





Araştırma Makalesi

Ankara Med J, 2020;(2):254-268 // doi 10.5505/amj.2020.02360

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ÇANKAYA İLÇESİ ÖRNEĞİ EVALUATION OF HEALTH LITERACY LEVEL OF PATIENTS APPLIED TO FAMILY HEALTH CENTERS: THE CASE OF ÇANKAYA DISTRICT

 Kenan Gözlü¹,  Sıdıka Kaya²

¹Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

²Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

Yazışma Adresi / Correspondence:

Kenan Gözlü (e-posta: kenan.gozlu@gmail.com)

Geliş Tarihi: 07.10.2019 // Kabul Tarihi: 01.04.2020



Öz

Amaç: Bu araştırmanın amacı Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesidir.

Materyal ve Metot: Kesitsel nitelikteki bu çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için Avrupa Birliği tarafından geliştirilen “Sağlık Okuryazarlığı Anketi” kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Türkiye’nin sosyo-ekonomik seviyesi en yüksek ilçesi olan Çankaya’da ikamet eden, aynı ilçedeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran, 18 yaş ve üzerindeki hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya 25 Aile Sağlığı Merkezinden 500 hasta katılmıştır.

Bulgular: Hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalama $30,25 \pm 7,28$ olarak hesaplanmıştır. Hastaların %20,90’ının yetersiz, %48,30’unun sınırlı, %24,90’ının yeterli ve %5,90’ının mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür. Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, genel sağlık durumu, kronik hastalık varlığı, son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı ve aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu açısından hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeyinin veya alt indekslerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sonuç: Hastaların büyük bir çoğunluğunun sağlık okuryazarlığı yetersiz veya sınırlı düzeydedir. Bu durum sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik faaliyetlerin gerçekleştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aile Sağlığı Merkezi, hasta, sağlık okuryazarlığı.

Abstract

Objectives: The aim of this study was to evaluate the health literacy level of patients applied to Family Health Centers.

Materials and Methods: “The Health Literacy Questionnaire” developed by the European Union was used to determine the level of health literacy of the patients in this cross-sectional study. The population of the study was composed of adult patients who applied to the Family Health Centers in Çankaya and live in same district. Çankaya is the district with the highest socio-economic level in Turkey. Five hundred patients from 25 Family Health Centers participated in the study.

Results: The mean of overall health literacy index of the patients was 30.25 ± 7.28 . It was observed that 20.90% of the patients had inadequate, 48.30% had limited, 24.90% had sufficient and 5.90% had excellent health literacy. It was found that the general level or sub-indices of patients’ health literacy differed significantly by age, educational status, working status, monthly income status, general health status, having a chronic disease, number of visits to family physician and visits by family physician in the last 12 months ($p < 0.05$).

Conclusion: The health literacy of the majority of patients is insufficient or limited. This reveals the need to carry out activities aimed at increasing health literacy.

Keywords: Family Health Center, patient, health literacy.

Giriş

Gelişen teknoloji sonucunda yeni bir boyuta taşınan modern sağlık sistemi, sağlık hizmeti sunanlar, sağlık hizmetinden yararlananlar ve sağlık hizmetinden yararlanacak olanlar için geçen yüzyıla göre son derece karmaşık bir yapıdadır. Artık kişilerin hem bireysel, hem bölgesel, hem de küresel boyutta sağlık sorunları ve sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi sahibi olmaları, sorumluluklarını bilmeleri gibi yeni rolleri vardır.¹ Sağlıkla ilgili bilgi sahibi olmanın önemi ve sağlık bilgisinin bu öznel niteliğinden dolayı “sağlık okuryazarlığı” kavramı ortaya çıkmış, sağlık okuryazarlığı başta sağlıkla ilgili kişi, kurum ve kuruluşlar olmak üzere birçok kesimin ilgi alanı olmuştur.²

Bireylerin okuryazarlık becerileri ile sağlık bağlamı arasında bir köprü olan sağlık okuryazarlığı kısaca bireylerin uygun sağlık kararlarını almada ihtiyaç duydukları sağlıkla ilgili temel bilgileri okuma, anlama ve kullanma yeteneğini ifade etmektedir.³ Daha geniş anlamda ise sağlık okuryazarlığı “okuryazarlıkla bağlantılı, insanların günlük yaşamlarında sağlıkla ilgili kararlar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek için gerekli olan sağlık bilgisine erişmeyi, sağlık bilgisine değer biçmeyi, bu bilgiyi anlamayı ve kullanmayı sağlayacak motivasyon ve yeterlilik” olarak tanımlanmaktadır.⁴

Türkiye’de sağlık okuryazarlığına yönelik araştırmalara bakıldığında hastanelere başvuran hastalar üzerinde odaklanıldığı görülmektedir. Aile Sağlığı Merkezi, bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşudur. Bu merkezlerde sadece birinci basamak sağlık hizmeti verilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini ifade etmektedir.⁵ Yanlış yönlendirmelerden kaynaklanan zaman kaybının, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarına gerekli olmadığı halde başvurulmasının ve gereksiz sağlık maliyetlerinin önlenmesi açısından öncelikle aile hekimine başvurulması önemlidir.⁶

Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik az sayıda araştırma bulunmaktadır. Diğer araştırmalardan farklı olarak bu araştırmada Türkiye’nin sosyo-ekonomik düzeyi en yüksek ilçesi olan, Ankara iline bağlı Çankaya ilçesi seçilmiş, Çankaya’daki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek amacıyla “Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği” kullanılmıştır. Bu anket Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi 2009-2012 kapsamında, HLS-EU Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiş olan 47 ifade ile sağlık süreçlerinde üç (sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi), bilgiyi işleme süreçlerinde dört indeks (sağlık bilgisine erişim, sağlık bilgisini anlama, sağlık

bilgisini değerlendirme, sağlık bilgisini uygulama) üzerinden sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmektedir. Beşli Likert tipi olan ankette ifadelere katılma düzeyleri 1=çok zor, 2=zor, 3=kolay, 4=çok kolay ve 5=bilmiyor şeklinde değerlendirilmektedir.⁷

Sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlenirken bir sorunun indeks hesaplamalarında kullanılabilmesi için o soruya katılımcıların en az %80 oranında cevap vermiş olması şartı aranmaktadır. İndeksler 0 ile 50 arasında bir ölçekte 0 en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını gösterecek şekilde aşağıdaki formülde belirtildiği şekilde standardize edilmektedir. ^{7,8}

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

Yukarıdaki formülde;

İndeks: Hesaplanan kişiye özgün indeks

Ortalama: Her kişi için cevaplandırılan ifadelerin ortalaması

1: Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin en düşük 0 olmasına neden olur)

3: Ortalamanın aralığı

50: Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değeri ifade etmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen indeks değerlerine göre dört kategoride değerlendirilmektedir: (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. ^{7,8}

Anketin çok farklı sosyo-demografik özellikleri ve sağlık sistemleri olan değişik Avrupa ülkelerinde uygulanabilirliği ve iç geçerliliği kanıtlanmıştır. Toplam örnekleme ve tüm ülkelerde bütün Cronbach alfa değerleri oldukça yüksek (minimum $\alpha=0,87$) bulunmuştur.^{7,8} Anketin Türkçeye uyarlanması Durusu-Tanrıöver ve diğerleri tarafından yapılmış olup genel sağlık okuryazarlığı ve alt indekslerin iç güvenilirliği için hesaplanan Cronbach alfa değerleri, tüm indekslerde 0,80 üzerinde bulunması ile yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermiştir.⁸ Anketin kullanılabilmesi için gerekli izinler Sağlık-Sen'den alınmıştır. Araştırmamızda da anketin genel Cronbach alfa değeri 0,971; alt indekslerin Cronbach alfa değerleri ise 0,852-0,926 arasında bulunmuştur. Bu da anketin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Resmi İzin

Araştırma Ankara ili Çankaya ilçesinde ikamet eden, aynı ilçedeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran yetişkin (≥ 18 yaş) ve zihinsel engeli bulunmayan hastalara yönelik olarak yüz yüze yapılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için resmi izin Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumundan (günümüzdeki ismi Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü) alınmıştır.

Etik Onay

Araştırmanın yapılabilmesi için çalışmanın etik onayı; Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyonundan 01.06.2015 tarihli 76000869/433-1706 sayısı ile alınmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme

İnsani Gelişme Vakfı tarafından Türkiye’de 30 büyükşehir il sınırı içindeki en yüksek nüfusa sahip 150 ilçe sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlere yönelik bileşenler (insani gelişme endeksi) açısından 50 gösterge ile değerlendirilmiş, Çankaya ilçesi bu değerlendirme sonucunda birinci sırada yer almıştır.⁹ Bu nedenden dolayı araştırmanın Çankaya ilçesinde yapılmasına karar verilmiştir.

Evrendeki kişi sayısının bilinmediği durumlarda örneklem büyüklüğü şöyle hesaplanmaktadır:¹⁰

$$n = \frac{Z^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

n: Örneklem büyüklüğü

Z: Kabul edilen anlamlılık düzeyi yani tip 1 (alfa) hata düzeyi = %5’e (1-0,95) karşılık gelen Z tablosu değeri (t), güven düzeyinin Z tablosu değeri = 1,96

p: Araştırılan durumun sıklığı. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasından beklenen prevalans öngörüsü %35 = (0,35)⁸

d: Araştırmacı tarafından kabul edilen örnekleme hatası= %5 = 0,05

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,35 \times 0,65}{(0,05)^2} = 350$$

Güven düzeyi %95, örnekleme hatası 0,05 olarak alınan hesaplama sonucunda örneklem büyüklüğü 350 olarak hesaplanmıştır. Ancak araştırmadaki hata payını biraz daha azaltmak için 500 hastaya ulaşılması hedeflenmiştir.

Mart 2017 itibarıyla Çankaya ilçesinde 57 Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır.¹¹ Araştırmada düşük, orta ve yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip mahalleler belirlendikten sonra küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Listelenen Aile Sağlığı Merkezlerinden 25'i (düşük ve yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip mahallelerdeki 8 Aile Sağlığı Merkezi, orta sosyo-ekonomik düzeye sahip mahallelerdeki 9 Aile Sağlığı Merkezi) rasgele seçilmiştir. Anketler 1 Mart 2017-1 Eylül 2017 tarihleri arasında araştırmacı ve araştırmanın içeriği hakkında bilgilendirilen lisans mezunu 4 anketör aracılığıyla uygulanmıştır. Her bir Aile Sağlığı Merkezinden (küme başı) araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 20 hasta ile görüşülerek anketler toplanmış, toplamda 500 hastanın anketlere verdiği cevaplar değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 23.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerini incelemek için tanımlayıcı istatistikler hesaplanmış, veriler %95 güven düzeyinde yorumlanmıştır.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sosyo-demografik özelliklerine göre değerlendirilmesinde çeşitli istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Elde edilen sayısal verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak analiz edilmiş ve normal dağılım göstermediği bulunmuştur. Bu nedenle hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılmasında iki grupta Mann Whitney U Testi, ikiden fazla gruplarda ise Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan p değerlerinin 0,05'den küçük olması anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Hastaların sosyo-demografik özellikleri 11 bağımsız değişken altında toplanmıştır (Tablo 1).

Hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeksi $30,25 \pm 7,28$ olarak hesaplanmıştır. Sağlık okuryazarlığının alt indekslerine bakıldığında sağlık bilgisini anlama, sağlık hizmeti ve sağlık bilgisine erişim indekslerinin ortalama puanlarının daha yüksek; sağlık bilgisini uygulama, sağlık bilgisini değerlendirme, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi indekslerinin ortalama puanlarının daha düşük olduğu (Tablo 2) bulunmuştur.

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=500)

Sosyo-Demografik Özellikler	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	299	59,80
	Erkek	201	40,20
Yaş	18-25	57	11,40
	26-35	94	18,80
	36-45	123	24,60
	46-55	131	26,20
	56-65	64	12,80
	66 yaş ve üzeri	31	6,20
Eğitim Durumu	İlkokul ve daha düşük	38	7,60
	Ortaokul	32	6,40
	Lise	109	21,80
	Ön lisans	47	9,40
	Lisans	198	39,60
Medeni Durum	Yüksek lisans / doktora	76	15,20
	Evli	300	60,00
Medeni Durum	Bekar	160	32,00
	Ayrılmış / dul	40	8,00
	Çalışma Durumu	Ev hanımı	66
İşçi		20	4,00
Emekli		63	12,60
Öğrenci		51	10,20
Memur		214	42,80
Esnaf / serbest çalışan		43	8,60
Diğer (işsiz, açıklamak istemeyen)		43	8,60
Aylık Gelir Durumu	Gelir giderden az	116	23,20
	Gelir gidere denk	306	61,20
	Gelir giderden çok	78	15,60
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi	42	8,40
	İyi	266	53,20
	Orta	169	33,80
	Kötü	23	4,60
Kronik Hastalık Varlığı	Yok	297	59,40
	Bir tane	139	27,80
	Birden çok	64	12,80
Son 12 Ayda Aile Hekimi Tarafından Ziyaret Edilme	Yok	473	94,60
	1-2 defa	27	5,40
Son 12 Ayda Aile Hekimine Başvuru Sayısı	1-2 defa	194	38,80
	3-5 defa	197	39,40
	6-9 defa	67	13,40
	10 defa ve üzeri	42	8,40
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı	Hekim	300	60,00
	Hemşire, eczacı, diğer sağlık çalışanı	26	5,20
	Aile veya arkadaş	56	11,20
	İnternet, televizyon, gazete	118	23,60

Tablo 2. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt İndekslerinin Değerleri

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Ortalama ± SD*
Sağlık Hizmeti	30,73±7,89
Hastalıktan Korunma	29,91±8,16
Sağlığın İyileştirilmesi	29,71±8,05
Sağlık Bilgisine Erişim	30,38±8,11
Sağlık Bilgisini Anlama	31,49±8,24
Sağlık Bilgisini Değerlendirme	29,15±8,00
Sağlık Bilgisini Uygulama	28,84±7,62
Genel Sağlık Okuryazarlığı	30,25±7,28

*SD: Standart Sapma

Tablo 3. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt İndekslerinin Hesaplanan Prevalans Değerleri

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Yüzde (%)			
	Yetersiz	Sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Sağlık Hizmeti	18,80	41,70	31,20	8,30
Hastalıktan Korunma	26,50	37,20	28,70	7,60
Sağlığın İyileştirilmesi	23,50	41,30	28,40	6,80
Sağlık Bilgisine Erişim	22,20	35,40	34,60	7,80
Sağlık Bilgisini Anlama	19,00	33,60	36,00	11,40
Sağlık Bilgisini Değerlendirme	26,00	40,90	27,30	5,80
Sağlık Bilgisini Uygulama	28,70	41,30	24,60	5,40
Genel Sağlık Okuryazarlığı	20,90	48,30	24,90	5,90

Kategorik değerlendirmede ise hastaların yaklaşık %25'inin "yeterli" ve %6'sının "mükemmel" sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Hastaların yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık bilgisini anlama (%47,40), sağlık bilgisine erişim (%42,40) ve sağlık hizmeti (%39,50) indekslerinde daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastalıktan korunma (%36,30), sağlığın iyileştirilmesi (%35,20), sağlık bilgisini değerlendirme (%33,10) ve sağlık bilgisini uygulama (%30,00) indekslerinde ise hastaların yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile genel sağlık okuryazarlığı değerlerinin karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Gruplar	$\bar{x} \pm SD^*$	p**
Cinsiyet	Kadın	30,30±7,69	0,525
	Erkek	30,16±6,65	
Yaş	18-25	30,14±7,76	<0,001
	26-35	31,34±6,40	
	36-45	31,10±6,71	
	46-55	31,00±7,05	
	56-65	28,79±7,67	
	66 yaş ve üzeri	23,73±7,91	
	Eğitim Durumu	İlkokul ve daha düşük	
Ortaokul		26,83±8,88	
Lise		29,02±5,67	
Ön lisans		29,53±4,75	
Lisans		31,17±7,10	
Yüksek lisans / doktora		33,72±7,25	
Medeni Durum	Evli	30,39±7,52	0,611
	Bekar	30,16±6,90	
	Ayrılmış / dul	29,50±7,07	
Çalışma Durumu	Ev hanımı	25,91±8,00	<0,001
	İşçi	27,82±5,39	
	Emekli	28,18±7,02	
	Öğrenci	31,08±7,28	
	Memur	32,22±6,45	
	Esnaf/serbest çalışan	28,64±6,94	
	Diğer (işsiz, açıklamak istemeyen)	31,55±7,78	
Aylık Gelir Durumu	Gelir giderden az	28,21±7,89	0,007
	Gelir gidere denk	30,92±6,80	
	Gelir giderden çok	30,50±7,81	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi	31,27±7,32	<0,001
	İyi	31,56±6,48	
	Orta	28,73±7,98	
	Kötü	23,73±5,53	
Kronik Hastalık Varlığı	Yok	30,87±6,95	0,003
	Bir tane	30,21±6,90	
	Birden çok	27,49±8,87	
Son 12 Ayda Aile Hekimi Tarafından Ziyaret Edilme Durumu	Yok	30,42±7,31	0,031
	1-2 defa	27,20±6,07	
Son 12 Ayda Aile Hekimine Başvuru Sayısı	1-2 defa	31,05±6,61	0,057
	3-5 defa	30,04±7,63	
	6-9 defa	29,82±7,69	
	10 defa ve üzeri	28,09±7,78	
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı	Hekim	30,44±7,59	0,828
	Hemşire, eczacı, diğer sağlık çalışanı	28,99±7,51	
	Aile veya arkadaş	29,28±6,97	
	İnternet, televizyon, gazete	30,43±6,57	

* $\bar{x} \pm SD$: Ortalama \pm Standart Sapma **İkili gruplarda Mann Whitney U Testi, ikiden fazla gruplarda ise Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, aylık gelir durumu, genel sağlık durumu, kronik hastalık varlığı, son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı, son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu ve sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda hastaların sağlık okuryazarlığı genel indekslerinin bağımsız değişkenlere göre p değerleri Tablo 4'te sunulmuştur.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine göre incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının genel düzeyinin ve alt indeks düzeylerinin hepsinin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve genel sağlık durumu bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Kronik hastalık varlığı, aylık gelir durumu ve son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısına göre de hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeyinin veya alt indeks düzeylerinin çoğunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır ($p<0,05$). Cinsiyet, medeni durum ve sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre ise hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeyinin veya alt indeks düzeylerinin hiçbirinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Genel olarak araştırmaya katılan 66 yaş ve üzerindeki (23,73±7,91), ilkokul mezunu ve daha düşük eğitim durumundakilerin (24,21±8,64), ev hanımlarının (25,91±8,00), aylık geliri giderinden az (28,21±7,89), genel sağlık durumu kötü (23,73±5,53), birden fazla kronik hastalığı olanların (27,49±8,87), son 12 ayda aile hekimine 10 kez ve daha fazla başvuranların (28,09±7,78) ve aile hekimleri tarafından son 12 ayda 1-2 kez ziyaret edilenlerin (27,20±6,07) genel sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük olarak tespit edilmiştir. Yaş açısından 26-35 yaş grubundakilerin (31,34±6,40), eğitim durumu açısından lisansüstü mezunlarının (33,72±7,25), çalışma durumu açısından memurların (32,22±6,45), genel sağlık durumu iyi olanların (31,56±6,48) genel sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Aylık geliri gidere denk olanların (30,92±6,80), kronik hastalığı olmayanların (30,87±6,95), aile hekimleri tarafından son 12 ayda aile hekimlerine 1-2 defa başvuran (31,05±6,61) ve ziyaret edilmeyen hastaların (30,42±7,31) genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeyini açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları regresyon modelinin anlamlı ($R=0,490$, $R^2=0,240$, $F=8,862$, $p<0,001$) olduğunu göstermiştir. Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeyindeki toplam varyansın yaklaşık %24'ünü açıkladığı belirlenmiştir. Buna göre hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeyini asıl etkileyen faktörlerin eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu ve genel sağlık durumu olduğu belirlenmiştir.

Tartışma

Sağlık okuryazarlığı toplum davranışına ve sosyal sermaye oluşumuna imkân tanıyan bir araçtır. Yapılan araştırmalar dünya genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğunu belirtmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise sağlık okuryazarlığının düzeyi bilinmemektedir. İletişim ve eğitim alanları ile ilgili olarak halk ve sağlık profesyonelleri arasında bilgi eksikliği vardır.¹²

Türkiye’de erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı prevalansının belirlenmesine yönelik olarak Ankara, İstanbul, İzmir’in de dahil olduğu 23 ilden toplam 4924 katılımcıya ulaşılarak yapılan, sağlık okuryazarlığı alanında Türkiye’de yapılmış ilk geniş ölçekli saha çalışmasında genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı 30,4 olarak belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığının alt indekslerine bakıldığında sağlık bilgisini anlama (31,2) ile sağlık hizmeti (31,1) ve sağlık bilgisini uygulama (31,1) indekslerinin ortalama puanlarının genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanından daha yüksek olduğu hesaplanmıştır. Sağlık bilgisine erişim (29,0), sağlık bilgisini değerlendirme (29,2), hastalıktan korunma (29,8) ve sağlığın iyileştirilmesi (29,9) indekslerinin ortalama puanlarının ise genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmada katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin %24,5 yetersiz, %40,1 sınırlı, %27,8 yeterli ve %7,6 mükemmel olduğu ifade edilmiştir.⁸

Genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı açısından Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasının bulguları ile araştırmamızın bulguları benzerlik göstermekte ve ortalama puanlar sınırlı düzeylerde sağlık okuryazarlığına işaret etmektedir. Sağlık okuryazarlığının alt indeksleri açısından bakıldığında her iki araştırmada da genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı, sağlık bilgisini anlama ve sağlık hizmeti indekslerinin ortalama puanlarından düşük; sağlık bilgisini değerlendirme, sağlığın iyileştirilmesi ve hastalıktan korunma indekslerinin ortalama puanından yüksektir. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında sağlık bilgisine erişim indeksinin, araştırmamızda ise sağlık bilgisini uygulama indeksinin ortalama puanı genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanından daha düşüktür. Sağlık bilgisine erişim indeksinin Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında daha olumsuz bir tablo sergilemesi, katılımcıların %56,4’ünün sosyal statü algısını orta düzeyin altında (düşük) olarak nitelendirmesinden ve katılımcıların hastaları değil genel nüfusu temsil etmesinden kaynaklanmış olabilir. Araştırmamızda hastaların %30,80’inin, Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında ise katılımcıların %35,4’ünün yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığının kategorik değerlendirilmesinde Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasındaki bulguların araştırmamızda elde edilen bulgulardan daha iyi olmasının cinsiyet, yaş, eğitim durumu dağılımlarının ve son 12 içinde doktora başvuru sayılarının farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Sağlık Bakanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi işbirliği ile 15 yaş üzerindeki 505 kişi üzerinde Aydın'da yapılan ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi kullanılan bir araştırmada¹³, genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı 32,8 olarak hesaplanmıştır. Sağlığın iyileştirilmesi (31,7) ve hastalıktan korunma (32,5) indekslerinin ortalama puanlarının araştırmamızda olduğu gibi genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanından daha düşük olduğu, sağlık hizmeti indeksi açısından ise (33,7) hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmaya ve sağlık personelinin söylediklerini anlamaya ilişkin daha iyi sonuçların elde edildiği görülmüştür. Diğer taraftan bu araştırmadaki katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin %13,1 yetersiz, %39,6 sınırlı, %32,8 yeterli ve %14,5 mükemmel düzeyde bulunduğu belirtilmiştir. Ayrıca katılımcıların sağlık hizmeti indeksi açısından yarısından fazlasının (%52,3), hastalıktan korunma indeksi açısından yarısına yakınının (%46,8) ve sağlığın iyileştirilmesi indeksi açısından ise %41,8'inin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde oldukları ifade edilmiştir. Bu araştırma sonuçlarının daha iyi olması katılımcıların daha iyi sosyo-ekonomik durumlara ve sosyal statüye sahip olmasından, sağlık farkındalığının yüksekliğinden, yaklaşık %85'inin herhangi bir sağlık sorunu sebebiyle ayda ortalama bir kez bir sağlık kurumuna başvurmasından, sağlıklıla ilgili en güvenilir bilgi kaynağı olarak genellikle sağlık çalışanlarını tercih etmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Avrupa'daki 8 ülkede (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) her toplumdan seçilen yaklaşık 1000 kişi olmak üzere toplam 8000'e yakın kişi üzerinde Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi kullanılarak yapılan bir araştırmada, sağlık okuryazarlığının ülkeler arasında farklılıklar gösterdiği ortaya çıkmıştır. Bu araştırmada genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanları 37,06 ile en yüksek Hollanda'da ve 35,16 ile İrlanda'da, en düşük ise 30,50 ile Bulgaristan'da ve 31,95 ile Avusturya'da bulunmuştur. Araştırmadaki 8 ülkenin genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı 33,78 olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmeti (34,7) ve hastalıktan korunma (34,2) indekslerinin puanlarının genel sağlık okuryazarlığı puanından yüksek, sağlığın iyileştirilmesi indeks puanının ise (32,5) genel sağlık okuryazarlığı puanından düşük olduğu ifade edilmiştir. Ülkeler toplam olarak değerlendirildiğinde katılımcıların %12,4'ünün yetersiz, %35,2'sinin sınırlı, %36'sının yeterli ve %16,5'inin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirlenmiştir.^{7,14} Bu araştırmada ve araştırmamızda katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık hizmeti indeks düzeyinden daha düşük, sağlığın iyileştirilmesi indeks düzeyinden daha yüksek olması benzerlik göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı kategorik açıdan değerlendirildiğinde ise bu araştırmada katılımcıların yarısından fazlasının yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, sağlıklıla ilgili temel bilgileri okuma, anlama ve kullanma yeteneği açısından araştırmamızdaki hastalara göre oldukça iyi bir durumda oldukları ifade edilebilir. Avrupa'daki ülkelerin gelişmişlik düzeyinin ve genel eğitim düzeyinin yüksekliği, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik çabalar bu sonuçların elde edilmesine katkıda bulunmuş olabilir.

Kazakistan'daki 7 bölgede, 18 yaş üzerinde, polikliniklere başvuran toplam 998 kişi ile gerçekleştirilen ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketinin kullanıldığı başka bir araştırmada, katılımcıların %15,5'i yetersiz,

%30'u sınırlı, %36,1'i yeterli ve %18,5'i mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunmuştur. Aynı araştırmada katılımcıların %22,5'inin hastalıktan korunma indeksinde, %21,8'inin sağlığın geliştirilmesi indeksinde ve %19,7'sinin sağlık hizmeti indeksinde mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir.¹⁵

Ülkelerin sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmaları genel olarak değerlendirildiğinde farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Bu farklılıklar her ülkenin sosyo-ekonomik özellikleri, eğitim ve sağlık politikaları ile diğer kendi iç dinamiklerinden kaynaklanabilir. Yapılan çalışmalara bakıldığında Avrupa ülkelerinde elde edilen sonuçların sağlık okuryazarlığı açısından daha iyi olduğu görülmekte, araştırmamız da dahil olmak üzere Türkiye'de yapılan araştırmalar ise sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile ilgili çalışmalara ağırlık verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Öte yandan Japonya'da yapılan araştırma¹⁶, bir ülkenin gelişmişlik seviyesinin yüksek olmasının sağlık okuryazarlığı seviyesinin de yüksek olduğu anlamına gelmediğini kanıtlar niteliktedir.

Sağlık Bakanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi işbirliği ile yapılan araştırmada¹³ araştırmamızda olduğu gibi yaş ve eğitim durumu açısından katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunurken, cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Özellikle 65 yaş üzerinde ve eğitim düzeyi düşük katılımcılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu ifade edilmiştir.¹³ Almanya'da¹⁷, İran'da¹⁸ ve ülkemizde yapılan bir araştırmada¹⁹ da 65 yaş ve üzerindeki bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu görülmüştür.

Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında yaş ve eğitim durumunun yanı sıra cinsiyet açısından da sağlık okuryazarlığı düzeylerinde farklılık olduğu, erkeklerin sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.⁸ Çin'de 1396 yaşlı ile (yaş ortalaması 77,37) yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığının düşük seviyede olduğu ifade edilmiştir. Aynı araştırmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hane halkı geliri, medeni durum ve mesleğe göre sağlık okuryazarlığı puanlarında anlamlı farklılıklar bulunduğu tespit edilmiştir.²⁰

Avrupa ülkelerinde yapılan araştırmada genel sağlık okuryazarlığı üzerinde cinsiyetin etkisinin daha zayıf, yaş ve eğitim durumunun ise daha belirleyici olduğu; daha yaşlı bireylerin daha düşük, daha eğitilmiş bireylerin ise daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olma eğiliminde buldukları ifade edilmiştir. Aynı araştırmada sosyal statü ve finansal yoksunluk gibi faktörler sağlık okuryazarlığı için en güçlü belirleyiciler olarak saptanmış, istihdam durumu açısından ise tam gün veya yarı zamanlı çalışan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin işsizlere veya emeklilere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Genel sağlık durumunu daha iyi olarak belirtenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu, kronik hastalığı bulunan bireylerin ise sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir.⁷ Bu araştırmada ve araştırmamızda birçok ortak değişken açısından sağlık okuryazarlığı düzeylerinin farklılık gösterdiği ifade edilebilir.

Yukarıdaki araştırmalara bakıldığında farklı sonuçlar elde edilse de genel olarak iki durumun sağlık okuryazarlığı düzeyinde daha belirleyici olduğu görülmektedir: Yaş ve eğitim durumu. Yaşlılara yönelik yapılan araştırmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin hl istenilen seviyede olmadığı, eğitim durumu açısından ise sağlık okuryazarlığı düzeyinin eğitim durumuna paralel olarak artış gösterdiği ortaya konulmaktadır. Yaşlıların daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu, birçok hastalık açısından ise risk grubunda olduğu bilinmektedir. Dünya genelinde yaşlı nüfusun artması da gözönüne alındığında geriatri hizmetleri daha da önem kazanmaktadır. Geriatri hizmetlerine verilen önem dahilinde yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesine yönelik çabalar onların yaşam kalitelerinin artmasına katkı sağlayabilir.

Sağlık okuryazarlığı, eğitimin sağlığa etkisine bir patika gibi hizmet edebilir. Düşük eğitim düzeyi ve sağlık durumunun kötü olması arasındaki ilişki kısmen sağlık okuryazarlığı ile aıklanabilse de, düşük sağlık okuryazarlığı eğitim düzeyi yüksek olanlar arasında da görülebilmektedir. Sağlıktaki eğitimle ilgili farklılıkların azaltılmasına yönelik stratejilerde, sağlık okuryazarlığından yararlanabilir.²¹

Gereksinim duyulan sağlık okuryazarlığı becerileri yaşam evrelerine, durumlara veya bireysel ihtiyaçlara bağlı olarak değişmektedir.²² Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı ile sürdürülebilir ve kaliteli bir sağlık sistemi arasında çok yönlü bir etkileşim olması gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığında eř zamanlı iyileşmeler olmadan kalite gelişimi, maliyetlerin düşürülmesi ve hakkaniyetsizliklerin ortadan kaldırılmasına yönelik çabalar yetersiz kalacaktır.⁸ Bu bağlamda araştırma bulgularından yola çıkılarak sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesine yönelik řu öneriler sunulabilir:

- Sağlık okuryazarlığı öncelikli bir politika konusu olarak değerlendirilebilir. Sağlık okuryazarlığına yönelik faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için yasal düzenlemeler yapılabilir.
- Sosyo-ekonomik faktörler sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği için bu faktörlerin iyileştirilmesine yönelik adımlar atılabilir. Özellikle yaşlı, gelir düzeyi düşük ve kronik hastalığı olan bireylerle ilgili koşullar öncelikli olarak ele alınabilir.
- Bireylerin ve toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi için başta Sağlık Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı olmak üzere sivil toplum örgütleri, akademik topluluklar ve medya gibi diğer önemli paydaşlar ile birlikte hareket edilerek kamu spotları ve eğitim programları hazırlanabilir. Kurumlar arası işbirliğiyle bilgiler ve tecrübeler paylaşılarak sinerji oluşturulabilir.
- Sağlık okuryazarlığına temel eğitim programında daha fazla yer verilebilir. Bu çerçevede sağlık okuryazarlığının kazandırılması için ihtiyaçlara uygun eğitim materyalleri geliştirilebilir.

- Gelecekte yapılacak araştırmalar, değişik gruplarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ile birlikte, sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik girişimlerin ve stratejilerin etkililiği de değerlendirilecek Şekilde planlanabilir.

Kaynaklar

1. Tontuş H.. Sınırlı sağlık okuryazarlığının sağlığa ve sağlık hizmetleri kullanımına etkileri. Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış 2014;19:32-35.
2. rnek M. Sağlık okuryazarlığı. Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış 2014;19:26-31.
3. Institute of Medicine. Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.
4. Sörensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80.
5. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Sayı:28539, Tarih: 25.01.2013.
6. Korukluoğlu, S. Sevk zinciri: Mevcut durumda zm mümkün m? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2018;48:10-11.
7. HLS-EU Consortium. [İnternet]. Comparative report of health literacy in Eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU. <http://www.health-literacy.EU> (Erişim Tarihi: 07.02.2017).
8. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, akır B, Akalın HE. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2014.
9. İnsani Gelişme Vakfı [İnternet]. İnsani Gelişme Endeksi-İleler (İGE-İ) Raporu, İstanbul. <http://ingev.org/wp-content/uploads/2017/10/IGE-I-ozet.pdf> (Erişim Tarihi: 17.02.2017).
10. Naing L, Winn T, Rusli BN. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. Archives of Orofacial Sciences 2006;1:9-14.
11. ankaya Kaymakamlığı [İnternet]. ankaya'daki Aile Sağlığı Merkezleri. <http://www.cankayakaymakamligi.gov.tr/aile-sagligi-merkezi> (Erişim Tarihi: 01.03.2017).
12. Institute of Medicine. Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press; 2013.
13. Sağlık Bakanlığı. Türkiye sağlık okuryazarlığı lekleri gvenilirlik ve geerlilik alışması. 1. Baskı. Ankara: Anıl Reklam Matbaacılık; 2016.
14. Sørensen K, Pelikan JM, Rthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). European Journal of Public Health 2015(25);6:1053-8.

15. Kayupova G, Turdaliyeva B, Tulebayev K, Duong TV, Chang PW, Zagulova D. Health literacy among visitors of district polyclinics in Almaty, Kazakhstan. *Iran J Public Health* 2017(46);8:1062-70.
16. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, et al. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: A validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health* 2015;15:505.
17. Berens EM, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health literacy among different age groups in Germany: Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2016;16:1151.
18. Ansari H, Almasi Z, Moghaddam A, Mohammadi M, Peyvand M, Hajmohammadi M, et al. Health literacy in older adults and its related factors: A cross sectional study in southeast Iran. *Health Scope* 2016 5(4):e37453.
19. Bozkurt H. Bir eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı bilişsel bozukluğu olmayan 65 yaş ve üzeri bireylerde sağlık okuryazarlığı. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği AD, 2017.
20. Liu Y, Wang Y, Liang F, Chen Y, Liu L, Li Y, et al. The health literacy status and influencing factors of older population in Xinjiang. *Iran J Public Health* 2015(44);7:913-9.
21. Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: Results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication* 2013;18(Sup 1): 172-84.
22. Domanska OM, Firnges C, Bollweg TM, Sørensen K, Holmberg C, Jordan S. Do adolescents understand the items of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) – German version? Findings from cognitive interviews of the project “Measurement of Health Literacy Among Adolescents” (MOHLAA) in Germany. *Archives of Public Health* 2018;76:46.