrauterin maternal suçiçeğine maruz kalan çocuklarda infant veya erken çocukluk döneminde herpes zoster gözlenebilir.

Teorik olarak, canlı virüs aşıları gebe kadınlar için fetusa aşı virusunun geçmesi (bulaşması) riskinden ötürü kontrendikedir, ancak risk-yarar durumu göz önüne alınarak duruma göre karar verilmelidir.



## Seyahat Aşıları ve Diğer Aşılar

### Meningokok (ACW135Y Konjuge) Aşısı

ACW135Y, dört bileşenli konjuge aşıdır. Gebe kadınlarda bu aşı ile aşılanmanın güvenilirliği üzerinde yeterli veri yoktur. Ülkemizde Hac-Umre ziyaretine gidenlere, endemik bölge seyahati yapanlara ve askerlerimize uygulanan bir aşıdır.

### Kuduz Aşısı

Maruz kalınan durumun yetersiz tedavisinin potansiyel sonuçlarından ötürü ve kuduz aşısı ile ilişkili hiçbir fetal anormallik göstergesi olmadığı için gebelik maruziyet sonrasında profilaksi için bir kontrendikasyon olarak kabul edilmez.

Eğer kuduzla maruz kalma riski varsa gebelik esnasında maruziyet öncesi profilaksi de yapılabilir.

### Sarı Humma Aşısı

Sarı Humma aşısının gebelik esnasında güvenilirliği üzerinde yeterli veri yoktur ve aşı sadece endemik bir bölgeye seyahat etmesi zorunlu olanlar için ve artmış bir maruz kalma riski varsa uygulanmalıdır.

### BCG (Verem) Aşısı

Canlı ve bakteriyel aşıdır. BCG aşısı ile ilişkili fetus üzerinde zararlı etkileri olmadığı halde gebelik süresince kullanılması önerilmez.

### Tifo Aşısı

Gebe kadınlarda tifo aşısının kullanımına ait hiçbir veri bildirilmemiştir.

### Şarbon Aşısı

Gebe kadınlarda şarbon aşısı ile aşılanmanın güvenilirliği üzerinde yeterli veri yoktur. Gebe kadınlar yalnızca aşılanmanın potansiyel yararları fetus için potansiyel risklerden daha ağır bastığı zaman şarbona karşı aşılanabilir.

### Japon Ensefaliti (JE) Aşısı

Gebelikte JE aşısının güvenilirliğinin uygun olduğuna dair spesifik bilgi yoktur. Aşı dozları bilinmemektedir. Fakat teorik olarak gelişmekte olan fetus için risktir ve gebelik esnasında aşı rutin olarak uygulanmamalıdır. JE riski yüksek olan bir bölgeye seyahat etmek zorunda olan gebe kadınlar, enfeksiyonun anneye ve fetus gelişimine riski bağışıklama risklerinden teorik olarak daha ağır bastığı zaman aşılanmalıdır.

## Zona Zoster Aşısı

Gebelik sırasında aşı uygulanmamalıdır. Ayrıca, aşılamadan sonra 3 ay gebelikten kaçınılmalıdır.

## Emziren Kadınlarda Aşı:

Emzirme bağışıklamayı olumsuz etkilemez ve herhangi bir aşı için kontrendike değildir.

**Tablo 2. Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi (ACIP) tarafından önerilen gebelikte aşı uygulama durumu**

	Aşı	Aksi Belirtilmedikçe Yapılabilir	Gebelik Sırasında Kontrendikedir
<b>Rutin Aşılar</b>	Hepatit A		
	Hepatit B	X	
	Human Papilloma Virus (HPV)		
	Influenza (Inact.)	Tavsiye edilir	
	Influenza (LAIV) *		X
	Kızamık*		X
	Meningokok (MCV4)		
	Kabakulak*		X
	Pnömonokok		
	Polio (IPA)		
	Kızamıkçık*		X
	Tetanoz -Difteri (Td)	X	
	Tetanoz -Difteri - Boğmaca (Tdap)	X	
	Suçiçeği		X
<b>Seyahat Aşıları ve Diğer Aşılar</b>	Şarbon		
	BCG*		X
	Japon Ensefaliti		
	Meningokok (MPSV4)	X	
	Kuduz	X	
	Tifo (parenteral & oral*)		
	Suçiçeği*		X
	Sarı Humma*		
Zona Zoster*		X	

\*Canlı atenüe (zayıflatılmış) aşı

## Sonuç

Gebelik öncesinde erişkin aşılama takvimine göre aşıları eksik olan gebelerde özellikle Td aşısı, gebelik ve doğum sürecinde bu hastalıklara bağlı komplikasyon riskini anne ve bebek için ortadan kaldırdığı için hayati önem taşımaktadır ve güvenle uygulanabilir. Ayrıca inaktif influenza aşısı da koruyucu ve güvenlidir. Maruziyet durumlarında gebe ve bebek için değerlendirme yapılarak pek çok aşının uygulanabileceği ihmal edilmemelidir.

## Kaynakça

- T.C. Sağlık Bakanlığı, Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) Genelgesi (2009/17 sayılı).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Viral Hepatitler Kontrol Programı, 2019.
- Sur DK, et al. Vaccination in Pregnancy. *Am Fam Physician* 2003;68:E299-309.
- Immunization in pregnancy, Gruslin A, Steben M, Halperin S, Money DM, Yudin MH; Infectious Diseases Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009 Nov;31(11):1085-101.
- Zaman Z, et al. Effectiveness of Maternal Influenza Immunization in Mothers and Infants. *N Engl J Med.* 2008;359:1555-64.
- Guiding Principles for Developing ACIP Recommendations for Vaccination During Pregnancy and Breastfeeding. April 2008.
- Recommended Immunization Schedule for Adults Aged 19 Years or Older, by medical condition or other indications, United States, CDC, 2017.
- Kretsinger K, et al. *MMWR Recomm Rep* 2006;55:1-37; Pertussis Vaccine in Healthy Pregnant Women (<http://clinicaltrials.gov/show/nct00707148>).
- Guidelines for Vaccinating Pregnant Women, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Department of Health and Human Services (DHHS), updated August 2016.
- New ACIP Guidelines ACIP: Guidance for Vaccine Recommendations in Pregnant and Breastfeeding Women, May 2008.
- EKMUD Erişkin Bağışıklama Rehberi, 2.Güncelleme- 2016.
- Summary of Maternal Immunization Recommendations, Last Updated December 2018 (<https://www.cdc.gov/vaccines/pregnancy/downloads/immunizations-preg-chart.pdf>).



# Göçmen Gençlerde Sağlık Okuryazarlığı ve Ruh Sağlığının Güçlendirilmesi

*Health Literacy and Strengthening Mental Resilience in Immigrant Youth*

**Hülya Şirin<sup>1</sup>** 

## Öz

Günümüzde dünyada ve Türkiye’de yoğun bir göç dalgası bulunmaktadır. Bu göçlerde genç nüfusun yoğunluğu da oldukça fazladır. Göçmen gençler göç ettikleri ülkede sağlık, eğitim, sosyal alan gibi birçok alanda sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar dolayısıyla ve gençlerin önlerinde bekleyen uzun bir hayat ve bu hayata tutunabilmek için umut ve destek ihtiyacı ruh sağlığını belirgin etkilemektedir. Ruh sağlığı kapsamında da psikolojik sağlamlık (resilience) birincil koruma açısından ayrı bir önem oluşturmaktadır. Göçmen gençlerin çok zor koşullara karşı karşılaştığı olumsuz koşulların üstesinden başarı ile gelebilme ve yaşadığı çevreye, topluma uyum sağlayabilmesi için psikolojik sağlamlığının güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu süreçte, sağlık sistemini tanıma ve sağlık iletişimini doğru kurabilme becerisini sağlayan sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi de adaptasyonu güçlendirecektir. Genç göçmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin saptanarak, artırılması ve ruh sağlığı güçlendirilmesi çalışmalarının çok sektörlü yürütülmesi programların uygulanabilirliğini ve sürdürülebilirliğini arttıracaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Genç Göçmenler, Psikolojik Sağlamlık, Sağlık Okuryazarlığı.

## Abstract

Nowadays, there is an intense wave of immigration in the world and Turkey. The density of the young population is also very high in these migration. The young immigrants have many areas of need such as health, education and social areas in the country they migrate to. Due to these problems, the need for support and expectations of young people affects their mental health significantly. In the context of mental health, psychological resilience is of special importance for primary protection. In order to be able to successfully overcome the adverse conditions faced by immigrant youth despite very difficult conditions and to adapt to the environment and society they live in, their psychological strength must be strengthened. In this process, increasing the level of health literacy, which provides the ability to recognize the health system and establish health communication correctly, will also strengthen the adaptation. The multi-sectoral activities of determining, increasing and enhancing the level of health literacy of young immigrants will increase the applicability and sustainability of the programs.

**Keywords:** Young Immigrants, Psychological Resilience, Health Literacy.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD., hulyasirin@yahoo.com

## Giriş

Dünya Sağlık Örgütü, genç olarak 10-24 yaş, adölesan olarak ise 10-19 yaş grubunu tanımlamaktadır. Birçok ülkede de yaş gruplarındaki demografik değişim olmakta ve dünya nüfusunun yaklaşık dörtte birini genç nüfus oluşturmaktadır. Bu nedendir ki bu yaş grubuna özel politikalar geliştirmek toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır(1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “Sağlık yalnız hastalık ve engellilik durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” diye tanımlamıştır. Bu tanımın üç önemli unsurundan biri ruh sağlığıdır. Dünya Sağlık Örgütü 1996 yılında ayrıca bir “ruh sağlığı” tanımı yapmıştır. Bu tanıma göre: “Ruh sağlığı kişilerin kendilerini veya yeteneklerini gerçekledikleri, hayatın normal stresleriyle başa çıkabildikleri, verimli ve sonuçları yararlı olacak şekilde çalıştıkları ve toplumlarıyla katkılı bir birliktelik içinde olabildikleri durumdur.”

Sağlığın sosyal belirleyicileri (eğitim durumu, ekonomik durum vb) sağlığı etkileyen ana faktörler olarak ön plandadır. Özellikle eğitim durumu başta olmak üzere bu sosyal belirleyiciler gençlerin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz/sınırlı olan gençlerde de sağlığın risk faktörlerinin olumsuz etkileri artmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ölçülerek gençlere yönelik müdahale programları gerekliliği son dönemde dünyada fark edilmiştir. Özellikle gençlerde sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için ölçek sayısı azdır. Genel ve ruh sağlığı alanında sağlık okuryazarlığı düzeyini saptamak için ölçek bulunmamaktadır. Sadece bazı hastalıklar için ergen ve gençlere yönelik ölçekler vardır. Örneğin ergenlerde “Diyabet Sayısal Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” kullanılmaktadır. Bu nedenle gençlere yönelik ölçek geliştirilmesi ve bunların geçerliliklerinin yapılması ihtiyacı belirgindir. Bunların göçmen gençlerde de geçerliliğin yapılarak sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmaya ve göçmen gençlerde ruh sağlığının güçlendirilmesine yönelik strateji, program ve politikalara ihtiyaç vardır.

Günümüzde halk sağlığı kişilerin sağlığına bir bütün olarak yaklaşmaktadır. Birleşmiş Milletler tarafından yayınlanan bir rapora göre dünya gençliğinin yaklaşık %20’sinin ruh sağlığı ile ilgili sorunlar yaşadığı ve bu sorunların da en çok çocukluktan yetişkinliğine geçişte görüldüğü belirtilmiştir. Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar ise gençlerde damgalanma ve utanç gibi duyguları daha da arttırmakta ve daha içe kapanık bir sürece neden olmaktadır. Gençlerdeki bu sorunların göz ardı edilmesi ileride daha büyük sorunlara yol açabilmektedir. Bu durum da toplumdan dışlanma, okul hayatında başarısızlık, daha fazla şiddete ve suça eğilim, madde bağımlılığı vb sorunları ortaya çıkarabilmektedir.

## Göçmen Gençlerde Ruh Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Ruh sağlığı kapsamında psikolojik sağlamlık (resilience) birincil koruma açısından büyük önem taşımaktadır. Psikolojik sağlamlık çok zor koşullara karşın kişinin karşılaştığı olumsuz koşulların üstesinden başarı ile gelebilme ve yaşadığı çevreye, topluma uyum sağlayabilme yeteneğidir. Son dönemde yapılan çalışmalarda psikolojik sağlamlık düzeyleri yüksek olan bireylerin karşılaştıkları yoksulluk, şiddet, hastalık, yoğun stres ve travmalara karşı mücadele ve üstesinden gelmede daha başarılı oldukları gözlenmiştir(2). Yine bu bireylerin kişilerarası iletişimlerinin ve problemleri çözme yeteneklerinin daha fazla olduğunun da altı çizilmiştir. Yine benzer sorunlar yaşayıp başarısız olmuş bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin geliştirilerek karşılaştıkları sorunların üstesinden daha kolay geleceklere veya daha az etkilenecekleri çalışmalarda ortaya konulmuştur(3).

Göçmen ve mülteciler, ülkelerinden ayrılış sırasındaki sorunlar ve gittikleri ülkedeki insanların kendilerine yaklaşımları nedeniyle yoğun olarak güvensizlik duygusunu yaşayabilmektedirler.

Göçmen ve mülteciler güvensizlik duygusunun yanında korku ve yalnızlık duygularını da yoğun olarak yaşarlar. Çünkü gittikleri ülke ve o ülkenin insanlarına yabancıdırlar ve bu durum korkutabilmektedir. Ülkelerini terk edip başka bir ülkeye gelirken aile ve arkadaşlarını da terk etmektedirler. Bu yüzden geldikleri ülkelerde yalnızlık duygusu yaşayabilmektedirler. Mülteciler kendi hayatlarının kontrolünden sorumlu olduklarını hissetme ihtiyacı içindedirler. İşsizlik ve bağımlı olmak, ruhsal sorunlar, öfke ve hayata küsme vb problemlerini oluşturmaktadırlar. Yabancı bir ülkede yaşamak, aile desteğinden mahrum olmak, göçmen ve mülteciler için yabancılık ve dışlanmışlık hislerinin artmasına neden olur. Göçmen ve mültecilerin kendi ülkelerini bırakıp eskiden sahip olduğu konumlar, ilişkiler vb. kaybedilmekte ve gidilen ülkedeki kısıtlayıcı uygulamalar nedeniyle de kendilerini pasif, değersiz ve işe yaramaz hissedebilmektedirler(4). Göçmen ve mültecilerde anksiyete, kolay sinirlenme, mutsuzluk, ağlama ya da çaresizlik hissi, çabuk değişen ruh hali, düşük yoğunlaşma, yalnızlık, bıkkınlık, şüphe, yetersizlik, intikam, nefret, vazgeçme gibi stres semptomları görülmektedir(5).

Bu belirtilen hususlar göçmen ve mültecilerdeki tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte genç nüfusta da sıktır. Özellikle önlerinde bekleyen uzun bir hayat ve bu hayata tutunabilmek için umut ve desteğe daha çok ihtiyaç duymaktadırlar. Gençlerin diğer yaş gruplarına göre adaptasyonu ve kabul sınırları daha geniştir. Hayata tutunmalarında temel sağlık konularını bilme yaşadıkları toplumda sağlık sistemini tanıma ve sağlık iletişimini doğru kurabilme becerisini sağlayan sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi de adaptasyonu güçlendirecektir. Bunun yanı sıra göçmen gençler halihazırda sağlık okuryazarlığı düzeyinde hassas grup içerisinde yer almakta olup özelleştirilmiş programlara ihtiyaç göstermektedir.

Bu nedenle içinde yer almaya çalıştıkları topluma daha iyi uyum sağlama süreci için göçmen ve mülteci gençlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılarak ruh sağlığı konusunda farkındalık yaratılmasının, içinde yer aldıkları toplumun bilgilendirilmesinin, bu gençlerin çok zor koşullara rağmen bu olumsuz koşullar ile baş edebilmesi ve yeni yaşantılarına uyum sağlayabilmesi için psikolojik sağlamlıklarının (resilience) artırılması ve bu gençlerin ruhsal sağlığı konularına yatırım yapılması büyük önem taşımaktadır.

## Sonuç

Göçmen gençlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin bilimsel olarak saptanması, ihtiyaç saptama çalışmalarının yürütülmesi ve bunlar doğrultusunda yeni müdahale programlarının yürütülebilmesi için üniversiteler, medya, sivil toplum kuruluşları, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı gibi birçok paydaşa görevler düşmektedir. Genç göçmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması ve ruh sağlığı güçlendirilmesi çalışmaları çok sektörlü yürütülmesi programların uygulanabilirliğini ve sürdürülebilirliğini arttıracaktır. Bu konuda atılacak her adım ülke ve gençler adına geleceğe olumlu bir yatırım olacaktır.

## Kaynakça

- [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_25-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-en.pdf)
- **Öz F, Yılmaz EB.** Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2009) 82-89
- Hunter AJ, Chandler GE. Adolescent resilience. Image: Journal of Nursing Scholarship (Third Quarter) 1999; 31: 243-247.
- Buz S. Mültecilerin Akıl Sağlığı, 1996; 58-112.
- Gündoğan N. Türkiye'de yaşayan sığınmacı ve mültecilerin psikososyal gereksinimleri ve psikolojik belirtileri. Yüksek Lisans Tezi, 2015.



# Sağlıklı Aktif Başarılı Yaşlanma

*Healthy Active Successful Aging*

**Tuğba Özdemirkan<sup>1</sup>** 

**Zeynep Belma Şenlik<sup>2</sup>** 

**A. Çiğdem Şimşek<sup>3</sup>** 

## Öz

Dünyada insanlar daha uzun yaşamakta, doğum sıklığı azalmakta ve yaşlı nüfus artmaktadır. Ülkemizde, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 2017 yılında %8,5'e yükseldi. Nüfus projeksiyonlarına göre, 2023'de %10,2, 2075'de yüzde 27,7 olacağı öngörülmektedir. Ülkemizde yaşlı bağımlılık hızı 2017 yılında %12,6 iken 2023'de %15,2, 2040'da %25,3 olacağı öngörülmektedir. Nüfusun hızla yaşlanması, bazı kronik hastalıkların görülme riskini arttırmakta, bunun sonucu olarak da ulusal ve uluslararası halk sağlığı için yeni ve ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri grubun %90'ında 1, %35'inde 2, %23'ünde 3, %15'inde 4 ve daha fazla kronik sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir. "Aktif Yaşlanma" programı içinde öncelenen konular yaşamın ileri dönemlerinde de beklenmeyen ve erken ölümlerin önlenmesi, kronik hastalıkları olan bireylerin hastalıklarına bağlı engellilik durumu yaşamamaları, bireylerin ileri yaşlarında da yaşamdan zevk alabilmeleri, yaşlı bireylerin toplumun sosyal, politik, ekonomik aktivitelerine katılabilmeleri, sağlık harcamalarının daha az maliyetli olması ve bu giderler için devletin sorumluluğunun sağlanmasıdır. Birey, toplum ve sağlık sistemleri tarafından yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve aktif yaşlanmanın öncelenmesi ile sağlıklı ve aktif yaş alabilen toplumlar oluşacaktır. Bu doğrultuda yol alan toplumlar dünya ülkeleri arasında da rekabet konusunda avantajlı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlıklı Yaşlanma, Aktif Yaşlanma, Yaşlı Sağlığı, Sağlık Okuryazarlığı, Başarılı Yaşlanma.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Ankara, tkarsag@yahoo.com

<sup>2</sup> Uzm. Dr., Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Ankara, zeynepsenlik@gmail.com

<sup>3</sup> Dr., Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Ankara, cigdemsimsek2000@yahoo.com

## Abstract

People in Turkey are living longer and the rate of “NewBirth have fallen and are currently on the decline.We are becoming a population of “OLD PEOPLE”Both Globally and Nationally we are seeing that the ageing population is on the INCREASE.It might sound “funny”but there will be more old people than young people in the world.According to recent studies on ‘Ageing and Population’,figures have shown that in the Year 2017 alone that in Turkey the Ageing population had risen by 8.5%. Pre-Census population anticipate that current Ageing trends show a 10.2% increase for the year 2023 and a 27.7% for the year 2075 nationally.The data indicates that the ‘Ageing’population rates are further on the increase and for some years those figures will even increase very ‘sharply’.The evidence shows that whilst there was a 12.6% increase for the year 2017 alone,a 15.2% increase for the year 2023 and a ‘staggering’ 25.3% for the year 2040 in our Ageing Population is well estimated according to current ageing trends nationally.With the increase in our Ageing Population on the increase and well estimated for the years ahead,there poses many health challenges for our Health Care System both Nationally and Globally.Our rapid increasing Ageing population will bring with them many Chronic Health Issues and problems.At the National level we will see a large number of Serious Health Problems arise in the Age groups of people in the (65+)and over.We can see with the current Global picture that Medical Issues in the Ageing puts ‘strain’ on Health Systems and their ability to cope.At the National level, after analyzing all the figures it is well documented that we must have strategies in place in order to successfully provide and promote a stable and functional Health System for our Ageing Population.We at a National Level must strategically address those issues now in order to be better prepared for the years to come.With all the numbers and figures highlighting the increase in Chronic Health Problems “more the ones associated with the ageing process”then what can we do as ‘Health Care Givers,Health Managers and Health promoters do?There are 5(Five) areas that we need to address for ‘Healthy Ageing’ and ‘Healthy Active Ageing’.The areas that need to be addressed for our “Ageing Population are their “PSYCHOLOGICAL,SOCIAL,PHYSICAL,RELIGIOUS AND ECONOMIC” requirements.We then ‘procatively’ address the needs of our Ageing Population “HOLISTICALLY”.It is ‘fundamentally’ significant that these areas are acted upon.It is of vital importance that at the National Level we have ‘Strategic Plans,promotions and activities in place in order to better serve our Ageing Community and sustain a well adapted Health System for the coming years ahead.

**Keywords:** Healthy Living,Pro-Active Ageing,Health In The Elderly.

İnsanoğlunda ölümsüzlük, yaşlanmamak düşüncesi tarihler boyunca hep var olmuştur (Cankurtaran, 2005). Oysaki yirmi birinci yüzyılda ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan birisi yaşlanmadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Türk Dil Kurumu (TDK, 2017) sözlüğünde, yaş; bir canlının, bir olay ya da olgunun ortaya çıkışından itibaren geçen ve yıl birimi ile ölçülen zaman göstergesi olarak ifade edilmektedir. Yaşlanma; genetik bir programla düzenlenen ve organizmayı çevresel faktörlerinde etkisiyle meydana gelen yapısal ve işlevsel değişmelerle doğumdan ölüme kadar olan olaylar toplamıdır. Yaşlanma; önüne geçilmesi mümkün olmayan, kronolojik (doğum tarihine göre), biyolojik (anatomik ve fizyolojik değişikliklerle), ekonomik, sosyal (yaşlının hayattaki rolü), psikolojik yönleri ve sorunları da olan, her bireyin yaşayacağı bir süreçtir (Cankurtaran, 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2003), bu değişikliklerle seyreden yaşlılığı, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak



ifade etmekte, 65 yaş ve üzeri grubu yaşlılık dönemi olarak kabul etmekte ve 45-59 yaş arası orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 ve üstü ise ihtiyarlık olarak sınıflandırmaktadır. Birleşmiş Milletler (UN) ise standart bir ölçüt koymasına da 60 yaş üstünü yaşlı olarak değerlendirmektedir (Çolak & Özer, 2015; UN, 2013).

Dünyada insanlar daha uzun yaşamakta, doğum sıklığı azalmakta ve yaşlı nüfus artmaktadır (DSÖ, 2003). Dünyada yaşlı nüfusun artış hızı (%2,1), genel nüfus artış hızından (%1,2) daha fazladır (Demir, 2016). Dünya nüfusu son 100 yıl içinde (1950-2050) 4 kat artarken, yaşlı nüfusun 10 kat artacak olması önemli bir noktadır (Tekin & Kara, 2016).

Dünya nüfusunun 2018 yılında %9,1'ini yaşlı nüfus oluşturmuştur (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2019). DSÖ (2018) verisine göre, 2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş ve üstü kişi sayısı, 2025'te 1,2 milyona, 2050'de ise 2 milyona çıkacaktır. Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Departmanı (UN DESA) verisine göre, 60 yaş ve üstü 962 milyon kişi, küresel nüfusun yaklaşık %13'ünü oluşturmuştur (UN, 2018; Usta & Murat). 60 yaş ve üstü küresel nüfus, 1980'de 382 milyon, 2017'de iki kattan fazla artarak 962 milyona yükselmiştir. 2017'de her 8 kişiden biri 60 yaş ve üstüyken 2020'de her 5 kişiden birinin 60 yaş ve üstü olması beklenmektedir (UN, 2018).

Yaşlı nüfusun üçte ikisinden fazlası, gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır ve bu sıklık gelişmiş ülkelerdekine oranla daha hızlı büyümektedir. 2050'ye gelindiğinde, dünyadaki yaklaşık her 10 yaşlıdan 8'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşaması beklenmektedir. 2050'de yaşlıların, Avrupa'daki nüfusun %35'ini, Kuzey Amerika'daki nüfusun %28'ini, Latin Amerika ve Karayipler'deki nüfusun %25'ini, Asya'daki nüfusun %24'ünü, Okyanusya'dakinin %23'ünü ve Afrika'dakinin %9'unu oluşturacağı düşünülmektedir. Dünyada en fazla yaşlı nüfusa sahip Japonya'da 90 yaş ve üzeri 2,06 milyon kişi yaşamaktadır. Dünya nüfusunda en hızlı yaşlanma hızı Japonya'da görülmektedir. Japonya'da 60 yaş ve üstü kişiler nüfusun %33,4'ünü oluşturmaktadır. Japonya'yı %29,4 ile İtalya, %28 ile Almanya, %27,9 ile Portekiz ve %27,8 ile Finlandiya takip etmektedir (UN, 2018; The World Bank, 2018; Buz, Koçak & Gözen 2018; Tekin & Kara, 2016).

Ülkemizdeki yaşlı nüfus 2013 yılında 5 milyon 891 bin 694 kişi (%7,7) iken, %16 artarak 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi (%8,8) olmuştur. Nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfus sıklığının 2023 yılında 8,6 milyona (%10,2'ye), 2050 yılında 19,5 milyona (%20,8'e), 2075 yılında ise 24,7 milyona (%27,7'ye) çıkacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfus yaş grubuna göre incelendiğinde, 2013 yılında yaşlı nüfusun %60,3'ü 65-74 yaş grubunda, %32,2'si 75-84 yaş grubunda ve %7,5'i 85 ve daha yukarı yaş grubunda iken, 2017 yılında %61,6'sı 65-74 yaş grubunda, %29,7'si 75-84 yaş grubunda ve %8,6'sı 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görülmektedir (TÜİK, 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Ortalama yaşam süresi son yüzyılda belirgin olarak artmış ve Japonya, Norveç, Kanada, Almanya gibi bazı ülkelere gelmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Bir birey 65 yaşına ulaştığında yaşaması beklenen ömür ortalama 17,7 yıl olmuştur. Ülkemizde doğuştan beklenen yaşam süresi 78 yıldır. Bu süre, erkeklerde 75,3, kadınlarda 80,8 yıldır (TÜİK, 2019).

Yalnız ya da eşyle “bağımsız” yaşayan 60 yaş ve üstü kişilerin sıklığı, 143 ülke ve bölgeden edinilen veriye göre Afganistan’da %2,3 iken, Hollanda’da %93,4’tür. Hem Afrika’da hem de Avrupa’da, yaşlı kadınların yalnız yaşama sıklığı yaşlı erkeklerden iki kat daha fazladır. Afganistan, Tacikistan ve Pakistan’da, 60 yaş ve üstü kişilerin %90’ından fazlası çocuklarıyla yaşamaktadır. Hollanda ve Almanya’da ise bu sıklık, %10’dan daha azdır (UN, 2018).

Ülkemizde yaşlı bağımlılık hızı 2018 yılında %12,9 olmuştur. Nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı bağımlılık hızının 2023 yılında %15,2, 2030 yılında %19,6, 2040 yılında %25,3, 2060 yılında %37,5 ve 2080 yılında %43,6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2019).

Yaşlanma ile birlikte insan vücudunda çeşitli değişiklikler meydana gelmekte ve bunun sonucu olarak da bazı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu konuda yapılmış olan çeşitli araştırmalar yaşlılarda en çok görülen sağlık sorunlarının hareket sistemi ile ilgili sorunlar, görme ve işitme problemleri gibi fizyolojik değişimlerin yol açtığı sorunlar ile hipertansiyon, kalp-damar sistemi hastalıkları, bazı kanserler, diyabet, kronik akciğer hastalıkları gibi daha ciddi hastalıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sağlık sorunları bir yandan insan ömrünü ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Bilir, 2004).

Nüfusun hızla yaşlanması, bazı bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme riskini arttırmakta, bunun sonucu olarak da ulusal ve uluslararası halk sağlığı için yeni ve ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Gelişmekte olan ülkelerde 2020 yılına kadar, tüm ölümlerin dörtte üçünün yaşlanma ile ilişkili olabileceği tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin çoğunun kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar sebebi ile meydana geleceği tahmin edilmektedir (Tekin & Kara, 2016; DSÖ 2002, 2018).

Ülkemizde 65 yaş ve üzeri grubun %90’ında 1, %35’inde 2, %23’ünde 3, %15’inde 4 ve daha fazla kronik sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Ölüm nedeni istatistiklerine göre, 2017 yılında hayatını kaybeden yaşlıların %45,1’i dolaşım sistemi hastalıkları, %16,2’si iyi ve kötü huylu tümörler, %14,2’si solunum sistemi hastalıkları nedeni ile hayatını kaybetmiştir. Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların sıklığı 2013 yılında %3,6 iken, bu sıklık 2017 yılında %4,6’ya yükselmiştir (TÜİK, 2019).

Yaşlanmanın bireye ve topluma getireceği yükün hafifletilebilmesi için aktif, sağlıklı, üretken, başarılı birey ve topluma ulaşmak hedefi, 1960’lı yıllardan itibaren öne sürülmüştür. DSÖ tarafından 1990’lı yıllarda dünyanın gündemine getirilmiş bir kavram olan aktif yaşlanma; “kişiler yaşlandıkça yaşam kalitelerinin zenginleşmesi için sağlık, topluma katılım ve güvenlik fırsatlarının en iyi düzeyde sağlanması süreci” olarak tanımlamakta ve tüm bireylere bu fırsatların sağlanmasını savunulmaktadır. Bir başka deyişle aktif yaşlanma; sağlıklı olma halinin korunmasıyla birlikte yeterli beslenme, fiziksel ve zihinsel olarak aktif olma, güvenli bir çevrede yaşama, çalışma ve sosyal çevre içinde yer alma koşullarını yerine getirebilen bireylerin yaş alma süreçlerine verilen isimdir (T.C. Avrupa Birliği Bakanlığı, 2011).

“Aktif Yaşlanma” programı içinde öncelenen konular; yaşamın ileri dönemlerinde de beklenmeyen ve erken ölümlerin önlenmesi, bulaşıcı olmayan hastalıkları olan bireylerin

hastalıklarına bağlı engellilik durumu yaşamamaları, bireylerin ileri yaşlarında da yaşamdan zevk alabilmeleri, yaşlı bireylerin toplumun sosyal, politik, ekonomik aktivitelerine katılabilmeleri, sağlık harcamalarının daha az maliyetli olması ve bu giderler için devletin sorumluluğunun sağlanmasıdır (Framework, 2004). Birleşmiş Milletler tarafından 2002 yılında yapılan Dünya Yaşlanma Toplantısı'nda (United Nations World Assembly on Ageing) "aktif yaşlanma", zinde yaşlıların yanı sıra kırılğan yaşlıyı da göz önünde bulunduran ve bir gereksinimden çok bir hak olarak vurgulanmıştır (Framework, 2004; Liu et al., 2018; Demir, 2018).

Yaşlı ve yaşlılığa karşı inançlar ve tutumlar kültürden kültüre değişmektedir. Bazı toplumlar, yaşlılığa daha çok olumsuz nitelikler atfederken (işe yaramaz, değersiz, güçsüz, yetersiz gibi) Japonya gibi geleneksel toplumlarda ise, yaşlılara hürmet edilerek, bilgi birikimleri ve deneyimlerinden yararlanılmakta ve yaşlının sosyal statüsünün daha yüksek olduğu gözlenmektedir (Akdemir, Çınar & Görgülü, 2007; Çilingiroğlu & Yaşlılık, 2004). Türk kültüründe, yaşlıya saygı, yaşlının sözüne itibar etme ve yaşlısına sahip çıkma geleneksel ve değişmez bir beklenti iken yaşlının toplum içindeki statüsü ve saygınlığı günümüzde değişmektedir. Kentleşme, göçler ve sanayileşmenin artması, ekonomik zorluklar, kadının çalışma hayatına girmesi, sosyal yaşamın değişmesi, ataerkil aile yapısından çekirdek aile yapısına geçiş özellikle büyük şehirlerde aile yapılarında önemli değişikliklere neden olmaktadır (Öztek & Kubilay, 2008). Ülkemizde yaşanan bu hızlı ve çok yönlü değişimler sosyal yaşantıda ve iş yaşantısında daha çok dinamik olan kişilerin ve gençlerin tercih edilmesine yol açmakta, yaşlıların ikinci plana itilmesine ve kültürel değerlerimizde bazı değişimlere neden olmaktadır (Akdemir et al., 2007; Çilingiroğlu & Yaşlılık, 2004).

Günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar yaşam kalitesini artırmaya ve sağlık durumunu daha iyi hale getirmeye odaklanmaktadır. DSÖ tarafından "Yaşlılara yapılan sağlık harcamalarını azaltmak yerine öncelikli hedef olarak yaşlıların toplumun üretken ve aktif bireyleri olarak yaşayabilmeleri için eyleme geçmek" önerilmiştir. DSÖ'nün "Yaşama yıllar ekledik, şimdi yıllara yaşam eklemeliyiz" deyiimi ile üretken, başarılı ve bağımsız bir yaşlanma hedeflenmektedir. Yaşlı bireylerin yalnızca fiziksel olarak aktif olmalarını değil, aynı zamanda işgücüne dahil olmaları ve sosyal, ekonomik, kültürel, ruhsal ve medeni hayata katılmaları üzerine vurgu yapılmaktadır. Tüm bunlar dikkate alındığında, aktif yaşlanma kavramının yanı sıra "başarılı yaşlanma", "sağlıklı yaşlanma", "üretken yaşlanma" kavramları da kullanılmakta, kimi zaman literatürde bu kavramların birbirinin yerine de kullanıldığı görülmektedir. Sağlık koşullarından ötürü fiziksel olarak yeterince aktif olamayan bir grup yaşlıyı dışladığı gerekçesi ile "aktivite teorisi", çalışmakta olmayan bir grup yaşlıyı dışladığı gerekçesi ile "üretken yaşlanma", bireylere gerçekçi olmayan beklentiler yüklediği ve kişileri tek tipleştirdiği yönünde eleştirilen "başarılı yaşlanma" kavramı da tartışılmaktadır (Framework, 2004).

Başarılı yaşlanma; yalnızca sağlık yönünden değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden de tam bir iyilik halini işaret eden bir kavramdır. Yaşam uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma başarılı yaşlanmanın en temel göstergeleridir (DPT, 2007; Kılıç D., 2009).

Araştırmalarda, “aktif yaşlanmanın belirleyicileri; kültür, cinsiyet, ekonomik faktörler, sağlık ve sosyal hizmetler, sosyal-çevresel belirleyiciler, fiziksel-çevresel belirleyiciler, kişisel faktörler ve davranışsal faktörler olarak saptanmıştır (Framework, 2000; Tatal, 2016).

Sağlık ve işlevselliğin sürdürülmesi için etkinlikler, boş zaman aktiviteleri, kulüp ve sosyal ortamlara katılım, çevre ile temasın sürdürülmesi, fiziksel aktivite, bulmaca benzeri yöntemler ile zihin egzersizleri, günlük işlerin yapılması, herhangi bir hobisinin olması önemlidir (Tereci, Turan, Kasa, Öncel, & Arslansoyu, 2016). Bu etkinliklerin yapılması yaşlının kendi sağlığı ile ilgili endişe duymaması, depresyonda olmaması, yeti yitiminin olmaması ve algılanan sosyal destek ile yaşam doyumunu ve dolayısıyla yaşam kalitesini artırmaktadır.

Türkiye de dünyadaki yaşlanmaya benzer süreçlerden geçecek ve toplum yaşlanmasının getirdiği sorunlarla yüzleşecektir (Tekin & Fatih, 2016). Bu sorunlarla mücadelede sağlık politikaları, yaşlıların bağımsız biçimde yaşamalarına ve topluma entegre olmalarına öncelik vermektedir (WHO, 2008.) Doğum öncesinden başlayarak sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, sağlıklı yaşam alanlarının sağlanması gibi bütüncül ve multisektöryel bir yaklaşım benimsenmelidir. Politikacılar, sivil toplum örgütleri ve sağlık çalışanları başta olmak üzere, tüm topluma yaşlılık ile ilgili bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır.

Birey, toplum ve sağlık sistemleri tarafından yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve aktif yaşlanmanın öncelenmesi ile sağlıklı ve aktif yaş alabilen toplumlar oluşacaktır. Bu doğrultuda yol alan toplumlar dünya ülkeleri arasında da rekabet konusunda avantajlı olacaktır.

## Kaynakça

- Akdemir, N., Çınar, F. İ., & Görgülü, Ü. (2007). Yaşlılığın algılanması ve yaşlı ayrımcılığı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10(4), 215-222.
- Aslan, D. Aktif yaşlanma kavramı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Erişim Adresi: <http://www.turkgeriatri.org/halksagligi?id=12>
- Bakanlık, T.C. Avrupa Birliği (2011). 2012 Avrupa aktif yaşlanma ve nesiller arası dayanışma yılı hakkında bilgi notu Erişim Adresi: [https://www.ab.gov.tr/files/SBYPB/Sosyal%20Politika%20ve%20%C4%B0stihdam/aktif\\_yaslanma\\_bilgi\\_notu.pdf](https://www.ab.gov.tr/files/SBYPB/Sosyal%20Politika%20ve%20%C4%B0stihdam/aktif_yaslanma_bilgi_notu.pdf).
- Bakanlık, T.C. Sağlık (2015). Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı 2015-2020. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı, Yayın (960), 22-30.
- Bilir, N. (2004). Yaşlanan toplum, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, 1. Erişim Adresi: <http://www.geriatri.org.tr/pdfler/YaslananToplum.pdf>
- Buz, S., Koçak Ertan, Y. & Gözen, Ö. (2018). Türkiye’de yaşlılara sunulan hizmetlerin birleşmiş milletler yaşlılık ilkeleri çerçevesinde değerlendirilmesi: Ankara örneği Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 6, Sayı: 77, S. 388-410

- Cankurtaran, M. (2005). Yaşlılık, yaşlanma mekanizmaları, antiaging ve yaşam tarzı değişiklikleri. 7. *Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya*. Erişim Adresi: <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/7/7.15.pdf>
- Çolak, M., & Özer, Y. E. (2015). Sosyal politika anlamında aktif yaşlanma politikalarının ulusal ve yerel düzeydeki analizi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(55), 115-124. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/70669>
- Çilingiroğlu, N., & Yaşlılık, D. S. (2004). Yaşlı ayrımcılığı. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(4), 225-230.
- Demir, O. (2016). Nüfus politikaları ve Çin, Fransa ve Türkiye örneklerinin değerlendirilmesi. *Social Sciences*, 11(1), 41-61.
- Demir, Ş. (2018). İkinci dünya yaşlılık toplantısı' nın (Madrid Planı) ülkelerin yaşlılık politikası. 30, 365-380
- DPT (2007). Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı 2007. <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf> (Erişim Tarihi:18 Şubat 2019)
- Kılıç D. Yaşlı sağlığı. In: Erci B (ed). Halk Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Fırat Matbaacılık, 2009: 133-155.
- Kunkel, S. R., & Morgan, L. A. (2015). *Ageing, society, and the life course*: Springer Publishing Company.
- Kurumu, T. D. (2017). Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük.
- Liu, L.-K., Chen, C.-H., Lee, W.-J., Wu, Y.-H., Hwang, A.-C., Lin, M.-H., . . . Arai, H. (2018). Cognitive frailty and its association with all-cause mortality among community-dwelling older adults in Taiwan: Results from I-lan longitudinal aging study. *Rejuvenation research*, 21(6), 510-517.
- Morgan, L. A., & Kunkel, S. R. (2007). *Ageing, society, and the life course*: Springer Publishing Company.
- Organization, W. H. (2004). Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO; 2002. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02\\_8](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02_8).
- Organization, W. H. (2003). *The world health report 2003: shaping the future*: World Health Organization.
- Öztekin, Z., & Kubilay, G. (2008). *Toplum sağlığı hemşireliği*: Palme Yayıncılık.
- Sonbahar, A. Başarılı yaşlanma algısı: farklı yaş gruplarından bireylerin yaşlılığa bakışı.
- Soyuer, F., & Soyuer, A. (2008). Yaşlılık ve fiziksel aktivite. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 15(3), 219-224.
- TEKİN, Ç. S., & Fatih, K. (2016). Dünyada ve Türkiye'de yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD)*, 3(1), 219-229.
- Tereci, D., Turan, G., Kasa, N., Öncel, T., & Arslansoyu, N. Yaşlılık kavramına bir bakış. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 2016(1), 84-116.
- Teşkilatı, D. P. (2007). Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. *Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No DPT, 2741*.
- Tural, O. (2016). Yaşlılık, yaşam çevresi ve evrensel tasarım. *Yaşlılık Disiplinlerarası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler (Edit: Velittin Kalinkara)* Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti, 489-507.
- TUIK, 18 Mart 2019 Haber Bülteni Sayı: 30699 İstatistiklerle Yaşlılar, 2018 [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)
- United Nations (UN) (2018). World population ageing 2018. Department of Economic and Social Affairs Population Division, New York <https://www.un.org/development/desa/publications/2018-revision-of-world-urbanization-prospects.html>
- Usta, G., & Murat, G. İşgücü piyasasında yaşlılar ve aktif yaşlanma: avrupa birliği ve Türkiye değerlendirmesi.
- WHO global report on falls prevention in older age, World Health Organization. Ageing-2008- b o o k s . google.com <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Active Ageing: Towards Age-Friendly Primary Health Care. Towards Age-Friendly Primary Health Care, WHO. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_CHP\\_HPR\\_04.02.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_CHP_HPR_04.02.pdf). ISBN 92 4 159218 4 World Health Organization 2004
- World Health Organization Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department Ageing and Life Course active ageing: a policy framework <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>



# Sınıf Öğretmenlerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Belirleme, Bilgi, Tutum, Davranış Değişikliği ve Eğitim İhtiyacını Saptama Çalışması

*A Study on Determination Health Literacy Level and Identification of Knowledge, Manner, Behavioral Change and Educational Needs of Elementary School Teachers*

**Abdullah Emre Güner<sup>1</sup>** 

**Esra Şahin<sup>2</sup>** 

**Saadet Peksu<sup>3</sup>** 

**Seçil Kaya Şengül<sup>4</sup>** 

**Mete Güngör<sup>5</sup>** 

## Öz

Günümüzde bireylerin, kendi hastalıklarını tanıyabilmeleri, kronik hastalıklarını yönetebilmeleri, korunma ve tedavi sürecinde 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; sağlık hizmetlerinde sağlıklı yaşam yollarını, kalitesini artırması ve sağlık eşitsizliklerini gidermesi açısından son derece önemlidir. Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu araştırmanın evreni 15.05.2019-15.06.2019 tarihleri arasında, İstanbul Sancaktepe ilçesinde görev yapan sınıf öğretmenlerinden randomizasyon yöntemiyle belirlenen 306 sınıf öğretmenine TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32) ölçeği kullanılarak hazırlanan anket uygulanmış ve analiz edilmiştir. 255 adet geçerli anket dönüşü olmuştur. Bulgular: Katılımcıların % 35'i Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı, % 17'si Yetersiz sağlık okuryazarlığı, % 27'si Yeterli, % 21'i Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı düzeyine sahiptir. % 52.2'si 22-34 yaş aralığında, % 69.8 i evli, % 71.4'ü kadın, % 93.7'si lisans mezunu olup; % 11,4' ünün kronik hastalığı vardır. Tartışma: Sağlık Okuryazarlığının geliştirilmesi ile oluşabilecek davranış değişiklikleri kişilere erken yaşlarda kazandırılması gerekir. İlkokul çağı bunun için önemli bir fırsattır. Sınıf öğretmenleri ise bu konuda en önemli rolü üstlenen kişilerdir. Bu çalışma sonucunda sınıf öğretmenlerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin sınırlı-sorunlu olduğu görülmüştür. Sınıf öğretmenlerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Okuryazarlık, Sınıf Öğretmenleri, Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi, İlkokul Dönemi.

<sup>1</sup> İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, abduhahemreguner@hotmail.com

<sup>2</sup> İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, drsahinesra@gmail.com

<sup>3</sup> İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, saadet.peksu@gmail.com

<sup>4</sup> İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, kayasecl@gmail.com

<sup>5</sup> İlçe Sağlık Müdürlüğü, Sancaktepe, İstanbul, drmetegungor@hotmail.com

## Abstract

Nowadays, individuals are expected to be able to recognize their own diseases, manage their chronic diseases, and make decisions that they think are good for them during the prevention and treatment process. The effectiveness, effectiveness and quality of health services also depend on the decisions of individuals receiving health care on their own health. Health Literacy; It is extremely important in terms of increasing the year and quality of healthy life in health services and eliminating health inequalities. Method: The population of this research, which was planned descriptively and cross-sectionally, was analyzed using TSOY-32 Health Literacy Scale by classroom teachers working in Sancaktepe district of Istanbul to 306 classroom teachers determined by randomization method between 15.05.2019-15.06.2019. There were 255 valid survey returns. Results: 35% of the participants had Problem-Limited Health Literacy, 17% had poor Health Literacy, 27% had Adequate, 21% had Excellent Health Literacy. 52.2% were in the 22-34 age range, 69.8% were married, 71.4% were women, 93.7% were bachelor's degree; 11.4% have chronic disease. Discussion: Behavioral changes that may occur with the development of Health Literacy should be gained to people at an early age. Primary school age is an important opportunity for this. In this respect, class teachers are the ones who play the most important role. As a result of this study, it was found that the health literacy levels of classroom teachers were limited and problematic. Efforts should be made to increase the health literacy levels of classroom teachers.

**Keywords:** Health, Literacy, Classroom Teachers, Health Literacy Level, Primary School Period.

## Giriş

Toplumda yaşayan her birey, sağlıklı ve kaliteli bir şekilde hayatını devam ettirebilmesi için sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Ancak günümüzde Sağlık Sistemi, hizmetten yararlananlar ve yararlanacak olanlar için karmaşık bir yapı olarak karşılına çıkabilmektedir. Sağlık hizmeti almak için başvuran kişilerin, sağlık sorunları ve verilen hizmetle ilgili olarak bilgilencmeleri, sorumlulukları ve haklarını bilmeleri ve sağlık ile ilgili kararlar verebilmeleri gibi farklı rolleri vardı. (29) En önemlisi de, başvuranların tamamının ilgili konularda bilgi ve yeterlilik sahibi oldukları kabul edilmektedir. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık bilgilerinin iletişimi bu gün eskiye oranla çok daha fazla önem kazanmıştır.

Sağlık okuryazarlığı, bireyin hayat tarzını ve yaşama şartlarını değiştirerek onun hem birey, hem de toplum sağlığını iyileştirecek olan davranışa sevk edecek olan bilgi, bireysel beceri ve özgüven düzeyini elde etmesini sağlar. Sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerilerini, bu hizmeti kullanabilme yeteneğini destekler ve geliştirir. Mevcut sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını, bireyin kendi sağlığının ve toplum sağlığının üzerinde yetkin olmasını güçlendirir.(4)

Sağlık Okuryazarlığı bireylerin, kendileri ve toplum sağlığı ile ilgili karar ve davranışlarını yönlendirecek, temel sağlık bilgi ve hizmetleri konusunda bilgi birikimleri, bu bilgilere erişimleri, erişilen bilgiyi anlamaları, değerlendirmeleri, kullanmaları ve nesilden nesile aktarmalarıdır.

## Sağlık Okuryazarlığı Nedir?

Sağlık okuryazarlığı (SOY), sağlığın geliştirilmesi kavramı çerçevesinde 1980'li yılların sonlarına doğru tanımlanmış bir kavramdır (19). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık okuryazarlığını; bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi olarak tanımlamaktadır. (19)

Sağlığın geliştirilmesi hareketinden doğan sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkları ile ilgili verdikleri kararlarda öz yönetim sağlamayı ve bilgiye dayalı karar vermelerini amaçlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı kişilerin okuma, dinleme, analiz etme, karara katılma, karar verme yetenekleri ile bunların hayata uyarlanmasını kapsar. SOY sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir kültür oluşturma aracı, özgüven gibi kişisel gelişim alanlarının ve sosyal becerilerin artması yönünde ise destekleyici bir araçtır.

## Sağlık Okuryazarlığının Önemi

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; sağlık hizmetlerinde sağlıklı yaşam yılını ve kalitesini artırması ve sağlık eşitsizliklerini gidermesi açısından son derece önemlidir. Sağlık profesyonelleri için mesleki tatmin, doğru iletişim ve klinik becerileri kullanabilme, sağlık hizmeti alanlar için ise anlaşılır olabilmek, karara katılımda daha fazla aktif rol almak, daha kaliteli sağlık hizmetinden yararlanabilmeyi sağlar.

Sınırlı/yetersiz sağlık okuryazarlığı olan kişilerin; %69'u (form doldurma v.b.) işlemleri yapmakta güçlük çektikleri için doktora/sağlık kurumuna başvurmadan çekiniyor. %67'si başvurdukları doktorların, kendilerinin sağlık okuryazarlığı konusunda sınırlı/yetersiz olduğunun farkında olmadığı kanısındadır. %73'ü sağlık çalışanlarını, medikal terimler kullandıkları için anlayamadığını belirtiyor. (22)

## Sınırlı/Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Sonuçlarına Etkileri

- Daha sağlıksız yaşam
- Koruyucu sağlık hizmetlerini anlama ve uygulamada problemler
- Kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği (hipertansiyon, diyabet )
- Kronik hastalıkların yönetimde aksaklık yaşama
- Verilen eğitimleri anlamada ve yorumlamada güçlük
- Erken ve artan mortalite
- Verilen tedaviye uymada güçlük (ilaç tedavisine, kontrollere uyum v.b.)



- Acil servis kullanımında artış
- Hastanede yatışlarda ve hastanede kalış süresinde artış
- Sağlık harcamalarında artma

Sağlık yöneticileri ve politika yapıcılar açısından da, maliyetleri ve sağlık hizmeti kullanımını arttırdığından dolayı, sağlık hizmetlerinin yeniden organize edilebilmesi ve yapılandırılmasında büyük önem taşımaktadır.

### **Sağlık Okuryazarlığının Kapsamı**

- Okuma
- Dinleme
- Analiz etme
- Karara katılma
- Karar verme
- Hayata uyarlama **(22)**

### **Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Etkileşim Alanları**

- Bireysel Özellikler
- Sağlık Profesyonelleri
- Sağlık Sistemi

Sağlık okuryazarlığı toplumsal ve bireysel faktörlerin ortak bir fonksiyonudur. Bireylerin sağlık okuryazarlık beceri ve kapasitelerine eğitim, kültür ve dil aracılık eder. Bireylerin eğitim sistemleri, sağlık sistemleri, kültürel ve sosyal faktörler ve bu faktörlerin sağlık okur-yazarlığı üzerindeki potansiyel etkileşimi sağlık çıktılarına ve maliyeti göstermektedir. Sağlık okuryazarlığını toplumsal ve bireysel faktörler etkilediği gibi kültürel ve kavramsal bilgi, konuşma, dinleme, okuma, yazma, sayısal beceriler bunlara dahildir. **(5)**

65 yaş üzerindeki yetişkinler, etnik gruplar, mülteci ve göçmenler, liseden daha az eğitim düzeyine sahip olanlar, yoksulluk, anadili ülkede konuşulandan farklı olanların sağlık okuryazarlık düzeyleri oldukça düşüktür.

Yaş, gelir durumu, iş pozisyonu, eğitim düzeyi, meslek, aldığı bilgiyi kullanabilme yeteneği v.b algılama yeteneği, öğrenme yetersizliği, kendini ifade edebilme becerisi, araştırma yeteneği, merak, bilgi, ilgi v.b faktörler sağlık okuryazarlık seviyesini etkilediği gibi sağlık okuryazarlık seviyesini değerlendirmede kullanılan araçları da etkilemektedir. **(5)** Sağlık okuryazarlığına nelerin potansiyel etkisi olduğunu anlamak için insanların sağlık bilgisini nasıl edindiğini ve kullandığını anlamak önemlidir. Sağlık ile ilgili bilgiler hükümet, gıda ve ilaç sanayi dahil olmak üzere birçok kaynaktan üretilir ve medya tarafından dağıtılır. İnternet giderek daha önemli bir kaynak haline gelmiştir. Sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi ve ana dil bireylerin sağlık bilgilerini nerede arayacağını, ne tür bilgileri tercih edeceğini ve bu bilgileri nasıl yorumlayacağını etkiler. Çocuklukta verilecek sağlık eğitimi yetişkin sağlık okuryazarlığı için bir temel sağlayabilir. Bu sebeple öğretmenlerin sağlık

okuryazarlık seviyesinin yüksek olması ilkökul çağındaki çocuklar için rol model oluşturur. Çok yetenekli kişilere bile sağlıkla ilgili bilgi ve mesajları anlamak için sağlık sistemi karmaşık gelebilir. Tarifler, işaretler, aydınlatılmış onam formları, sosyal hizmet formları, halk sağlığı bilgisi, tıbbi talimatlar ve sağlık eğitimi malzemeleri de dahil olmak üzere resmi belgeler ve teknik dil bireylerin sağlık hizmetleri kullanımını gereksiz yere zorlaştırır. Bunlara ek olarak kültürel farklılıklar; bireylerin sağlık, hastalık, önlem ve sağlık hizmeti algısını etkileyebilir. Sağlık hizmeti sunan ve alan bireylerin sağlık, hastalık, tedavi, risk ve faydaları karşılıklı anlayışı; sağlık hizmeti veren ve alanın davranışında, yasal düzenlemelerde ve sağlık sisteminde etkilere sahiptir. Sağlık okuryazarlığı sağlık hizmeti sunan ve alanın bilgi alışverişinde, bilgilerin kolay aktarımı için ortak bir yol sağlar. (5)

## **Türkiye’ de Sağlık Okuryazarlığı**

Sağlık okuryazarlığı bireylerde sağlık bilincinin oluşturulması, bilgi düzeyindeki artış ile sağlık sistemini sorgulaması ve taleplerini karşılama yönünde güçlendirilmesini ifade eder. Bireylerin/hastaların güçlendirilmesi yönünde ülkemizde yapılan kamusal düzenlemelerin ilki Hasta Hakları Yönetmeliği'nin yayınlanması ile söz konusu olmuştur. (32) “Hasta Hakları Yönetmeliği” ile bireylerin sağlık hizmetlerinden, adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, bilgi isteme, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme, sağlık hizmeti aldığı personeli tanıma, seçme ve değiştirme, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakımını isteme gibi hakları tanımlanmıştır. Bu haklara ek olarak aynı yönetmelik ile sağlık durumu hakkında bilgi alma kapsam olarak detaylandırılmış ve sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta hakları birimlerinin faaliyete geçmesi zorunlu kılınmıştır (14). Bireylerin kendi sağlığı ile ilgili bilgileri edinmeyi isteme hakkının verilmesi, sağlık kuruluşunu ve hekimini seçme hakkının ve yönetmelikte belirtilen diğer hakları kullanmasının tanınması “sağlık hakkı” kavramının kapsamında belirtilen haklardan daha kapsamlı ve daha birey yönelimli bir “hak” kapsamına geçildiğinin göstergeleridir. 2003 yılından bu yana uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile bireylerin sağlık hizmetleri talebinde güçlendirilmesine yönelik politik düzeyde adımlar atılmaya başlamıştır. Bu adımlar, SDP'nin “insan merkezlilik” ve “katılımcılık” temel ilkeleri ile ilişkilendirilmektedir (32). SDP kapsamında 663 sayılı, “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları yeniden yapılandırılmıştır. Bu kapsamda doğrudan sağlık okuryazarlığı kavramı ile ifade edilmemekle birlikte sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi misyonu, yeni kurulan Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM)'nin görev tanımlaması içerisinde yer almıştır (32). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Yapısı ve Görevlerinde değişikliklerin söz konusu olduğu 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede de Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü' nün görev tanımlaması içinde yer almaya devam etmiştir.

## **SGMM'nin bu kapsamdaki görevleri;**

- Toplumun ve bireylerin sağlığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve kontrol yeteneklerini artırmak ve bu konuda sorumluluk almalarını ve karar süreçlerine katılımlarını teşvik etmek.

- Sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörlerin ve sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesine yardım edecek düzenlemeler yaparak birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak ve sürdürmek **şeklinde tanımlanmıştır.(25)**

Sağlık Bakanlığı'nın Stratejik Planı (2013-2017)'nda da SOY ile ilgili hedeflere yer vermiştir.(24) Bu amaçla 2017 yılında SOY düzeyini takip edebilmek için sürveysan sisteminin kurulması, SOY'ni teşvik etmek amacıyla sektörler arası işbirliği yapmak, ilk ve orta öğretimde SOY konusunun müfredata eklenmesi için Milli Eğitim Bakanlığı ile ortak çalışmalar yürütmek, Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı (YÖK) ile işbirliği yaparak sağlığın geliştirilmesine yönelik öğrencilerde farkındalık oluşturmak, YÖK ile işbirliği yaparak sağlığın geliştirilmesine yönelik lisans ve yüksek lisans programlarına yer vermek ve toplumda SOY'ni artırmak için iletişim faaliyetlerini güçlendirmek amaçlanmaktadır. (24). Ülkemizde SOY'na yönelik düzenlemeler yalnızca sağlık bakanlığı ile sınırlı kalmamıştır. Kalkınma Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı da SOY'nın geliştirilmesine yönelik düzenlemeleri politikalarına dahil etmeye başlamışlardır. Kalkınma planı ile ilişkili olarak "Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu (2014)'nda, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık okuryazarlığı "bireylerin koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini kullanma ve dolayısıyla sağlıklı olma yönündeki davranışlarının önünde duran en önemli sorun" olarak değerlendirmiştir. Maliye Bakanlığı'nın 2017 yılı merkezi yönetim bütçe sürecini başlatan ve 2017-2019 dönemini kapsayan Orta Vadeli Mali Programının kamu harcamaları politikası bölümünde "Sağlık harcamalarının etkinliğinin artırılması çerçevesinde, sağlıklı yaşam kültürü ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik uygulamalar hayata geçirilecek ve aile hekimliği güçlendirilecektir" maddesi yer almaktadır (13). Bu madde ile SOY'un geliştirilmesinin kamu harcamalarında etkinlik sağlamak üzere bir politika aracı olarak kullanılmaya başladığı söylenebilir. Sağlık harcamaları içerisinde insan kaynaklı maliyetlerin artışını önlemenin en etkili yollarından birinin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi olduğunun fark edilmesiyle hükümetler bu yönde önlemler almaya başlamışlardır.

## Sağlık Okuryazarlığı Ve Hastalık Yönetimi

Bir ülkenin yetişen genç ve sağlıklı kuşaklara sahip olmasında temel sağlık hizmetleri büyük bir önem taşımaktadır. Yetersiz veya sınırlı SOY düzeyi olan bireylerin, yeterli SOY düzeyi olan bireylere göre koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları ve kronik hastalık yönetimlerinin daha kötü olduğu görülmektedir. Bu bireylerin, mortalite ve morbidite oranları da daha yüksektir. Kronik hastalıklarla SOY ilişkisi irdelendiğinde, böbrek hastalıkları, astım ve KOAH, Tip 2 Diyabet, romatoid artrit ve depresyon nedeniyle izlenen bireylerde, düşük SOY nedeniyle bariyerlerin oluştuğu ve bunların aşılmasının gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (10, 23)

Koruyucu sağlık hizmetleri yönünden SOY ilişkisi değerlendirildiğinde, düşük SOY düzeyinin tarama testlerinin uygulanması açısından önemli bir engel olduğu görülmektedir. Örneğin, İngiltere'de kolon kanseri tarama programında, bireylerle ilk iletişim yolu olarak evlerine tarama hakkında bilgi içeren yazılı bir materyal gönderilmektedir. Buna karşın bireylerin bazılarının yine de tarama yaptırmaması, sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine

bağlanmaktadır.(18) Bunun gibi, meme kanseri tarama davranışlarından kendi kendine meme muayenesi ve mamografi yaptırmamanın da düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.(27)

Düşük SOY düzeyi, bireylerin yazılı materyali okuyup, anlayıp, buna uygun davranış oluşturmalarını engellemektedir. Bu noktada hazırlanan yazılı materyallerin, bireylerin SOY düzeyine göre düzenlenmesi veya toplumun SOY düzeyini yükseltecek girişimlerin yapılması gündeme gelmiştir. Yapılan çalışmaların sonuçları, SOY düzeyinin bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi sosyo demografik özelliklerine bağlı olarak farklılık gösterdiğine işaret etmektedir.

## **Amaç**

Bireylerde bilgi eksikliği ve davranış değişikliği ile birçok hastalık önenebilir. Sağlık Okuryazarlığı hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmaya ve hastalıklarla ilgili okuduğunu anlamaya başladığı yaşlarda kişilere kazandırılması gereken bir davranış değişikliğidir. İlkokul çağındaki bir çocuğun ailesinden sonra güvendiği ve rol model aldığı kişiler öğretmenlerdir. Şehir merkezinden uzak köylerde, kasabalarda Öğretmenler rehberdir, danışmandır, söyledikleri toplumda kabul görür. Bu sebeple özellikle ilkököl öğretmenlerinin sağlık okuryazarlık bilgisi halk sağlığı açısından oldukça önemlidir.

Bu çalışmada İstanbul İli Sancaktepe ilçesinde bulunan ilköğretim Okullarında görev yapan Sınıf Öğretmenlerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Belirleme, Bilgi, Tutum, Davranış Değişikliği ve Eğitim İhtiyacını Saptanması Çalışması yapılmaya karar verilmiş, gerekli kurum izni ve etik kurul onayı alınmıştır. Sınıf öğretmenlerine TSOY-32 Sağlık Okuryazarlık ölçeği kullanılarak hazırlanan anket uygulanmış ve analiz edilmiştir. Değerlendirme sonucunda sınıf öğretmenlerinde bilgi, tutum, davranış değişikliği ve eğitim ihtiyacı belirlenerek bu yönde ilgili kurumlar ile çalışmalar planlanması amaçlanmıştır.

## **Gereç ve Yöntem**

### **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Bu çalışmada İstanbul ilinde pilot ilçe olarak seçilen Sancaktepe ilçesinde bulunan 38 ilköğretim okulunda görev yapan 1487 sınıf öğretmenlerinden devlet okulu veya özel okul ayrımı yapılmadan randomizasyon yöntemiyle örneklem olarak belirlenen 306 kişiden gönüllü olanlara cinsiyet farkı gözetmeksizin anket uygulanmıştır. Sancaktepe ilçesinde görev yapmayan sınıf öğretmenleri, sınıf öğretmeni olmayan branş öğretmenleri ve idari görev yapanlar, gönüllü olmayanlar ve 18-65 yaş aralığında olmayanlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

15.05.2019-15.06.2019 tarihleri arasında yapılan bu çalışmada çalışmanın anlamlı olması için p ve q değeri 0,5, d: 0,05 olarak alınmıştır. 38 ilköğretim okulunda 1,2,3 ve 4. sınıfları okutan öğretmenlerin sayıları öğrenilmiş ve her okuldan alınacak örneklem sayısı ayrıca hesaplanmıştır. Her okul için belirlenen örneklem sayılarına göre okulların 1,2,3, ve 4. sınıfları evrenin alt tabakaları olarak düşünülmüş ve o okul için belirlenen örneklem sayısına göre bu sınıfları okutan öğretmenlere anket uygulanmıştır.

Her okul için belirlenen örneklem sayısına ulaşıldığında anket uygulaması sonlandırılmıştır. Örneklem sayısı olarak belirlenen 306 kişiye anket uygulanmış ancak 255 adet geçerli anket dönüşü olmuştur. **Çalışma ankete dayalı, tanımlayıcı, analitik şeklindedir.**

## Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak anket uygulaması yapılmıştır. Anket Formu, Kişisel Bilgi Formu ve Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği-32 testi olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

## Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların sosyo-demografik ve tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik 9 sorudan oluşmaktadır.

## Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği-32

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı tarafından geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş ve yayınlanmıştır. TSOY-32 iki temel boyutta (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi), dört faktör (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) altında toplanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. 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. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50'de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Yine, HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Bu kategoriler puanlamaya göre :

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

olarak tanımlanmaktadır.

## Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22 programı kullanılmıştır. Demografik özellikler ve sorulara yönelik düşünceler ile bölümlendirilmiş sorular arasında ortalamaların karşılaştırılması için öncelikle normal dağılımı test eden Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri uygulanmıştır. Verilerin normal dağılıma uymadığı tespit edilmiş ve non-parametrik testlerle, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Frekans testleri ile karşılaştırmalar yapılmıştır. Veriler tablolarda aritmetik ortalama  $\pm$  standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilmiş, güven aralığı % 95 olarak belirlenmiştir.

## BULGULAR

### Demografik Özellikler

Katılımcılardan 43 kişi özel okulda, 212 kişinin devlet okullarında sınıf öğretmeni olarak görev yapmaktadır. Katılımcıların cinsiyetlerine bakıldığında kadın sayısının daha fazla olduğu görülmektedir. % 52.2' si 22-34 yaş aralığında olup % 7.4' ü 50 yaş ve üzeridir. Katılımcıların % 69.8' i evlidir. Eğitim durumlarına bakıldığında Lisans mezunu olanlar büyük çoğunluktadır. (% 93.7) Katılımcıların meslekteki hizmet süreleri birbirine yakındır. 1.2.3.4. sınıfları okutan öğretmenlerin katılım sayıları da birbirine yakın olmakla birlikte 1. Sınıfı okutan öğretmen sayısı en azdır. ( % 18.4 ) Katılımcıların %11.4' ünün kronik hastalığı vardır. % 12.6' sının da sürekli kullandığı ilacı bulunmaktadır.

**Tablo.1. Demografik Özellikler**

Demografik Özellik (n=255)	(n)	Yüzde (%)
<b>ÇALIŞILAN OKUL</b>		
Özel	43	16,9
Devlet	212	83,1
<b>CİNSİYET</b>		
Kadın	182	71,4
Erkek	73	28,6
<b>YAŞ</b>		
22-34 yaş	133	52,2
35-49 yaş	103	40,4
50-65 yaş	19	7,4
<b>MEDENİ DURUM</b>		
Evli	178	69,8
Bekar/eşinden ayrı	77	30,2
<b>EĞİTİM DURUMU</b>		
Ön Lisans	3	1,2
Lisans	239	93,7
Lisansüstü	13	5,1
<b>MESLEKTEKİ HİZMET SÜRESİ</b>		
0-5 yıl	60	23,5
6-10 yıl	69	27,1
11-15 yıl	64	25,1
16-20 yıl	35	13,7
21 yıl ve üzeri	27	10,6
<b>KAÇINCI SINIF ÖĞRETMENİ</b>		
1.Sınıf	47	18,4
2.Sınıf	62	24,3
3.Sınıf	70	27,5
4.Sınıf	76	29,8
<b>KRONİK HASTALIK</b>		
Var	29	11,4
Yok	226	88,6
<b>SÜREKLİ KULLANDIĞINIZ İLAÇ</b>		
Var	32	12,6
Yok	223	87,4

## TSOY-32 Ölçeği Analizleri

TSOY-32 Ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmede, genel sağlık okuryazarlığı puanı 33,35 (%95 GA: 32,23-34,48) olarak bulunmuştur. ( Tablo 3.4. ) “Tedavi ve Hizmet” boyutunun genel puanı, ölçeğin genel puanından yüksekken, “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” boyutunun genel puanı, ölçeğin genel puanından düşüktür. “Sağlıkla ilgili Bilgiye Ulaşma” boyutunun puanı en yüksek, “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme” boyutunun puanı en düşüktür.

**Tablo.2. Katılımcıların TSOY-32 Normal Dağılım Testi Sonuçları**

	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
<b>Tedavi ve Hizmet</b>	0,079	255	0,001	0,978	255	0,001
Bilgiye Ulaşma	0,125	255	0,000	0,945	255	0,000
Bilgiyi Anlama	0,137	255	0,000	0,939	255	0,000
Bilgiyi Değerlendirme	0,112	255	0,000	0,965	255	0,000
Bilgiyi Kullanma/ uygulama	0,116	255	0,000	0,940	255	0,000
<b>Hastalıklardan Korunma</b>	0,075	255	0,001	0,973	255	0,000
Bilgiye Ulaşma	0,152	255	0,000	0,920	255	0,000
Bilgiyi Anlama	0,116	255	0,000	0,920	255	0,000
Bilgiyi Değerlendirme	0,105	255	0,000	0,963	255	0,000
Bilgiyi Kullanma/ uygulama	0,110	255	0,000	0,968	255	0,000
<b>Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma</b>	0,097	255	0,000	0,961	255	0,000
<b>Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama</b>	0,091	255	0,000	0,953	255	0,000
<b>Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme</b>	0,092	255	0,000	0,978	255	0,000
<b>Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma</b>	0,053	255	0,075	0,978	255	0,001
TSOY-32 Genel Ölçek	0,063	255	0,017	0,980	255	0,001
A. Lilliefors Önem Düzeltmesi						

**Tablo. 3. Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler**

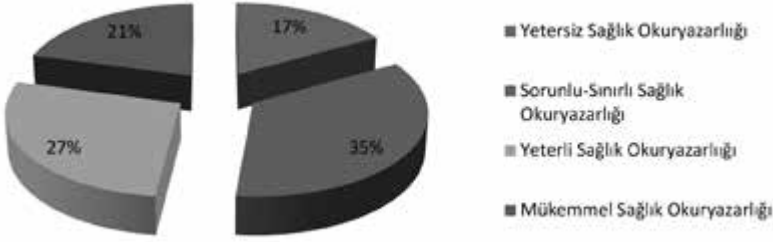
Boyut	Ortalama Puan	%95 Güven Aralığı	
<b>Genel</b>	33,35	32,23	34,48
<b>Tedavi ve Hizmet</b>	34,53	33,43	35,63
Bilgiye Ulaşma	36,05	34,81	37,28
Bilgiyi Anlama	35,33	34,05	36,60
Bilgiyi Değerlendirme	29,84	28,45	31,23
Bilgiyi Kullanma/Uygulama	36,93	35,74	38,11
<b>Hastalıklardan Korunma ve Sağlık Geliştirilmesi</b>	32,18	30,92	33,44
Bilgiye Ulaşma	34,56	33,20	35,92
Bilgiyi Anlama	34,77	33,40	36,15
Bilgiyi Değerlendirme	30,36	28,86	31,86
Bilgiyi Kullanma/Uygulama	29,05	27,57	30,53
<b>Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma</b>	35,30	34,14	36,45
<b>Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama</b>	35,04	33,83	36,26
<b>Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme</b>	30,09	28,76	31,42
<b>Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama</b>	32,99	31,77	34,20



**Tablo. 4. Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler**

Boyut	Sağlık Okuryazarlığı Sıklığı							
	Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Genel</b>	43	16,9	89	34,9	70	27,5	53	20,8
<b>Tedavi ve Hizmet</b>	39	15,3	68	26,7	85	33,3	63	24,7
Bilgiye Ulaşma	44	17,3	35	13,7	102	40,0	74	29,0
Bilgiyi Anlama	47	18,4	28	11,0	116	45,5	64	25,1
Bilgiyi Değerlendirme	96	37,6	38	14,9	87	34,1	32	12,5
Bilgiyi Kullanma/ Uygulama	42	16,5	27	10,6	112	43,9	74	29,0
<b>Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi</b>	60	23,5	73	28,6	77	30,2	45	17,6
Bilgiye Ulaşma	44	17,3	35	13,7	115	45,1	60	23,5
Bilgiyi Anlama	48	18,8	34	13,3	111	43,5	59	23,1
Bilgiyi Değerlendirme	97	38,0	36	14,1	76	29,8	45	17,6
Bilgiyi Kullanma/ Uygulama	106	41,6	34	13,3	76	29,8	37	14,5
<b>Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma</b>	38	14,9	51	20,0	99	38,8	67	26,3
<b>Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama</b>	37	14,5	62	24,3	89	34,9	66	25,9
<b>Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme</b>	90	35,3	60	23,5	65	25,5	39	15,3
<b>Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama</b>	65	25,5	53	20,8	91	35,7	46	18,0

**Şekil 1. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Yüzdeler Oranları**



Katılımcıların % 35'i Sorunlu- Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı düzeyine sahipken, % 17'si Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Bu durum katılımcıların % 52' sinin Yetersiz, Sorunlu- Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı düzeyinde olduğunu göstermektedir. % 27' si Yeterli, % 21' i Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Bu durum da katılımcıların % 48' inin Yeterli ve Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı düzeyinde olduğunu göstermektedir. **(Şekil.1.)** Sağlık Okuryazarlığı düzeyinin " Tedavi ve Hizmet " boyutunda % 58, "Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi" boyutunda % 47.8 olduğu görülmektedir. Aynı değerlendirme için, "Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma" boyutu en yüksek ve "Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu en düşük oranlara sahiptir. **(Tablo.4)**

Araştırmaya katılanların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarına ait algıların medeni durum değişkenine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre istatistiksel olarak % 95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir. **(Tablo.5)** Tedavi ve hizmet, bilgiyi anlama algıları (U=5752,0; p <0.05 ) evli olanların ( sıra ortalaması=130.71 ) bekar olanlara göre ( sıra ortalaması= 113.70 ) daha yüksektir. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi, bilgiyi anlama algıları ( U=5283,5; p<0.05 ) yine evli olanların ( sıra ortalaması=136.82 ) bekar olanlara göre ( sıra ortalaması=107.62 ) daha yüksektir. Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama algısı da ( U= 5457,5 ; p<0.05 ) yine evli olanlarda ( sıra ortalaması= 135,84 ) bekar olanlara göre ( sıra ortalaması= 109.88 ) daha yüksektir. **( Tablo. 5. )**

**Tablo.5.Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları**

	Medeni Durum	N	Sıra Ortalamaları	U	p
Tedavi ve Hizmet	Evli	178	133,02	5960,000	0,098
	Bekar	77	116,40		
Tedavi ve Hizmet Bilgiye Ulaşma	Evli	178	130,71	6371,000	0,368
	Bekar	77	121,74		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama	Evli	178	134,19	5752,000	0,039*
	Bekar	77	113,70		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme	Evli	178	133,08	5948,500	0,092
	Bekar	77	116,25		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Evli	178	131,39	6250,000	0,260
	Bekar	77	120,17		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Evli	178	133,44	5885,500	0,073
	Bekar	77	115,44		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiye Ulaşma	Evli	178	133,31	5907,500	0,075
	Bekar	77	115,72		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama	Evli	178	136,82	5283,500	0,003*
	Bekar	77	107,62		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Değerlendirme	Evli	178	131,99	6143,000	0,186
	Bekar	77	118,78		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Kullanma/ Uygulama	Evli	178	128,48	6767,000	0,873
	Bekar	77	126,88		
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Evli	178	131,85	6167,000	0,203
	Bekar	77	119,09		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Evli	178	135,84	5457,500	0,010*
	Bekar	77	109,88		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Evli	178	133,11	5943,500	0,092
	Bekar	77	116,19		
TSOY-32 Genel	Evli	178	130,42	5972,000	0,103
	Bekar	77	121,96		
*p<0,05					

**Tablo.6. Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Kronik Hastalık Varlığı Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları**

	Kronik Hastalık	N	Sıra Ortalamaları	U	p
Tedavi ve Hizmet	Yok	227	130,03	2717,000	0,210
	Var	28	111,54		
Tedavi ve Hizmet Bilgiye Ulaşma	Yok	227	129,01	2949,000	0,530
	Var	28	119,82		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama	Yok	227	130,37	2639,000	0,138
	Var	28	108,75		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme	Yok	227	129,87	2753,500	0,245
	Var	28	112,84		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Yok	227	129,87	2753,500	0,244
	Var	28	112,84		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Yok	227	129,37	2866,500	0,397
	Var	28	116,88		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiye Ulaşma	Yok	227	129,89	2749,000	0,236
	Var	28	112,68		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama	Yok	227	127,89	3152,500	0,944
	Var	28	128,91		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Değerlendirme	Yok	227	128,16	3141,500	0,920
	Var	28	126,70		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Yok	227	130,00	2723,500	0,214
	Var	28	111,77		
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Yok	227	129,69	2794,500	0,296
	Var	28	114,30		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Yok	227	129,22	2901,000	0,450
	Var	28	118,11		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Yok	227	129,07	2934,500	0,507
	Var	28	119,30		
TSOY-32 Genel	Yok	227	129,91	2743,500	0,238
	Var	28	112,48		
*p<0,05					

Araştırmaya katılanların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarına ait algıların kronik hastalık varlığı değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

## Tartışma ve Sonuç

Sağlık Okuryazarlığı hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmaya ve hastalıklarla ilgili okuduğunu anlamaya başladığı yaşlarda kişilere kazandırılması gereken bir davranış değişikliğidir. Dolayısı ile ilkokul çağıları bunun için önemli bir fırsattır. O yaşlarda çocukların zamanlarının çoğunu geçirdiği ve bilgi tutum ve davranış değişikliğinin kazandırıldığı okullar, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için önemli kurumlardır. Okullarda çocuklara her yönden rol model olan ilkokul öğretmenleri ise bu konuda en önemli rolü üstlenen kişilerdir.

Bu çalışmada ilköğretim okullarında görev yapan 255 sınıf öğretmenlerine TSOY-32 ölçeği kullanılarak hazırlanan anket uygulanmış ve analiz edilmiştir. Katılımcılardan 43 kişi özel okulda, 212 kişinin devlet okullarında sınıf öğretmeni olarak görev yapmaktadır. Araştırmanın yapıldığı Sancaktepe ilçesinde bulunan özel ilköğretim okullarının devlet ilköğretim okullarından az olması sebebiyle alınan örneklem sayısı da az olduğu için bu sonuç normal kabul edilmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine bakıldığında kadın sayısının daha fazla olduğu görülmektedir. Bu da sınıf öğretmenliği mesleğinde kadınların daha çok görev yaptıkları şeklinde yorumlanabilir. % 52.2' si 22-34 yaş aralığında olup % 7.4' ü 50 yaş ve üzeridir. Katılımcıların % 69.8' i evlidir. Eğitim durumlarına bakıldığında Lisans mezunu olanlar büyük çoğunlukta. (% 93.7) Katılımcıların meslekteki hizmet süreleri birbirine yakındır. 1.2.3.4. sınıfları okutan öğretmenlerin katılım sayıları da birbirine yakın olmakla birlikte 1. Sınıfı okutan öğretmen sayısı en azdır. ( % 18.4 ) Sınıf öğretmenlerinin 1,2,3,4. sınıfları sırasıyla okuttukları düşünüldüğünde hangi sınıfı okuttukları yüzdeleri çok anlamlı değildir. Katılımcıların %11.4' ünün kronik hastalığı vardır, % 12.6' sının da sürekli kullandığı ilacı bulunmaktadır şeklinde çıkan sonuca bakıldığında kronik hastalıklar için kullanılan ilaçların dışında kullanılan diğer ilaçların da dahil edildiği düşünülmektedir. Katılımcıların % 52'sinin Yetersiz, Sorunlu- Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı, % 48' inin Yeterli ve Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Sağlık Okuryazarlığı düzeyinin " Tedavi ve Hizmet " boyutunda % 58, "Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi" boyutunda % 47.8 olduğu görülmektedir. Aynı değerlendirme için, "Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma" boyutu en yüksek ve "Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu en düşük oranlara sahiptir. Yapılan araştırmada sınıf öğretmenlerinin çoğunluğunun eğitim düzeylerinin lisans olduğu, meslek hizmet sürelerinin ortalama 5-15 yıl arasında olduğu, çoğunluğunun 22-35 yaş aralığında olduğu görülmüş olup, % 52 yetersiz, sorunlu- sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları sonucu elde edilmiştir.

Katılımcıların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin medeni durum değişkenine göre farklılıklarına ait analiz sonuçları evli katılımcıların genel algılarının bekar olanlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Üçpınar ise çalışmasında medeni durum ile ilgili anlamlı bir farklılık bulamamıştır. (30) Bu sonuç da yine değişkenlerdeki kişi sayısının farkından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi

ile kronik hastalığa sahip olan bireyler arasında anlamlı sonuçlar bulunamamıştır. Bunun sebeplerinden biri çalışmada sadece %11.4' ünün kronik hastalığa sahip olması olabilir. Katılımcıların yaş grubu özelliklerine göre incelediğinde yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığı ancak 50 yaş ve üzeri azaldığı görülmüştür. Bu durum 50 yaş ve üzeri fizyolojik olarak alginın azalması olarak yorumlanabilir. Bunun sebeplerinden bir tanesi de çalışmada 50 yaş ve üzeri katılımcının sayısının az olması da olabilir.

Sonuç olarak, sınıf öğretmenlerinin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada sağlık okuryazarlık düzeylerinin sınırlı- sorunlu olduğu görülmüştür. Hem kendi sağlıklarının korunup, geliştirilmesi hem de meslekleri nedeniyle sağlıklı, bilinçli ve kendi hastalığını yönetebilir bir toplum yetişmesi için öğretmenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi halk sağlığı açısından çok önemlidir.

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda şu öneriler geliştirilmiştir;

- Sağlık okuryazarlığı ile ilgili ilkököl çağını da kapsayan çalışmalar yapılmalıdır.
- İlköğretim okullarında eğitim müfredatına eklenebilir.
- İlköğretim çağındaki çocuklara sağlık okuryazarlığı ile ilgili görsel materyaller hazırlanabilir.
- Sağlık okuryazarlığı sadece bireysel değil toplumu da ilgilendiren bir sorundur. Bu yüzden sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılabilmesi için yeni nesiller yetişmesinde büyük önemi olan öğretmenlerin sağlık okuryazarlık seviyesinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Sınıf öğretmenlerine yönelik eğitim materyali hazırlanarak Milli Eğitim Müdürlükleri ile işbirliği halinde öğretmenlerin seminer dönemlerinde sunumlar yapılabilir.
- Toplum üzerinde etkisi büyük olan diğer meslek gruplarına yönelik de çalışmalar yapılarak kıyaslama yapılabilir.
- Hayatımızın önemli bir parçası haline gelen medyada sağlık okuryazarlığı ile ilgili toplumun doğru ve güvenilir bilgiye ulaşması sağlanmalıdır.
- Çalışma kısıtları itibarıyla genellenemez. Konunun, toplumun diğer kesimleri içinde sonraki yapılacak çalışmalarda dikkate alınması fayda sağlayacaktır.

**Yazarların katkıları: Düşünce ve tasarım:** A.E.G., E.Ş.,S.P., **Literatür Tarama:** S.P.,S.K.Ş. **Yöntem/Method:** A.E.G., E.Ş., S.P., **Veri Toplama:** S.K.Ş., M.G. İstatistik ve Analiz: S.P.,S.K.Ş., M.G. **Sonuç ve Tartışma:** A.E.G., E.Ş., S.P., S.K.Ş., M.G.

## Kaynakça

- Akcilek, E. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Al Sayah F, Majumdar SR, Johnson JA. (2015) Association of Inadequate Health Literacy with Health Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes and Depression: Secondary Analysis of a Controlled Trial. *Can J Diabetes.* (8);39(4):259-65
- Almaleh, R.; Helmy, Y.; Farhat, E.; Hasan, H. & Abdelhafez, A. (2017). Assessment of health literacy among outpatient clinics attendees at Ain Shams University Hospitals, Egypt: a cross-sectional study. *Public health,* 151, 137-145.
- Avcı E, Özkan S. (2019). Dünyada ve Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. Özkan S, editör. *Sağlık Okuryazarlığı.* 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;. p.16-21.
- Avcı E. (2013) “Annelerin Anne Sütü İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Ve Etkileyen Faktörleri Saptama”. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara,
- Bayık Temel, A , Çimen, Z . (2017). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı Ve İlişkili Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 33 (3), 105-125. Retrieved from
- Biçer E , Malatyali İ . (2018) Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 17(2): 15-1.
- Bilir, N., (2014). Sağlık Okuryazarlığı, *Türk J Public Health,* 12 (1), S. 61-68
- Çopurlar, C.K. ve Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care,* 10/1, 42-47.
- Dageforde LA, Cavanaugh KL.(2013). Health literacy emerging evidence and applications in kidney disease care. *Adv Chronic Kidney Dis. ;*20(4):311-9.
- Demirli, P. (2018). Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Çalışma;Edirne İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi. Sosyal Bilimleri Enstitüsü. Erişim Tarihi:15.08.2019http://dSPACE.trakya.edu.tr/xmlui/handle/1/3128#sthash.IHeVNj8y.kcnH62ER.dpbs
- Durusu-Tannöver, M. Yıldırım, HH. Demiray- Ready, FN. Çakır, B. Akalın, HE. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Eroglu & Oflaz / International Journal of Finance & Banking Studies, Vol 6 No 2, Special Issue, 2017 ISSN: 2147-4486 Peer-reviewed Academic Journal published by SSBFNET with respect to copyright holders. Page58
- Hasta Hakları Yönetmeliği, R.G. Tarihi: 01.08.1998, R.G. Sayısı: 23420, Erişim: <http://www.mevzuat.gov.tr/>.
- Hls-Eu Consortium (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU. <http://dergipark.org.tr/eghehemsire/issue/33737/332345>
- Kalaça S. (2012).Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsünde Sağlık Okur-Yazarlığı hakkında bir araştırma. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa. Halk Sağlığı Etkinlikleri – HASUDER.
- Kickbusch, I.; Pelikan, J. M. & Apfel, F. et. all. (2015). Sağlık okuryazarlığı Sağlam kanıtlar. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği
- Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. (2014) Limited health literacy is a barrier to colorectal cancerscreening in England: evidence from the English longitudinal study of ageing. *Prev Med.;*61:100-5. *Literacy Brief,* 3, 1-30
- Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International.* 15: 259–267.
- Nutbeam. D. (2008).The evolving concept of health literacy.*Social Science & Medicine.*67:2072–2078
- Okyay, P. & Abacıgil, F. (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması, Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti.
- Özkan S.(2018) “Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığına Yaklaşımı Sunumu. Uluslararası 4. Sağlık Yönetimi Kongresi, Antalya.

- Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. (2013) Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. COPD.2013;10(1):72-8.
- Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı, Erişim: <https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html>.
- Sağlık Bakanlığı, Faaliyet Raporu 2016, Yayın No: 1063, Şubat 2017, Ankara
- Sezer, A. Kadioğlu, H. (2014). Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 17(3). 165-170.
- Shoou-Yih D, Tzu-I T, Yi-Wen T. (2013) Accuracy in self-reported health literacy screening: a difference between men and women in Taiwan. BMJ Open ; 3:e002928
- Smith S., McCaffery, K. (2010). Health Literacy: a brief literature review. Produced for the NSW Clinical Excellence Commission, Australia. Health
- Tanrıöver, M.; Yıldırım, H. H.; Ready, N. D.; Çakır, B. & Akalın, E. (2014). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık-Sen Yayınları Aralık, 25, 55.
- Üçpunar, E. (2014). Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarlama Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Van Duong, T.; Chang, P. W.; Yang, S. H.; Chen, M. C.; Chao, W. T.; Chen, T. & Huang, H. L. (2017). A new comprehensive short-form health literacy survey tool for patients in general. Asian nursing research, 11(1), 30-35.
- Yıldırım, H.H. (2015), Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye Resmin Neresinde? Ne yapmalı?, ABSAM Analiz, Sayı 2.
- Yılmaz Güven, D., Bulut, H., & Öztürk, S. (2018). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi. Journal of History Culture and Art Research, 7(2), 400-409. doi:<http://dx.doi.org/10.7596/taksad.v7i2.1511>
- Yılmazel, G. Çetinkaya, F. (2015). Health Literacy Among Schoolteachers in Çorum , Turkey. Eastern Mediterranean Health Journal. 21(8). 598-605.





# Sağlık Okur-Yazarlığı ve Acil Servis Kullanımı Arasındaki İlişki

*Relationship Between Health Literacy and Emergency Department Usage*

Eda Güney<sup>1</sup> 

Seçil Özkan<sup>2</sup> 

## Öz

Halk sağlığı alanında önemi son yıllarda artan sağlık okuryazarlığının birbirine benzer içeriklere sahip çok çeşitli tanımı vardır. Sağlık okur-yazarlığı kişilerin sağlık sorunlarının oluşumu ve korunma yaklaşımları konusunda bilgi sahibi olması, bilgi kaynaklarına ulaşması, bilgileri doğru olarak algılaması ve uygulaması şeklindedir. Bireylerin bilgi kaynaklarına ulaşma, bilgiyi okuma ve anlama, bilgiler ışığında sağlık ve sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili konularda, yaşam boyunca yaşam kalitesini artırmaya yönelik doğru kararlar verme ve uygulama ile ilgili istekleri ve kapasiteleri “sağlık okuryazarlığı” olarak adlandırılır. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık davranışı, sağlık çıktıları, sağlık hizmeti kullanımı ve maliyetini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Düşük sağlık okur-yazarlık düzeyinden olumsuz şekilde etkilenen birimlerden biri de acil servislerdir. Acil servis hizmetinde esas olan, en acil olana en kısa süre içerisinde bu hizmeti vermektir. Acil olmayan hastaların başvurusu yoğunluğu artırmaktadır. Ülkemizde, acil servislerde yaşanan hasta yoğunluğu, hem ulusal hem de yerel bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunun temelinde sosyolojik (hastalarda acil durum kavram algısı), yönetsel ve fiziksel ortam yetersizliği gibi sebepler karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca, gerçek dışı acil başvuruları, bu sorunu büyütmektedir. Acil servise başvuranların kendi durumlarını acil olarak düşünmeleri, acil servislerde aynı gün içerisinde tüm tetkiklerin yapılabilmesi ve hızlı sonuç alınabilmesinden dolayı acili bir poliklinik gibi kullanma eğilimi, bu konuda yapılmış olan çalışmalarda gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Okur-Yazarlığı, Düşük Sağlık-Okuryazarlık Düzeyi, Acil Servis, Acil Servis Başvurusu, Sağlık Hizmetleri, Halk Sağlığı, Sağlığın Geliştirilmesi.

<sup>1</sup> Arş. Gör. /Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.B.D., edayildirim89@windowslive.com

<sup>2</sup> Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., secilozkan70@gmail.com

## Abstract

There are many different definitions that having similar contents of health literacy of increasing importance in the fields of public health in recent years. It is important to have sufficient knowledge on the etiology and development of health problem to be convinced and change life-style and behaviors in health literacy. Health literacy is defined as “people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgements and take decisions in every-day life concerning health care, prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course”. In the epidemiological studies on health literacy, it is observed that low health literacy affects health behavior , health outcomes, health service use and health costs in a negative way. One of the department which is affected by low health literacy in a negative way is emergency department. What is essential in emergency service is to provide this service to the most urgent as soon as possible. Application of non-emergency patients increases the intensity. In our country, the number of patients experienced in emergency departments is a national and local health problem. On the basis of this problem, both sociological (emergency concept perception in patients) and insufficiency of managerial and physical environment appear. In addition, unrealistic emergency applications increase this problem. It has been shown in the studies conducted on this subject that the emergency department applicants think about their own situations urgently, and that all the examinations can be performed in the same day and that the results can be obtained quickly.

**Keywords:** Healty Literacy, Low Health Literacy Level, Emergency Services, Application of Emergency Services, Health Care Services, Public Health, Health Promotion.

## Giriş

Sağlık hakkı, en temel insan hakkıdır ve ülkeler tarafından bu hakkın kullanımı konusunda yasal güvenceler sunulmaktadır. Türkiye’de Anayasa’nın 56. maddesi ile “herkesin yaşamını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama” yükümlülüğü devlete verilmiştir. Bu yükümlülüğün yerine getirilmesinde devletin sorumluluğu kaçınılmaz olarak devam etmektedir. ( Akbulut Y., 2015)

İnsanların en temel hakkı olan sağlık hakkını engelsiz kullanabilmeleri ve sağlığın geliştirilmesi amacı ile Uluslararası düzeyde de bir çok konferans düzenlenmiş ve bildiriler yayınlanmıştır. Bunlardan en önemlileri, Temel Sağlık Hizmetlerinin tarihsel gelişiminde kilit öneme sahip olan 12 Eylül 1978 tarihinde yayınlanan Alma Ata bildirisi ve 1986 yılında yayınlanan ottawa şartı’ dir. 1978’de yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferans sonucu yayınlanan , dünyadaki tüm insanların sağlığını korumak ve daha iyi duruma getirmek için tüm hükümetlerin, tüm sağlık ve kalkınmada görevli birimlerin ve dünya toplumlarının en kısa sürede gerekli işlemlerin yapılmasına olan gereksinmeyi belirten Alma-Ata Bildirisinde ‘Tüm insanların hem bireysel, hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlama ve yürütülmesi işlerine katılmaları hakları ve görevleridir.’ Maddesi ile bireylerin sağlıkta öz katılımını ifade eden bireysel düzeyde de sağlık bilgisi, bilinci ve sorumluluğunun artırılmasını işaret eden madde sağlık okur yazarlığının geliştirilmesi ile yakından ilişkilidir. Ottawa’da 1986 yılında toplanan “Uluslararası Sağlığı Geliştirme

Konferansı” (International Conference on Health Promotion) sonunda yayınlanan “Ottawa Şartı”nda (Ottawa Charter) “sağlığı geliştirme” (health promotion) çalışmalarının yalnızca sağlık sektörünün çabası ile başarılmasının mümkün olmadığı, bir çok sektörün (eğitim sektörü, sivil toplum kuruluşları, akademik çevre, medya ve iletişim sektörü, iş dünyası gibi) bu konuda işbirliği içinde çalışmasına ihtiyaç olduğu ve çeşitli sektörlerin sorumluluk almaları gereği belirtilmiştir.

## Sağlık Okur-Yazarlığı

Hem kurumsal hem de bireysel düzeyde sağlık hakkının korunması ve kullanılması konusunda bilinçlenme faaliyetleri sağlık okur-yazarlık kavramını da beraberinde getirmiştir. Temel okur-yazarlık ile yakından ilişkili olan sağlık okur-yazarlığı *“insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmek ve karar verebilmek, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılama ve anlama konularındaki istekleri ve kapasiteleridir”* şeklinde tanımlanmaktadır. (WHO,2013)

## Sağlık Okur-Yazarlık Düzeyi ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı İlişkisi

Bireyin kendisi ya da ailesi için hangi sıklıkta, ne tür sağlık sorunlarında, hangi sağlık kurumuna ve uzmanlık alanına başvuracağı, bu başvuru sonucunda verilen tedavileri nasıl uygulayacağı, bu başvurunun ekonomik yükü ve sağlığı üzerindeki sonuçlarını nasıl değerlendireceği soruları sağlık okuryazarlığı ve hizmet kullanımı açısından incelenmektedir. Yapılan araştırmalar, sağlık okuryazarlığı düzeyinin koruyucu sağlık hizmetleri, hastane ve acil servis kullanımı üzerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları, tarama programları, aşılama, egzersiz ve rutin sağlık kontrollerini yeterince önemsemedikleri öne sürülmektedir. Erkeklerin 50 yaşından sonra kalın bağırsak taraması, kadınların meme kanseri için 40 yaşından sonra mamografi çektirmesi gerekliliğinin toplum tarafından bilinmemesi ya da ihmal edilmesi bu duruma örnek olarak verilebilir. ( Akbulut Y.,2015)

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerine başvurmada geç kaldıkları, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamadıkları, dolayısı ile hastaneye yatış oranlarının arttığı saptanmıştır. Benzer biçimde, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, sağlık bilgilerinin anlaşılmasını engellemektedir. Sağlık okuryazarlığı yeterli olmayan hastaların sağlık profesyonelleri tarafından koruyucu ve hastalıkları tedavi etmek üzere verilen talimatları yerine getirmede zorlandıkları, sağlık hizmetlerine erişimde problemler yaşadıkları gösterilmiştir (Davis ve ark., 1998). Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireylerin, sağlık okuryazarlığı yüksek olanlara göre sağlık durumlarının daha kötü olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları bulunmuştur (Nielsen-Bohlman, L. Panzer, A.M., Kindig, D.A. (Eds). 2003).

Hastane kullanımı ve sağlık okuryazarlık ilişkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı düşük hastaların hastanelere daha fazla başvurdukları, hastaneye yatış risklerinin daha yüksek olduğu, hastanede kalma sürelerinin uzadığına yönelik sonuçlar elde edilmiştir. Hastanın

sağlık okuryazarlığı düzeyi hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan hastalıklarda tedaviyi anlama ve tedaviye uyma kapasitesi konusunda belirleyici olmaktadır. Türkiye’de 2012 yılında kişi başına hekime müracaat sayısı ortalama 8.2 olarak gerçekleşmiştir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı’na üye olan ülkelerin ortalamasının 6.6 olduğu (Sağlık Bakanlığı, 2013) dikkate alındığında sağlık hizmetine başvurunun yoğun olduğu Türkiye’de, hizmet taleplerinin ne kadar yerinde olduğunun ve doğru kullanıldığıının belirlenmesi, sistemin yönetilmesi açısından da önemlidir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan hastaların hastane kullanımı yanında, acil servisleri de uygun kullanmadıkları yönünde kanıtlar bulunmaktadır (Weiss, B.D., 2003).

### **Acil Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Okur-Yazarlığı**

Acil servisler, sağlık hizmeti alma talebinde bulunanların sağlık sorunlarını yansıttıkları yerlerin en başında gelmekte ve bu sorunların en yoğun yaşandığı yerler olarak karşımız çıkmaktadır (Eryılmaz M., 2007).

Acil servislerin en büyük özelliği kesintisiz hizmet vermeleridir. Bu hizmeti ihtiyacı olan hastalara en kısa süre içinde vermek ve en acil olana öncelik tanımak esastır. Ancak herhangi bir acil yakınması olmayan hastalar da sıklıkla acil servise başvururlar. Bu hastaların acil servislere başvuruları birçok acil servisin aşırı hasta yoğunluğuna (overcrowding) yol açmaktadır. Böylece bekleme süreleri uzayabilmekte, ciddi hastalığı olan hastaların tedavileri gecikmekte, hasta memnuniyetsizliği artmakta, acil serviste genel bir karmaşa ve yetersizlik durumu ortaya çıkmaktadır ( Ersel ve Ark., 2006)

Acil servislere başvuran hastaların önemli bir bölümünün, gerçekten acil sağlık hizmeti alması gerekmeyeceği, bu hastaların yarattığı yoğunluk nedeni ile acil hizmet verilmesi gereken hastaların aldıkları hizmetin kalitesinin de düşük olduğu sürekli tartışılan bir konudur (Orr ve ark., 1991), (Shah, M.S., Shah, M.A., Behbehani, J., 1996), ( Young, G., Sklar, D., 1995), (Cunningham, P., 2011).

Acil servislerin kalabalık olmasının nedenlerine yönelik olarak yeterince araştırma olmamasına rağmen ayaktan sağlık hizmetlerine ulaşma zorluğu, randevusuz anında sağlık hizmeti alma, test ve prosedürleri aynı yerde yaptırma isteği gibi nedenlerin etkili olduğu değerlendirilmektedir (Delia, 2007), ( Delia, D., Cantor, J., 2009). Ayrıca acil servislerin kalabalık olmasının, hasta güvenliğini tehlikeye attığı ve sağlık sisteminin güvenilirliğini azalttığı değerlendirilmektedir (Trzeciak ve diğ., 2003). Ek olarak acil servislerin kapasitelerini aşan şekilde kullanılması sonucunda aşırı kalabalıklaşması, beklenmedik zamanlardaki gerçek acil vakalara yönelik olarak cevap verme yeteneklerini olumsuz etkilediğine dair kaygılar da mevcuttur (Delia, 2009).

Kaza, travma ve hayati tehlike içeren hastalıklardan mağdur olan kişilere hemen tıbbi ve cerrahi müdahale ile bu hastaların izlenmesi amacı ile acil servisler düzenlenmiştir. Kritik sağlık hizmetleri için oluşturulan bu ortamlar, kronik ve psikososyal problemleri olan kişiler için uygun yerler değildir (Orr ve arkadaşları, 1991). Bu durum hem hizmeti veren hem de hizmetten yararlananlar açısından giderek büyüyen bir sorundur. Ancak acil servislerde hayati tehlikeye sahip hasta ve yaralıları için ayrılan kaynakların, gerçekten acil bakıma

ihityacı olmayan hastalar tarafından kullanılmasının, kritik durumdaki hastaların zamanında bakım almalarını engelleyeceği öne sürülmektedir. Bunun yanında, acil olmayan hasta ziyaretleri acil servis toplam ziyaretlerini artırmakta, bu da doktor ve hemşire sayısının yetersiz kalmasına neden olmaktadır (Derlet ve ark. 1995). Türkiye’de 2008 yılında acil servislere toplam başvuru sayısı 80 milyon olarak gerçekleşmiş ve Sosyal Güvenlik Kurumu acil servislerin acil olmayan hastalar tarafından kullanılması durumunda katkı payı ödeme uygulamasını başlatmıştır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2012). Diğer faktörler yanında, hasta ve yakınlarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, acil servislerin uygun kullanılmaması sonucunu da beraberinde getirmektedir.

Yapılan araştırmalarda hastaların en sık acil başvuru yakınmasının soğuk algınlığı ve halsizlik olduğu ve hastaların bu durumun acil olmadığını bildikleri halde acil servise başvurmayı tercih ettikleri görülmüştür. Acil sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay olmasının bu sonucu doğurduğu görülmüştür. Acil serviste konulan tanılara baktığımızda viral enfeksiyon, üst solunum yolu ve alt solunum yolu enfeksiyonu gibi birinci basamakta tedavi edilmeleri gereken sağlık sorunlarının olduğu görülmektedir. ( Uğrak U., Cihangiroğlu N., Uzuntarla Y., Teke A., 2016) Bu tür bir kullanım tedavi maliyetleri daha yüksek olan acil servislerin gereksiz kullanımı sonucu kalabalıklaşması nedeniyle acil servislerin etkinliğini azaltabileceği değerlendirilmektedir. Genç yaş grubu olan 18-34 yaş grubunun acil servisi yüksek oranda kullanmasıdır. Genç yaş grubunun acil servisleri daha yüksek oranda kullanmaları bu grubun aktif olarak çalışan yaş grubu olması nedeni ile çalışma saatlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmak yerine, acil servisi kullanmayı tercih ettikleri düşünülmektedir. ( Uğrak U., Cihangiroğlu N., Uzuntarla Y., Teke A., 2016). Yine yapılan bir başka çalışmada acil servis başvurularının özellikle 08:00-12:00 saatleri arasında olmak üzere sıklıkla mesai saatleri içinde gerçekleştiği ve bu durumun gerçekleşme sebepleri arasında hastaların randevu almadan ve sıra beklemeden hizmet almak istemeleri, hizmete kolay erişebilmeleri ve muayene sonucu istenen tetkiklerin kısa zamanda aynı gün sonuçlanması olduğu ifade edilmektedir. Bu durum, hastaların“aciliyet” kavramını doğru bir biçimde algılamadığını ve acil servislerin kötüye kullanıma maruz kaldığını düşündürmektedir. ( Öztaş D. ve ark. , 2016)

Aylık gelir durumu ve eğitim seviyesi düştükçe acil servislerin kullanım oranı artmaktadır. Literatürde yoksulluk seviyesinin altındaki hastaların daha yüksek acil sağlık hizmetleri kullanım oranları olduğu görülmüştür (DeLia ve diğ., 2009). Yapılan araştırmalar sigorta kapsamındaki hastaların daha sık oranda acil sağlık hizmetlerini kullandıkları sonucu üzerinde genellikle hemfikirler (DeLia ve diğ., 2009). Ek olarak çoğu acil olmayan sağlık sorunları nedeniyle yapılan acil servis başvurularının sigorta kapsamındaki kişiler tarafından yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır (Cunningham, 2011). Olsson ve arkadaşlarının acil servisi sık kullananlar arasında yaptığı araştırmada katılımcıların acil servise başvurma şikâyetlerini acil olarak algıladıkları ve genel olarak stresli hayat şartlarına sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Olsson ve diğ., 2001 ).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi nedeni ile sağlık hizmetleri kullanımında en fazla sorun yaşayan gruplar arasında yaşlılar, göçmenler, etnik kökeni farklı olanlar, işsizler, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanların olduğu bilinmektedir (Weiss, B.D., 2003).

## Sonuç ve Öneriler

Yapılan çalışmalar ve bulgular ışığında tekrar değerlendirme yapıldığında sağlık okur-yazarlık kavramı bir ülkenin kalkınma ve gelişmişlik düzeyinin belirlenmesinde oldukça etkilidir, aynı zamanda ülke gelişmişlik düzeyinden de etkilenir. Eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sosyal çevre ve yaşam şartları açısından refah düzeyine ulaşmış bireylerin sağlık okur-yazarlık düzeyi daha yüksektir, bu seviyedeki bireylerin sağlık hizmetlerini doğru kullanmaları, tedaviye uyumları, yapacakları davranış değişiklikleri ile hastalıktan korunma eğilimleri, sağlık politikalarına uymaları ve değerlendirebilmeleri, doğru yerde, doğru zamanda, doğru sağlık tutum ve davranışlarında bulunmaları ülkenin sağlık maaliyeti ve sağlık harcamalarını düşürerek ülke milli gelirine katkı sağlayacaktır. Bu durumun aksini ifade etmekte mümkündür. Toplumların sağlık kaynaklarını verimli kullanabilmesi, belki de en önemli kişisel değer olan sağlıklı yaşamın en iyi şekilde sürdürülebilmesi için sağlık okur-yazarlığının geliştirilmesi şarttır. Sağlık okur-yazarlığının geliştirilmesi için multi-sektör (eğitim sektörü, sivil toplum kuruluşları, akademik çevre, medya ve iletişim sektörü, iş dünyası gibi) işbirliği içinde çalışmasına ve sektörlerin sorumluluk almasına ihtiyaç vardır. Sağlık okur-yazarlığı eğitimi erken çocukluk döneminden itibaren yapılmalıdır. Sağlık geliştirilmesi kavramı okul eğitimi sırasında verilmeli ve davranış değişikliği geliştirilmelidir. Yetişkin dönemdeki eğitimde olası engellerle başetme yolları kazandırılmalıdır: Bireylerin özelliklerine ve kapasitelerine uygun çok yönlü programlar yapılmalıdır.

## Kaynakça

- AKBULUT Y. , Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları Ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi, SAĞLIK OKUR YAZARLIĞI, ANKARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ YAYIN NO:3,2015, Sayfa:113
- WHO. Health Literacy. In: Kickbusch I, Pelikan LM, Apfel F, Tsouros AD, editors. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2013.
- Davis, T.C., Michielutte R., Askov E.N., Williams M.V., Weiss B.D. (1998). Practical assessment of adult literacy in health care. *Health Education and Behavior*, 25, 613-624.].
- Nielsen-Bohman, L. Panzer, A.M., Kindig, D.A. (Eds). (2003). Health literacy: a prescription to end confusion. National Academy of Sciences, (Free Executive Summary). Retrieved April, 29 2014 from <http://www.nap.edu/catalog/10883.html>.
- Sağlık Bakanlığı (2013). Sağlık istatistikleri-2012. Retrieved October 10, 2013 from [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).
- Weiss, B.D. (2003), Health literacy: a manual for clinicians. America: American Medical Association Foundation.
- Eryılmaz, M. (2007). Ülkemizde acil sağlık hizmetleri: ihtiyaca yönelik güncel çözüm önerileri. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 13(1), 1-12
- Ersel, M., Karcioglu, Ö., Yanturalı, S., Yürüktümen, A., Sever, M., Tunç, M. A., & Servisi, M. D. H. A. (2006). Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 6(1), 25-35.
- Orr, S.T., Charney, E., Straus, J., Bloom, B. (1991). Emergency room use by low income children with a regular source of health care. *Medical Care*, 29 (3), 283-286.
- Shah, M.S., Shah, M.A., Behbehani, J. (1996). Predictors of nonurgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *Social Science and Medicine*. 42 (9), 1313-1323.

- Young, G., Sklar, D. (1995). Health care and emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine*. 25 (5): 666-674.
- CUNNINGHAM, P. (2011). Nonurgent Use of Hospital Emergency Departments, National Institute for Health Care Reform,1-14.
- DELIA, D. (2007). Hospital Capacity, Patient Flow, And Emergency Department Use in New Jersey, A Report to the New Jersey Department of Health, the Rutgers Center for State Health Policy, 1-63.
- DELIA, D., Cantor, J.(2009). Emergency Department Utilization And Capacity, Robert Wood Johnson Foundation Reserach Synthesis Report No. 17, 1-28.
- TRZECIAK, S., Rivers, EP. (2003). Emergency Department Overcrowding in The United States: An Emerging Threat To Patient Safety And Public Health, *Emerg Med J*, 20:402-405.
- DERLET, W.R., Kinser, D., Ray, L., Hamilton, B., Mckenzie, J. (1995).Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: A 5-year study. *Annals of Emergency Medicine*, 25 (2), 215-223.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2012). Sağlık Uygulama Tebliği. Retrieved April 10, 2014 from [www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr).
- UĞRAK U., Cihangiroğlu N., Uzuntarla Y., Teke A., (2016) Hastaların Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Acil Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimlerinin Analizi, *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F.*, Cilt: 7 Sayı: 13: 208-225
- ÖZTAŞ D, Güzeldemirci G.B., Özhasanekler A., Yıldızbaşı E., Karahan S., Karataş Eray İ. , Üstü Y. , Doğusan A. R. , Mollahaliloğlu S., Öztürk M., Akçay M. (2016), Sağlık Okuryazarlığı Perspektifinden Mükerrer Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi, *Ankara Med J*, Vol. 16, Num. 3: 255-262
- OLSSON, M., Hansagi, H. (2001). Repeated Use of The Emergency Department: Qualitative Study of The Patient's Perspective. *Emerg Med J*, 18:430-434.

# SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DERGİSİ

## Makale Yazım Kuralları

Dergiye gönderilecek yazılar Türkçe veya İngilizce olabilir. Dergiye gönderilecek olan çalışmalar daha önce bir yerde yayınlanmamış olmalıdır.

Çalışmanın eğer alınması gerekli ise etik kurul onay formu ve yayın hakkı devir formu yazının kabulü halinde imzalanarak [soydergisi@gmail.com](mailto:soydergisi@gmail.com)-[editor@albantani.com.tr](mailto:editor@albantani.com.tr) Adresine gönderilmelidir. Derginin kurallarına göre yazıldığı belirlenen çalışmalar editörler tarafından incelenir ve iki veya daha fazla hakeme gönderilir. Yazılar reddedilebilir veya yazarlardan düzenleme yapılması istenir. Düzenlemeler belirtilen süreler içerisinde tamamlandıktan sonra yazının kabulü halinde yıl içerisinde çıkacak sayılarda yayımlanır.

### YAZININ HAZIRLANMASI

A4 boyutlarındaki kâğıda üst, alt, sağ ve sol boşluk 2,5 cm bırakılarak çift satır aralıklı, iki yana dayalı, satır sonu tirelemesiz ve 10 punto Times New Roman yazı karakteri kullanılarak yazılmalıdır.

Gönderilen tablo, şekil, resim, grafik ve benzerlerinin derginin sayfa boyutları dışına taşmaması ve daha kolay kullanılmasını amacıyla 10 x 17 cm'lik alanı aşmaması gerekir. Bundan dolayı tablo, şekil, resim, grafik vb. unsurlarda daha küçük punto ve tek aralık kullanılabilir. Tablo, şekil, resim, grafik vb. metin içerisinde yer almalıdır.

Çalışmalar 20 sayfayı aşmamalıdır. Çalışmanın, MS Word ile yazılmış bir kopyasının dergi e-posta adreslerine veya web sitesinden online olarak gönderilmesi editöryal sürecin başlaması için yeterlidir. Çalışma gönderildikten sonra en geç bir hafta içinde alındığını teyit eden bir elektronik posta mesajı gönderilir.

Yapılan araştırmalar için ve etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel insan ve hayvanlar üzerindeki çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul onayı alınmış olmalı, bu onay makalede belirtilmeli ve belgelendirilmelidir.

Türkçe makalelerde Hem metin içinde hem de kaynakçada TDK Yazım Kılavuzu (Yazım Kılavuzu, 2009, Türk Dil Kurumu, Ankara) veya [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr) adresindeki online hali) yazım kuralları dikkate alınmalıdır.

Kaynakça (Hem metin içinde hem de kaynakçada Amerikan Psikologlar Birliği (APA) tarafından yayınlanan

Publication Manual of American Psychological Association adlı kitapta belirtilen yazım kuralları uygulanmalıdır).

Dergi isimleri Index Medicus veya Ulakbim/Türk Tıp Dizini'ne uygun olarak kısaltılmalıdır.



**Gönderilen çalışmaların aşağıda koyu yazılan bölümleri içermesi gerekmektedir;**

- **Türkçe Başlık Sayfası** (makale başlığını, yazar/lar/ın tam adlarını ve unvanlarını, çalıştıkları kurumlarını, adres, telefon, faks ve elektronik posta bilgilerini içermelidir)
- **Türkçe Öz** (150-200 kelime arası)
- **Anahtar Kelimeler** (5-8 kelime arası)
- **Ana Metin** (Nicel ve nitel çalışmalar giriş, yöntem, bulgular, tartışma bölümlerini içermelidir)
- **İngilizce Başlık Sayfası** (makale başlığını, yazar/lar/ın tam adlarını ve unvanlarını, çalıştıkları kurumlarını, adres, telefon, faks ve elektronik posta bilgileri ve uluslararası geçerliliği bulunan "ORCID" bilgisine yer verilmelidir.)
- **Abstract** (150-200 kelime arası)
- **Key Words** (5-8 kelime arası)
- **İngilizce Ana Metin** ((Nicel ve nitel çalışmalar giriş, yöntem, bulgular, tartışma bölümlerini içermelidir)

**YAYIM SÜRECİ ÜZERİNE YAZARLARA NOTLAR:**

"Sağlık Okuryazarlığı Dergisi, Sağlıklı yaşam, sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı çevre alanında çalışan tarafları ortak bir platformda buluşturmayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda;

1. "Sağlık Okuryazarlığı Dergisi" Bireylerin sağlığını ve esenliğini geliştirmek için yapılan bilimsel çalışmaların, araştırma ve analizlerin yer aldığı akademik bir dergi niteliğindedir. Bu uluslararası dergi, sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı bir çevre, sağlık okuryazarlığı kapasitesinin artırılması konusundaki politikaların oluşturulması ve uygulanması süreçlerinde yer alan taraflar arasında yönetişimi güçlendirmeye katkı sunacaktır.
2. Sağlık Okuryazarlığı Dergisinin yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir.
3. Birden çok yazarlı makalelerde editoryal yazışmanın kiminle yapılacağı belirlenmeli ve açık bir şekilde belirtilmelidir.
4. Yayınlanan yazıların içeriğinde ya da alıntılarında olabilecek çarpıtma, yanlış, telif hakkı ihlali, intihal vb. hususlardan yazar/yazarlar sorumludur.
5. Yayınlanan yazıların içeriğinden yazarları sorumludur. İlgili çalışmada, eğer etik onay alınması gereken durumlar söz konusu ise yazarların etik kurullardan ve kurumlardan onay aldığı var sayılmaktadır.
6. Yayınlanmış yazıların yayım hakları yayımcı Firmaya aittir.
7. Yazar ya da yazarların tamamının ıslak imzasını taşıyan aşağıdaki içeriğe sahip bir mektup yayımcıya gönderilmelidir. "yazının tüm yazarlarca okunduğu, onaylandığı, başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, yazının hazırlanmasının her aşamasında bilimsel etik kodlara uyulduğu, yazı yayımlandığı takdirde tüm yayın haklarının yayıncıya devredildiği" bilgisini içeren form doldurulup imzalandıktan sonra mail veya whatsapp'tan resim formatında gönderilmelidir.



**SAGLIK OKURYAZARLIGI DERGISI**  
Turkish Journal of Health Literacy

E ISSN: 2717-7831