T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ



BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA: EDİRNE İLİ ÖRNEĞİ

PINAR DEMİRLİ
1168257152

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğretim Üyesi MUZAFFER ÖZSOY

EDİRNE
2018

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

....SAĞLIK...YÖNETİMİ..... ANABİLİM DALI

..YÜKSEK...LİSANS.....PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Pınar....DEMİRLİ..... tarafından hazırlanan "...Bireylerin...Sağlık Okuryazarlığı Üzerine...Bir Araştırma: Edirne İli Örneği" Konulu **Yüksek Lisans** tezinin Sınavı, Trakya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 19-6 maddeleri uyarınca ...19/06/2018..... günü saat ...10.00..... 'da yapılmış olup, yüksek lisans tezinin *...Kabul Edilmesine..... **OYBİRLİĞİ/~~OYÇOKLUĞU~~** ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi: Muzaffer Yasar (Danışman)	Kabul Edilmesine	
Dr. Öğr. Üyesi: Serdar CANBAZ	Kabul Edilmesine	
Dr. Öğr. Üyesi: Yasemin Kaldere AKIN	Kabul Edilmesine	

* Jüri üyelerinin, tezle ilgili kanaat açıklaması kısmında "Kabul Edilmesine/Reddine" seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10197672
Yazar Adı / Soyadı	PINAR DEMİRLİ
T.C.Kimlik No	42856756250
Telefon	5434192007
E-Posta	pnr.pd.demirli@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği
Tezin Tercümesi	A Research On The Health Literacy Of İndividuals: Edirne Province Example
Konu	Sağlık Kurumları Yönetimi = Health Care Management
Üniversite	Trakya Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı	Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2018
Sayfa	132
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ MUZAFFER ÖZSOY
Dizin Terimleri	Sağlık okuryazarlığı=Health literacy
Önerilen Dizin Terimleri	Okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı

29.06.2018

İmza:.....

Tezin Adı: Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği
Hazırlayan: Pınar DEMİRLİ

ÖZET

Sağlık okuryazarlığı, günümüzde diğer okuryazarlık türleri gibi önemsenen ve araştırmalara konu olan bir kavram haline gelmiştir. Bu çalışmadaki amaç; sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi vererek, Edirne ilinde ikamet eden bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmek ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerle arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Araştırmanın evrenini Edirne merkez mahallerinde ikamet eden 18 yaş üzeri bireyler oluşturmuş, evrenden örnekleme gidilirken tabakalı örnekleme metodundan yararlanılmıştır. Çalışmaya 226 kadın (%49,8) ve 228 erkek (%50,2) olmak üzere 454 birey katılmıştır. Araştırmanın verileri, Demografik Anket Formu, Sağlık Farkındalığı Ölçeği (SFÖ) ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu (ASOY-TR) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Ayrıca kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare analizinden faydalanılmıştır.

Edirne merkez mahallelerinde ikamet eden bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde; Edirne genelinin sağlık okuryazarlığı 50 puan üzerinden ortalama 30,1 bulunmuş ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin yaşı, eğitim durumu, çocuk sayısı, gelir durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, cinsiyet ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sağlık eğitimi alan ve evlerinde sağlık çalışanı olan bireylerin yetersiz sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada sağlık farkındalığı ölçeği ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık okuryazarlığı, sağlık farkındalığı, Edirne.

Thesis Name: A Research On The Health Literacy Of İndividuals: Edirne Province Example
Preparedby: Pınar DEMİRLİ

ABSTRACT

Health literacy is nowadays considered as other types of literacy and research has become the subject of a concept. The purpose of this study; health literacy by providing information about individuals residing in the province of Edirne, health literacy and to measure the level of health literacy to set forth the relationship between influencing factors.

The research universe of over 18 years of age residing in Edirne scene created from the universe when individuals go sampling stratified sampling method. 226 working women (49,8%) and 228 male (50,2%), including 454 joined individuals.

Research data, Demographic Questionnaire Health Awareness Scale (SFÖ) and European Health Literacy Scale Turkish version (ASOY-EN) was collected with. The analysis of the data frequency, percentage, mean and standard deviation were used. In addition, Chi square analysis comparison of categorical data utilized.

Parnell from the health literacy of individuals residing in the neighborhood, points are examined; General health literacy of Edirne 50 points over the average 30,1 and concluded that the limited health literacy level has been reached. Individuals age, education status, number of children, income status with health literacy, a significant relationship between gender with a significant relationship has been found. Health training and inadequate health literacy of individuals with their home health employees is lower. Study with health literacy health awareness scale, it has been determined that a significant relationship between.

Keywords: Health literacy, health awareness, Edirne.

ÖNSÖZ

Sağlık okuryazarı olmak; sağlıkla ilgili bilgi birikimi elde etmek ve sağlık hizmetlerinden doğru bir şekilde yararlanmak birey ve toplum açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı; sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi vererek, Edirne ilinde ikamet eden bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmek ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerle arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Sağlık okuryazarlığı hakkındaki bu araştırma, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin ölçülmesi, bilinçlendirilmesi ve bu konuda yapılacak çalışmalara fikir vermesi açısından, ayrıca bireylerin sağlığından sorumlu kurum ve kuruluşların eksikleri görmeleri ve bu konularda neler yapmaları gerektiğini bilmeleri açısından önem arz etmektedir.

Tez süreci boyunca danışmanlığımı üstlenerek bana sabırla ve hoşgörü ile yol gösteren, her türlü bilimsel katkı ve manevi desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Dr. Öğretim Üyesi Muzaffer ÖZSOY'a, her zaman daha iyisini yapmaya teşvik eden değerli hocam Prof. Dr. Fatma LORCU'ya, manevi annelik yapıp öğütlerini esirgemeyen kıymetli hocam Dr. Öğretim Üyesi Ömür ARGAÇ'a ve tezime katkılarından dolayı Dr. Öğretim Üyesi Yasemin Koldere AKIN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Her zaman olduğu gibi bu süreçte de beni destekleyen babam Erol DEMİRLİ, annem Perihan DEMİRLİ ve kardeşim Anıl DEMİRLİ'ye, varlığı ve bilimsel katkısıyla yanımda olan biricik arkadaşım Nezaket İlkem SALMAN'a ve Hüseyin BOZAN'a sonsuz ve en içten teşekkürlerimi sunarım.

Pınar DEMİRLİ

2018

İÇİNDEKİLER

ÖZET I
ABSTRACT II
ÖNSÖZ III
İÇİNDEKİLER IV
TABLOLAR LİSTESİ VII
ŞEKİLLER LİSTESİ VIII
KISALTMALAR LİSTESİ IX
GİRİŞ 1
1. GENEL BİLGİLER 3
1.1.Okuryazarlık Kavramı 3
1.1.1.Değişen ve Gelişen Okuryazarlık Tanımları 4
1.1.2. Okuryazarlıkta Yeterliliğin Boyutları 5
1.2. Bazı Okuryazarlık Türleri 6
1.2.1. Görsel Okuryazarlık 7
1.2.2. Bilgisayar Okuryazarlığı 8
1.2.3. Bilgi Okuryazarlığı 9
1.2.4. Medya Okuryazarlığı 11
1.2.5. Teknoloji Okuryazarlığı 14
1.3. Sağlık Okuryazarlığı 15
1.3.1. Okuryazarlık ve Sağlık İlişkisi 17
1.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi 20
1.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması 23
1.3.4. Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Modeller 24
1.3.5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler 26
1.3.6. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sistemleri İlişkisi 28
1.3.7. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları 30
2. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI 33
2.1. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçme Araçları 35

2.2. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Sıklıkla Kullanılan Ölçme Araçları 36
2.2.1.Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine- REALM) 36
2.2.2. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults -TOFHLA) 37
2.2.3. En Yeni Yaşamsal Bulgular Testi (Newest Vital Sign/NVS) 38
2.2.4. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) 38
2.3. Sağlık Okuryazarlığında Bilgiye Erişim Kaynakları 39
2.4. Sağlık Okuryazarlığında Halk Sağlığının Yeri 43
2.5. Sağlık Okuryazarlığının Diğer Okuryazarlık Türleri ile İlişkisi 46
2.5.1. Görsel Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi 46
2.5.2. Bilgi Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi 47
2.5.3. Bilgisayar Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı 48
2.5.4. Medya Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi 49
2.5.5. Teknoloji Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı 51
2.6. Sağlık Okuryazarlığını İyileştirmeye Yönelik Yaklaşımlar 52
EDİRNE İLİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI 55
3.GEREÇ VE YÖNTEM 55
3.1. Araştırmanın Konusu, Amacı ve Önemi 55
3.2. Araştırmanın Etik Yönü 56
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 56
3.4. Araştırmanın Zamanı 56
3.5. Araştırmanın Problemleri 56
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 56
3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları 58
3.8. Araştırmanın Hipotezleri 58
3.9. Verilerin Toplanması 59
3.9.1. Demografik Anket Formu 59
3.9.2. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu (ASOY-TR) 59
3.9.3. Sağlık Farkındalığı Ölçeği (SFÖ) 60
3.10. Verilerin Analizi 61

3.11. Bulgular 61
3.11.1. Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri 61
3.11.2 Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Tutum ve Davranışlarına Yönelik Bulgular 64
3.11.3. Araştırma Grubunun ASOY-TR Ölçeğine Verdikleri Yanıt Yüzdeleri 68
3.11.4. Araştırma Grubunun Mahallelere Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi 72
3.11.5. Araştırma Grubunun Demografik Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığına Etkisine Yönelik Bulgular 74
4.SONUÇ VE ÖNERİLER 89
5.KAYNAKÇA 94
EK 1: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY-TR) 112
Ek 2: Demografik Anket Formu 115
Ek 3: Sağlık Farkındalığı Ölçeği 117
Ek 4: Ölçek Kullanımına İlişkin İzinler 118

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık Eğitiminde Kullanılan Medya Araçları ve Örnekleri 50
Tablo 2: 30 Aralık 2016 Tarihli Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 18+ Yaş (18 Yaş Dahil), Cinsiyete Göre Mahalle Nüfusu 57
Tablo 3: Araştırmanın Hipotezleri 58
Tablo 4: ASOY-TR Ölçeğine Ait Boyutlar ve Maddeler 59
Tablo 5: Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri 62
Tablo 6: Cinsiyetin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı 63
Tablo 7: Sağlık Eğitimi ile Eğitim Durumu İlişkisi 63
Tablo 8: Cinsiyete Göre Sağlık Kuruluşuna Başvuru Durumları ve Sağlık Kuruluşu Tercihleri 64
Tablo 10: Katılımcıların Sağlıkla İlgili En Güvenilir Olarak Tanımladıkları Bilgi Kaynakları 65
Tablo 11: Sağlıkla İlgili Başvurulan Kaynakların Kullanım Sıklığı 66
Tablo 12: Sağlık Farkındalığı Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımı 67
Tablo 13: Avrupa Sağlık Ölçeği Türkçe Versiyonu (ASOY-TR) Madde Dağılımına Göre Yanıt Yüzdeleri 69
Tablo 14: Sağlık Farkındalığı Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi 85

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: 2013- 2014 Cinsiyete Göre Okuryazarlık ve Eğitim Düzeyi..... 18
Şekil 2: Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesinde Potansiyel Müdahale Alanları 21
Şekil 3: Türkiye'nin Genel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi 22
Şekil 4: Bireyin Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Süreci ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki Olası Yollar 25
Şekil 5: Edirne Merkez Mahallelerinin Sağlık Okuryazarlığı Puanları 73
Şekil 6: Cinsiyet ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi..... 74
Şekil 7: Eğitim Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi..... 75
Şekil 8: Yaş ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi..... 76
Şekil 9: Çocuk Sayısı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi 77
Şekil 10: Gelir Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi..... 78
Şekil 11: Sağlık Eğitimi ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi..... 79
Şekil 12: Evdeki Sağlık Çalışanı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi 80
Şekil 13: Genel Sağlık Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi..... 81
Şekil 14: Gazete Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi..... 82
Şekil 15: Dergi Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi..... 83
Şekil 16: Kitap Okuma Sıklığı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi..... 83
Şekil 17: Web Sayfalarının Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi..... 84

KISALTMALAR LİSTESİ

ASOY-TR : Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ITEA: Information Technology for European Advancement/ Uluslararası Teknoloji Eğitim Kurulu

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

NVS: The Newest Vital Sign/ En Yeni Yaşamsal Bulgular Testi

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/ Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Testi

RTÜK: Radyo ve Televizyon Üst Kurulu

SFÖ: Sağlık Farkındalığı Ölçeği

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults/ Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization/ Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü

YSOÖ: Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

GİRİŞ

Günümüz koşullarına ayak uydurabilmek için bireyin sürekli olarak kendisini geliştirmesi, bilgi ve beceri düzeyini arttırması beklenmektedir. Bireyin bu süreçlere katılabilmesi için ilk olarak okuryazar olması gerekmektedir.

Okuryazarlık kavramı, temel olarak okuma yazma eylemi olarak düşülse de zamanla bu kavrama farklı boyutlar kazandırılmıştır. Okuryazarlık, bireyin günlük yaşamındaki faaliyetlerini sürdürebilmesi ve problemlerini çözebilmesi için yeterli düzeyde okuma, yazma, konuşma ve bilgiyi karşı tarafa aktarabilme yeteneğini içermektedir. Sağlık okuryazarlığı ise, bireyin sağlıkla ilgili bilgi ve hizmetlere ulaşabilme, anlayabilme, yorumlayabilme, istekleri doğrultusunda sağlık hizmetlerinden faydalanabilme durumunu ifade etmektedir. Sağlık okuryazarlığı 1970'li yıllarda tanımlanmış olmasına rağmen önemi 1990'lı yıllardan sonra artmaya başlamıştır. Bireylerin ve toplumun sağlığı üzerinde son derece önem arz eden bu konunun kapsamlı bir şekilde açıklanması, zaman içerisinde gerekli hale gelmiştir.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde okuryazarlık kavramı, bazı okuryazarlık türleri ve sağlık okuryazarlığı konuları üzerinde durulmuştur. İkinci bölümde Dünya'da ve Türkiye'de sağlık okuryazarlığı alanında yapılan çalışmalar, bazı okuryazarlık türleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını iyileştirmeye yönelik yaklaşımlar ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde ise Edirne ili merkez mahallerinde ikamet eden 18 yaş üstü bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemeye yönelik ölçek ve anket sonuçları analiz edilmeye çalışılmıştır. 24 mahalleden cinsiyet ayrımına göre seçilen veriler dahilinde toplam 454 katılımcıya ulaşılmıştır.

Çalışma katılımcıların ikamet ettikleri mahallelerde birebir görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyini belirleyebilmek için Okyay, Abacıgil ve Harlak tarafından 2013 yılında sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik geliştirilip Türkçeye uyarlanan 47

soruluk Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden, demografik anket formundan ve sağlık farkındalığı ölçeğinden faydalanılmıştır.

I.BÖLÜM

1. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı kavramları üzerinde durulmaktadır.

1.1.Okuryazarlık Kavramı

Geçmişten günümüze kadar bireyler bilgi edinme, kendini geliştirme ve edindikleri bilgiyi yayma gibi birçok isteklerde bulunmuş ve bu isteklerini yerine getirmek için en temelde okuma yazma becerisinin olması gerektiğini vurgulamışlardır. Okuryazarlık en genel hali ile okuma yazma kavramı olarak tanımlanmış fakat gelişen teknoloji ile birlikte bu dar kalıba sığamamıştır (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010: 284-287).

Yazıları seslendirme ve anlamlandırmayla başlamış olan okuryazarlık bu becerilerin en iyi biçimde kullanılması ile nesneleri, olguları ve olayları daha detaylı bir şekilde anlama, anladıklarını kendine göre değerlendirip kendini ifade edebilme durumu olarak tanımlanmaktadır (Altun, 2005).

Okuryazarlık, bireyin bilgi ve beceri düzeyini arttırmak, sosyal ve iş yaşamındaki faaliyetlerini sürdürmek ve problemlerini çözebilmek için yeterli düzeyde okuma, yazma, konuşma ve bilgiyi işleme yeteneğine sahip olma durumudur (Sezer, 2012: 7).

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) tarafından 1951'de yapılan tanıma göre okuryazar, günlük hayatı ile ilgili en basit cümleyi okuyup anlayan birey olarak tanımlanmış, 1960 sonrasında ise kendine ve yaşadığı toplumun ilerlemesine katkı sağlayacak düzeyde okuma yazma bilgisine sahip ve hesap yapma becerisi olan, grup içindeki görevi en etkin şekilde bilgi ve

beceri neticesinde yerine getiren birey olarak tanımlanmıştır (Güneş, 1994: 499-500).

Okuryazarlık kavramı ilk çıktığı dönemlerde okumayı, yazmayı bilen birey olarak düşünülse de zamanla bu okuma yazma kavramları ile sınırlı kalmamış, değişen ve gelişen dünyada farklı tanımlamalar ortaya çıkmıştır.

1.1.1.Değişen ve Gelişen Okuryazarlık Tanımları

Değişen kültür, ekonomi, toplum neticesinde okuryazarlıkla ilgili olarak zamanla farklı tanımlar ortaya çıkmıştır. Literatür tarandığında okuryazarlık kavramı tanımının ilk defa 1950'li yıllarda gündeme geldiği görülmektedir. Bu tanım temel okuma yazma becerileri üzerine yapılmış fakat daha sonraki araştırmalarda okuryazarlığın daha geniş bir bilgi ve beceri gerektirdiği ortaya çıkmıştır (Güneş, 1994: 500- 503).

Okuryazarlık; okuma, yazma, konuşma, dinleme ve düşünmeyle beraber etkili iletişim kurabilmek için sözlü ve yazılı dilin önemini kavrama ile ilgili aktivitelerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Gök, 2013: 8).

1960 ve 1980'li yıllarda, Eric Havelock, Jack Goody ve Walter Ong gibi araştırmacılar çalışmalarında, okuryazarlık kavramına farklı anlamlar yükleyerek okuryazarlığa yeni bir boyut kazandırmışlardır (Aşıcı, 2009: 12).

1987 yılında UNESCO tarafından okuryazarlık kavramı "Herkes İçin Eğitim" programı çerçevesinde tekrar ele alınmış ve üç düzeyde tanımlanmıştır. Birinci düzey okuryazarlık (temel okuryazarlık), ikinci düzey okuryazarlık (işlevsel-fonksiyonel okuryazarlık), üçüncü düzey okuryazarlık (çok işlevli- multi fonksiyonel okuryazarlık) olarak adlandırılmıştır. Kelimeleri sesli ifade etme ve cümleleri anlamlandırma gibi temel okuma-yazma yeteneğine sahip olma durumu birinci düzey okuryazarlık olarak nitelendirilmiş, bireyin okuma, yazma ve aritmetiğe yönelik edinmiş olduğu bilgi ve becerilerini, sosyal ve kültürel alanda

kullanma durumu ikinci düzey okuryazarlık olarak nitelendirilmiştir. Üçüncü düzey okuryazarlıkla ilgili ise bireyin kapasitesini sonuna kadar geliştirmeyi amaçlayan ve yalnız kendisi için değil bulunduğu toplumun gelişmesi için okuyup yazarak çaba gösteren kimse olarak açıklanmıştır (Güneş, 1994- 506- 507; Üçpunar, 2014: 2- 3).

Lankshear (1999)'a göre ise, okuryazarlığın değişen tanımları ile ilgili öne çıkan fikirler şu şekildedir (Aktaran; Aşıcı, 2009: 13):

- Okuryazarlık sözel hafızanın, somut dili yerine bilimin somut diline geçmesini sağlamıştır.
- Okuryazarlık, analitik düşünme süreçlerinin başlamasına, fikir ve düşünce işlevlerinin görsel nesneler gibi düzenlenmesine, kullanılmasına ve karşılaştırılmasına olanak sağlamıştır.
- Modern bilimin ortaya çıkışını sağlayan mantıklı ve soyut düşünme yeteneği, yazmanın gelişimi ile örtüşmüştür.
- Okuryazarlık sadece dili geliştirmekle kalmayıp, düşünceyi de tekrar şekillendirmiştir.
- Okuryazarlık, insanlığın geçmişten bugüne olan süreci ve sosyal bilimler birbirinden bağımsız değişken olarak kabul edilse de kültürlerin en basit düzeyden en üst düzeye gelişimini sağlayan araçtır.

1.1.2. Okuryazarlıkta Yeterliliğin Boyutları

Okuryazarlıkta yeterlilik boyutları literatürde altı boyutta ele alınmaktadır. Operasyonel (fonksiyonel), İnteraktif (etkileşim), Otonomi, Bilgisel, Ortama Dayalı ve Kültürel olarak tanımlanan bu yeterlilik boyutları sağlık okuryazarlığında da gerekli görülmektedir (Uğurlu, 2011: 8- 10).

1. Operasyonel Yeterlilik: Okuma yazmadaki temel becerileri günlük durumlarda etkin olarak kullanabilmektir. Bu beceriler, ilaç etiketlerinin okunması, sağlıkla ilgili bilgilerin okunması, sağlık alanında çalışan

uzmanlar tarafından verilen yazılı ve sözlü bilgileri okuma- anlama yeteneği olarak açıklanmaktadır.

2. İnteraktif Yeterlilik: Bireyin öz-yönetiminin geliştirilmesi ve cesaretlendirilmesi için başkaları ile işbirliği yapmasıdır. Birey sağlık uzmanları ile birlikte hareket ederek sorunların öz-yönetiminde yer almaktadır.
3. Otonomi Yeterliliği: Kişisel bir güç olarak açıklanmıştır. Bireyin sağlık alanında kendine sunulan bilgiyi, analiz etme ve becerilerinin düzeyini ifade etmektedir.
4. Bilgiye Dayalı Yeterlilik: Sağlık bilgisinin geçerliliğini ve otoritesini belirleme yeteneğidir.
5. Ortama Dayalı Yeterlilik: Çevre konusunda uzmanlıktır. Bireylerin bazıları sağlık bakım ortamlarında rahat iken bazıları rahat değildir. Sağlık bakım ortamlarında rahat olan bireyler, ortamdaki durumları yorumladıklarında ve etkileşimde bulunduklarında öğrenme daha iyi gerçekleşebilecektir.
6. Kültürel Yeterlilik: Sosyal sistem uygulamalarını yorumlama yeteneğidir. Sağlık bilgisine ulaşmak ve yorumlamak için gerekli olan ortak inanç, gelenek, dünya görüşünün kullanılması ve farkına varılmasıdır.

1.2. Bazı Okuryazarlık Türleri

Okuryazarlık kavramı hızlı teknolojik gelişmeler ve çağın beklenti ve ihtiyaçları doğrultusunda zamanla çeşitlenmeye başlamıştır. Görsel okuryazarlık, bilgisayar okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, teknoloji okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı gibi farklı okuryazarlık türleri ile birlikte kullanılmaya başlamıştır (Kurudayıoğlu ve Tüzel: 2010; 283-284; Önal: 2010; 104-106).

1.2.1. Görsel Okuryazarlık

Gelişmiş ülkelerde 1960'lı yılların sonunda ortaya çıkan bir kavramdır. Görsel okuryazarlık kavramının tanımı ilk olarak Uluslararası Görsel Okuryazarlık Derneği Toplantısı'nda Debes (1969) tarafından "insanın görme duyusunu kullanarak geliştirdiği bir dizi görme yeterliliği" olarak tanımlanmış ve bu tanım dernek tarafından kabul görmüştür (Kılıçaslan ve Kuloğlu, 2015: 2824-2825).

Görsel okuryazarlık kavramının her ne kadar 1960'lı yıllarda ortaya çıktığı düşünülse de Antik Çağ düşünürleri tarafından görsel iletişim yöntemlerinin kullanıldığı bilinmektedir. Tıp alanında Aristoteles'in anatomik resimleri kullanması, Platon ve Sokrates'in geometrik şekilleri öğretmesi için görsel imgelerden faydalanması da görsel okuryazarlığın o dönemden etkilenerek ortaya çıkabileceği düşüncesini gözler önüne sermektedir (Heinich, Molenda ve Russel, 1989; Aktaran; Alpan, 2008: 76).

Wileman (1993)'e göre görsel okuryazarlık, resimsel ve grafiksel görüntüler şeklinde verilen bilgiyi okuyabilme, anlayabilme ve yorumlayabilme olarak tanımlanmaktadır. Görsel okuryazarlıkla ilgili birçok tanım bulunmakta olup henüz üzerinde görüş birliğine sahip bir tanım bulmak oldukça güç bir durumdur. Her ne kadar fikir birliğine ulaşılmamış da olsa literatür tarandığında görsel okuryazarlıkla ilgili sözlü anlatım biçiminden farklı bir dil olduğu ve herşeyin görme ile yapıldığı görüşü ağırlıklı olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda bu konu ile ilgili yapılan araştırmaların çoğunda kendine has kurallara ve işleyişe sahip bir dil olduğu vurgulanmaktadır (Aktaran: İşler, 2002: 155).

20. yy.' da görüntü üretme, işleme ve çoğaltma teknolojilerindeki gelişmeler, görsellerin her alanda yaygın olarak kullanılmasına olanak sağlamıştır (Yıldız, 2012: 66). Görsel okuryazarlık bu çerçevede görsel öğrenme ve görsel iletişim ile etkileşerek görsel öğelerin kullanılmasını, okunabilmesini bu nedenle görsel okuryazar olmayı gerekli hale getirmektedir. Görsel okuryazarlık

yeteneğine sahip bir bireyin özellikleri şu şekilde sıralanmaktadır (İşler, 2002: 159- 160):

- Görsel mesajların ne anlam ifade ettiğini yorumlama ve değerlendirme,
- Görsel tasarım ile ilgili ilke ve kavramları uygulayıp daha etkili bir çözüm yolu geliştirme,
- Karşılaşılan problemlere yönelik çözümler üretebilmek adına görsel düşünce biçimini kullanmaktır.

Görsel okuryazarlıkla ilgili bu özellikler görsel okuryazarlığın bireyin hayatında önemli bir yeri olduğunu göstermektedir. Görsel okuryazarlık bireylerin görme ve gördükleri nesneleri anlamlandırma ile başlamış olup ilerleyen zamanlarda başka sanatlar için de gerekliliğini hissettirmiştir. Bu nedenle görsel imgeleri, görsel kültürü, görsel iletişimi kullanan her alan görsel okuryazarlığın farklı disiplinler içerisinde sürdürüldüğünü göstermektedir (Yıldız, 2012: 66-69).

1.2.2. Bilgisayar Okuryazarlığı

Bilim ve teknolojinin hızla geliştiği günümüzde bilgisayar kullanımının bireyin bilgi ve becerisini arttırması yönünde sağladığı fayda kaçınılmazdır. Bilginin sürekli artması ile birlikte bireyin bilgiye kolayca ulaşabilmesi, bilgisayar teknolojisine duyulan ihtiyacı arttırmaktadır (Dinçer, 2011: 132).

Bilgisayar okuryazarlığı kısaca bilgisayar kullanma becerisi olarak ifade edilse de, "Çeşitli amaçlara ulaşmada bilgisayarı ve programları denetleme yeteneği"; "Bilgisayarı, bilgiyi elde etmede iletişim kurmada ve sorun çözmede kullanma yeteneği" olarak tanımlanmaktadır (Akkoyunlu, 1996:129-130; Dinçer, 2011: 132).

Bilgisayar okuryazarlığı ile ilgili literatürde kullanılan tanımlardan biri de, "İnsanların günlük işlerinde veya mesleki yaşantılarında ihtiyaçlarını

karşılayabilecek en temel bilgi düzeyinde bilgisayardan faydalanabilmesi durumu" şeklindedir (Gömleksiz ve Koç, 2010: 77).

OECD, bilgisayar okuryazarlığı hedeflerini;

- Bilgisayar sisteminde var olan yazılım ve donanımları kullanabilmek,
- Uygulamaya yönelik programları kontrol edebilmek,
- Algoritmik yapıdaki problemleri çözebilmek,
- Bilgi teknolojilerinin yardımıyla toplumsal, ekonomik ve etik sonuçlarını belirleyebilmek olarak açıklamaktadır (Akkoyunlu, 1996: 130; Korkmaz ve Mahiroğlu, 2009: 984).

Bilgisayar okuryazarı olabilmek için gerekli konular "okur" ve "yazar" başlıkları altında açıklanmıştır. Okur olabilmek için temel bilgisayar tanımlarına sahip olmak, sık kullanılan bilgisayar tanımlarını bilmek, bilgisayarın nasıl çalıştığı, çevre bilimleri ve bilgisayar ağları ile donanımı hakkında belirli bilgi düzeyine sahip olmak gerekli iken, yazar olabilmek için ise, yazılımların sınıflandırılması, internet kullanımı, programlama hakkında bilgi ve beceriye sahip olmak gerektiği açıklanmaktadır (Kılınç ve Salman, 2006: 151).

Türkiye'de bilgisayar okuryazarlığını arttırmak için Milli Eğitim Bakanlığı tarafından bilgisayar dersleri konulmuş ve 2011 yılında Fatih Projesi adı altında çalışmalar yürütülmüştür (Dinçer, 2011: 132).

1.2.3. Bilgi Okuryazarlığı

Günümüz dünyasında bireylerin gereksinimleri çağın gereksinimlerine göre değişmektedir. Bireyin bu gereksinimleri yerine getirmesi için öğrenmeye açık olması ve bireyin doğru öğrenmeyi yerine getirebilmesi için bilgi kaynaklarına ulaşma, bilgiyi kullanabilme becerisine sahip olması, dolayısıyla bilgi okuryazarı olması gerekmektedir (Özgür, 2016: 23-24).

Bilgi okuryazarlığı kavramı ilk kez 1970'li yıllarda ABD'de ulusal eğitim programı çerçevesinde sunulan bir raporda gündeme gelmiştir. Raporda, "işlerinde bilgiyi ve bilgi kaynaklarını kullanma becerilerine sahip olanlar bilgi okuryazarıdırlar. Bu becerilere sahip bireyler sorunlarını bilgiye dayalı olarak çözebildiklerinden yaşam boyu öğrenebilen bireylerdir" diye tanımlanan bilgi okuryazarlığı, bireylerin yaşamları boyunca başarılı olmaları için bilgiye ulaşmaları ve bilgiyi doğru bir şekilde kullanmaları olarak vurgulamaktadır (Polat, 2006: 251).

Bundy (1998), bilgi okuryazarlığı becerilerinin yirmibirinci yüzyıl insanını tanımlamak için temel alınması gereken beceriler olduğunu ifade etmektedir. Bilgi okuryazarlığının insan merkezli bir toplumun varlığını sürdürüp geliştirmesinde yaşamsal önem taşıdığını ve yetişkin bireylerin dikkatli bir biçimde yetkinlik kazanmaları gerektiğini dile getirmiştir. Bruce (1999)'a göre bilgi okuryazarı olan birey, öğrenmeye istekli, bilgiyi etkin olarak kullanan, bilgiye eleştirel açılardan yaklaşabilen, değişik bilgi teknolojilerinden haberdar olan ve kullanan, güçlü bilgi birikimine sahip olan birey olarak tanımlanmıştır. Bilgi okuryazarı olan birey bilgi çağı olarak adlandırdığımız bu çağda doğru bilgiyi bulur, kendine uygun bir şekilde kullanır, açıklar ve ortaya koyduğu bilgiler ışığında yeni düşünceleri toplumun hizmetine sunar (Aktaran: Güven ve Erişti,2009: 3-4).

Bilgi okuryazarlığı için birçok tanım yapılmış, kullanıldığı alana göre bu tanımlar farklılık göstermiş ve bilgi okuryazarlığının kapsamı zamanla genişlemiştir. Bu tanım çokluğunun birinci nedeni, "kavram kargaşasına engel olmak için daha fazla ayrıntı belirtme ihtiyacı", ikinci nedeni ise "değişime ayak uydurması zorunlu olan bu kavramın gelişmeye, evrilmeye devam etmesi" olarak açıklanmıştır (Kurbanoğlu, 2010: 729).

Bilgi okuryazarlığı ile ilgili literatür tarandığında genellikle bilgiyi yayan öğretmenlerin bilgi okuryazarlığı düzeylerinin incelendiği görülmektedir. Kurbanoğlu ve Akkoyunlu (2007), bilgi okuryazarlığı becerisinin ilköğretimden

yükseköğretime kadar her düzeydeki öğrenci için öneminin uzun süredir kabul gördüğünü belirtmektedir (Aktaran: Demiralay ve Karadeniz, 2010: 822). Bireylere bu becerilerin çok erken yaşlarda kazandırılması, bu becerileri kazandıracak öğretmenlerin de bilgi okuryazarlığı becerilerine sahip olması ve öğrenme ortamlarını buna göre düzenlemeleri gerekmektedir (Akkoyunlu ve Yılmaz, 2005: 5-8).

Bilgi okuryazarlığı becerisini kazandırma görevi sadece öğretmenlere değil, eğitim sistemi içerisinde yer alan başka birimlere de düşmektedir. Kurbanoğlu ve Akkoyunlu (2002), öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin gereksinimlerini karşılayabilecek koleksiyon, personel ve okul kütüphanelerinin bilgi okuryazarlığı açısından önemli bir yere sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Kurbanoğlu ve Akkoyunlu, 2002: 100- 104).

Günümüzde bilgiye ulaşmada kullandığımız en kestirme yol bilgisayar ve bilişim teknolojileridir. Bilgiye ulaşma, kullanma ve paylaşımında teknolojiyi bir araç olarak kullanmayı bilmek gerekmektedir. Bilgi okuryazarlığı, bilgisayar teknolojilerinin kullanımını zorunlu kılmaktadır (Korkut ve Akkoyunlu, 2008: 180).

Usluel (2006)'in, öğretmen adayları ve öğretmenlerin bilgi okuryazarlığı üzerine yaptığı bir araştırmaya göre bilgisayar ve bilişim teknolojilerinin kullanılması, bilgi okuryazarlığı ile ilişkilidir (Usluel, 2006: 235- 240).

1.2.4. Medya Okuryazarlığı

Medya, Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre, "iletişim ortamı, iletişim araçları" anlamına gelmektedir. Medya okuryazarlığı ise yazılı ve yazılı olmayan büyük çeşitlilik gösteren (tv, radyo, sinema, reklamlar, internet vs.) mesajlara ulaşıp bunları çözümleme, değerlendirme ve iletme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Gomez ve Gomez 2007; Aktaran; Korkmaz ve Yeşil, 2011).

Medya alanında yapılan çalışmalar medyanın, bireylerin ve toplumun üzerinde doğrudan ve dolaylı olarak etki gösterdiğini varsaymaktadır. Medyanın verdiği mesajlara maruz kalan bireylerde bilişsel, tutum, psikolojik, duyuşsal ve davranışsal etkiler ortaya çıkabilmekte veya yavaş yavaş bireylerin bilgi dağarcığı, inançları ve alışkanlıkları değişebilmektedir. Bu konuyla ilgili bir başka varsayım ise, ortaya çıkan bu etkilerin çoğunun olumsuz yönde ve zarar verici nitelikte olması, olumlu veya yapıcı bir şekilde bireylerin işine yaramadığının ortaya konulmasıdır. Medyanın bireyler üzerindeki bir diğer varsayımı ise, günlük yaşamlarındaki olumsuz etkilerden kaçınabilecekleri girişimler oluşturabileceğidir (Potter, 2010; Aktaran; Çetin, 2015: 177).

Avrupa ve ABD'de kitle iletişim araçlarına birer eğitim materyali olarak sınıf içi etkinliklerde 1920'li ve 1930'lu yıllarda yer verilmiştir. 1960'lı yıllarda medya yoluyla öğretme yerine, medyanın ne olduğuna yönelik öğretme üzerinde durulmaya, 1980'li yıllarda ise medya eğitimi, aktif yurttaşlık bağlamında ele alınmış ve medya becerileri üzerine bilgi verilmiştir. Günümüzde ise medya okuryazarlığı, bireylerin eleştirme, kendini ifade etme ve medyanın toplum üzerindeki işlevini anlama becerilerini kazandırmayı amaçlayan bir hareket olarak değerlendirilmektedir. 1920'li yıllarda çıktığı göz önünde bulundurulduğunda medya okuryazarlığı eğitiminin uzun bir geçmişe sahip olduğu görülmektedir (İnal, 2009; Aktaran; Kansızoğlu, 2016: 474).

Medya okuryazarlığı kavramı Türkiye'de ilk kez 2003 yılında "İletişim Şurası"nda gündeme getirilmiş, 2004 yılında ise "Eylem Planı" düzeyinde çalışan "Medya ve Şiddet Çalışma Grubu"nun sonuç raporunda Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK) önerisiyle gündeme alınmıştır. Bu çalışmalar doğrultusunda RTÜK ve Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) işbirliği ile 5 pilot ilde (Ankara, İstanbul, İzmir, Adana, Erzurun) medya okuryazarlığı dersi 2007-2008 yılında ilköğretimde II. Kademede seçmeli ders olarak okutulmaya başlanmıştır (Aybek ve Demir, 2013: 289).

Medya okuryazarlığı dersinin amacı; medya karşısında etkiye en açık, en hassas grubu oluşturan çocukların, kitle iletişim araçlarının yapısını ve işleyişini öğrenmelerini, kurgulanmış medya içeriğini bilinçli bir şekilde değerlendirmelerini ve eleştirel olarak izlemelerini sağlamak olarak belirlenmiştir (Kurt ve Kürüm, 2010: 20-30).

Bireylerin iyi bir medya okuryazarı olabilmesi için medya yoluyla algılanan mesajları sadece anlayıp, yorumlama ile yetinmeyip aynı zamanda eleştirel düşünmeye de sahip olmaları gerekmektedir (Korkmaz ve Yeşil, 2011:113; Yiğit, 2015: 48- 49).

Lise öğrencileri üzerine yapılan bir çalışmada medya okuryazarlığı ile eleştirel düşünme puanları arasında düşük fakat pozitif bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (Aybek ve Demir, 2013: 290- 296).

Yetişkin ve okul çağındaki bireylerin medya okuryazarı olabilmesi kamuoyu bilgilendirilmeleri, seminerler ve okulda alınan medya okuryazarlığı dersleri ile mümkün olabilirken, okul öncesi çocukların medya okuryazarı olması mümkün görülmemektedir. Okul öncesi çocukları medya konusunda bilgilendirme işlevi de ebeveynlere düşmektedir. Bu noktada küçük yaştaki çocukların medya okuryazarlığı konusunda altyapı oluşturmalarını sağlayacak ebeveynlerin medya okuryazarı olmaları büyük önem taşımaktadır (Kalan, 2010: 61).

Işkın ve Kesten (2016: 393-401)'in medya okuryazarlığı dersine yönelik çalışmasında, öğretmenlerin karşılaştığı sorunlara değinilmiş ve öğretmenlerin verdikleri cevaplara göre, kendilerini bu dersi vermeye yetecek donanımda görememe, idari görevi olan öğretmenlerin dersi işlemeye yönelik vakit yaratamamaları, öğrencilerin dersi ciddiye almaması gibi sorunlar tespit edilmiştir. Bu tespitlerde dersin istenilen özenle işlenememesini, öğrencilerden, öğretmenlerden, ebeveynlerden istenilen ilgiyi görememesini ve medya okuryazarlığı dersinin seçmeli dersin ötesine geçemediğini göstermektedir.

1.2.5. Teknoloji Okuryazarlığı

Günümüzde bilginin hızla artışı, dünyada endüstri toplumundan bilgi toplumuna doğru bir geçiş yaşanmasını sağlamıştır. Bu gelişmeler toplumun her alanında hissedilmeye başlanmış ve toplumun beklenti ve ihtiyaçları değişmeye başlamıştır (Gürbüz, Yıldırım ve Özden, 2001: 49-50).

İçinde yaşadığımız çağda teknoloji kullanımı bir ayrıcalık olmaktan çıkıp zorunluluk haline gelmiştir. Teknolojik gelişmeler gün geçtikçe varlığını hissettirmiş ve gerekliliğini ortaya koymuştur. Teknoloji okuryazarlığı kavramı ile ilgili literatürde birçok farklı tanımla karşılaşılmaktadır. Teknoloji okuryazarlığı en basit şekilde, teknolojiyi kullanabilme, yönetebilme, değerlendirebilme ve anlayabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Teknoloji okuryazarlığı birey ve toplum açısından önem arz ettiği gibi ülkeler içinde önem arz etmektedir. Teknoloji okuryazarlığı, ülkelerin gelişmişlik ve refah seviyelerini gösteren bir ölçek olarak kullanılmaktadır (ITEA, 1996: 6; Rose vd., 2004: 1; Aktaran: Canbaz, 2010: 1-12).

Uluslararası Teknoloji Eğitim Kurulu olan ITEA (2000) tarafından yayınlanan "*Teknoloji Okuryazarlığı İçin Standartlar: Teknolojik Çalışmalar İçin İçerik*" ve "*Tüm Amerikalılar İçin Teknoloji Projesi"* isimli çalışmalarda teknoloji okuryazarı bir bireyin bilmesi ve yapması gerekenler şu şekilde belirlenmiştir (Aktaran: Bacanak, Karamustafaoğlu ve Köse, 2003:193- 194):

- Teknolojinin ne olduğunu, nasıl ortaya çıktığını, toplumu nasıl yönlendirdiğini ve toplumun teknoloji ile birlikte nasıl şekillendiğini bilen bireydir.
- Teknolojinin kullanılmasında tarafsız ve rahattır. Teknoloji ve kullanımının ülke için neden önemli olduğunu anlamak tüm bireyler için gereklidir.

Bölükbaşı (2012: 48)'nın, teknoloji okuryazarlığı üzerine yaptığı çalışmada ilköğretim öğretmenlerinin teknolojiyi kullanmayı öğrenme yolları olarak en çok çevre, teknolojiyi anladıklarını düşündükleri bireyler, bilişim öğretmenleri ve kullanma kılavuzları

Canbaz (2010: 39- 73)'ın teknoloji okuryazarlığı üzerine yaptığı çalışmada ise bilgisayar teknolojisi kullanımında kadınların kendilerini başarısız bulduğu fakat ev teknolojisini kullanmada kadınların kendilerini daha başarılı gördüğü, aynı zamanda ev teknolojisi kullanımında kadınların sosyo- ekonomik durumu, çalışma durumu, eğitim seviyesi ve yaşın etkili olduğu belirtilmiştir.

1.3. Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmeleri için yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı seviyesinin olması gerekmektedir (Ilgaz ve Gözüm, 2016: 71).

Sağlık okuryazarlığı ilk olarak 1974 yılında S.K. Simonds tarafından sağlık eğitimi çerçevesinde tanımlanmıştır. 1990'lı yıllardan sonra bu kavram üzerine daha çok yoğunlaşılmaya başlanmış ve yeni tanımlar ortaya çıkmıştır (Simonds, 1974: 1-25; Aktaran; Sezgin, 2013: 77).

Sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramını, "Dünya Sağlık Örgütü" (DSÖ), "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: 264).

Amerikan Tıp Derneği ise sağlık okuryazarlığı kavramını "bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üstünü okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi" şeklinde tanımlamıştır (Sezgin, 2013: 77).

Bireylerin, hem kendilerini hem de toplum sağlığı kararlarını etkileyecek, temel düzeyde sağlık bilgisine ve sağlık hizmeti bilgisine sahip olmaları beklenmektedir. Bireylerin sağlık bilgi birikimlerine erişimleri, eriştikleri bilgiyi anlamaları, yorumlamaları ve gelecek kuşaklara aktarmaları sağlık okuryazarlığını kapsamlı bir şekilde tanımlamaktadır (Sezgin, 2011: 141).

Sağlık okuryazarlığı, "reçete edilen ilaç şişelerindeki talimatları, randevu fişlerini, tıbbi eğitim broşürlerini, doktorların açıklamalarını ve izin formlarını anlama ve karmaşık sağlık sistemleri ile baş edebilme yeteneği"ni içermektedir. Kavram, bireylerin doğru sağlık kararları alabilmek için gerekli temel sağlık bilgisi ve sağlık hizmetini sağlama, anlama ve işleme kapasitelerinin düzeyi olarak değerlendirilebilmektedir (Nielsen-Bohlman vd. 2004; Aktaran: Balçık, Taşkaya ve Şahin, 2014: 322).

Sağlık okuryazarlığı, yaşam süresini ve kalitesini arttırmaktadır. Sağlık profesyonelleri hizmeti verirken, iletişimlerinin ve klinik becerilerinin kazanılmasına katkı sağlamakta, sağlık hizmeti alanlar ise bu konu hakkında bilgi sahibi olmaya çalışmaktadır (Ishikawa ve Yano, 2008; Aktaran; Sezer, 2012: 4).

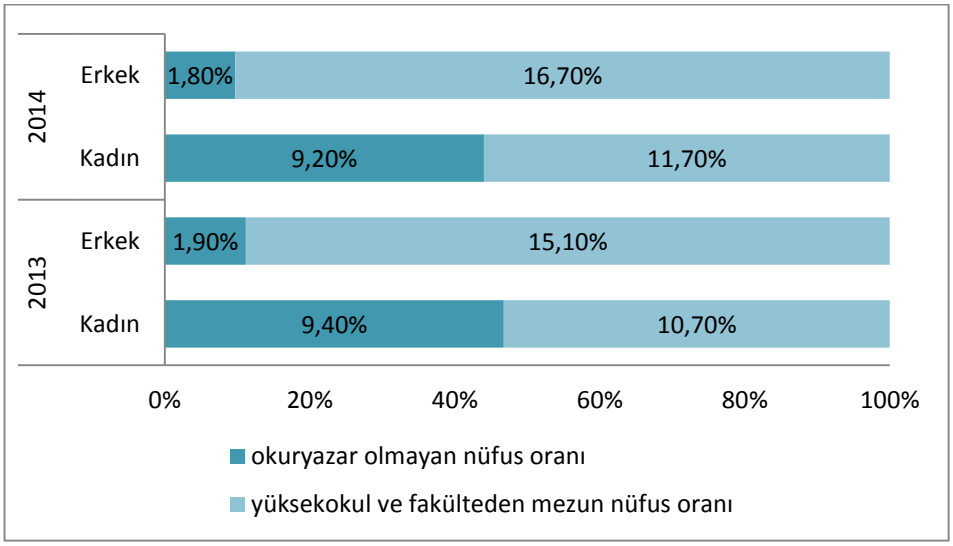
Bireylerin sağlık okuryazarlığında tanımlanan yetkinlikleri, bazı etkenlere göre değişebilmektedir. Bu etkenler bireyin hizmete ulaşabilme kabiliyeti, bilgisi, sağlık kurumları, sağlık çalışanları ve diğer önemli özellikler olarak sıralanmaktadır. Hizmete ulaşma sağlıkla ilgili konularda gerektiğinde uygun sağlık profesyonelini ve kurumu seçebilme durumu iken kabiliyetler ise, bilgiyi anlama ve sağlık sorunu anlatabilme durumu olarak açıklanmaktadır. Ayrıca sağlık kurumları ve sağlık çalışanları, sağlık bakım vericilerinin iletişim becerileri, hasta eğitimine yönelik çalışanlara verilen kurumsal olanaklar, sağlık kurumlarındaki uyarıcı işaret ve levhaları içermektedir. Diğer önemli özellikler ise sağlık inancı, bilgiyi etkileyen eğitim, dil, kültür farklılıkları ve yaşam dönemleridir (Sezer, 2012: 9- 10).

1.3.1. Okuryazarlık ve Sağlık İlişkisi

Okuryazarlık, okuma yazma becerisine sahip olma durumu ve bu beceriyi yaşama etkin olarak uyarlamayı gerektiren bir kavramdır (Yılmaz,1989: 48-49). Bilgi çağı olarak nitelendirdiğimiz toplumda bireylerin okuduğunu anlaması ve kendisini toplumda iyi bir şekilde ifade etmesi beklenmektedir. (Baytun, 2013: 1-2).

Ülkeler gerek devlet eliyle gerek sivil toplum örgütlerinin çabalarıyla toplumları okuryazar yapmak ve mevcut okuryazarlık düzeyini geliştirmeye çalışmaktadır. Türkiye'de okuryazar birey yetiştirmek için çeşitli kampanyalar sürdürülmektedir. Açık öğretim kurumları, halk eğitim merkezleri, sivil toplum örgütleri ve çeşitli kurumlar bunlara örnek gösterilebilir (Baytun, 2013: 1-2).

Türkiye'de 2013 yılında yapılan bir araştırmaya göre 25 yaş ve üstü okuma yazma bilmeyenlerin toplam nüfusa oranı %5,7 iken kadınlarda %9,4 erkeklerde ise 1,9 oranındadır. Yüksekokul ve fakülte mezunu olanların toplam nüfusa oranı %12,9 olup, kadınlarda %10,7 erkeklerde ise %15,1'dir (TÜİK, 2014). Türkiye'de 2014 yılında okuma yazma bilmeyenlerin toplam nüfusa oranı %5,6 kadınlarda %9,2 erkeklerde ise %1,8 olarak bulunmuştur. 25 yaş ve üstü yüksekokul ve fakülte mezunu nüfus oranı erkeklerde %16,2 kadınlarda ise %11,7'dir. 2013 ve 2014 verileri incelendiğinde Türkiye'de okuryazarlığın cinsiyete göre farklılık gösterdiği görülmektedir. 2013-2014 yıllarında okuma yazma bilmeyen kadın nüfus oranı erkeklerden 5 kat daha fazladır (TÜİK, 2015).



Şekil 1: 2013- 2014 Cinsiyete Göre Okuryazarlık ve Eğitim Düzeyi

Şekil 1'e göre okuryazar olmayan nüfus içindeki kadınların erkek nüfusa oranı oldukça yüksektir. Yüksekokul ve fakülte mezunu erkek sayısının da kadın sayısından fazla olduğu görülmektedir. Şekil:1, Türkiye'de okuryazarlıkla ilgili cinsiyet faktörünün etkisini açıkça göstermektedir.

Toplumsal Cinsiyet İlişkili Kalkınma Endeksine Göre Türkiye, yetişkin okuryazarlık oranlarındaki cinsiyet eşitsizliği açısından 152 ülke içerisinden 111. sırada yer almaktadır (Yıldız, Ateş, Yıldırım ve Rasinski, 2011: 741-742).

Okuryazarlık, bireylerin toplum içerisinde yaşam kalitelerini arttırmayı sağlayan becerilerin başında gelmektedir. Okuryazar birey toplum içerisinde kendisini daha iyi ifade edebilmekte, ekonomik ve sosyal faaliyetlerde daha aktif olarak rol almaktadır. Okuryazarlık bireylerin sağlık düzeylerini, hastalıklarla başedebilme durumunu, sağlıkla ilgili bilgileri doğru bir şekilde anlayıp yaşama uyarlayabilmelerinide etkileyebilmektedir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014: 327-328).

Okuryazarlık düzeyi düşük bireyler sağlık çıktılarını, eğitim materyallerini, ilaç prospektüslerini okumakta zorlanmaktadır. Sağlık enformasyonları ve araç-gereçleri, bireylerin okuma, yazma, konuşma ve hesaplama becerilerine her zaman uygun değildir. Bu yüzden bireylerin temel okuryazarlık düzeyi ne kadar yüksek ise sağlık okuryazarlık düzeylerinin de o derece yüksek olması beklenmektedir (Sezgin, 2013: 79). Okuryazarlık düzeyi çok düşük olan bireylerin ortalama yıllık sağlık bakım maliyetlerinin genel nüfustan dört kat daha fazla olabileceği ifade edilmektedir (Uğurlu, 2011: 14).

Okuryazarlık, bireyin kendisini konuşma ve yazma eylemlerini kullanarak doğru bir şekilde ifade etmesi, başkalarının söylediklerini ve yazdıklarını doğru bir şekilde anlaması ve bunları yaparken kendi bilgi ve birikimlerini kullanmasını sağlamaktadır. Karmaşık sağlık sistemleri içerisinde bireyin kendi durumu hakkındaki tıbbi bilgileri okuyup anlayabilme, tanı ve tedavi testleri ile ilgili yazılı ve sayısal ifadeleri doğru bir şekilde kullanma, sağlık personeline hastalığı ve tedavi yönünde uygun sorular sorabilme ve önceki tedavileri hakkında doktora bilgi vermesi için bireyin okuryazar olması gerekmektedir (Parker vd. 1995: 537).

Okuryazarlık düzeyi gelişmiş bireyler doktora kendisini daha iyi ifade etmekte, doktorla konuşmaktan çekinmemektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler ise doktorlarla pasif olarak iletişim kurabilmekte, karar alma sürecine katılamamakta ve tedavileri olumsuz etkilenebilmektedir. Doktorların kullandığı tıbbi dil sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler için bir engel oluşturmakta ve hastalar genellikle hastalıklarını ve tedavilerini etkileyecek bu durumdan şikayet etmektedir.

Bireyler günlük yaşamlarında ilaç seçiminde veya sağlıkla ilgili bir makale okurken sağlık okuryazarlığı görevlerine ihtiyaç duyabilmektedir. Örneğin, ebeveynler kendi çocuklarının sağlık bakım hizmetlerini yönetmek zorundayken, yaşlılar reçeteli bir ilacın yararları hakkında karar almak zorundadır.

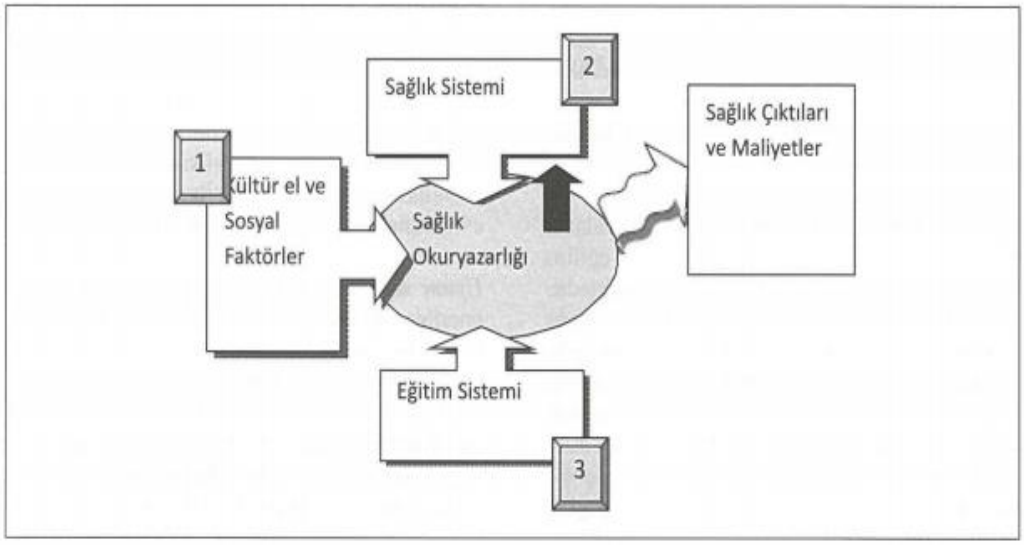
Bu durum bireylerin yazılı ve basılı bilgiyi okuma ve anlama yeteneğini gerektirmektedir (Özdemir vd., 2010; Aktaran: Üçpunar, 2014: 8).

Okuryazar bireylerin kendini geliştirmekle kalmayıp yaşadığı toplumun problemlerinin çözümüne, ülkenin kalkınmasına ve ilerlemesine de katkıda bulunduğuna inanılmaktadır (Güneş, 1994: 500-501).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde sağlık okuryazarlığının bireylerin genel okuryazarlık düzeyiyle ilişkili olduğu görülmektedir. Okuma yazma becerileri gelişmemiş bireyler sağlık sisteminden doğru bir şekilde yararlanamamaktadır. Bu nedenlerden dolayı, sağlık okuryazarlığını geliştiren stratejiler okuryazarlığı geliştirmek için gereken daha genel stratejilere ayrılmaz bir şekilde bağlı kalacaktır (Nutbeam, 2000: 259- 267).

1.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Bireylerin sağlık konusunda bilgisiz olmaları hem kendilerini hem de çevrelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sağlık okuryazarlığının yetersiz oluşu, bireyin doğru karar alamamasına, doğru bilgiye ulaşamamasına, sunulan hizmetlerden yararlanamamasına ve hastalık yönetimi gibi konularda sorun yaşamasına neden olmaktadır (Nielsen-Bohlman vd. 2004).



Şekil 2: Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesinde Potansiyel Müdahale Alanları (Aktaran: Tanrıöver vd., 2014: 19)

Sağlık okuryazarlığı en temelde bireylerin okuryazarlık düzeyleriyle ilişki bulunsa da yapılan araştırmalarda sağlık sisteminin karmaşıklığı ve sağlık sistemi kullanıcılarının kullandığı tıbbi terimler, bireylerin okuryazarlık seviyeleri yeterli düzeyde olsa dahi bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerini olumsuz olarak etkilemektedir (Martin, vd., 2009: 1211).

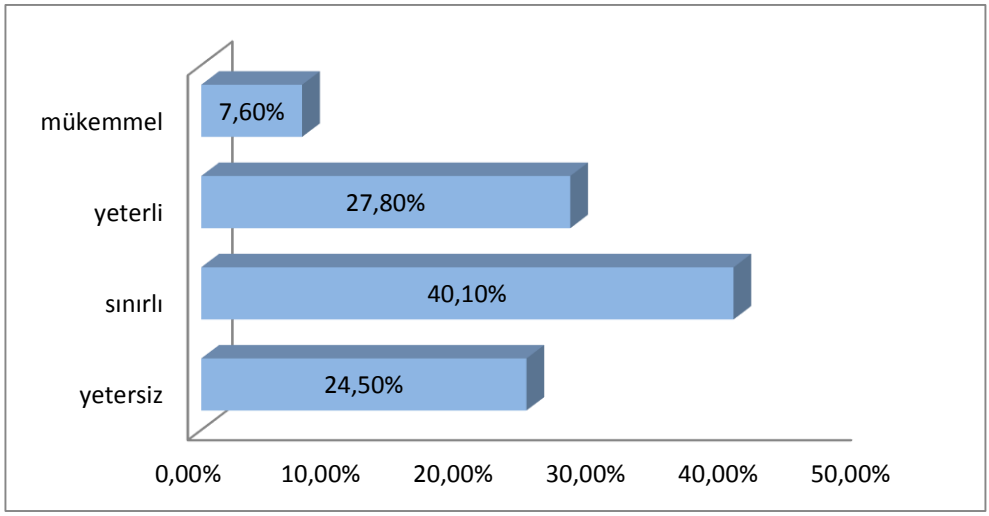
Şekil 2'de görüldüğü gibi sağlık okuryazarlığı kültürel ve sosyal faktörler, sağlık sistemi ve eğitim sistemi ile etkileşim halindedir, faktörler arasındaki etkileşim sağlık çıktı ve maliyetlerini etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin artması, bireylerin yaşam kalitelerinin yükselmesini sağlamakta ve sağlık alanında eşitliğe, sürdürülebilirliği sağlamaya, pozitif sağlık çıktılarına öncülük etmektedir (Taş ve Akış, 2016: 121).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireyler, sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli seviyede olan bireylerle karşılaştırıldığında, gereksiz hastane masraflarının arttığı, gereksiz tetkik yaptırma oranlarının arttığı ve hastanede yatış sürelerinin uzadığı gözlemlenmiştir. Sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan bireyler sağlık hizmetlerine erişimde ve kullanımda zorluklar yaşamaktadır (Healty People 2010: 1- 53).

Sağlık okuryazarlığının dünyadaki durumu incelendiğinde, ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın genel olarak düşük olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalar Amerika'da yetişkin nüfusun %50'sinin, Avusturya'da ise toplumun %60'ının sağlık bilgilerini anlama ve yaşama uyarlamada zorluklar yaşadığını göstermektedir (Sezer ve Kadıoğlu, 2014: 166; Yılmaz, Çolak ve Ersoy, 2009).

Sekiz Avrupa ülkesinde (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Yunanistan, Polonya) sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan bir araştırmada ülkelerin aldıkları puanlar; yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi düzeyde olarak 4 grupta ele alınmıştır. Bu ülkeler arasında yetersiz puan alanların oranı %2- %27 arasında değişmiştir. İspanya ve Bulgaristan'ın ise yeterli ve çok iyi puan alan ülkeler arasında son sıralarda yer aldığı görülmüştür. (Pelikan, Rothlin, Ganahl,2012; Aktaran; Erdağ, 2015: 5).

Asya ve Pasifik bölgesindeki birçok ülkede sağlık okuryazarlık düzeyini ortaya koyan verilerin henüz olmadığı ifade edilmektedir (Erdağ, 2015: 5; Yılmaz, Çolak ve Ersoy, 2009).



Şekil 3: Türkiye'nin Genel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (Tanrıöver vd., 2014; 43).

Türkiye'de ise sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgili Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonucunda, genel sağlık okuryazarlığı indeksi 50 puanlık bir ölçek üzerinden ortalama 30,4 olarak hesaplanmıştır. İndeks ortalaması Avrupa'da 33,8'dir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Değerlendirmeler kategorik olarak ele alınmış ve toplumun %64,6'sının "yetersiz" (%24,5) veya "sorunlu" (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, yaklaşık 53 milyonluk Türkiye erişkin nüfusu göz önüne alındığında, yaklaşık 35 milyon kişinin "yetersiz" ve "sorunlu" sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir. Yaş arttıkça ve eğitim düzeyi düştükçe sağlık okuryazarlığının doğrusal olarak azaldığı görülmüştür. Genel sağlık okuryazarlığı kadınlarda (indeks=30,0) ve 65 yaş üstünde (indeks=23,5) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tanrıöver vd., 2014: 42-63). Bu durum eğitimin sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Eğitimli kişiler genellikle gelir düzeyi yüksek olan kişiler olarak kabul edilmekte ve bu doğrultuda sağlık düzeyinin diğer bireylere oranla daha iyi olduğu açıklanmaktadır. Sağlık konusunda bilginin yetersiz olması sadece bireyi değil toplumun tamamını etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığının düşük olması daha fazla sağlık harcamasına neden olmakta, sağlık çıktı ve maliyetlerini de önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Bilir, 2014: 65).

1.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

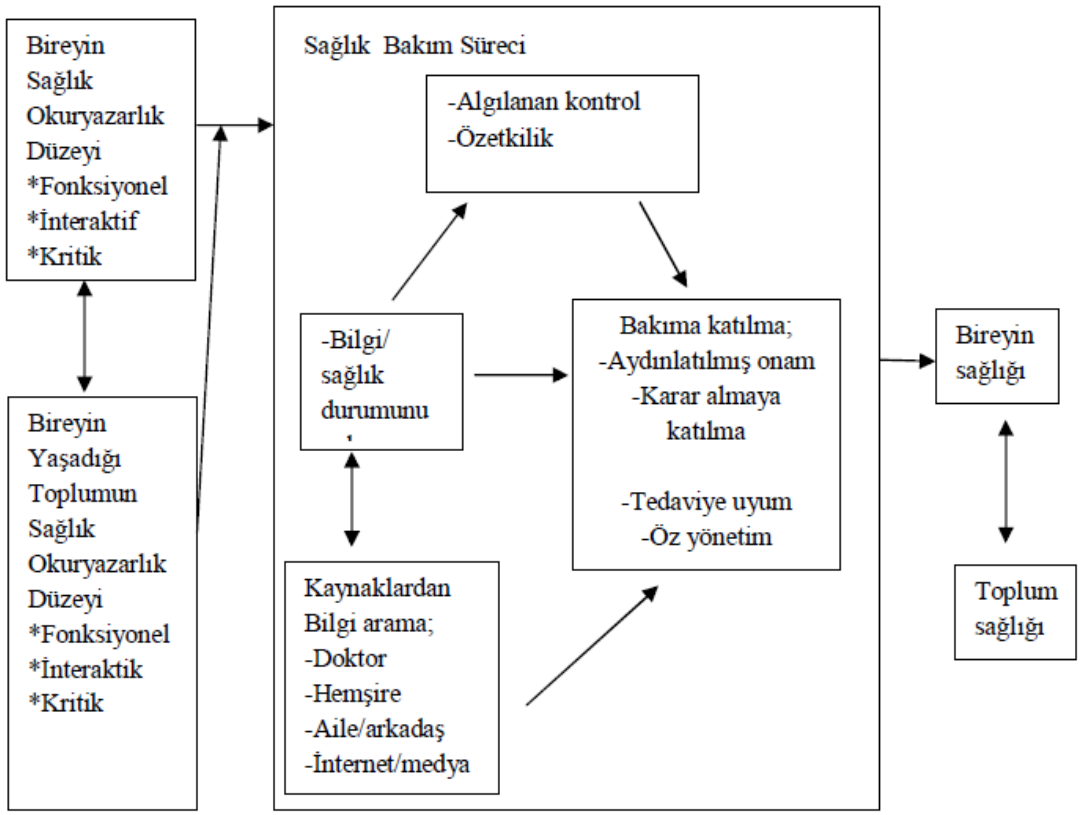
Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıklı yaşam tarzını benimsemelerini, sağlıkla ilgili bilgi ve beceriler dahilinde kendilerini geliştirmelerini istemektedir. Sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan araştırmalar tüm boyutları ile ele alınarak farklı sınıflandırılmalarla değerlendirilmektedir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014: 330).

Nutbeam (2000: 266), sağlık okuryazarlığını fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığı, interaktif (etkileşimli) ve eleştirel (kritik) sağlık okuryazarlığı olarak üç düzeyde ele almaktadır:

1. Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin temel okuma yazma becerilerine dayanmaktadır. Bu düzeydeki bireyler sağlık riskleri veya sağlık sistemlerinin kullanımı ile ilgili eğitim materyallerini okuyabilmektedir.
2. İnteraktif (Etkileşimli) Sağlık Okuryazarlığı: İleri düzeyde okuryazarlık, sosyal beceriler ve bilişsel kazanımları içermektedir. Bireylerin sağlık aktivelerinde yer alması, sağlıkla ilgili mesajları anlamasını ve değişen sağlık koşullarında sağlık bilgilerini uyarlayabilmesini içermektedir.
3. Eleştirel (Kritik) Sağlık Okuryazarlığı: Sağlıkla ilgili bilginin eleştirel analizinde sağlık kararlarının verilmesinde daha gelişmiş düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri gerektirmektedir. Bireyler bu bilgi ve beceriler sayesinde sağlıkla ilgili bilgiyi eleştirebilmekte, bireysel ve toplumsal kapasiteyi geliştirebilmekte, sağlığın ekonomik ve politik boyutlarını anlamakta ve bu boyutları yorumlayabilmektedir.

1.3.4. Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Modeller

Sağlık okuryazarlığının kavramsal yapısını ortaya koyabilmek için araştırmacılar tarafından çeşitli modeller geliştirilmiştir. Baker (2006), sağlık okuryazarlığı ile ilgili bireylerin yeteneklerinin bir ürünü ve sağlık sistemi tarafından verilen sağlık mesajlarına taleplerini ifade eden bir model geliştirmiştir. Bu modelde sağlık sektörü bireylerin etkin biçimde sağlık bilgisini kullanabilmesi yönünde garanti vererek sorumluluk paylaşmaktadır. Baker modeli "düşük sağlık okuryazarlığı sorununu ele almada sağlık sisteminin rolü nedir?" sorusunu vurgulamaktadır (Aktaran: Yılmazel, 2014: 8- 9).



Şekil 4: Bireyin Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Süreci ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki Olası Yollar (Aktaran: Sezer, 2012: 13; Ishakawa and Yano: 2008).

Ishikawa ve Yano (2008) tarafından geliştirilen bu model bireyin ve bireyin yaşadığı toplumun sağlık okuryazarlık düzeylerinin sağlık bakım süreçlerine katılımıyla bireyi ve toplumu nasıl etkilediğini ortaya koymaktadır. Birey sağlık okuryazarlığı düzeylerini kullanması sağlık hizmetlerine ulaşmasını, sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve uygulama yeteneğini belirlemektedir. Bireyin yeteri düzeyde sağlık okuryazarı olması, sağlık sorunu karşısında bilgi edinip karar alma sürecine katılmasını sağlamakta ve bireyin tedaviye uyum sürecini gerçekleştirmektedir (Aktaran: Sezer, 2012: 13).

Nutbeam, 2008 yılında geliştirdiği modelde gelişmiş sağlık okuryazarlığını elde etmek için dört temel beceri ve süreç tanımlamıştır. Bunlar; toplumsal örgütlenme ve savunuculuk becerileri, uzlaşma ve özyönetim becerileri,

sağlık için sosyal eylemlere ilgi ve değişen sosyal norm ve uygulamalara katılım olarak açıklanmaktadır (Aktaran: Yılmazel, 2014: 10).

Shone vd. (2009) tarafından adapte edilen, Von Wagner vd. (2007) tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı ve sağlık eylemlerinin yapısı incelendiğinde sağlık sistem belirleyicileri üç kategoride ele alınmıştır. Bunlar; sistemlere erişim ve kullanım, sağlık bakım sunucuları ile etkileşim ve hasta yönetimi olarak açıklanmaktadır. Rootman ve Mitic ise 2012 yılında sağlık okuryazarlığı üzerine geliştirdiği kavramsal modelde okuryazarlığın sağlığı, hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkilediğini açıklamıştır. Doğrudan etkileri, sağlık bilgisini anlama, kullanma ve karmaşık sağlık sistemi içerisinde yol bulma olarak ele alınırken, sınırlı okuryazarlıkla ilişkili olan sosyoekonomik ve kişisel sorunlar da dolaylı etkileri olarak ele alınmaktadır. Sosyoekonomik ve kişisel sorunlar; özgüven, istihdam, gelir, barınma, sağlıklı beslenme, kendisi ve ailesi için temel insani gereksinimlerin karşılanması ile ilgili endişeden kaynaklı stres olarak açıklanmıştır (Yılmazel, 2014: 9- 10).

1.3.5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde, genel eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük olan bireylerde, azınlık gruplarında, uzun süreli sağlık problemi olanlarda ve yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığını; eğitim düzeyi, gelir, kronik hastalıklar ve yaşlılık gibi faktörlerin etkilediği sonucuna ulaşılabilmektedir (Bilir, 2014: 64).

Sorensen vd. (2012), sağlık okuryazarlığı alanında yapılan modellerin yanına entegre bir sağlık modeli geliştirerek sağlık okuryazarlığının ana boyutlarını ele almıştır. Bu modelde, kültür, demografik durum, dil, toplumsal sistemler, siyasal güçler gibi sosyal ve çevresel faktörler sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen uzak faktörler olarak değerlendirilmektedir. Cinsiyet, meslek,

yaş, sosyoekonomik durum, gelir, eğitim, ırk, istihdam, okuma yazma gibi bireysel belirleyiciler, aile ve arkadaş çevresi, medyanın kullanımı, fiziksel çevre gibi durumsal belirleyicileri içeren faktörler sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen öncül faktörler olarak ele alınmaktadır (Aktaran: Taş ve Akış, 2016: 120).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörlerden biri de, sağlıklı iletişimdir. Bireylerin eğitim durumları göz önünde bulundurularak yapılan tedavinin, bireyin anlayabileceği şekilde ilaçların kullanımının şemalar veya açıklayıcı başlıklar ile yapılması, sağlıklı iletişimin gerçekleşmesini sağlayarak sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmaktadır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen ve etkisi küçümsenmeyecek boyutta olan bir diğer faktör medyadır. Medyada sağlık ve sağlığa ilişkin enformasyonlar hedef kitleye ulaşmak için basite indirgenerek verilebilmektedir. Bu durum bazı bireyler tarafından yanlış anlaşılmakta ve bireyin ciddi sağlık sorunları hakkında birkaç basit cümle ile bilgilendiğini düşünüp mevcut sıkıntılarını küçümseyip doktora gitmeme gibi sorunlarla karşılaşılmaktadır. Aynı zamanda medya sayesinde sağlık konusunda bilgilenen bireylerin kendilerinin fazla bilgilendiğini düşünüp çevresindeki bireyleri yönlendirme olasılığı da sağlık okuryazarlığı konusunun medya tarafından dikkatle ele alınması gereken konulardan biri olduğunu göstermektedir (Sezgin, 2013: 87- 88).

Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda ise bireylerin bilgiyi anlama yeteneği, bilgiyi kullanabilme yeteneği, öğrenme yetersizliği, kendisini ifade edebilme becerisi, araştırma yeteneği, interneti ve medyayı kullanma yeteneği, merak vb. birçok faktör de bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen etkenler içerisinde değerlendirilmektedir (Avcı, 2013: 9).

1.3.6. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sistemleri İlişkisi

Sağlık okuryazarlığının, genel olarak bireylerin okuryazarlık ve sayısal becerilerinin düşük olduğu göz önünde bulundurulduğunda, toplumlar ve sağlık sistemleri içerisinde ciddi bir sorun olduğu ortaya çıkmaktadır. Bir toplumun sağlıklı olarak adlandırılması ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir. Kaliteli sağlık sistemi ile sağlık okuryazarlığı arasında çok yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık hizmetlerinden yararlanmasını, sağlık hizmetlerine erişimini etkilemektedir (Tanrıöver vd., 2014: 60).

Modern sağlık sistemleri bireyleri daha kompleks yapılı bir sağlık sistemine yönlendirmektedir. Bu nedenle bireylerin sağlıklarını en iyi şekilde yönetebilmesi için sağlık okuryazarlığı gerekli görülmektedir. Sağlık sistemindeki artan yükün sonucunda hastalara ayrılan zamanın kısıtlı olması, hastaların erken taburcu edilmesi gibi birçok etken bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini arttırması ve sağlık sistemleri içerisinde kendisini yönetebilmesini gerekli kılmaktadır (Uğurlu, 2011: 16; Özdoğan, 2014: 18-19).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tıbbi hataların düşük oranda olsa dahi en sık görülen ölüm nedenleri arasında yer alması, sağlık sistemlerinin yeniden gözden geçirilmesine yol açmıştır. Sağlık sistemlerinin hatasız bir şekilde işlemesi, hasta merkezli olması, zamanında, etkili, güvenilir ve hakkaniyete uygun olmasıyla mümkün olmaktadır. Bu özelliklerin oluşabilmesi için, sağlık süreçlerindeki enformasyon teknolojilerinin etkili kullanımı, bilgi ve beceri yönetimi, etkili ekiplerin kurulması ve sağlık bakımının koordine edilmesi gerekmektedir (Hergenç, 2011: 18).

Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilmesi için sağlık sisteminin güçlendirilmesi gerekmektedir. DSÖ, sağlık sistemlerini güçlendirmek ve orta, düşük gelirli ülkelerde sağlık odaklı hedeflerini geliştirmek amacıyla 112

ülkenin katıldığı "Mobil Sağlık 2010" adlı bir araştırma raporu yayınlamıştır. Bu raporda "anne bebek ölümleri, sıtma gibi hastalıklar ile mücadele etme, hastanın sağlık bilgisini arttırma, hastayı uzaktan izleme, klinik teşhis ve tedaviyi geliştirme, ilaca erişim, uyum sağlama" gibi konular değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmasında ülkelerin mobil sağlık uygulamalarına girişimlerinin genel olarak az olduğu belirtilmekte ve mobil sağlık girişimi uygulamalarının oranı yüksek gelirli ülkelerde %87, düşük gelirli ülkelerde ise %77 oranında olduğu belirtilmektedir (World Health Organization, 2010; Aktaran; Doğanyiğit, 2015: 107-108).

Günümüz sağlık sistemleri içerisinde bireylerin, yaşam şekillerinde değişiklik yapmaları, tedavileri ve bakımları için karar verme sürecine dahil olmaları, sistemin karmaşıklığı içerisinde tedavi ile ilgili verilen yönlendirmeleri tam olarak yerine getirmeleri, kısaca, sağlıkları ve hastalıkları ile ilgili bilgi ve sorumlulukları öğrenmeleri beklenmektedir (Tanrıöver vd., 2014: 65).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması bireylerin sağlık sistemlerini anlamasını zorlaştırmaktadır. Sağlık okuryazarlığının bireysel düzeyde ve sistem düzeyinde olmak üzere iki tür sonucu bulunmaktadır. Bireysel düzeydeki düşük sağlık okuryazarlığının sonuçları, hipertansiyon, astım, diyabet gibi kronik hastalıklar hakkında bilgi eksikliği, verilen tedaviye uyum sağlamada eksiklikler, ilaçların zamanında ve düzgün bir şekilde kullanılmaması, yaşam kalitesinde azalış olarak belirtilirken, maliyetler, kaynak ayrımı, yeni program ve müdahalelerin oluşturulması da sistem düzeyli sonuçlar olarak belirtilmektedir (Akbolat, 2016: 354-355; Sezgin, 2013: 79; Balçık, Taşkaya ve Şahin; 2014: 324-325).

Sağlık sistemini güçlendirmek, toplumun tüm bireylerinin özellikle de risk altındaki grupların sağlık hizmetlerine rahat bir şekilde erişim sağlayabildiği, yeterli insan gücüne sahip, toplum katılım mekanizmaları iyi bir şekilde oluşturulmuş, iyi finanse edilmiş ve liderlik becerileri gelişmiş sağlık sistemi kurmayı ifade etmektedir (Şimşek, 2013: 349).

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini sağlayacak en önemli alanlardan biri sağlık sistemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık sistemleri, sağlık okuryazarlığının potansiyel müdahale alanları içerisinde yer almakta ve karşılıklı etkileşimi gerektirmektedir. Sağlık sistemleri içerisindeki hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırabilmek için çeşitli çalışmalar yürütülebilmektedir. Hastaya yönelik eğitim programları, broşürler, kapalı devre televizyonları, sağlık profesyonellerinin iletişimleri ve davranış biçimleri, teknolojik araçlar kullanılarak bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttırılabilmekte ve sağlık maliyetleri de azaltılabilmektedir (Akbulut, 2015: 123- 126).

1.3.7. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin yaşam tarzı ve yaşam koşullarını değiştirerek kendi sağlığı ve toplumun sağlığını iyileştirmek için harekete geçmesi bunun için bilgi düzeyi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşması anlamı taşımaktadır. Bireylerin okuryazarlık durumu, sağlık okuryazarlığı düzeyini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Okuryazarlık durumunun zayıf olması bireylerin sosyal, kültürel ve kişisel gelişimini sınırlandırmakta ve sağlık okuryazarlığına engel oluşturabilmektedir (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011: 10).

Okuryazarlık düzeyi çok düşük olan bireylerin ortalama yıllık sağlık bakım maliyetlerinin genel nüfustan dört kat daha fazla olabileceği ifade edilmektedir (Uğurlu, 2011: 14). Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireyler, sağlık bilgilerini anlamada verilen talimatları yerine getirmekte zorlanmaktadır. Bu nedenle bireyler sağlık hizmetlerini etkili kullanmada sorunlara neden olabilmektedir (Tanrıöver vd., 2014: 17-22).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti kullanımını, sağlık çıktılarını ve sağlık maliyetlerini etkilediği gibi sağlık davranışlarını da etkilemektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan araştırmalar

incelendiğinde etkisini gösteren kanıtların giderek arttığı belirtilmektedir (Taş ve Akış, 2016: 122- 123). Bunlar;

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin düşük düzeyde kullanımı,
- Bireyin tıbbi durumunu anlamasında yetersizlik,
- Semptomatik dönemde sağlık bakım arayışında gecikme,
- Tıbbi talimatları yerine getirememe,
- Öz-bakım yetersizliği
- Sağlık bakım maliyetlerinde yükselme
- Ölüm oranında artış olarak gösterilmektedir (Freedman, 2009; Aktaran; Yılmazel ve Çetinkaya, 2016: 69- 71).

Bireylerin doktorun verdiği ilaçlar konusunda bilgisiz olması, yanlış inanışlar veya beklentileri, başlanan ilacın yarım bırakılması, doktora istediği ilacı reçete etmesi konusunda ısrar edilmesi gibi davranışlar, bireyin sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğunu düşündürmektedir (Akbulut, 2015: 120- 123).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireyler hipertansiyon, diyabet, astım gibi kronik hastalıkları yönetmekte zorlanmakta, ilaçların doğru ve zamanında kullanımında zorluk çekmektedir (Tözün ve Sözmen, 2014: 50). Örneğin; bir astım hastasının verilen ilacı doktorun tarif ettiği biçimde kullanamaması, hem hastanın tedavisinin tam olarak yerine getirilmesine engel oluşturmakta hem de hastanın doktor üzerindeki yükünü arttırmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler, mahcubiyet, korku, kendine güvensizlik gibi duyguların etkisi altında kalarak gerçek bilişsel kapasitelerini gizlemeye çalışmaktadırlar. Bu nedenle birçok hasta doktora veya sağlık personeline kendisini rahat ifade edememekte ve sınırlı iletişim kurmaktadır (Sezgin, 2011: 85).

Safeer ve Keenan (2005), sağlık personelinden yardım istemek, sağlık kuruluşuna gelirken yanında okuryazar birini getirmek, doktor randevularının

hatırlanmaması, bahaneler üretme, ilaç kullanımında uyumsuzluk, önerilen müdahalelere uyumsuzluk, karar vermeyi erteleme, diğer kişileri izleme gibi davranışları, bireyin sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğunu düşündüren davranışlar olarak açıklamaktadır (Aktaran, Yılmazel, 2014: 12- 13).

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olanların, sağlık sistemi içerisinde her yıl toplam sağlık maliyetine ek olarak %3- %5 arasında bir maliyet yüklediği belirtilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin sonuçlarını araştırmak üzere yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığının hastalar ve hekimler üzerindeki etkisinin ortaya konulması ve sağlık okuryazarlığı seviyesinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma sonucunda yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan hastaların, hastalığın seyrini etkileyecek olumsuz iletişim sorunları yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada hastaların kendilerini ifade ederken yetersiz kaldığı, tıbbi durum ve tedavilerini de yeterli düzeyde anlamadıkları belirtilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin hastaneye yatış riski de artmaktadır (Tanrıöver vd., 2014: 21; Akbulut, 2015: 113-128; Kickbursch, 2011: 101- 104).

II. BÖLÜM

2. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Baker vd. (2002)'de yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığının, algılanan sağlık durumu ile bağlantılı olduğunu, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, aktif olarak sağlıklarıyla ilgili bilgi edinmesi ve sağlıklarının daha kötüye gittiğini hissetme durumunda sağlık problemlerini çözmek için eyleme geçme olasılığının daha yüksek olduğunu saptamıştır (Aktaran: Akbulut,2015: 119).

Baker vd. (2004), sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan bireylerin sigara, alkol tüketimlerinin daha az, fiziksel sağlıklarının daha iyi durumda olduğunu saptamıştır (Aktaran: Sezer, 2012: 46).

Paasche- Orlow vd. (2005), Amerika Birleşik Devletleri'nde farklı test ve ölçekler kullanılarak derlenen bir çalışma sonucunda düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin %22-%29 olarak bulmuşlardır. Eichler vd. (2009)'nin yaptığı farklı bir çalışmada, yetersiz sağlık okuryazarlığı prevelansının %34-%59 arasında olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de Özdemir vd. (2010)'nin sağlık okuryazarlığı üzerine yaptığı çalışmada yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi REALM'e göre %58,7, NVS'ye göre ise %28,1 sonucuna ulaşılmıştır (Aktaran: Filiz, 2015: 10- 61).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek üzere yapılan çalışmalar incelendiğinde Amerika Birleşik Devletleri'nde Avrupa Birliği ülkelerininkinden 3 kat daha fazla araştırma yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır (Kondilis vd., 2008; Aktaran:Tözün ve Sözmen, 2014: 49).

Uğurlu (2011: 59), sağlık okuryazarlığı üzerine yaptığı çalışmada her üç hastadan birinin hastaneye yalnız gelmediğini, hastaların büyük kısmının (%81,8) hastane içerisinde gideceği yerleri öğrenmek için her zaman başkalarından yardım

istediğini, hastaların yarısından fazlasının doktor ya da sağlık personeli tarafından verilen formları, tetkikleri ve diğer materyalleri, reçeteleri, ilaç prospektüslerini okumada her zaman diğer bireylerden yardım aldığını ve bireylerin yarıya yakın bir kısmının ise evde ilaçlarını kullanırken yardım aldığını ortaya koymuştur. Bu durum interaktif sağlık okuryazarlığı yönünden hastaların bağımsız davranış sergilemede sorun yaşadıklarını göstermektedir.

Sezer (2012: 47), sağlık okuryazarlığı üzerine Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ni kullanarak bireyin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk varlığı ve gelir durumunun sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkili olduğu sonucuna varmıştır.

Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı yeterlilik oranları arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Genel olarak sağlık okuryazarlığı yeterlilik oranlarının %7-%59 arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Farklı oranların nedeni ise sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek içi farklı yöntemlerin kullanılması, farklı ülkelerde uygulanması, farklı yaş gruplarına, farklı kültür değerlerine sahip bireylere yapılmış olması olarak gösterilebilir (Tözün ve Sözmen, 2014: 50).

Üçpunar (2014: 91) ise farklı bir ölçek kullanımı sonucunda, bireyin eğitim düzeyinin, hanede yaşayan kişi sayısının ve gelir durumunun sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir.

Türkoğlu (2016: 60-62) tarafından Y.S.O.Ö. kullandığı çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığının bireylerin yaşı, eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve meslek değişkenlerinden etkilendiğini, kişinin medeni durumu ve hanede yaşayan kişi sayısı değişkenlerinden etkilenmediği sonucuna varılmıştır. Gelir durumunda ise anlamlı bir fark olmasına karşın, bireylerin gelir durumu arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükselmediği sonucuna ulaşılmıştır.

Türkoğlu (2016: 62-67), yapılan analiz sonuçları çerçevesinde sağlık okuryazarlığı ölçeğinde yer alan bireylerin hastalıkları durumunda hangi kliniğe başvurması gerektiğini birçok katılımcının bilmediği, buna karşın hastaneden nasıl randevu alınması gerektiğini bildikleri görülmüştür. Çalışma sonucunda bireylerin acil hastalık durumlarında kendilerine en yakın sağlık kuruluşunu tercih ettiği, cerrahi müdahale gerektiren durumlarda en çok devlet hastanesinin tercih edildiği sonucuna ulaşılmıştır.

2.1. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçme Araçları

Sağlık bilgisi, bireylerin sağlık durumlarını anlayıp değerlendirmede, iyilik halinin devamlılığında ve davranış bozukluklarını azaltmada önemli bir kaynak olarak açıklanmaktadır (Ishawaka ve Yano,2008). Bireyin sağlık bilgisi, bireyin sağlık okuryazarlığının düzeyine katkı sağlayabilmekte ve bu konu hakkında bilgi verebilmektedir. Sağlık okuryazarlığı, soyut bir kavram olarak görülmektedir. Bununla birlikte sağlık okuryazarlığını ölçmek için birden çok test ve ölçek geliştirilmiştir. Bunlar (Aktaran: Filiz, 2015: 7);

- Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)
- Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised (REALM-R)
- Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)
- Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)
- Newest Vital Sign (NVS)
- Single Item Literacy Screen
- Brief Estimate of Health Knowledge and Action – HIV Version
- How confident are you filling out medical forms by yourself?
- Wide Range Achievement Test (WRAT)
- Public Health Literacy Scale
- SOS Mnemonic
- HLSQMs
- eHealth Literacy Scale (eHEALS)

- Medical Term Recognition Test (METER)
- Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults (SAHLSA-50)
- Adult Basic Learning Examination (ABLE)
- Literacy Assessment for Diabetes (LAD)
- Nutritional Literacy Scale (NLS)
- Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD)
- Slosson Oral Reading Test
- Test of Adult Basic Education (TABE)
- Health Activities Literacy Scale (HALS)
- Health Literacy Skills Instrument
- Functional Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL)
- European Health Literacy Survey (HLSEUQ)

2.2. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Sıklıkla Kullanılan Ölçme Araçları

Literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlığı üzerine birçok test ve ölçek geliştirildiği fakat çalışmalarda sıklıkla kullanılan REALM, WRAT, TOFHLA, NVS, TOFHLA-S, REALM-R ölçeklerinin olduğu görülmektedir (Tözün ve Sözmen, 2014: 50).

2.2.1.Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine- REALM)

REALM, 1991 yılında Davis vd., tarafından birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için geliştirilen ilk sağlık okuryazarlığı ölçeğidir (Aktaran: Üçpunar, 2014: 26). Bu ölçekte sorular zorluk seviyesine göre sıralanmakta ve bireylerin kelime tanıma ve telaffuz yeteneği ölçülmektedir. Telaffuzları düzgün söyleyen birey her kelimeden bir puan almaktadır (Erby vd., 2007: 175; Aktaran: Türkoğlu, 2016:21).

Ölçek 66 tıbbi kelimeden oluşmaktadır. Kelimelerin 0- 44'ünü doğru telaffuz edenler yetersiz sağlık okuryazarı, 45-60'ını doğru telaffuz edenler düşük

sağlık okuryazarı, 61-66'sını doğru telaffuz edenler ise yeterli düzeyde sağlık okuryazarı olarak değerlendirilmektedir. Bu bir kavrama testi değildir ve uygulama süresi 3- 6 dkkadan oluşmaktadır. Bu test ile bireylerin okuma düzeyi ölçülmektedir. Bireylerin sayısal becerilerini ve anlama düzeylerini ölçmez. REALM testinin kısa sürede uygulanabilmesi avantaj olsa da ölçeğin sadece İngilizcesinin bulunması uygulanma alanını kısıtlamaktadır (Filiz, 2015: 7).

REALM-R testi ise REALM ölçeğindeki 66 kelimenin 10 kelimeye indirgenmiş halidir. REALM-R testi de bir kavrama testi olmayıp, bireylerin kelime tanıma ve telaffuz yeteneğini ölçmektedir. İngilizce olan bu test rağmen diğer dillere uygun değildir (Sönmez, 2011; Aktaran: Tözün ve Sözmen, 2014: 50).

2.2.2. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults -TOFHLA)

TOFHLA, yetişkenlerde işlevsel sağlık okuryazarlığını ölçmek için Parker vd. (1995) tarafından geliştirmiştir. TOFHLA ölçeğinin uygulanma süresi ortalama18- 30 dk olup sağlık okuryazarlığını ölçmek için en sık kullanılan ölçüm yöntemidir. TOFHLA, bireyin sağlık bilgisini boşluk doldurma ve okuduğunu anlama düzeyi ile ölçmekte ve 17 sayısal soru ve 50 boşluk doldurma sorusundan oluşmaktadır. Birey boşluk doldurma sorularını kendisine verilen şıklar içerisinden seçerek cümleyi tamamlar. Bu bölüm verilen sağlıkla ilgili ifadelerin birey tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını ortaya koymaktadır. 17 soruluk sayısal beceriye dayanan bölümde ise bireyin reçete ile ilgili bilgileri ve randevu fişlerini okuyup anlaması istenir. TOFHLA testinin İngilizce ve İspanyolcası mevcut olmakla birlikte kısaltılmış formları da bulunmaktadır (Üçpunar,2014: 28).

TOFHLA-S ve TOFHLA-R ise Baker ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. Sözel bölümde 36 soru ve sayısal bölümde 4 soru olmak üzere toplam 40 sorudan oluşmaktadır. Uygulanma süresi 5-12 dk arasında değişiklik göstermektedir. Değerlendirilme TOFHLA'da olduğu gibi 0-100 puan

üzerinden yapılmaktadır. 0-59 puan bireyin yetersiz sağlık okuryazarlığına, 60-74 puan düşük sağlık okuryazarlığına, 75-100 puan alanlar ise yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olarak değerlendirilmektedir. Güvenilirlik çalışmasında sözel bölümün güvenilirliği yüksek (α=0,97) iken sayısal bölümün güvenilirliği düşük (α=0,68) çıkmıştır. Bu durum TOFHLA'nın kısaltılmış formlarının bireyin sayısal becerilerini ölçmeye uygun olmadığını fakat sözel becerilerin ölçülebilirliğini ortaya koymaktadır (Weiss vd., 2005; Mancuso, 2009).

2.2.3. En Yeni Yaşamsal Bulgular Testi (Newest Vital Sign/NVS)

Newest Vital Sign, Weiss vd. (2005) tarafından geliştirilen ve bireylerin düşük sağlık okuryazarlığını ölçen hızlı bir tarama testidir. Genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılan bir ölçüm yöntemidir. NVS, bireyin problem çözme ve okuma-anlama yeteneğini ölçmektedir. 6 sorudan oluşan ölçüm yöntemi için bireyler rastgele seçilmemekte ve matematiksel ifadeleri kullanabilen hastalar örnekleme seçilmektedir. NVS testinin İngilizce ve İspanyolcası mevcut olup, uygulanması 3 dakika olarak belirtilmektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı 6 soruya verdiği doğru sayısına göre değerlendirilmektedir. 0-1 doğru sayısı muhtemelen sınırlı sağlık okuryazarlığı, 2-3 doğru yanıt sınırlı sağlık okuryazarlığı, 4 ve üzeri ise yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyini ifade etmektedir (Aktaran: Sezer, 2012: 15).

2.2.4. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

Sezer ve Kadıoğlu tarafından 2014 yılında yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmede Türk toplumuna uygun bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik araştırmaları gerçekleştirilmiştir. Bu ölçek ile yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı konusundaki yeterliliği belirlenmeye çalışılmıştır. Ölçek sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili toplam 22 madde ve 1 adet vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili şekil içermektedir. Ölçekte yer alan soruların 13 tanesi evet/hayır şeklinde

iken, 4 tanesi boşluk doldurma, 4 tanesi çoktan seçmeli, 2 tanesi ise eşleştirmeli sorulardan oluşmaktadır. Puanlamalar her soru için ayrı ayrı yapılmaktadır. Evet/Hayır tipindeki sorulara pozitif işaretleme yapanlara 1 puan, negatif ifadeleri işaretleyenlere 0 puan, boşluk doldurma tipindeki sorularda doğru yanıta 1, yanlış yanıta 0 puan verilmektedir. Çoktan seçmeli sorularda iki ve ikiden fazla doğru yanıt işaretleyenlere 1 puan, hiç bilmeyenlere ya da doğru ile birlikte yanlış yanıt işaretleyenlere 0 puan verilir. Eşleştirme tipindeki sorularda ise ikiden fazla doğru eşleştirenlere 1, diğerlerine 0 puan verilmekte ve ölçekten alınabilecek puanlar 0-23 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (Sezer ve Kadıoğlu, 2014: 165-170).

Türkoğlu (2016: 56-57), sağlık okuryazarlığı ve özbakım gücü arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için "Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği"nden faydalanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha Katsayısı 0,77 olarak hesaplanmış, test tekrar güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur. Genel kapsam geçerliliği indeksi %90,71 olan ölçek 23 maddeden oluşmuştur. Faktör analizi sonucunda toplam varyansın % 60,68'ini açıklayan 8 faktörlü bir yapı ortaya çıkmış ancak anlam bütünlüğü açısından ölçeğin tek boyutlu kullanımına karar verilmiştir.

2.3. Sağlık Okuryazarlığında Bilgiye Erişim Kaynakları

Bireyler, etkileşim içinde olduğu çevreden, diğer bireylerden birçok konuda etkilenmektedir. Özellikle bireylerin sağlık sektörü içerisindeki tutum ve davranışları, alışkanlıkları, tavsiyeleri önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olduğu yıllarda bireyler ailelerinden, akrabalarından ve arkadaş gruplarından atalardan kalma tedavi yöntemleri olan "kocakarı ilacı" tavsiyelerine göre tedavilerini gerçekleştirmiştir. Günümüzde ise sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma da ve bireylerin tedavi yöntemlerini belirleme de daha farklı kaynaklar kullanılmaktadır (Tosyalı ve Sütçü, 2016: 5-6).

Bilginin doğru bir şekilde kullanılması ve bilgiye erişimin arttırılması sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmada önemli olduğu belirtilmektedir. Çoğu birey sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olduğu için doğru bilgiye erişimde zorlanmaktadır (Özdoğan, 2014: 19).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmak için günümüzde çeşitli kaynaklardan faydalanılmaktadır. Başlıca bilgiye erişim kaynakları; sağlık profesyonelleri, tıp literatürü, tıp, sağlık alanındaki kitaplar ve dergiler, internet, televizyon ve diğer kitle iletişim araçlarıdır. Sağlık okuryazarlığı kavramı sağlık profesyonelleri için iletişim ve klinik becerilerin kazanılmasını sağlayan bir unsur olarak açıklanmaktadır. Sağlıklı bilgiye erişimde sağlık profesyonellerine düşen görevleri Tözün ve Sözmen (2014: 51-52) şu şekilde özetlemektedir:

- Sağlık profesyonellerinin çağdaş sağlık anlayışını öncelikle kendilerinin benimsemeleri,
- Sağlığın geliştirilmesine katkı sağlayarak halkın katılımını sağlamaları,
- Alternatif tıp ve destek tıp, kaplıca tedavisi, hirudoterapi, akupunktur, herbal tedavi vb. konularda halka doğru bilgilerin verilmesi,
- Kanıta dayalı tıp hakkında halkı bilgilendirmesi, biyoistatistik ve epidemiyolojinin temel bilgilerini halka öğretebilmesi,
- Hastalara sağlık kuruluşları hakkında bilgi vermesi ve doğru şekilde sağlık kuruluşundan nasıl yararlanacağını açıklaması,
- Halka tarafsız bir şekilde doğru bilgiyi anlatmaya çalışması,
- Sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek için halkı eğitici seminerler düzenlenmesi gerekmektedir.

Sağlık alanında yazılan ders kitapları en güvenilir sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma yolu olarak görülmektedir. Her bireyin bu kitaplara ulaşması, satın alması, anlayıp yorumlaması kolay değildir. Bu nedenle her bireyin anlayabileceği düzeyde Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan veya onaylanan kaynaklar güvenilir olarak okutulması istenmektedir (Tözün ve Sözmen, 2014: 52).

Sağlık okuryazarlığında bilgiye ulaşmada kullanılan bir diğer yol ise internettir. İnternet sağlık ile ilgili bilgiye ulaşma da, sağlık iletişiminde diğer kaynaklara göre daha etkili olmaktadır. İnternet kullanımının artması ile birlikte çoğu hastanenin internet siteleri olduğu görülmekte, bu siteler bireylere hastane, doktorlar bazen de hastalıklar ve tedavileri hakkında bilgiler sunmaktadır. Hastane sitelerinin dışında sağlıkla ilgili bilgiyi bireylere iletmek için hazırlanan yüzlerce site bulunmaktadır. Sayısı bu derece fazla site içerisinden doğru bilgiye ulaşmak da bir hayli zor olmaktadır (Hülür, 2016: 161).

Tıp alanındaki hızlı gelişmeler, sağlık sistemlerinin karmaşıklığı, hasta-hekim arasındaki ilişkiler bireylerin hastalık ve tedavi hakkında doğru cevabı alamadığını düşündürmektedir. Bu nedenle bireyler internette dolaşarak farklı tedavi yöntemleri aramaktadır (Anderson vd., 2003: 70).

İnternette sağlık bilgisini değerlendirirken, web sitesinin kime ait olduğunu, web sitesinin amacının bilgi vermek, yardım toplamak veya ticari bir amaçla mı kurulduğunu, web sitesindeki bilginin orjinal kaynağını, sitedeki bilginin güncelliğini kontrol etmek gerekmektedir. Doğru sağlık bilgisine ulaşmak için, ".gov.tr" ile biten devlet kurumlarına ait siteler, ".edu.tr" ile biten üniversitelere ait sayfalar, ".org.tr" ile biten bilimsel cemiyetler, tabip odaları ve sivil toplum örgütleri siteleri, tıp veya bilim dergileri siteleri kullanılabilmektedir (Okucu, 2009; Tözün ve Sözmen, 2014: 52-53). Sağlıkla ilgili bilimsel çalışmalara ulaşmak için "Google Akademik" sayfası da kullanılabilmektedir.

İnternet üzerinden bilgiye erişimde tek bir kaynaktan yararlanmak ise doğru değildir. Tek bir kaynak konunun tamamını kapsayamamaktadır. Bu nedenle bireylerin farklı görüş açılarının yer aldığı birden fazla kaynağı inceleyerek bilginin doğruluğunun sorgulanması gerekmektedir.

İnternet, hasta hekim ilişkisinde de etkin rol oynamaktadır. Hekimlerin hastalarla görüşme süresinin kısıtlı olması, hastanın verilen bilgiden tatmin

olmaması gibi birçok neden, hastaları hekim dışı kaynaklardan yararlanmaya itmektedir (Tekin vd., 2009: 29- 30).

Üçpunar (2014:45), yetişkenlerin sağlık okuryazarlığını ölçmek için yaptığı çalışmada bireylerin her zaman internet aracılığıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada kullanım sıklığını %33,3 olarak saptamıştır. Uğurlu (2011) sağlık kurumlarına başvuran hastalara yönelik yaptığı çalışmada bireylerin % 32,8'inin her zaman sağlıkla ile ilgili bilgiye ulaşmada interneti kullandıkları ortaya çıkmıştır (Uğurlu, 2011: 38).

Kitle iletişim araçlarının sağlıkla ile ilgili bilgileri bireylere aktarması, yadsınamayacak düzeydedir. Son zamanlarda televizyon programları bireylere sağlıkla ile ilgili bilgiyi doğrudan sunma eğilimi göstermektedir. Konya'da televizyonda yayınlanan sağlık programlarının izleyiciler üzerindeki etkisini ölçmek için yapılan bir çalışmada, sağlık programlarını genellikle 41 yaş üstü bireylerin (%57,1) ve çoğunlukla kadınların izlediği saptanmıştır. Aynı çalışmada kronik hastalıklara sahip olan bireylerin (%58,1) sıhhatli olduğunu belirten bireylere göre daha çok sağlık programlarına ilgi gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Bulduklu, 2010: 82).

Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK)'nun kadınlar üzerinde yaptığı bir araştırmada kadınların en beğendiği üç programdan birinin sağlık programları olduğu saptanmıştır. Televizyonda yayınlanan sağlık programları incelendiğinde modern tıbbın yanı sıra alternatif ve geleneksel yöntemlerden de bahsedildiği görülmektedir (RTÜK, 2010: 13- 14).

Son yıllarda sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme açısından önemli yere sahip olan sosyal medyanın yanı sıra sosyal ağlar da sağlıkla ilgili bilgiyi bireylere aktarmayı amaçlamaktadır. Facebook ve Twitter gibi sosyal ağlar sayesinde bireylerin sağlık konularıyla ilgili bilgi düzeylerini belirleme ve büyük kitlelere ulaşılma şansı ortaya çıkmıştır. Türkiye'de kalp sağlığı ile ilgili kuruluşların Facebook ve Twitter kullanımları üzerine yapılan bir araştırmada, Facebook

sayfasındaki aktif kullanıcıların yaş aralığının 18-34 yaş olduğu saptanmıştır (Öztürk ve Öymen, 2013: 117- 127).

Facebook'ta en çok izlenen ve sağlık bilgileri içeren ilk on iki Türkçe sayfa incelenmiş, yapılan incelemeler sonucunda, altı aylık süre içerisinde bu sayfalarda 2362 adet paylaşımın yapıldığı saptanmıştır. Bu paylaşımların %73,12'sinin sağlığı ilgilendiren konular olduğu ve paylaşımların yarıdan fazlasında (%51,86) ise kaynak belirtilmediği sonucuna ulaşılmıştır (Şener ve Samur, 2013: 516-520).

2.4. Sağlık Okuryazarlığında Halk Sağlığının Yeri

Freedman vd. (2009), sağlık okuryazarlığının tanımını "halk sağlığı okuryazarlığı" kapsamında yapmıştır. Freedman, halk sağlığı okuryazarlığını, bireysel sağlık okuryazarlığının bir bütünleyicisi olarak tanımlamış ve sonuçlarının "toplumun halk sağlığı mesajlarını anlama, sağlık bakımı konularında sivil harekete katılma ve değerlendirme becerilerini içerdiği" ni açıklamıştır (Aktaran: Filiz, 2015: 3-4).

Halk sağlığı, "toplumun organize çabası vasıtasıyla sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve yaşamın uzatılması bilim ve sanatı" olarak tanımlanmaktadır (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011: 3).

Her hastalık halk sağlığı problemi olarak kabul edilmemektedir. Bir hastalığın halk sağlığı problemi olarak kabul edilmesi için tek bir bireyi değil, toplumun büyük bir kısmını etkilemesi ve gelecekte etkilemeye devam etmesi beklenmektedir. Bu etkilenme bireylerin ölüm oranını, hastalık oranını etkileyerek yaşam kalitesi ve maliyet üzerinde yük oluşturma şeklindedir. Diğer bir sorun ise bireylerin hepsi üzerinde hastalığın aynı derecede etki göstermemesi, avantajlı ve dezavantajlı grupların ortaya çıkmasıdır (Saaddine vd., 2003; Schoolwert vd., 2006; Aktaran: Filiz, 2015: 12). Bu nedenle bireylerin sağlık okuryazarlığının toplumun sağlığı üzerinde etkili olduğu, hastalıklardan bireylerin etkilenmesinin farklılık

gösterdiği ve bu konuda sağlığı geliştirici önlemler alınması gerekliliği sağlık okuryazarlığı kapsamında da ele alınmaktadır.

- Toplumun sağlık düzeyi birçok faktörden etkilenmektedir. Bunlar; Biyolojik faktörler (cinsiyet, yaş, genetik),
- Sosyal faktörler (sosyal değişim, bağlılık, destek),
- Yaşam biçimi ve sağlık davranışları (cinsel yaşam, sağlık bilgisi, beslenme, fiziksel aktivite, madde kullanımı, sigara, şiddet),
- Topluma sunulan hizmetler (çöp, hava kirliliği, su, risk gruplarına yönelik hizmetler),
- Sosyo-ekonomik kaynaklar (gelir, iş durumu, eğitim),
- Politik faktörler (yasalar, sosyal, ekonomik, eğitim, çevreye yönelik, politikalar, katılım),
- Sağlık hizmetleri (yapısı, personel tipi ve sayısı, hizmetin kapsamı ve ulaşılabilirliği, maliyeti),
- Kültürel faktörler (işbirliği, değerler, din, ırkçılık, ayrımcılık, normlar, rekabet,),
- Doğal çevre (hava, su, hayvan ve bitkiler, iklim, sıcaklık, topografi, çevresel kirleticiler),
- Yaşanılan yer (işyeri, ev, okul, ulaşım, haberleşme) olarak açıklanmaktadır (Wilkinson ve Marmot, 2003; Aktaran: Şimşek, 2013: 346).

Hem toplum sağlığını hem de sağlık okuryazarlığını geliştirmek için sağlığı geliştirmek gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin temel olarak bireylerin okuryazarlık düzeyi ile ilişkilidir ve genel olarak toplumların okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı sağlık açısından bu derece önemli olmasına rağmen bu konunun halk sağlığı tarafından ihmal edildiği düşünülmektedir (Aktaran: Filiz,2015: 13).

Nutbeam (2008), sağlık okuryazarlığı modelinde iki farklı yaklaşım önermektedir. Bu yaklaşımlardan ilkini “klinik risk”, ikincisini ise halk sağlığı

yaklaşımıyla oluşturulmuş "bireysel yarar" oluşturmaktadır. Bireysel yarar yaklaşımında bireylerin kendi sağlıkları üzerinde etkili olan sağlık eğitiminden bahsedilmektedir. Bireysel yarar yaklaşımı ile birlikte halk sağlığı, yetişkin eğitimi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi önem kazanarak sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesinde önemli hale gelmektedir (Aktaran: Filiz, 2015: 13).

Sağlığın geliştirilmesi kavramı ilk olarak 1920'li yıllarda halk sağlığı tanımında açıklanmıştır. Sağlığı geliştirmek için zamanla sağlığı geliştirici stratejiler geliştirilmiş ve ilk olarak bireylerin sağlıklı davranış kazanması ve sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde durulmuştur. Bireyin sağlıklı davranış kazanması paralelinde toplum sağlığına katılımın yoğunlaşarak sağlığın geliştirilmesi ve sağlık okuryazarlığı bilincinin oluşturulması önemli hale gelmiştir (Nutbeam,2006: 2075; Winslow, 1920: 183).

Tones (2002), sağlık okuryazarlığını "eski şişeye yeni şarap koymak" olarak tanımlamış, sağlık eğitimini bireysel güçlendirme yaklaşımını ifade eden bir kavram olarak açıklamıştır (Tones, 2002:187-189). Sağlık okuryazarlığı kavramı 1970'li yıllarda literatüre girmiş olmakla birlikte tedavi hizmetlerinde ve halk sağlığı alanında önemi son yıllarda artmıştır (Şimşek, 2013: 114).

Sağlığı geliştirme stratejilerinin belirlenmesinde önemli bir unsur olan sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemli olduğunu gösteren altı madde şu şekilde açıklanmıştır (Kanj ve Mitic, 2009; Aktaran; Yılmazel, 2014: 7):

- Etkilediği insan sayısı,
- Olumsuz sağlık çıktıları,
- Kronik hastalık oranlarında artış,
- Sağlık bakım maliyetleri,
- Sağlık bilgisi talepleri,
- Eşitlikçilik

Sağlık anlayışı günümüzde bireysellikten çıkıp, topluma yönelmiştir. Toplumun sağlığını koruması ve sağlığın sürdürülmesi için sağlığı geliştirici çalışmalara önem verilmeye çalışılmıştır. Bireyler içinde yaşadığı toplumun sağlık alışkanlıklarından etkilenmekte ve sigara içmek, aşırı beslenme gibi davranışlar toplumda sağlığı tehdit edici riskli davranışlar olarak değerlendirilmektedir. Sağlığa zararlı bu davranışlar hem bireyi hem de toplumun sağlık düzeyini etkilemektedir. Bu bağlamda bireylerin sağlık okuryazarlığı toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir (Avcı, 2016: 259- 261).

2.5. Sağlık Okuryazarlığının Diğer Okuryazarlık Türleri ile İlişkisi

Bu başlık altında görsel okuryazarlık, bilgi okuryazarlığı, bilgisayar okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, teknoloji okuryazarlığı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki ele alınacaktır.

2.5.1. Görsel Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Wileman (1993)'a göre görsel okuryazarlık "resimsel ve grafiksel görüntüler olarak sunulan bilgiyi okuyabilme, yorumlayabilme ve anlayabilme"dir (Aktaran: İşler, 2002: 155). Görsel okuryazarlık verilmek istenen bilgiyi anlama, yorumlama ve değerlendirme için önem taşımaktadır. Görselliğin yaygınlaşmaya başlaması ile birlikte görsel okuryazarlık üzerine daha detaylı incelemelere başlanmıştır. Bilimsel ve sosyal konularda eğitim amaçlı materyallerde kullanılan (fotoğraflar, şekiller, illüstrasyonlar vb.) görsellerin bireyler tarafından doğru okunması, anlanması ve yorumlanması sağlıklı bir eğitimin gerçekleştirilmesi açısından önem arz etmektedir (Welhausen, 2009; Aktaran: Yıldız,2012: 73).

Bireyler görsel okuma becerilerine sağlık alanında da ihtiyaç duyabilmektedir. Bireyin ilaç şişelerini, prospektüsler içerisinde yer alan şekilleri, doktorun hastaya muayene sırasında gösterdiği materyalleri anlayıp yorumlaması açısından görselliğin önemli olduğu düşünülmektedir (Nielsen-Bohlman vd. 2004).

2.5.2. Bilgi Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Bireyler yaşamlarının her anında bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Breivik (2000)'e göre bilgi okuryazarlığının anahtar kelimesi "yaşam boyu öğrenen bireylerin yetişmesi" dir. Bilgi okuryazarı olan birey, bilmeyi arzu eden ve bilgiye doğru bir şekilde ulaşabilen, analitik düşünme becerilerine sahip, öğrenmeye açık olan, araştırma metodlarını belirleyen ve sonuçların değerlendirilmesinde eleştirel olabilen kişi olarak açıklanmaktadır (Özgür, 2016: 23-24).

Bireyin edindikleri bilgiler doğrultusunda sağlığına yön verdiği göz önünde bulundurulsa, sağlık ile ilgili bilgilerin doğru bir şekilde öğrenilmesi, anlaşılması ve yorumlanması, bireyin sağlığını olumlu veya olumsuz yönde etkileyeceği için bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyini de etkileyecektir. Sağlık okuryazarlığı birçok alanı çeşitli açılardan etkilemektedir. Bu nedenle sağlıkla ilgili bilgi edinmek için çeşitli kaynaklardan yararlanılmaktadır. Elektronik kaynakların çok fazla olması bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmasını kolaylaştırırken, elektronik ortamdaki bilgilerin çokluğu bireyin doğru bilgiyi seçmesini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması bireyin doğru bilgiye ulaşmasını güçleştirmektedir (Türkoğlu, 2016: 15; Özdoğan, 2014: 19).

Elektronik ortamlardan edinilen bilgilerin tam doğru olmayacağı gibi edinilen bilgilerin bireyden bireye farklılık göstereceği ve uygulanmasının doğru olmayacağınında bilinmesi gerekmektedir. Bu nedenle elektronik ortamda edinilen sağlıkla ilgili bilgilerin bireylere yalnızca fikir verme amacı taşıdığı düşünülmektedir (Yılmaz, 2014: 96).

Bilgi okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiler incelendiğinde, bireylerin bilgiye doğru bir şekilde ulaşmasının bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyiyle de ilgili olduğu ortaya çıkmaktadır. Çünkü bireyin sağlıkla ilgili bilgiyi öğrenip, anlaması ve yorumlaması bireyin sağlık

okuryazarlığı düzeyini etkileyerek sağlıklı bilgiye ulaşmasını da kolaylaştıracaktır.

2.5.3. Bilgisayar Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı

Günümüzde küreselleşme ile birlikte bilgi miktarındaki artış teknolojiye dayalı insanların gereksinimlerini arttırmıştır. Sanayi toplumunun yerini bilgi toplumunun almasıyla beraber bilgiyi arayan, bilgiyi elde eden ve bilgiye ulaştığında onu kullanabilen bir toplum ortaya çıkmıştır. Günümüzde ise bilgi toplumunda yaşayan bireylerin yetiştirilmesinde teknoloji ile birlikte bilgisayar kullanımı önemli bir yere sahiptir. Bilgisayarı günlük yaşamında aktif ve doğru bir şekilde kullanabilen, bilgiye ulaşan ve yeni teknolojik gelişmelerle muhakeme yapabilen bireyler bilgisayar okuryazarı olarak nitelendirilebilmektedir (Akfındık, 2007).

Bilgisayar okuryazarlığı, bilgisayarı bilgi elde etmede, iletişim kurmada ve sorunları çözmede kullanma yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Yapılan araştırmalarda bilgisayar okuryazarlığı ile ilgili birçok tanım yapılmış bireylerin günlük yaşamlarında ihtiyacı olduğu kadar bilgisayar kullanma becerisine sahip olmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Genişletilmiş bir tanımda ise bilgisayar okuryazarlığı; bilgisayar kullanmanın nasıl öğrenileceğini, bilgiye nasıl ulaşılması gerektiğini, eğitim materyallerini, e-posta ve listeleme hizmetlerini kullanmayı ve web sitesi hazırlamayı kapsamaktadır (Korkmaz ve Mahiroğlu, 2009: 984- 987).

Sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili bilgiye hızlı bir şekilde ulaşılması konuları üzerine odaklanıldığında bireylerin bilgisayar okuryazarı olması önem arz etmektedir. Bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada bilgisayarı kullanabilmesi, hızlı bir şekilde sağlık bilgilerine ulaşması, kullanması hem sağlık hizmetini alanlar hem de sağlık hizmetini verenler açısından önem taşımaktadır. Sağlık ekibinin tüm üyeleri gelişen teknolojiye ayak uydurmak ve verdikleri hizmetlerde sağlık bilişimini kullanmak zorundadır. Sağlık bakımı ortamlarında bilgisayar ve bilgisayara bağlı teknoloji kullanımının artması sonucu, sağlık sistemleri içerisinde aktif rol oynayan hemşirelere bu anlamda önemli görevler düşmektedir. Hemşirelerden sadece sisteme

erişmeleri değil sistem içerisindeki bilgiye ve yeteneğe ulaşmak için yeterli düzeyde bilgisayar kullanmaları beklenmektedir (Topkaya, 2013: 14-16).

Sağlık bilişimi, sağlık hizmetlerinin yönetimi ve aktarımına yönelik her türlü bilginin ortaya konulması, aktarılması ve aktif şekilde kullanılması için kurulan donanım, yazılım, yöntem ve yönergeler bütününe verilen isim olarak açıklanmaktadır. Sağlık bilişimi gerek klinik gerek yönetsel karar verme süreçlerini desteklemekte ve bireylerin tedavi süreçlerini etkileyebilmektedir (Güleş ve Özata, 2005; Aktaran: Topkaya, 2013: 17).

Hem sağlık hizmeti sunan bireylerin, sistemler içerisinden doğru bilgiyi hastaya yansıtmaları için hem de hastaların bilgisayar üzerinden edindikleri bilgilerin doğruluğu açısından, bilgisayar okuryazarlığı önem taşımaktadır. Bireylerin sağlık okuryazarı olması için sağlıkla ilgili bilgiye doğru bir şekilde ulaşması, bilgi ulaşımını bilgisayar ortamında yapacak olursa da temel düzeyde bilgisayar okuryazarı olması beklenmektedir (Gömleksiz ve Koç, 2010: 77; Başar vd., 2008: 44).

2.5.4. Medya Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Medya, yeniliklerin duyurulmasında ve yaygınlaşmasında kullanılan en etkili araçların başında gelmektedir. En yaygın olarak kullanılan kitle iletişim araçlarından televizyon, radyo ve gazetenin bir bilgiyi etkin ve hızlı bir şekilde kamuoyuna ulaştırdığı bilinmektedir. Medya birçok bilgiyi kamuoyuna ulaştırdığı gibi sağlığın geliştirilmesine yönelik yenilikleri, gelişmeleri bireylere ulaştırmaktadır. Medyada sağlıkla ilgili yayın içeriklerinin hedef kitle açısından medyadaki diğer içeriklerden daha farklı bir algılaya neden olduğuna dair araştırma sonuçları bulunmaktadır. Bu durum bireylerin medyadaki sağlıkla ilgili yayınlara diğer yayınlara oranla daha fazla güvendiği sonucunu ortaya koymaktadır (Kaya vd., 2011: 51; Hülür, 2016: 162).

Medya okuryazarlığı medyadan gelen her türlü bilgiyi olduğu gibi kabul etmeksizin bir eleştirel bakış açısıyla değerlendirerek medyadaki bilgiyi doğru bir şekilde alabilme becerisi olarak vurgulanmaktadır (Işkın ve Kesten, 2016: 388-

391). Bireylerin medya okuryazarı olması yani medyadaki bilgiyi eleştirmesi ve her bilgiyi doğru kabul etmemesi, bireylerin sağlıklarının geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir. Türkiye'de medya ve sağlık alanında yapılan bir araştırmaya göre vatandaşların önemli bir kısmı, sağlıkla ilgili konularda bilgiyi, hekimden ziyade gazete, dergi, TV ve sağlık programlarından referans aldıkları saptanmıştır. Bu nedenle hem medyanın hem de sağlık çalışanlarının sağlıkla ilgili bilgilendirmede görev ve sorumlulukları artmaktadır (Karaaslan, 2015: 28- 29).

Korda ve Itani (2013), sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi amacıyla kullanılan farklı sosyal medya araçları ve örneklerini aşağıdaki tabloda açıklamıştır (Aktaran: Mendi, 2015: 283):

Tablo 1: Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık Eğitiminde Kullanılan Medya Araçları ve Örnekleri

Araç	**Tanım/Kullanım**	**Örnekler**
Bloglar	Yazarın istediği alanda yazabildiği, yorum alabildiği ve paylaşımlar yapabildiği çevrimiçi günlüklerdir.	www2.mdanderson.org/ cancerwise/
RSS (Rich Site Summary) beslemeleri	Kullanıcıların abone olarak çevrimiçi yazı, video vb. güncellemeleri almalarını sağlar.	Mayoclinic.com, cancer.org
e-Oyunlar	İnternet ve mobil teknolojiler aracılığıyla oynanan interaktif oyunlardır.	CDC.gov,healthgamesresearch. org (Robert Wood Johnson Foundation) gibi sitelerde e-oyunlar geliştirilmiştir
Mesaj panoları	Kullanıcıların mesaj ve soru göndererek cevaplar alabildiği senkronize ve asenkronize platformlardır.	Everydathealth.com
Mikrobloglar	Uzunluk kısıtlaması olan bloglardır.	Twitter, Tumblr
Kısa mesaj servisleri	Mobil telefonlar aracılığıyla kısa mesajlar gönderilerek yapılan uygulamalardır.	Text4baby

Sosyal ağ siteleri (genel)	Kullanıcıların çevrimiçi topluluklar oluşturarak mesajlar göndermesini ve içerik paylaşmasını sağlayan araçlardır.	Facebook, MySpace, LinkedIn
Sosyal ağ siteleri (sağlığa özel)	Kullanıcıların birbirleri ile sağlık konularında çevrimiçi olarak bilgi ve deneyimlerini paylaşmasını sağlayan ortamlardır.	dLife.com, stickK.com
Video paylaşımı	Kullanıcılar paylaşım ve yorum yapılması için videolar oluşturarak video dosyalarını yüklerler.	Youtube.com'da yer alan sağlık ile ilgili kanallar
Wikiler	Farklı kullanıcıların içerik oluşturarak göndermesine izin veren ortamlardır.	Wikihealth.com

Sosyal medya araçları bireyler arasındaki iletişimi sağlayarak sağlıkla ilgili gelişmelerin diğer bireylere aktarımını kolaylaştırmaktadır. Sosyal medya araçlarının sosyal olaylar, afetler gibi konularda da güncel bilgileri yansıtarak insanları önceden oluşabilecek tehditlere karşı koruduğu görülmektedir. Sağlık iletişiminde ve sağlığın geliştirilmesinde sosyal medyanın birçok faydası bulunmakla beraber paylaşılan bilgilerin güvenli ve kaliteli olması büyük önem arz etmektedir (Mendi, 2015: 277-280; Şener ve Samur, 2013: 510- 513; Öztürk ve Öymen, 2013: 109- 131).

2.5.5. Teknoloji Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı

Uzun yıllar boyunca sağlık hizmetlerinde ucuz ve kolay teknolojik gelişmelerden faydalanılmış, ilerleyen teknoloji ile beraber bu durum farklılık göstermeye başlamıştır. Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte sağlıkta kullanılan ve yararlanılan teknolojide, çeşitlenme ve karmaşıklaşmalar görülmeye başlanmıştır (Sargutan, 2005: 114-115). Bu durum, bireylerin teknoloji konusunda daha fazla bilgi edinmeye çalışmalarını, teknolojiyi anlamalarını ve hayatlarının parçası haline getirmeyi gerektirmiştir (Canbaz, 2010: 12).

Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojiler ilaç ve tıbbi donanımlardan oluşmakta ve her ikisi de teknolojiden büyük oranda etkilenmektedir. İlaç ve tıbbi donanımı kullanarak hizmet üreten "sağlık hizmetleri" alanı ise, sosyoekonomik gelişmelere, sosyal ve siyasi açılımlara daha çok yatkınlık göstermektedir. Diğer iki alandaki gelişme ve iyileşmeler, sağlık hizmetlerinin niteliğini önemli ölçüde etkilemektedir (Sargutan, 2015: 115).

Doktorlar, hemşireler ve diğer personel teknolojiyi kullanarak bireylere sağlık hizmeti vermektedir. Günümüzde bireyin hastanede kayıt açtırması bile teknolojinin sağlık alanındaki yerinin ne derece önemli olduğunu açıklamaktadır. Teknolojiden faydalanabilmek için bireyin teknoloji konusunda bilgi sahibi olması ve doğru bir şekilde yararlanması gerekmektedir. Verimli bir biçimde kullanıldığında teknoloji bireylerin hayatını kolaylaştırmaktadır (Orun ve Kula, 2012: 30; Erdemir, Hanoğlu ve Akman, 2005: 78- 84).

Bireylerin sağlıkla ilgili teknolojik gelişmelerden haberdar olması ve bu çerçevede sağlığını yönetebilmesi, sağlıkla ilgili bilgiye doğru ve güvenli bir şekilde ulaşması, teknoloji ve sağlık okuryazarlığı ilişkisini doğrulamaktadır.

2.6. Sağlık Okuryazarlığını İyileştirmeye Yönelik Yaklaşımlar

Bireylerin sağlık okuryazarlığı, genel olarak yetersiz düzeydedir. Bu durum bireylerin ve toplumların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin arttırılmasını gerekli hale getirmektedir. Sağlık okuryazarlığını iyileştirmeye yönelik etkinliklerde sağlık çalışanlarına ve politika yapıcılarına önemli işlevler düşmektedir (Balçık, Taşkaya ve Şahin, 2014: 325).

Sağlık çalışanlarının hastalar ile iletişimlerini arttırmaları, hastalık ve tedavileri ile ilgili yazılı ya da sözlü iletişimlerinde sade, anlaşılır bir dil kullanmaları, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmaktadır. Ayrıca hastaları bilgilendirmede, hastaların en iyi şekilde anladıkları görsel ve işitsel yöntemleri tercih etmeleri ve hastayı sorgulamaları, hastalık konusunda bireylerde

iyileşme sağlamaktadır. Bununla birlikte, bireylerin sağlık okuryazarlık seviyesinin arttırılması, kendilerinin sağlık sorumluluğu bilincinde olmasına bağlıdır (İlhan, Batman ve Akman, 2010: 34 -44).

Birey olarak hastanın sağlığı ile ilgili kendisini ilgilendiren konularda söz sahibi olabilmesi, kendisini iyi bir şekilde ifade edebilmesi, haklarını hayata geçirmesi ve koruması için önem arz etmektedir. Her birey potansiyel birer hasta olarak görülmektedir. Hasta sorumluluğundaki amaç her bireyin her söyleneni sorgusuz bir şekilde yapması değil, ne yapması gerektiğini bilen bireylerin yetiştirilmesini sağlamaktır. Sağlık okuryazarlık düzeyi sınırlı olan hastaların doktorlarından utanma eğiliminde oldukları; sağlık sorunlarını anlamasalar bile ilaç kullanımı ve tedavi talimatlarına yönelik doktorlarından tekrar bilgi istemedikleri belirtilmektedir. Hasta sadece kendisine söylenenle yetinmemeli, kafasında oluşan soruları çekinmeden sormalı ve hekimin kendisini etkilemesini değil yönlendirmesini beklemelidir (Akbolat vd., 2016: 356; Erer, 2010: 36- 37).

Sağlığı geliştirmek adına 1920'li yıllardan bu zamana kadar birçok tanım yapılmış ve bireylerin nasıl daha sağlıklı olabileceği konusunda açıklamalara yer verilmiştir. Bireyleri, toplumu ve kurumları güçlendirme temeline dayanan sağlığı geliştirme stratejilerinin bireysel güçlendirme, toplumu güçlendirme, sağlık sistemini güçlendirmenin yanı sıra sağlıklı toplum politikaları inşa etmenin, sektörler arası iş birliği ve sağlığı geliştirmede kapasiteyi arttırma ile mümkün olabileceği düşünülmektedir (Şimşek, 2013: 344).

Bireylerin sağlığını geliştirmek ve sağlık okuryazarlık düzeyini yükseltebilmek için şu yaklaşımlar önerilmektedir (Kickbusch vd., 2013; Aktaran: Bilir, 2013: 67):

- Bireylere sağlık okuryazarlığı ile ilgili eğitimler çocukluk dönemlerinde verilmeye başlanmalı ve çocuğa sağlıkla ilgili temel kavramların aktarımı sağlanmalıdır.

- Sağlığın geliştirilmesi kavramı okul eğitimi sırasında geliştirilmeli, ders ve ders dışı etkinliklerde bireylere sağlık üzerinde etkili olan çevresel ve bireysel faktörlerden bahsedilmelidir.
- Yetişkin dönemdeki bireylere eğitim verirken anlaşılır bir dil kullanılmalıdır. Bir yetişkinin sağlık konusunda bilgi sahibi olması diğer aile bireylerinin ve çocuklarının eğitimi bakımından olumlu etki yapmaktadır.
- Bireylerin ilgi alanlarına ve eğitim düzeylerine yönelik çok yönlü programlar yapılmalıdır. Eğitim yöntemi olarak işitsel ve görsel araçlardan, yazılı materyallerden yararlanılmalıdır.
- Katılımcılar eğitim içerisinde aktif rol oynamalıdır.
- Sağlıklı bireyler olmak için yeni sağlıkla ilgili gelişmelerden haberdar olunmalı ve sağlığı geliştirici yeni yöntemler uygulanmalıdır.

Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırabilmek için sadece bireysel çaba yeterli değildir. Başta sağlık sektörü olmak üzere eğitim sektörü, sivil toplum örgütleri, medya ve iletişim sektörünün davranış ve tutumları, akademik çevre gibi farklı tarafların ortak çabası gerekmektedir.

III. BÖLÜM

EDİRNE İLİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde yapılan çalışmanın amacı, etik yönü, zamanı, problemleri, evren ve örneklemi, veri toplama araçları, bulgular ve yorumlar yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Konusu, Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın konusunu "Edirne İlinde İkamet Eden Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri" oluşturmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hakkındaki bilgi düzeyini ölçme, anlama ve yorumlama yeteneğini içermektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini öğrenim düzeyi, yaş, gelir düzeyi, teknoloji vb. etmenler olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın düşüktür. Düşük sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkla ilgili talimatları anlamamalarına, yanlış ilaç kullanmalarına ve sık sık hastaneye giderek sağlık harcamalarını arttırmalarına yol açabilmektedir. Bu çalışmadaki amaç bireylerin sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi vererek Edirne ilinde ikamet eden bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini incelemek, çıkan sonuçları analiz etmek ve somut durum hakkında değerlendirmelerde bulunmaktır.

Bireylerin hayatlarını devam ettirebilmeleri için sağlık en büyük etmendir. Bireyin kendi sağlığını ilgilendirecek konularda bilgi sahibi olması, sağlıkla ilgili doğru kararlar verebilmesi, sağlık okuryazarlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetini alan bireyler arasındaki sorumlulukların paylaşılmasına ve her iki tarafın iletişim esnasında birbirini daha iyi anlamalarına sebebiyet vermektedir. Bu nedenle bireylerin hekimle geçirdikleri vakitleri etkili bir şekilde değerlendirmeleri, verilen bilgilerin güvenilirliğini sorgulamaları ve tedaviye katılmalarının sağlanması gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı hakkındaki bu

araştırma bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin ölçülmesi, bilinçlendirilmesi ve bu konuda yapılacak çalışmalara fikir vermesi açısından, ayrıca bireylerin sağlığından sorumlu kurum ve kuruluşların eksikleri görmeleri ve bu konularda neler yapmaları gerektiğini bilmeleri açısından önem arz etmektedir.

3.2. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Trakya Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ni Geçerlilik ve Güvenilirlik analizlerini yaparak Türkçe'ye uyarlayan akademisyenlerden mail yoluyla izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan bireylerden sözlü olarak izin alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Edirne ili merkezinde yürütülmüştür. Edirne ilinde 18 yaş üstü nüfus 128,726 olup 24 mahalle bulunmaktadır. Araştırma 24 mahallede ikamet eden bireylere uygulanmıştır.

3.4. Araştırmanın Zamanı

Araştırmanın verileri 01 Ağustos- 01 Kasım 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Problemleri

- Edirne ili merkez mahallelerinde ikamet eden bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri yeterli midir?
- Demografik değişkenler sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemekte midir?

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenebilmesi amacıyla Edirne il merkezinde ikamet eden 18 yaş ve üstü bireyler evren olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın evrenini oluştururken Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'ndan alınan veriler baz alınmıştır. TÜİK'in adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları Tablo: 2'de yer almaktadır.

Tablo 2: 30 Aralık 2016 Tarihli Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 18+ Yaş (18 Yaş Dahil), Cinsiyete Göre Mahalle Nüfusu

İL	İLÇE	MAHALLE	CİNSİYET	
			ERKEK	KADIN
EDİRNE	MERKEZ	1.MURAT	2.198	3.410
		ABDURRAHMAN	3.643	4.286
		BABADEMİRTAŞ	1.427	1.286
		BARUTLUK	4.281	3.847
		DİLAVERBEY	1.654	1.634
		FATİH	6.986	7.510
		KARAAĞAÇ	1.970	1.237
		KOCA SİNAN	5.303	5.555
		MEDRESE ALİ BEY	2.287	2.357
		MENZİLAHIR	1.044	1.073
		MEYDAN	1.290	1.307
		MİTHAT PAŞA	1.047	1.117
		NİŞANCIPAŞA	3.015	2.953
		SABUNİ	495	601
		SARICAPAŞA	1.141	1.243
		TALATPAŞA	2.307	2.302
		UMURBEY	1.410	886
		YANCIKÇI ŞAHİN	1.728	1.874
		YENİİMARET	2.000	1.089
		YILDIRIM BEYAZIT	1.516	1.514
		YILDIRIM HACI SARRAF	1.179	1.208
		ÇAVUŞBEY	1.863	1.723
		İSTASYON	1.681	1.093
		ŞÜKRÜPAŞA	13.014	13.142

Kaynak: Türkiye İstatisk Kurumu (30.12.2016)

Tablo 2'de belirtilen nüfus değerleri incelendiğinde Edirne il merkezi 18+ yaş kadın nüfusu 64,247 ve erkek nüfusu 64,479 olmak üzere toplam 128,726 olarak kabul edilmiştir.

Örneklemi belirlerken olasılıklı seçim yöntemlerinden tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmış, veriler binde üç oranında azaltılarak 386 kişi bulunmuştur. Hata oranlarını azaltmak ve daha yüksek bir temsil yeteneğine sahip olması açısından tabakalar arasında eşit oranda artış yapılarak örneklem sayısı 454 olarak belirlenmiştir.

3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Edirne ili merkezinde ikamet eden bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi hakkında önemli bilgiler sağlamaktadır. Araştırmaya katılan bireyler Edirne Merkez ilçesi mahalleleri ile sınırlıdır. Bu nedenle elde edilen sonuçlar örneklem ve çevre sınırlamaları açısından başka illerle, Edirne ilçe ve kasabaları ile genellenemez.

Araştırmaya katılan bireylerin anlık duyguları uygulanan anketin cevaplarını etkileyebildiğinden ve aynı soruların aynı bireye farklı zamanda uygulanması araştırmanın sınırlılıkları arasında gösterilebilir.

3.8. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri Tablo 3'de gösterilmektedir.

Tablo 3: Araştırmanın Hipotezleri

H_1	Cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki vardır.	X
H_2	Eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki vardır.	✓
H_3	Yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki vardır.	✓
H_4	Çocuk sayısı ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki vardır.	✓
H_5	Gelir durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki vardır.	✓
H_6	Sağlık eğitimi ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki vardır.	✓
H_7	Evdeki sağlık çalışanı ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki vardır.	✓
H_8	Genel sağlık durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki vardır.	✓
H_9	Gazete kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki vardır.	✓
H_{10}	Dergi kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki vardır.	✓
H_{11}	Kitap okuma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki vardır.	✓
H_{12}	Web sayfalarının kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki vardır.	✓

3.9. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Demografik Anket Formu, Sağlık Farkındalığı Ölçeği (SFÖ) ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu (ASOY-TR) ile toplanmıştır.

3.9.1. Demografik Anket Formu

Demografik anket formu araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerini ortaya koymakta ve katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, gelir durumu vb. konularda bilgi vermektedir (Ek:2).

3.9.2. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu (ASOY-TR)

ASOY-TR Ölçeği , Okyay, Abacıgil ve Harlak tarafından 2013 yılında sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik geliştirilen bir ölçektir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olup, Türkçeye uyarlanmıştır (Ek:1).

Tablo 4: ASOY-TR Ölçeğine Ait Boyutlar ve Maddeler

Tedavi Hizmet Boyutu	**Maddeler**
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	1,2,3,4
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	5,6,7,8
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	9,10,11,12
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	13,14,15,16
Hastalıklardan Korunma Boyutu	**Maddeler**
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	17,18,19,20
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	21,22,23
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	24,25,26,27,28
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	29,30,31
Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu	**Maddeler**
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	32,33,34,35,36
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	37,38,39,40
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	41,42,43
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	44,45,46,47

ASOY-TR ölçeği, sağlıkla ilgili üç boyut "tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi" ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini "ulaşma, anlama, karar verme ve uygulama" boyutlarını içermektedir (Tablo: 3).

Araştırmacılar, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ni (HLS- EU) Türkçeye uyarlamak için İngilizce-Türkçe ve Türkçe-İngilizce çevirileri bu alanda uzman kişilere yaptırarak, dil geçerliliği ve uzman görüşü neticesinde ölçeğin son haline karar vermişlerdir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeye yönelik yeni bir ölçek olan ASOY-TR ölçeği 47 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma/ uygulama ile ilgili bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyini ortaya koyacak sorular yer almaktadır. ASOY-TR ölçeği 5'li likert tipinde bir ölçek olup 1'den 5'e kadar puanlama (1: Çok Zor, 2: Zor, 3:Kolay, 4: Çok Kolay, 5: Bilmiyorum) yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 47-188 arasındadır. Verilerin hesaplanmasının kolay olması için toplam puan 0-50 arasında değer alacak şekilde formüle edilmiştir. Elde edilen puana göre bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlenmiştir. 0-25 puan yetersiz sağlık okuryazarlığı, 25-33 puan sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, 33-42 puan yeterli sağlık okuryazarlığı ve 42-50 puan mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak değerlendirilmiştir (Okyay ve Abacıgil, 2016: 21-23).

3.9.3. Sağlık Farkındalığı Ölçeği (SFÖ)

Katılımcıların sağlık farkındalıklarını ortaya koymak amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (Araz, Harlak ve Meşe, 2009). SFÖ, 10 maddeli bir ölçek olup katılımcıların sağlıkla ilgili yaptıkları bazı eylemler, spor ve perhiz gibi sağlık konularına katılım düzeyini ölçmektedir (Ek:3). *ASOY-TR'nin yapı geçerliliğine esas olmak üzere kullanılmıştır.*

Katılımcıların her maddeye tepkileri 5'li likert ölçeği (1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Sıklıkla, 5: Her zaman) kullanılarak ölçülmüştür. Ölçekten alınabilecek toplam puan 10-50 arasında değişiklik gösterebilmektedir.

Alınan puanın artması katılımcının sağlık farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa değeri orijinal çalışmada 0,78 olarak bulunmuştur (Aktaran: Okyay ve Abacıgil, 2016: 22).

3.10. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde, değişkenler arasındaki ilişkilerin ortaya konulması için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0 programından yararlanılmıştır. Verilerin özetlenmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Ayrıca kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare analizinden faydalanılmış ve anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

3.11. Bulgular

Edirne merkez mahallelerinde bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular 5 başlıkta incelenmiştir.

1. Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri
2. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Tutum ve Davranışlarına Yönelik Bulgular
3. Araştırma Grubunun ASOY-TR Ölçeğine Verdikleri Yanıt Yüzdelerine Yönelik Bulgular
4. Araştırma Grubunun Mahallelere Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi
5. Araştırma Grubunun Demografik Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı Etkisine Yönelik Bulgular

3.11.1. Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri

Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri Tablo: 5'de sunulmuştur. Araştırmaya 226 kadın ve 228 erkek olmak üzere toplamda 454 kişi katılmıştır. Katılımcıların % 57,3'ü evli, %42,7'si bekardır. 18-27 yaş grubu katılımcıların

oranı (%37,7) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Yaş grupları içerisinde 58 yaş üzeri katılımcıların (%6,3) en düşük orana sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 5: Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri

	Frekans	%
Cinsiyet		
Kadın	226	49,8
Erkek	228	50,2
Medeni Durum		
Evli	260	57,3
Bekar	194	42,7
Yaş Grupları		
18-27	171	37,7
28-37	128	28,2
38-47	77	17
48-57	49	10,8
58-67	22	4,8
68-77	7	1,5
Eğitim Durumu		
İlkokul	90	19,8
Ortaokul	60	13,2
Lise	119	26,2
Meslek Yüksekokulu	45	9,9
Üniversite	126	27,8
Yüksek Lisans	12	2,7
Doktora	2	0,4
Sosyal Güvence		
Yok	19	4,2
Sgk	359	79,1
Yeşil kart	14	3,1
Diğer	62	13,6
Aylık Gelir		
Gelir<gider	140	30,8
Gelir=gider	227	50
Gelir>gider	87	19,2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	307	67,6
Çalışmıyor	147	32,4
TOPLAM	**454**	**100**

Katılımcıların %27,8'i üniversite mezunu, %26,2'si lise mezunu ve %19,8'i ilkokul mezunudur. Katılımcılar arasında yüksek lisans %2,7 ve doktora %0,4 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların %4,2'si sosyal güvencesinin olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %79,1'i sigorta ve bağkurdan yararlanmaktadır.

Katılımcıların yarısını (%50) orta gelir düzeyindeki bireyler oluşturmaktadır. Düşük gelir düzeyine sahip bireylerin oranı %30,8 iken yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin oranı %19,2 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların %67,6'sı çalışma hayatına katılıyorken, %32,4'ü çalışma hayatına katılmamaktadır.

Tablo 6: Cinsiyetin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

		ÇALIŞMA DURUMU	
		Evet	Hayır
CİNSİYET	Kadın	122 54,2%	103 45,8%
	Erkek	185 81,5%	42 18,5%
			p = 0,00<0,05

Kadın katılımcıların %54,2'si çalışmakta ve %45,8'i çalışma hayatına katılmamaktadır. Erkek katılımcıların ise %81,5'i çalışmaktadır. Bu durum kadınların erkeklere oranla çalışma hayatına daha az katıldığını göstermektedir.

Tablo 7: Sağlık Eğitimi ile Eğitim Durumu İlişkisi

SAĞLIK EĞİTİMİ	EĞİTİM DURUMU						
	İlkokul	Ortaokul	Lise	M.yüksekokulu	Üniversite	Yüksek lisans	Doktora
Evet	16 9,0%	14 7,9%	48 27,1%	24 13,6%	66 37,3%	7 4,00%	2 1,1%
Hayır	74 26,7%	46 16,6%	71 25,6%	21 7,6%	60 21,7%	5 1,8%	0 0,00%
							p =0,00<0,05

Katılımcıların 177'sinin sağlık eğitimi aldığı, 277'sinin ise sağlık eğitimi almadığı belirlenmiştir. Sağlık eğitimi alanların %9'u ilkokul mezunu, %7,9'u ortaokul mezunu, %27,1'i lise mezunu, %13,6'sı meslek yüksekokulu mezunu, %37,3'ü üniversite mezunu, %4'ü yüksek lisans, %1,1'i ise doktora mezunudur. Sağlık eğitimi alan üniversite mezunlarının oranı diğer eğitim gruplarına göre daha yüksektir.

Sağlık eğitimi almayanların %26,7'sini ilkokul mezunları ve %25,6'sını lise mezunları, %21,7'sini üniversite mezunları oluşturmaktadır. Katılımcıların sağlık eğitimi alıp almadığı eğitim durumuna göre farklılık gösterebilmektedir. Yapılan istatistiksel analizde farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu durum sağlık eğitimi ile eğitim durumu arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır.

3.11.2 Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Tutum ve Davranışlarına Yönelik Bulgular

Katılımcıların herhangi bir sağlık kuruluşuna yılda başvuru sayıları incelendiğinde; kadın ve erkeklerin genel olarak bir veya iki kez başvurdukları (158 kişi) görülmektedir.

Tablo 8: Cinsiyete Göre Sağlık Kuruluşuna Başvuru Durumları ve Sağlık Kuruluşu Tercihleri

		CİNSİYET		
		Kadın n=226	Erkek n=228	Toplam
YILDA BAŞVURU SAYISI	Neredeyse hiç	20	46	66
		30,3%	69,7%	100,0%
	Bir veya iki kez	72	86	158
		45,6%	54,4%	100,0%
	Üç veya beş kez	66	53	119
		55,5%	44,5%	100,0%
	Beş üzeri	43	18	61
		70,5%	29,5%	100,0%
	Sayısını hatırlamıyorum ama çok sık	17	11	28

		60,7%	39,3%	100,0%
	Neredeyse her ay	8	14	22
		36,4%	63,6%	100,0%
SAĞLIK KURULUŞU	Aile sağlığı merkezi	46	48	94
		48,9%	51,1%	100,0%
	Devlet hastanesi	123	128	251
		49,0%	51,0%	100,0%
	Sağlık ocağı	20	19	39
		51,3%	48,7%	100,0%
	Özel hastane	13	18	31
		41,9%	58,1%	100,0%
	Üniversite hastanesi	23	9	32
		71,9%	28,1%	100,0%
	Özel muayene	1	6	7
		14,3%	85,7%	100,0%

Genel olarak katılımcıların sağlık kuruluşu tercih sıralamaları ise şu şekildedir; devlet hastanesi (251 kişi), aile sağlığı merkezi (94 kişi), sağlık ocağı (39 kişi), üniversite hastanesi (32 kişi), özel hastane (31 kişi), özel muayene (7 kişi)'dir.

Tablo 9: Katılımcıların Sağlıkla İlgili En Güvenilir Olarak Tanımladıkları Bilgi Kaynakları

EN GÜVENİLİR BİLGİ KAYNAKLARI		
	Frekans	**Yüzde**
Sağlık çalışanları	394	86,8
Yazılı basın	7	1,5
Radyo/ Tv	5	1,1
İnternet	25	5,5
Aile üyeleri	11	2,4
Kitap/Dergi/Broşür	11	2,4
Diğer	1	,2
Total	454	100,0
		ORT=1,460 SS=1,30949

Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada, katılımcıların %86,8'i sağlık çalışanlarını, %5,5'i interneti, %2,4'ü aile üyeleri ve kitap/dergi/broşürü, %1,5'i yazılı basını, %1,1'i radyo/tv ve %0,2'si diğer kaynakları en güvenilir bilgi kaynağı olarak belirtmiştir.Yani katılımcıların büyük bir kısmı sağlık çalışanlarına güvenmektedir.

Tablo 10: Sağlıkla İlgili Başvurulan Kaynakların Kullanım Sıklığı

Sağlıkla İlgili Başvuru Kaynaklarını Kullanma Sıklığı	Hiç Bir Zaman		Nadiren		Bazen		Sıklıkla		Her Zaman	
	Fİ	%	Fİ	%	Fİ	%	Fİ	%	Fİ	%
Gazete	151	33,3	136	30	102	22,5	35	7,7	30	6,5
Dergi	188	41,4	124	27,3	110	24,2	21	4,6	11	2,5
Radyo & Tv	93	20,5	119	26,2	136	30	62	13,7	44	9,6
Kitap	126	27,8	120	26,4	129	28,4	59	13	20	4,4
Web Sayfaları	96	21,1	60	13,2	92	20,3	139	31	67	14,4
Sosyal Medya	127	28	77	17	108	23,8	89	20	53	12,1
Aile Üyeleri	47	10,4	82	18,1	136	30	113	25	76	16,5
Arkadaş/Tanıdık	67	14,8	96	21,1	140	30,8	99	22	52	11,3

Katılımcıların sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaşmak için kullanılan kaynaklar incelendiğinde; "her zaman" başvurulan ilk üç kaynak içerisinde aile üyeleri (%16,5), web sayfaları (%14,4) ve sosyal medya (%12,1) yer almaktadır.

Web sayfaları (%31), aile üyeleri (%25) ve arkadaş/tanıdık (%22) "sıklıkla" kullanılan bilgi kaynağı olarak belirtilmiştir. Bununla birlikte sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada kitap kullanımı %28,4 "bazen", %27,8 "hiçbir zaman" ve %26,4 "nadiren" tercih edildiği ifade edilmiştir. Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için katılımcıların "nadiren" tercih ettiği başvuru kaynaklarının gazete (%30), dergi (%27,3), kitap (%26,4) olduğu görülmektedir.

"Hiçbir zaman" başvurulan üç bilgi kaynağı ise dergi (%41,4), gazete (33,3) ve kitap (%27,8) şeklindedir. Aile üyeleri ve web sayfalarının sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için gazete, kitap ve dergiye göre daha çok tercih edilen kaynaklar olduğu görülmüştür.

Tablo 11: Sağlık Farkındalığı Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımı

Sağlık Farkındalığı Ölçeğine Göre Cevapların Dağılımı n=454	Hiç Bir Zaman		Nadiren		Bazen		Sıklıkla		Her Zaman	
	Fİ	%	Fİ	%	Fİ	%	Fİ	%	Fİ	%
1-Sağlıkla ilgili gazete, dergi ve kitap okuma	110	24,2	151	33,3	122	26,9	47	10	24	5,6
2-Sağlığını korumak için perhiz/diyet yapma	122	26,9	117	25,8	134	29,5	45	9,9	36	7,9
3-Tv/radyo vb.deki reklamlarda sağlıkla ilgili bilgilere dikkat etme	79	17,4	110	24,2	125	27,5	88	19,4	52	11,5
4-Organik tarım ürünleri satan yerlerden alışveriş yapma	79	17,4	98	21,6	132	29,1	82	18	63	13,9
5-Yemeklerde katkı maddesi ve koruyucu içeren ürünleri kullanmaktan kaçınma	68	15	77	17	91	20	103	23	115	25
6-Yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterme	46	10,1	78	17,2	126	27,4	107	24,2	97	21,1
7-Sağlıklı olmak için düzenli olarak spor yapma	96	21,0	134	29,4	128	28,1	52	12	44	9,5
8-Görünüşü ve tadı hoşunuza gitmese de, sağlığınızı korumak için bazı yiyecek ve içecekleri tüketme	107	23,6	96	21,1	130	28,3	71	16	50	11

9-Reçete edilen ilaçlar hakkında yan etkileri de dahil olmak üzere bilgi edinme	40	8,8	65	14,3	99	21,8	118	26	132	29,1
10-Sağlıklı kalmak için kilosuna dikkat eme	65	14,3	90	19,8	102	22,5	90	20	107	23,4

Sağlık farkındalığı ölçeği katılımcıların sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konularında farkındalık düzeyini ortaya koymak için uygulanmıştır. Sağlık Farkındalığı Ölçeği puan ortalaması 29,125 olarak bulunmuştur. Katılımcıların reçete edilen ilaçlar hakkında bilgi edinmeye çalışma %29,1, sağlıklı kalmak için kiloya dikkat etme %23,4 ve yemeklerde katkı maddesi ve koruyucu içeren ürünleri kullanmaktan kaçınma %25 oranla katılımcıların sağlıklarını korumak amacıyla "her zaman" yaptıkları davranışların ilk üçünü oluşturmaktadır.

3.11.3. Araştırma Grubunun ASOY-TR Ölçeğine Verdikleri Yanıt Yüzdeleri

Araştırma grubunun ASOY-TR ölçeğine verdiği yanıtların yüzdeleri Tablo:12'de sunulmuştur.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile ilgili "çok kolay" olarak değerlendirilen cevapları incelendiğinde; "Tedavi ve Hizmet" boyutunda, katılımcıların %31,3'ü hastalandıkları zaman profesyonel yardımı nereden alacaklarını bildiğini, %42,1'i ise acil bir durumda ambulans çağırabildiğini belirtmektedir.

"Hastalıklardan Korunma" boyutunda, katılımcıların %29,5'i sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulduğunu, %28'i sigara içmek, yetersiz

fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anladığını bildirmektedir.

Tablo 12: Avrupa Sağlık Ölçeği Türkçe Versiyonu (ASOY-TR) Madde Dağılımına Göre Yanıt Yüzdeleri

	ASOY TR Ölçeği	Çok Zor	Zor	Kolay	Çok Kolay	Bilmiyorum	Ortalama	Standart Sapma
	TEDAVİ VE HİZMET BOYUTU	%	%	%	%	%		
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma								
1	Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri ile ilgili bilgi bulmak.	4,4	20	52,9	19,6	3,1	2,97	0,83
2	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgi bulmak.	3,3	22,7	53,5	17,8	2,7	2,94	0,80
3	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini bulmak.	4,6	24,2	48,7	19,6	2,9	2,92	0,85
4	Hastalandığınız zaman profesyonel yardımı nereden alacağınızı bulmak.	2,9	10,8	52,6	31,3	2,4	3,20	0,77
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama								
5	Doktorunuzun size ne dediğini anlamak.	3,7	17	57,9	18,8	2,6	3,00	0,78
6	İlacınızın prospektüsünü anlamak.	9,5	24,4	44,5	18,9	2,7	2,81	0,94
7	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini anlamak.	6,8	26,2	48,9	14,8	3,3	2,81	0,88
8	Doktorunuzun ya da eczacınızın reçeteli bir ilacı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili talimatlarını anlamak.	4	10,6	54,2	28,2	3,1	3,16	0,80
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme								
9	Doktordan aldığınız bilginin size ne kadar uygun olduğunu değerlendirmek.	4,2	26,4	52,2	11,9	5,3	2,88	0,86
10	Farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek.	6,6	31,1	44,7	11,9	5,7	2,79	0,93
11	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek.	3,7	24,9	49,6	16,7	5,1	2,94	0,87
12	Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek.	19,6	38,8	24,7	9,9	7	2,46	1,12
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama								
13	Hastalığınızla ilgili karar verirken doktorun verdiği bilgiyi kullanmak.	2,4	15,9	61,5	17	3,3	3,03	0,74
14	İlaç tedavisinde talimatları takip etmek.	2	11,2	59,3	26	1,5	3,14	0,70
15	Acil bir durumda ambulans çağırmak.	1,8	7,9	44,9	42,1	3,3	3,37	0,75

16	Doktorunuzun ya da eczacınızın talimatlarını takip etmek.	1,1	9,3	58,8	28,9	2	3,21	0,67
HASTALIKLARDAN KORUNMA BOYUTU								
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma								
17	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak	5,3	17,8	43,2	29,5	4,2	3,09	0,91
18	Stres ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarıyla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgiyi bulmak	6,4	27,1	42,3	19,8	4,4	2,89	0,94
19	Olmanız gereken aşılar ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulmak.	3,7	20,7	51,8	20,5	3,3	2,99	0,83
20	Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolestrol gibi durumları önleme veya başa çıkma ile ilgili bilgi bulmak.	4,4	20,9	49,8	21,6	3,3	2,98	0,85
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama								
21	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlamak	4	16	48	28	4	3,12	0,86
22	Aşıya neden ihtiyacınız olduğunu anlamak.	4,2	18,9	46,9	26	4	3,07	0,87
23	Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak.	2,4	13,9	52,6	26,7	4,4	3,17	0,80
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme								
24	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi konularla ilgili sağlık uyarılarının ne kadar güvenilir olduğuna karar vermek.	5,1	19,6	48,5	21,6	5,3	3,02	0,91
25	Genel sağlık kontrolü için doktora ne zaman gidilmesi gerektiğine karar vermek.	4,6	21,1	52,9	17,4	4	2,95	0,85
26	Hangi aşılara ihtiyacınız olduğuna karar vermek.	11,9	29,3	37,2	13,9	7,7	2,76	1,07
27	Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek.	10,6	29,5	39,6	13,2	7,1	2,77	1,03
28	Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek.	24,9	43,4	19,6	7,5	4,6	2,24	1,05
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama								
29	Grip aşısı olmanız gerektiğine karar vermek.	8,8	31,9	40,7	13,9	4,7	2,74	0,96
30	Aileniz ve arkadaşlarınızın tavsiyelerine dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek.	7,3	33,5	44,7	11,2	3,3	2,70	0,88
31	Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek	15,6	37,7	32,4	10,4	4	2,49	1,00
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ								
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma								

32	Egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulmak.	3,7	18,5	48	27,2	2,6	3,06	0,84
33	Ruh sağlığınız için iyi olan aktiviteleri bulmak.	6,2	24,4	46,3	19,1	4	2,90	0,91
34	Yaşadığınız çevrenin nasıl daha sağlık dostu bir yer haline gelebileceği hakkında bilgi bulmak.	9,9	27,8	43,6	15,6	3,1	2,74	0,94
35	Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak.	16,3	35,5	31,1	10,8	6,4	2,56	1,08
36	İşyerinde sağlığınızı geliştirme ile ilgili girişimleri bulmak.	13	35,9	35	9,7	6,4	2,61	1,03
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama								
37	Aile üyelerinin ya da arkadaşların sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak.	4,4	18,3	54,8	18,5	4	2,99	0,83
38	Gıda ambalajlarındaki bilgiyi anlamak.	9,3	20,7	46	20,7	3,3	2,88	0,95
39	Nasıl daha sağlıklı olunacağı ile ilgili medyadaki bilgiyi anlamak.	9,7	26,2	48,5	12,8	2,9	2,73	0,90
40	Akıl sağlığınızı nasıl koruyacağınızla ilgili bilgiyi anlamak.	11,1	23,3	44,1	17,8	3,7	2,80	0,98
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme								
41	Yaşantınızın sağlığınızı ve iyilik halinizi nasıl etkilediğine karar vermek.	4,6	20,5	52,9	17,4	4,6	2,97	0,86
42	Konut koşullarının sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğuna karar vermek.	4	20	55,5	15,2	5,3	2,98	0,85
43	Gündelik davranışlarınızdan hangisinin sağlığınızla ilgili olduğuna karar vermek.	4	18,3	55,5	18,3	4	3,00	0,82
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama								
44	Sağlığınızı geliştirmek için kararlar almak.	5,2	21,8	52,9	17	3,1	2,91	0,84
45	İstediğiniz zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak.	9,9	22,5	41,2	23,1	3,3	2,87	0,98
46	Sağlığınızı ve iyilik halinizi etkileyen yaşam koşullarınızı kontrol etmek.	6,2	27,5	46,5	16,5	3,3	2,83	0,89
47	Sosyal çevrenizde sağlık ve iyilik halinizi geliştirecek aktivitelere katılmak.	8,8	24,4	46	17,3	3,5	2,82	0,93

"Sağlığın Geliştirilmesi" boyutunda, katılımcıların %27,2'si egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulduğunu, %23,1'i ise istedikleri zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katıldığını ifade etmektedir.

"Çok Zor" olarak değerlendirilen cevapların dağılımı ise;

"Tedavi ve Hizmet" boyutunda, katılımcıların %9,5'i ilacın prospektüsünü anlamadığını, %19,6'sı bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermekte çok zorlandığını belirtmektedir.

"Hastalıklardan Korunma" boyutunda, katılımcıların %24,9'u sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar verme konusunda, %15,6'sı medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermekte çok zorlandığını ifade etmektedir.

"Sağlığın Geliştirilmesi" boyutunda, katılımcıların %16,3'ü sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmakta ve %13,0'ı işyerinde sağlıklarını geliştirme ile ilgili girişimleri bulmakta çok zorlandığını bildirmektedir.

3.11.4. Araştırma Grubunun Mahallelere Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki 24 mahallenin ASOY-TR ölçeğine göre aldığı puanların sağlık okuryazarlık düzeylerine göre değerlendirilmesi Şekil:4'de sunulmuştur. Sağlık okuryazarlığı hakkındaki 47 sorunun cevaplandığı ölçekten alınan puan ortalamaları 0-50 puan arası değer alacak şekilde formüle edilmiştir.

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

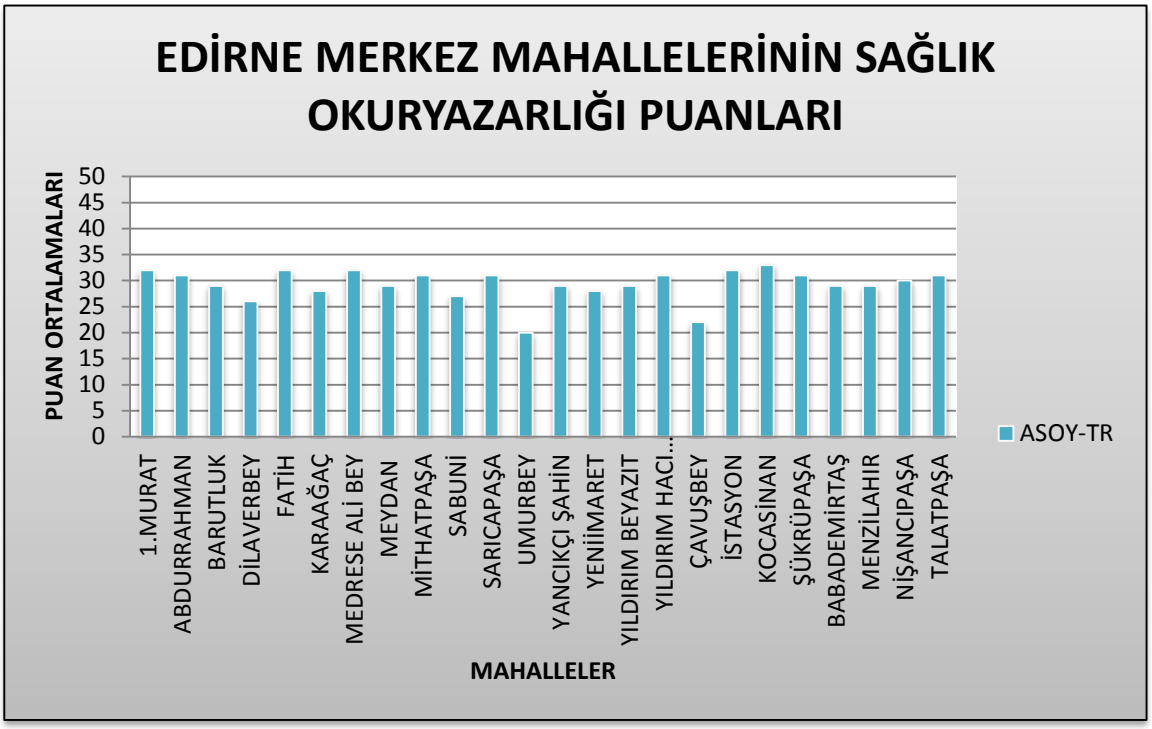
Sağlık okuryazarlığı düzeyi, alınan puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir:

(0-25) puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) : sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı



Şekil 5: Edirne Merkez Mahallelerinin Sağlık Okuryazarlığı Puanları

Mahallelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelendiğinde; Umurbey mahallesinde ikamet eden bireylerin 20 puan ve Çavuşbey mahallesinde ikamet eden bireylerin 22 puan alarak yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Dilaverbey (26 puan), Sabuni (27 puan), Karaağaç ve Yeniimaret (28 puan), Barutluk, Meydan, Yancıkçı Şahin, Yıldırım Beyazıt, Babademirtaş ve Menzilahır mahalleleri (29 puan), Nişancıpaşa (30 puan), Abdurrahman, Şükrüpaşa, Mithatpaşa, Sarıcapaşa, Yıldırım Hacı Sarraf ve Talatpaşa (31 puan), 1. Murat, Fatih, Medrese Ali Bey ve İstasyon (32 puan)'dır. Mahallelerin ölçek üzerinden aldıkları puanlar incelendiğinde bu mahallelerin sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

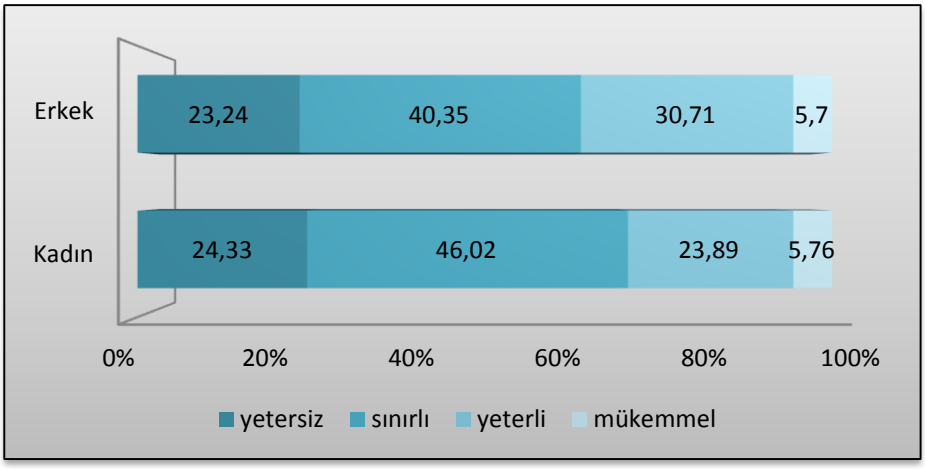
Kocasinan (33 puan) mahallesinde ikamet eden bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi ise, yeterli düzeyde çıkmıştır.

Ölçekten alınan puanlar incelendiğinde Edirne genel sağlık okuryazarlığı indeksi üzerinden ortalama 30,1 puan almış ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

3.11.5. Araştırma Grubunun Demografik Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığına Etkisine Yönelik Bulgular

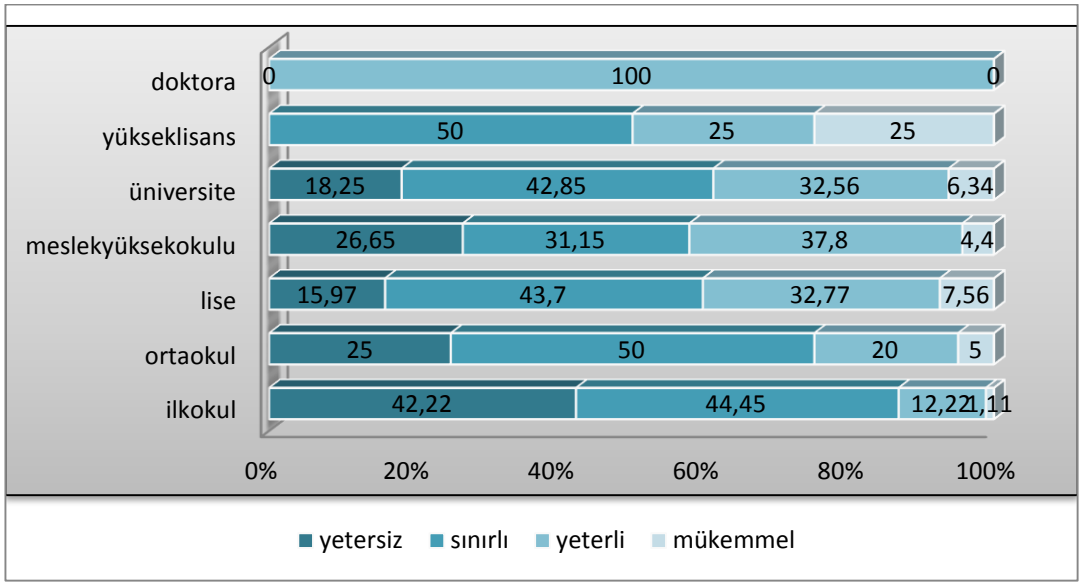
Katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, yaş, çocuk sayısı, gelir durumu, sağlık eğitimi alma durumu, evde sağlık çalışanın olma durumu, genel sağlık durumu, sağlıkla ilgili kaynakları kullanma sıklığı, sağlık farkındalığı ile sağlık okuryazarlığı ilişkisine yönelik bulgular bu başlık altında incelenecektir.

Cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelendiğinde; erkeklerin %23,4'ünün kadınların ise %24,33'ünün okuryazarlık düzeyi yetersiz bulunmuştur (Şekil: 6).



Şekil 6: Cinsiyet ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Her iki grupta da sınırlı okuryazarlık düzeyinin diğer düzeylere göre yüksek çıktığı görülmektedir. Yapılan χ^2 analiz sonucunda cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p=0,419> 0,05$).

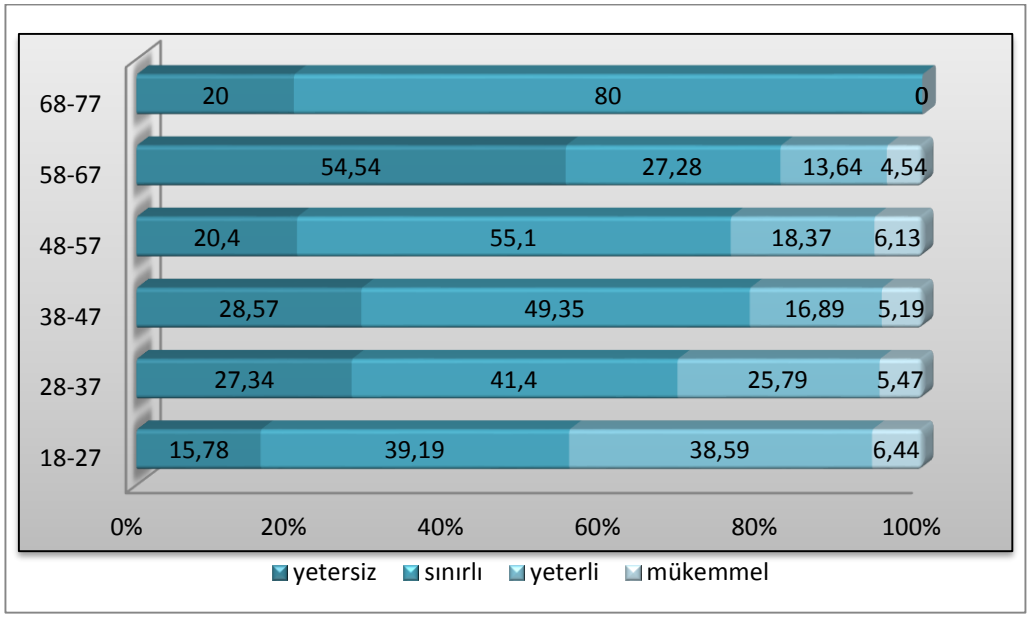


Şekil 7: Eğitim Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Bireyler günlük yaşamlarında ilaç seçiminde veya sağlıkla ilgili bir makale okurken temel okuryazarlık becerisine sahip olmak zorundadır. Bu durumda sağlık okuryazarlık düzeyinin eğitim düzeyine göre farklılık göstermesi beklenmektedir.

Eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi incelendiğinde; ilkokul mezunu bireylerin %42,22'sinin yetersiz düzeyde sağlık okuryazarı olduğu görülmektedir. Yüksek lisans mezunu bireylerin %50'sinin sınırlı, doktora mezunu olanların ise tamamının yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan χ^2 analizinde ise sağlık okuryazarlığı düzeyi ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($p=0,000<0,05$).

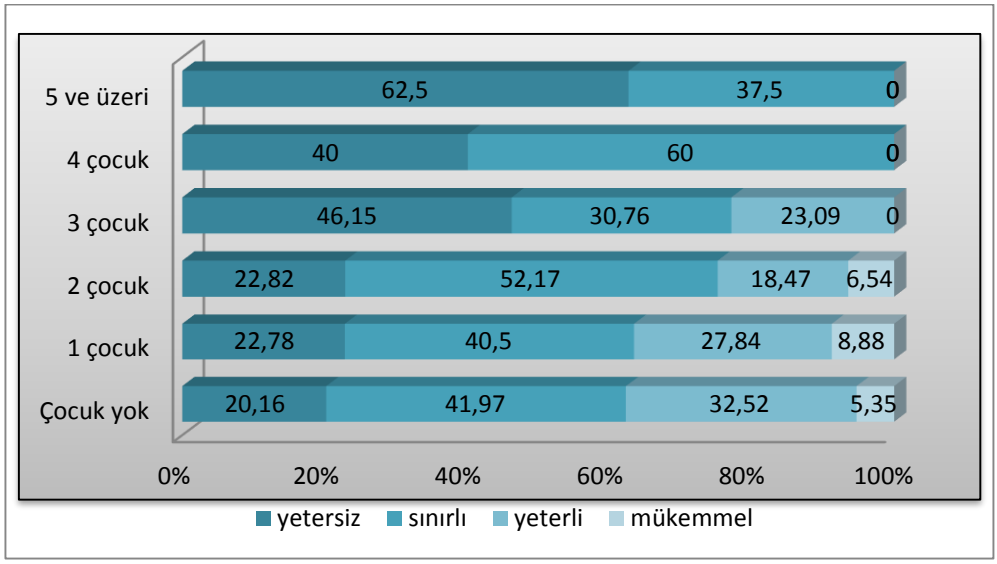


Şekil 8: Yaş ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Yaş, sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olan bir faktördür. Yaşın ilerlemesi ile birlikte bireyde okuduğunu anlama, algılama, yorum yapabilme faaliyetlerinin gerilediği söylenebilmektedir. Yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri Şekil: 8'de verilmiştir.

Yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı incelendiğinde; 58-67 yaş grubunda yetersiz sağlık okuryazarlığı oranı %54,54 olarak bulunurken, 18-27 genç nüfusun %15,78 olarak bulunmuştur. Mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde en yüksek orana sahip olan yine 18-27 yaş grubudur.

Yapılan χ^2 analizi sonucunda yaş grupları ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p= 0,001<0,05$).



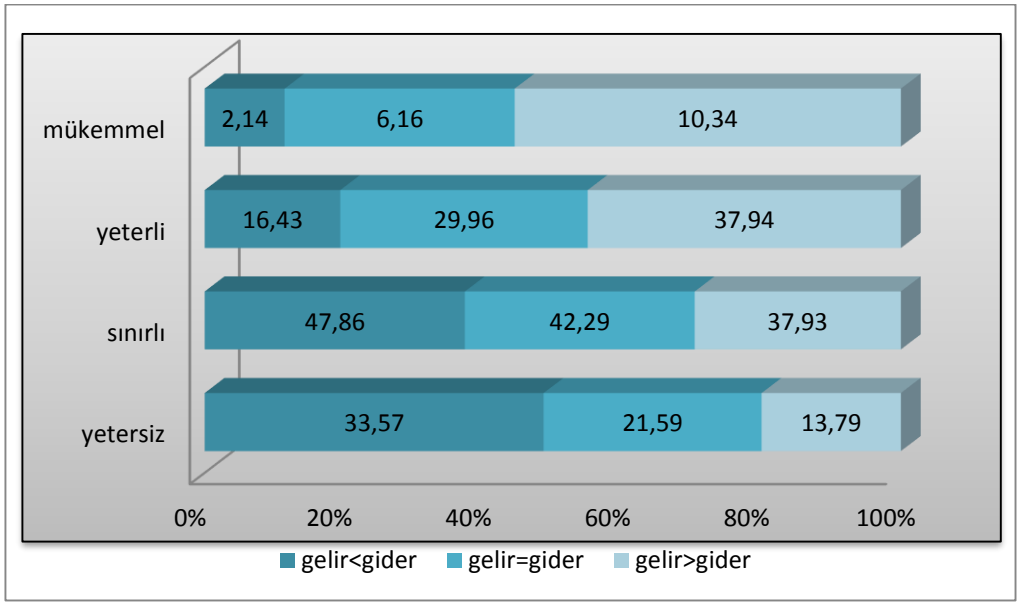
Şekil 9: Çocuk Sayısı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Çocuk sayısına göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi incelendiğinde; çocuk sayısı 5 ve üzeri olan katılımcıların %62,5'inin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu dikkat çekmektedir.

Çocuğu olmayan bireylerin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinin %5,35, tek çocuğu olan bireylerin %8,88, iki çocuğu olan bireylerin %6,54 olduğu ortaya çıkmıştır. Üç çocuk ve daha fazla çocuğa sahip olan bireylerin ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine ait bir sonuç elde edilememiştir. Bu durum çocuk sayısı arttıkça, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğünü göstermektedir.

Yapılan χ^2 analizi sonucunda çocuk sayısı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,020<0,05$).

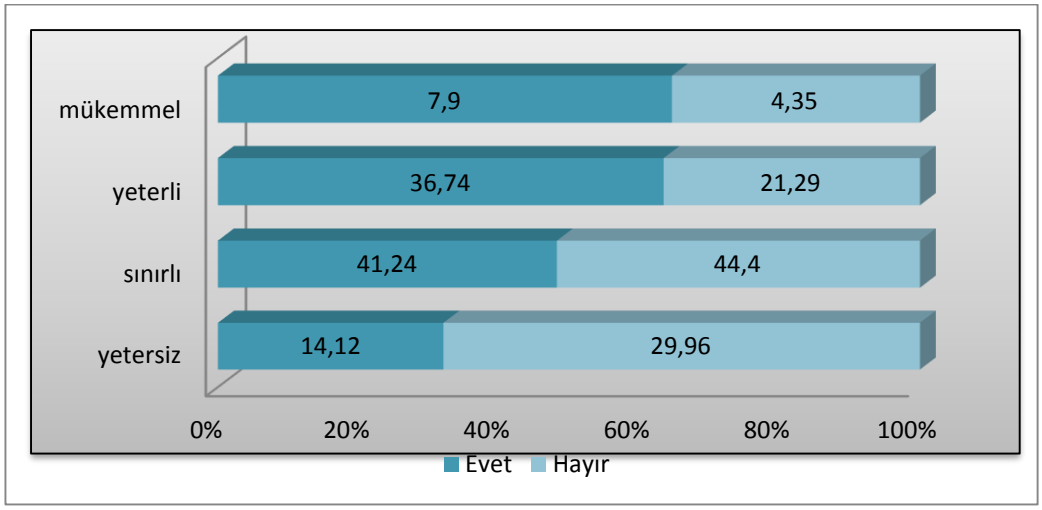
Gelir durumu bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Gelir durumu ve sağlık okuryazarlığı ilişkisi Şekil: 10'da verilmiştir.



Şekil 10: Gelir Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Gelir durumu düşük olan bireylerin yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olması beklenmektedir. Şekil: 10' da görüldüğü gibi gelir durumu düşük olan bireylerin %33,57'sinin yetersiz ve %47,86'sının sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Gelir durumu yüksek olan bireylerde ise yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi %13,79 ve %37,94'ünün yeterli düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan χ^2 analizi sonucunda gelir durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,000<0,05$).

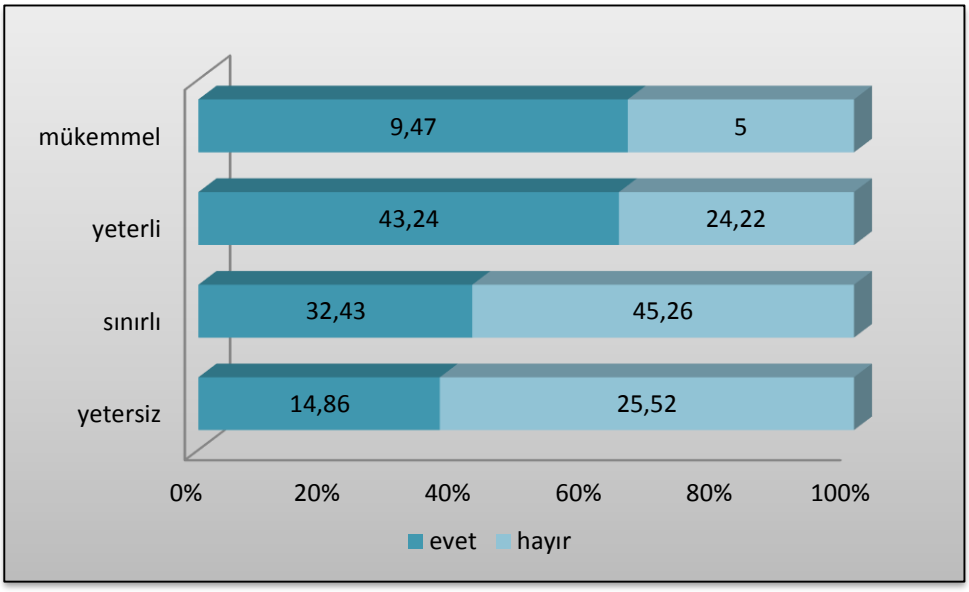


Şekil 11: Sağlık Eğitimi ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Sağlıkla ilgili eğitim alan bireylerin sağlık konusunda diğerlerine göre daha bilinçli olması beklenen bir durumdur. Sağlık eğitimi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki Şekil: 11'da gösterilmiştir.

Sağlık eğitimi alan bireylerin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi (%14,12), almayan bireylere (%29,96) oranla daha düşük çıkmıştır. Bireyler sağlık eğitimi ile sağlık farkındalıklarını ön plana çıkarmaktadır. Sağlık eğitimi alan bireyin yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olması beklenmektedir.

Yapılan χ^2 analizi sonucunda sağlık eğitiminin alınıp alınmaması ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,000<0,05$).

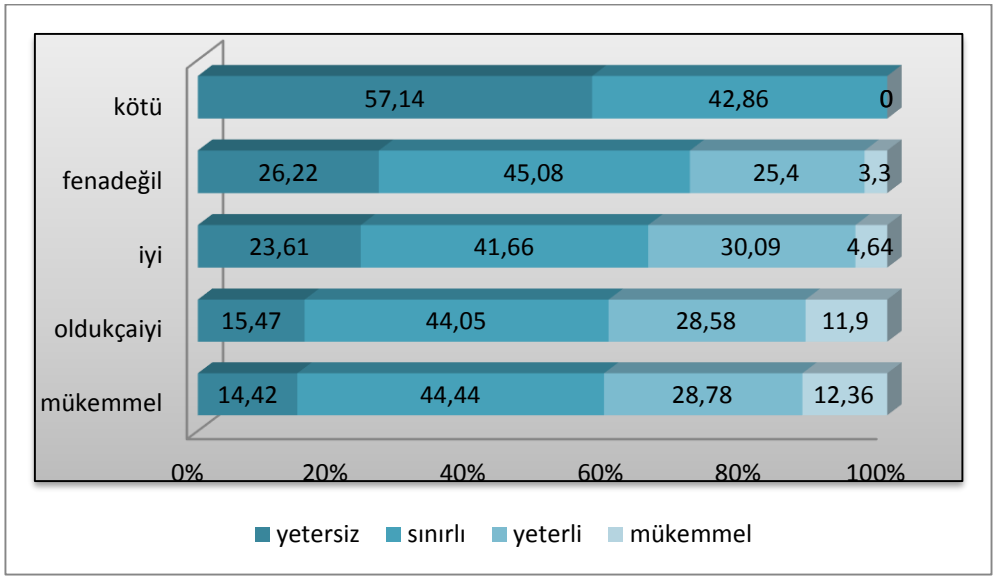


Şekil 12: Evdeki Sağlık Çalışanı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Sağlık okuryazarlığı tek bir bireyi değil, toplumu etkilemektedir. Bu nedenle sağlık alanında bilgi sahibi olan bireyin ailesi ve yakın çevresi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Şekil:12'de evdeki sağlık çalışanı ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi verilmiştir.

Evde sağlık çalışanı olan bireylerde yetersiz (%14,86), sınırlı (%32,43),yeterli (%43,24) ve mükemmel (%9,47) sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Bir sağlık çalışanı ile aynı evi paylaşan bireylerin yetersiz sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu görülmektedir.

Yapılan χ^2 analizi sonucunda evdeki sağlık çalışanı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,001<0,05$).

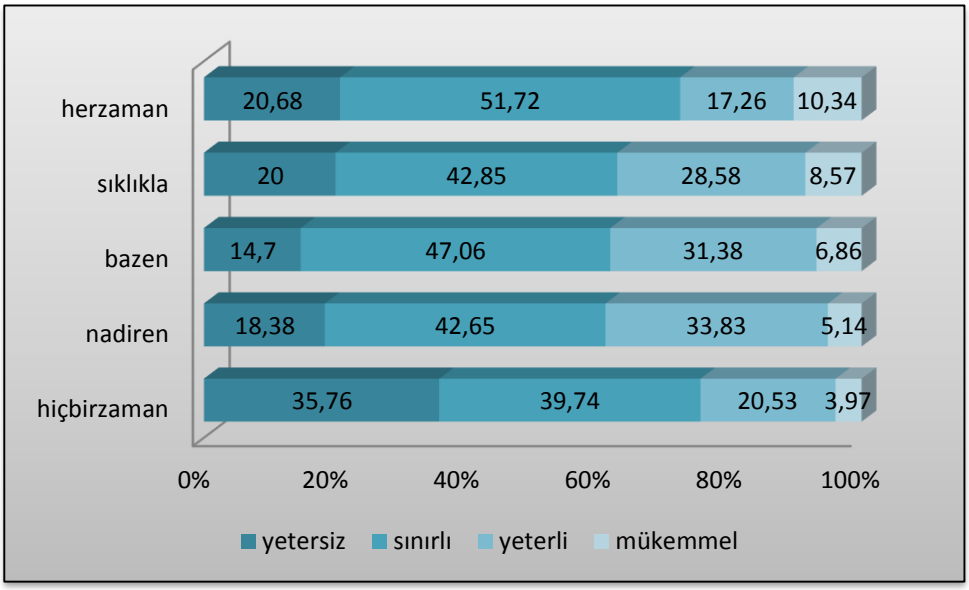


Şekil 13: Genel Sağlık Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Bireylerden genel sağlık durumlarını "kötü, fena değil, iyi, oldukça iyi,mükemmel" şeklinde değerlendirmeleri istenmiş ve değerlendirmelerinin sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Şekil: 13).

Genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren bireylerin yetersiz (%57,14) ve sınırlı (%42,86) sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Sağlığını mükemmel olarak değerlendiren bireylerin ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek çıkmıştır.

Yapılan χ^2 analizi sonucunda bireylerin genel sağlık durumunu değerlendirmeleriyle sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,024<0,05$).

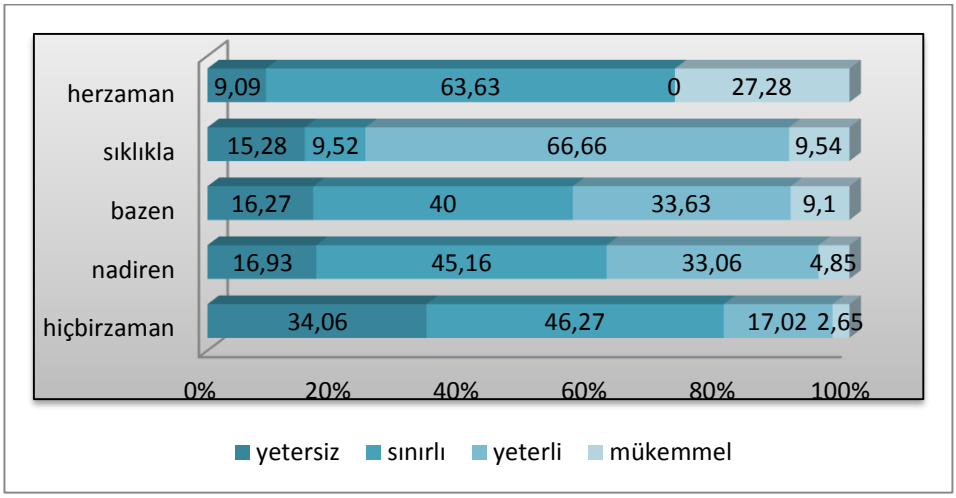


Şekil 14: Gazete Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Bireylerin sağlıkla ilgili gazeteyi kullanma sıklığı arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı görülmektedir (Şekil:14).

Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için gazeteyi hiçbir zaman tercih etmeyen bireylerin mükemmel sağlık okuryazarlığı oranı %3,97 iken, her zaman tercih edenlerin oranı %10,34 olarak bulunmuştur.

Yapılan X^2 analizi sonucunda gazete kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,021<0,05$).

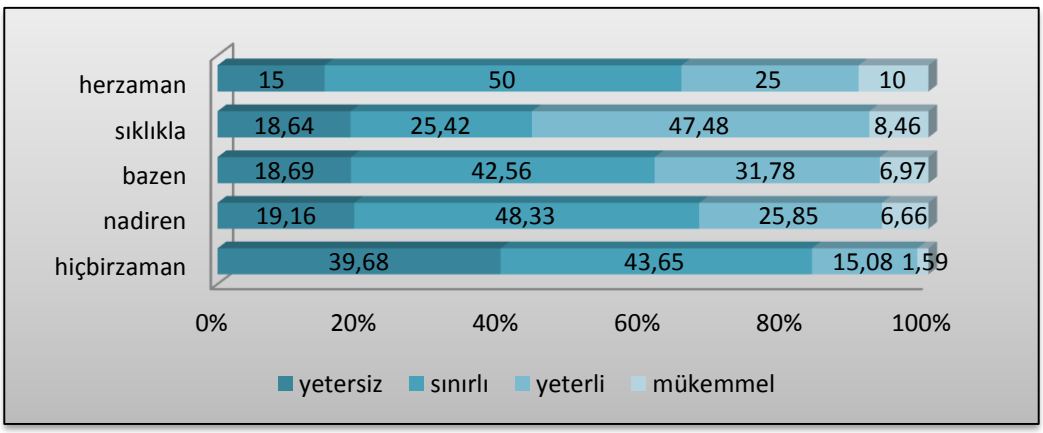


Şekil 15: Dergi Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için dergi kullanımı ve sağlık okuryazarlığı ilişkisi Şekil: 15'de gösterilmiştir.

Hiçbir zaman dergiyi tercih etmeyenlerin %34,06'sı yetersiz sağlık okuryazarı iken her zaman dergiyi tercih edenlerin %9,09'u yetersiz sağlık okuryazarıdır. Sağlıkla ilgili dergiyi kullanım sıklığı arttıkça, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı görülmektedir.

Yapılan χ^2 analizi sonucunda dergi kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,000<0,05$).

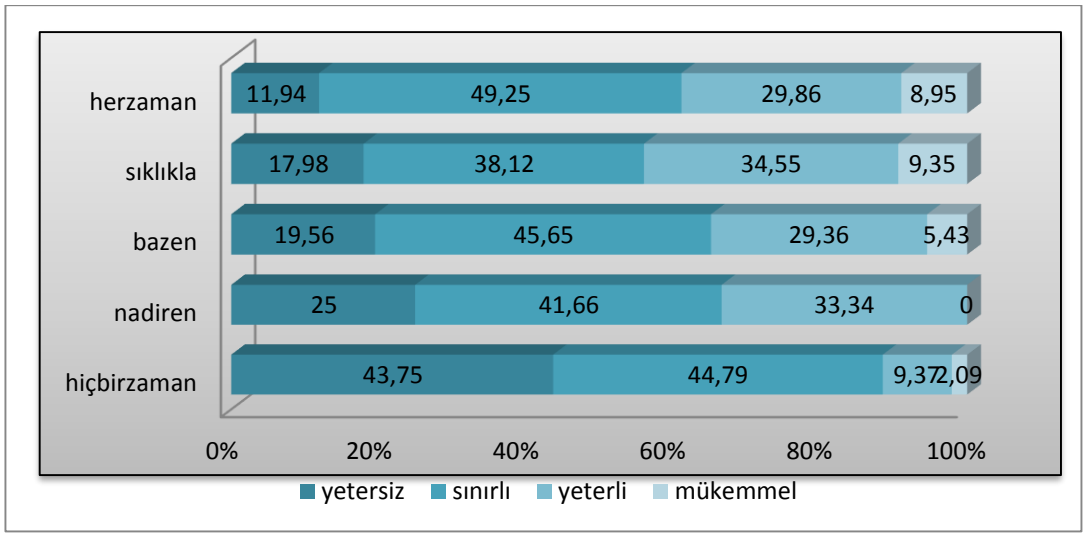


Şekil 16: Kitap Okuma Sıklığı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Kitap okuma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelendiğinde; her zaman kitap okuyan bireylerin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Şekil:16).

Hiçbir zaman kitap okumayı tercih etmeyen bireyin mükemmel sağlık okuryazarlığı %1,59 iken, her zaman kitap okumayı tercih eden bireyin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinin %10 olduğu ortaya çıkmıştır. Kitap okuma sıklığı arttıkça yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğü görülmektedir.

Yapılan χ^2 analizi sonucunda kitap okuma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,000<0,05$).



Şekil 17: Web Sayfalarının Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için web sayfalarını her zaman tercih eden bireylerin %11,94'ü, hiçbir zaman tercih etmeyenlerin %43,75'i yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir (Şekil: 17).

Yapılan χ^2 analizi sonucunda web sayfaları kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p=0,000<0,05).

Tablo 13: Sağlık Farkındalığı Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

S-1)Sağlıkla ilgili gazete, dergi ve kitap okuma durumu	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	**p**
Yetersiz	42,72	25,16	13,93	6,38	12,5	
Sınırlı	37,27	43,04	49,18	51,06	25	
Yeterli	17,28	27,82	29,52	34,04	45,83	0,00<0,05
Mükemmel	2,73	3,98	7,37	8,52	16,67	
S-2)TV, radyo vb,deki reklamlarda sağlıkla ilgili bilgilere dikkat etme durumu	Hiç bir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	**p**
Yetersiz	36,07	29,91	14,92	11,11	11,11	
Sınırlı	40,16	46,15	44,77	37,78	44,44	
Yeterli	19,68	22,22	32,85	40	33,33	0,02<0,05
Mükemmel	4,09	1,72	7,46	11,11	11,12	
S-3)Sağlığını korumak için perhiz/ diyet yapma durumu	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	**p**
Yetersiz	37,97	22,72	27,2	9,09	21,15	
Sınırlı	40,51	45,45	38,4	50	42,3	
Yeterli	18,98	27,29	25,6	35,22	30,77	0,01<0,05
Mükemmel	2,54	4,54	8,8	5,69	5,78	
S-4)Yemeklerde katkı maddesi ve koruyucu içeren ürünleri kullanmaktan kaçınma durumu	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	**p**
Yetersiz	40,5	28,57	19,69	17,07	12,69	
Sınırlı	39,24	43,87	49,24	35,36	44,44	
Yeterli	20,26	25,52	21,98	39,04	34,92	0,00<0,05
Mükemmel	0	2,04	9,09	8,53	7,95	
S-5)Organik tarım ürünleri satan yerden alışveriş yapma	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	**p**

Yetersiz	52,94	18,18	20,87	20,38	15,66	
Sınırlı	29,42	46,76	40,67	44,66	49,57	
Yeterli	17,64	32,47	31,87	24,28	28,69	0,00<0,05
Mükemmel	0	2,59	6,59	10,68	6,08	
S-6)Yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterme durumu	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	**p**
Yetersiz	50	37,17	29,36	9,34	9,28	
Sınırlı	32,6	37,17	42,87	42,05	54,65	
Yeterli	15,23	24,38	24,6	35,53	29,89	0,00<0,05
Mükemmel	2,17	1,28	3,17	13,08	6,18	
S-7)Sağlıklı olmak için düzenli olarak spor yapma durumu	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	**p**
Yetersiz	44,79	24,62	18,75	7,69	9,09	
Sınırlı	41,66	44,04	45,32	34,63	47,72	
Yeterli	12,5	29,85	28,9	42,3	29,54	0,00<0,05
Mükemmel	1,05	1,49	7,03	15,38	13,65	
S-8) Görünüşü ve tadı hoşuna gitmese de, sağlığını korumak için bazı yiyecek ve içecekleri tüketme	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	**p**
Yetersiz	35,51	29,16	21,53	9,85	14	
Sınırlı	47,66	41,66	40	40,84	48	
Yeterli	14,96	27,09	31,54	36,62	30	0,00<0,05
Mükemmel	1,87	2,09	6,93	12,69	8	
S-9) Reçete edilen ilaçlar hakkında yan etkileri de dahil olmak üzere bilgi edinmeye çalışma	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	**p**
Yetersiz	62,5	33,84	22,22	16,94	14,39	
Sınırlı	27,5	32,3	48,48	46,61	46,21	
Yeterli	10	30,78	24,24	31,37	29,54	0,00<0,05
Mükemmel	0	3,08	5,06	5,08	9,86	
S-10) Sağlıklı kalmak için kilosuna dikkat etme durumu	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	**p**

Yetersiz	47,69	34,44	22,54	8,88	14,01	
Sınırlı	41,53	37,77	41,17	46,66	47,66	
Yeterli	9,25	24,44	31,37	34,46	30,84	0,00<0,05
Mükemmel	1,53	3,35	4,92	10	7,49	

Sağlık farkındalığı yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yüksek olması beklenen bir durumdur. Sağlıkla ilgili gazete, kitap ve dergiyi "hiçbir zaman" tercih etmeyen bireylerin %42,72'si yetersiz, %37,27'si sınırlı sağlık okuryazarlığına sahiptir. Her zaman tercih eden bireylerin ise %12,5'i yetersiz, %25'i sınırlı, %45,83'ü yeterli ve %16,67'si mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir.

Tv/radyo vb. deki reklamlarda sağlıkla ilgili bilgilere dikkat etme durumu incelendiğinde; hiçbir zaman dikkat etmeyenlerin %36,07'si "yetersiz", %40,16'sı "sınırlı", %19,68'i "yeterli" ve %4,9'u "mükemmel" sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Her zaman dikkat edenlerin ise %11,11'inin "yetersiz", %44,44'ünün sınırlı, %33,3'ünün yeterli, %11,12'sinin ise mükemmel sağlık okuryazarı olduğu sonucuna varılmıştır. Bireylerin reklamlardaki sağlıkla ilgili bilgilere dikkat etme sıklığı arttıkça yetersizlik düzeyinin azaldığı görülmektedir.

Bireylerin sağlığını korumak için perhiz/diyet yapma durumu incelendiğinde; hiçbir zaman dikkat etmeyenlerin %37,97'si yetersiz, %40,51'i sınırlı, %18,98'i yeterli ve %2,54'ü mükemmel sağlık okuryazarıdır. Hiçbir zaman dikkat etmeyenlerin büyük çoğunluğu (%78,48) yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarı düzeyindedir.

Yemeklerde katkı maddesi ve koruyucu içeren ürünleri kullanmaktan hiçbir zaman kaçınmayan bireylerin %40,5'i yetersiz iken her zaman bu duruma dikkat eden bireylerin %12,69'unun yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmektedir. Yani bireylerin katkı maddesi ve koruyucu içeren ürünleri kullanma sıklığı arttıkça yetersizlik düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Organik tarım ürünleri satan yerden hiçbir zaman alışveriş yapmayanların %52,94'ü ve her zaman alışveriş yapanların %15,66'sının yetersiz sağlık okuryazarı olduğu görülmektedir.

Yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterme durumu incelendiğinde; "hiçbir zaman" dikkat etmeyen bireylerin %50'sinin yetersiz, %15,23'ünün ise yeterli sağlık okuryazarı, "sıklıkla" özen gösteren bireylerin %9,34'ünün yetersiz, %35,53'ünün yeterli sağlık okuryazarı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlıklı olmak için "sıklıkla" düzenli spor yapan bireylerin %7,69'u ve "her zaman" düzenli spor yapan bireylerin %9,09'unun sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olarak bulunmuştur. "Hiçbir zaman" spor yapmayanlarda ise bu durumun arttığı görülmüştür.

Sağlığını korumak için görünüşü ve tadı hoşuna gitmese de bazı yiyecek ve içecekleri tüketme durumu incelendiğinde; hiçbir zaman (%35,51) tüketmeyenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, sıklıkla (%9,85) ve her zaman (%14) tüketenlere göre daha yetersiz düzeyde çıkmıştır.

Reçete edilen ilaçlar hakkında yan etkileri de dahil olmak üzere hiçbir zaman bilgi edinmeye çalışmayan bireylerin %62,5'i yetersiz, %10'u yeterli sağlık okuryazarıdır. Her zaman bu duruma dikkat eden bireylerin %14,39'u yetersiz ve %29,54'ü yeterli düzeyde sağlık okuryazarıdır. Bireylerin reçete edilen ilaçlar hakkında bilgi edinme durumlarının sıklığı arttıkça mükemmel sağlık okuryazarlığının da arttığı görülmektedir.

Sağlıklı kalmak için kilosuna hiçbir zaman dikkat etmeyen bireylerin çoğunluğunun yetersiz (%47,69) ve sınırlı (%41,53) sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmektedir. Sıklıkla (%10) ve her zaman (%7,49) kilo durumuna dikkat edenlerin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi diğerlerine oranla daha yüksek olarak bulunmuştur.

4.SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hakkındaki bilgi düzeyini ölçme, anlama ve yorumlama yeteneğini içermektedir. Yapılan literatür çalışmasında sağlık okuryazarlığı düzeyi okuryazarlık ile ilişkili bulunmuştur. Okuryazar olmayan birey sağlıkla ilgili çıktıları okuyup anlamakta, doktorun verdiği talimatları yerine getirmekte zorlanmaktadır. Bu durum yetersiz sağlık okuryazarlığının bir göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlıkla ilgili talimatları anlamakta zorlanması, yanlış ilaç kullanmalarına ve sık sık hastaneye giderek sağlık harcamalarını arttırmalarına yol açabilmektedir.

Edirne ilinde ikamet eden bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini belirleyebilmek için Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nden, demografik anket formundan ve sağlık farkındalığı ölçeğinden faydalanılmıştır.

Edirne ili merkez mahallelerinde ikamet eden bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmeye yönelik yapılan bu çalışmada Edirne ilinin genel sağlık okuryazarlığı indeksi üzerinden aldığı puan ortalaması 30,1 olarak tespit edilmiş ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Tanrıöver vd. (2014)'nin, Türkiye'de 23 il baz alınarak yaptığı çalışmada genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuştur. Bu durum her iki çalışmanın birbirine benzer olduğunu ortaya koymaktadır.

Edirne mahallelerinin 50 puanlık ölçek üzerinden aldıkları puanlar incelendiğinde Umurbey mahallesinde ikamet eden bireylerin 20 puan ve Çavuşbey mahallesinde ikamet eden bireylerin 22 puan alarak yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu mahallelerde ikamet eden bireylerin eğitim durumu ve gelir durumunun düşük olduğu bu durumun bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği düşünülebilir.

Bu çalışma sonucunda sadece Kocasinan (33 puan) mahallesinde ikamet eden bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli düzeyde çıkmıştır. Diğer mahallelerin ise sağlık okuryazarlık düzeyinin sınırlı düzeyde çıktığı tespit edilmiştir. Kocasinan mahallesinde ikamet eden bireylerin eğitim durumu ve gelir durumunun diğer mahallelere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir.

Edirne ilinde ikamet eden bireyler hastalandıkları zaman profesyonel yardımı nereden alacağını bulabilmeyi (%31,3) ve acil bir durumda ambulans çağırmayı (%42,1) çok kolay olarak değerlendirmişlerdir. Bu sonuçlar bireylerin hastalandıkları veya acil bir durumla karşılaştıkları zamanlarda ne yapılması gerektiğini bildiğini göstermektedir.

Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulabildikleri (%29,5), sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlayabildikleri (%28) görülmüştür. Araştırmaya katılan bireylerin üçte birine yakını sağlıksız davranışlarla mücadele etme konusunda bilgiye ulaşmakta ve bu alanla ilgili sağlık uyarılarını anlamakta zorlanmadığını bildirmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulmakta (%27,2) ve istedikleri zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmakta (%23,1) zorlanmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Yine çalışmamızda bireyler ilacın prospektüsünü anlamakta (%9,5) çok zorlandıklarını bildirmişlerdir. Bireylerin ilaç prospektüsünü anlamakta zorlanması okuryazarlık düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Okuryazarlık oranı yüksek olan bireyin sağlıkla ilgili çıktıları, ilaç prospektüslerini zorlanmadan okuması beklenen bir durumdur.

Araştırmaya katılan bireylerin bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermede (%19,6), sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar verme konusunda (%24,9) ve medyadaki bilgilere

dayanarak kendilerini hastalıklardan nasıl koruyacağına karar verme konusunda (%15,6) zorlandıkları görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusundan bireylerin bir kısmı hastalıklarla, sağlık riskleriyle ve hastalıklardan korunmayla ilgili medyadaki bilgiye güvenmediklerini bildirmişlerdir.

Araştırmaya katılan bireyler sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmayı (%16,3) ve işyerinde sağlıklarını geliştirme ile ilgili girişimleri bulmayı (%13,0) çok zor olarak değerlendirmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda bireyin sağlıkla ilgili politika değişikliği yapabilmesi veya yapılan değişiklikleri anlayabilmesi için bireyin mükemmel düzeyde sağlık okuryazarı olması ve sağlıkla ilgili kararları yakından takip ediyor olması gerekli görülebilir. Bireylerin işyerlerinin de sağlıkla ilgili girişimleri destekleyici faaliyette bulunmadığı, bu durumun da sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği söylenebilir.

ASOY-TR puan ortalamaları yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı, gelir durumu, sağlık eğitimi alma durumu, evde sağlık çalışanının yaşama durumu, genel sağlık durumuna göre farklılaşmaktadır. ASOY-TR puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Okyay, Abacıgil ve Harlak (2013:39-40) aynı ölçeği kullanarak bireyin yaşının, eğitim durumunun, genel sağlık durumunun sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkili iken cinsiyetin sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Türkoğlu (2016: 60- 62) farklı bir sağlık okuryazarlığı ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada yaşın, eğitim durumunun, çocuk sayısının sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğunu tespit etmiştir. Bu durum aynı veya farklı sağlık okuryazarlığı ölçeği kullanılarak yapılan çalışma sonuçlarının birbirini desteklediğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerden genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin %57,14'ünün yetersiz sağlık okuryazarı olduğu görülmüştür. Baker vd. (2002) yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığının, algılanan sağlık durumu ile bağlantılı olduğunu tespit etmiştir.

Araştırmaya katılan bireylere herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle sağlık kuruluşuna yılda başvuru sayıları sorulduğunda; kadınların ve erkeklerin genel olarak "bir veya iki kez" başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır. Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle kadınların ve erkeklerin başvurduğu kuruluşlar incelendiğinde; 251 kişinin devlet hastanesini ve 94 kişinin aile sağlığı merkezini tercih ettiği görülmektedir. Katılımcıların sosyal güvence durumları, gelir durumları, sağlık kuruluşuna ulaşım kolaylığı gibi etkenler bireylerin sağlık kuruluşu tercihlerini etkileyebilmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğu (%86,8) sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada en güvenilir bilgi kaynağının kim olduğu sorusunu "sağlık çalışanları" olarak cevaplamıştır. Bu durum bireylerin sağlık alanında uzman kişilere daha fazla güvendiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için gazete, dergi, kitap ve web sayfaları kullanım sıklığının sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlıkla ilgili hiçbir zaman gazete, dergi ve kitap okumayan bireylerin %42,72'sinin, tv- radyo vb. deki reklamlarda sağlıkla ilgili bilgilere hiçbir zaman dikkat etmeyen bireylerin %36,07'sının, sağlığını korumak için hiçbir zaman perhiz yapmayan bireylerin %37,97'sinin, yemeklerinde hiçbir zaman koruyucu içeren ürünlerden kaçınmayan bireylerin %40,5'inin, organik tarım ürünleri yapan yerlerden alışveriş yapmayan bireylerin %52,94'ünün, yeterli ve dengeli beslenmeye özen göstermeyenlerin %50'sinin, düzenli olarak spor yapmayanların %44,79'unun, görünüşü ve tadı hoş olmasa bile yiyecekleri sağlık için tüketmeyenlerin %35,51'inin, reçete edilen ilaçlar hakkında hiçbir zaman bilgi edinmeye çalışmayanların %62,5'inin, kilosuna dikkat etmeyenlerin %47,69'unun yetersiz sağlık okuryazarı olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar araştırmaya katılan bireylerin organik tarım ürünleri satan yerlere güvenmediklerini, bireylerin yarısının yeterli ve dengeli beslenmediğini, yarıdan fazlasının ise reçete edilen ilaçlar hakkında bilgi edinmeye çalışmadığını göstermektedir. Bu sonuçların,

bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersizliğine bağlı olduğu düşünülebilmektedir.

Bu bulgular doğrultusunda sağlık okuryazarlığı düzeyinin güçlendirilebilmesi için sonuç olarak;

- Bireylere sağlık okuryazarlığının ne olduğu hakkında bilgi verilmeli, sağlık okuryazarlığı bilincini geliştirmek için çalışmalar yapılmalıdır.
- İlaç prospektüsleri eğitim seviyesi çok düşük ve yaşlı bireylerin anlayabileceği şekilde hazırlanmalıdır.
- Sağlıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliği sorgulanmalı ve denetime tabi tutulmalıdır.
- Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için bireylere küçük yaşta sağlık bilinci yerleştirilmeli ve okullarda ders müfredatında yer almalıdır.
- Sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar arttırılmalı ve Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeye yönelik geniş çaplı çalışmalar yapılmalıdır.
- Sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik yeni ölçekler geliştirilmelidir.
- Devlet, sağlık sektörü, eğitim sektörü ve medyanın ortak çabası ile sağlık okuryazarlığına yönelik projeler arttırılmalıdır.

5.KAYNAKÇA

Akbolat, Mahmut, Kahraman, Gülcan, Erigüç, Gülsün ve Sağlam, Hakan, "Sağlık Okuryazarlığı Hasta- Hekim İlişkisini Etkiler Mi?: Sakarya İlinde Bir Araştırma", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, Cilt:15, Sayı: 4, 2016, ss. 354-362.

Akbulut, Yasemin, *Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi*, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayınları, Ankara, 2015.

Akfındık, Songül, *Hacettepe Üniversitesi Bilgi ve Belge Yönetimi Bölümü Öğrencilerinin Bilgisayar Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi*, (Hacettepe Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Bilgi ve Belge Yönetimi Bölümü, 405 Proje Çalışması), Ankara 2007.

Akkoyunlu, Buket, "Bilgisayar Okuryazarlığı Yeterlilikleri ile Mevcut Ders Programlarının Kaynaştırılmasının Öğrenci Başarı ve Tutumlarına Etkisi", *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı:12, 1996, ss. 127-134.

Akkoyunlu, Buket ve Yılmaz, Meryem, "Öğretmen Adaylarının Bilgi Okuryazarlık Düzeyleri ile İnternet Kullanım Sıklıkları ve İnternet Kullanım Amaçları", *Eurasian Journal of Educational Research*, Sayı: 19, 2005, ss. 1- 14.

Alphan, Gülgün, "Görsel Okuryazarlık ve Öğretim Teknolojisi", *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt: 5, Sayı: 2, 2008, ss. 74-102.

Altun, Arif, *Gelişen Teknolojiler ve Yeni Okuryazarlıklar*, Ankara, 2005.

Aslantekin, Filiz ve Yumrutaş, Mehmet, "Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, Cilt: 13, Sayı: 4, 2014, ss. 327- 334.

Aşıcı, Murat, "Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık", *Değerler Eğitimi Dergisi*, Cilt: 7, Sayı: 17, 2009, ss. 9-26.

Avcı, Emine, *Annelerin Anne Sütü ile İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Saptama*, (Gazi Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi), Ankara 2013.

Avcı, Yasemin D., "Kişisel Sağlık Sorumluluğu", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, Cilt:15, Sayı: 3, ss. 259-266.

Aybek, Birsel ve Demir, Remzi, "Lise Öğrencilerinin Medya ve Televizyon Okuryazarlık Düzeyleri ile Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin İncelenmesi", *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt: 22, Sayı: 2, 2013, ss. 287- 304.

Bacanak, Ahmet, Karamustafaoğlu, Orhan, ve Köse, Sacit, "Yeni Bir Bakış: Eğitimde Teknoloji Okuryazarlığı", *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı: 14, 2003, ss. 191- 196.

Baker, David W., Gazmararian, Julia A., Williams, Mark V., Scott, Tracy, Parker, Ruth M., Green, Diane, Ren, Junling and Peel, Jennifer, "Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees", *American Journal of Public Health*, August 2002, 92 (8), pp. 1278- 1283.

Baker, David W., Gazmararian, Julia A., Williams, Mark V., Scott, Tracy, Parker, Ruth M., Green, Diane, Ren, Junling and Peel, Jennifer, "Health

Literacy and Use of Outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees", *Journal of General İnternal Medicine,* 9, 2004, pp. 215–220.

Baker David W., "The Meaning and the Measure of Health Literacy", *Journal of General İnternal Medicine*, 21,2006, pp. 878–883.

Balçık, Pınar Y., Taşkaya, Serap ve Şahin, Bayram, "Sağlık Okur-Yazarlığı", *TAF Preventive Medicine Bulletin,* 13 (4), 2014, ss. 321- 326.

Başar, Ayşe, Tarihçi, Salime D., İlhan, N. Mustafa, Ergün, Mehmet Ali, Soncul, Halim, "Hemşirelik Hizmetlerinde Bilgisayar Kullanımı: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği", *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 1, 2008, ss. 43- 46.

Baytun, İ. Duygu, "Türkiye'de Demografik Veriler Üzerinden Okuma-Yazma Oranlarının Cinsiyet Bazında Değerlendirilmesi", *International Journal of New Trends in Arts, Sports & Science Education,* Cilt: 2, Sayı: 3, 2013, ss. 1-15.

Bilir, Nazmi, "Sağlık Okuryazarlığı", *Turk J Public Health,* Cilt: 12, Sayı: 1, 2014, ss. 61-68.

Bölükbaşı, Fatoş, *Teknoloji Okuryazarlığına İlişkin İlköğretim Öğretmenlerinin Görüşleri: Ankara İli Çankaya İlçesi Örneği*, (Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Ankara 2012.

Bulduklu, Yasin, "Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri'' , *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi ,* Cilt:24 , 2010, ss.75-85.

Bundy, Alan, "Information Lliteracy: The Key Competency for the 21st Century*",Purdue Universty Annual IATUL Conference",* 5, 1998.

Breivik, Patrica, " Information Literacy and Lifelong Learning: the Magical Partnership", *Lifelong Learning Conference*,2000, ss. 1-16.

Bruce, Christine, *Seven Faces of Information Literacy in Higher Education*,1999.

Canbaz, Nur, *Yetişkin Eğitimi Kurslarına Devam Eden Kadın Kursiyerlerin Teknoloji Okuryazarlığı Eğitim İhtiyacını Belirleme*, (Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Çanakkale 2010.

Çetin, Barış, "Sınıf Öğretmeni Adaylarının Medya ve Televizyon Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi", *Eğitimde Kuram ve Uygulama,* Cilt: 11, Sayı: 1, 2015, ss. 171- 190.

Debes, John L., "The Loom of Visual Literacy: an Overview", *Audiovisual Instruction*, 14 (8), 1969, ss. 25-27.

Demiralay, Raziye ve Karadeniz, Şirin, "Bilgi ve İletişim Teknolojileri Kullanımının, İlköğretim Öğretmen Adaylarının Bilgi Okuryazarlığı Öz-yeterlik Algılarına Etkisi", Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, Cilt:10, Sayı:2, 2010, ss. 819- 851.

Dinçer, Serkan, "Öğretmen Yetiştiren Kurumlardaki Öğrencilerinin Öğrenim Hayatları Boyunca, Bilgisayar Öğrenme Düzeylerinin ve Bilgisayar Okuryazarlıklarının İncelenmesi", *Akademik Bilişim 11 - XIII. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri*, Malatya, 2011, ss. 131- 140.

Doğanyiğit,S. Öney, *Mobil Sağlık ve Sağlık Okuryazarlığı*, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayınları, Ankara, 2015.

Erdağ, Gülay Ç. *Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı*, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayınları, Ankara, 2015.

Eichler, Klaus, Wieser, Simon, Brügger, Urs, "The Costs of Limited Health Literacy: a Systematic Review", *International Journal of Public Health*, 54, 2009, 313–324.

Erby, H. Lori., Roter, Debra, Larson, Susan, Cho, Juhee, "The Rapid Estimate of Adult Literacy in Genetics (REAL-G): A Means to Asses Literacy Deficits in the Contex of Genetics", *American Journal of Medical Genetics*, Part A, 146A, 2008, 174-181.

Erdemir, Firdevs, Hanoğlu, Ziyafet ve Akman, Arzu, "Hemşirelerin Bilgisayar ve İnternet Kullanma Durumu ve Hemşirelikte Bilgisayar Kullanımının Değerine İlişkin Görüşleri", *2. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi,* Antalya 2005, 78-84.

Erer, Sezer, "Sağlık Hizmetlerinde Sorumluluğun Paylaşılması", *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,36 (1), 2010, 33-38.

Filiz, Emel, *Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı ile İlişkisi*, (Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi), Konya 2015.

Freedman, Darky A., Bess, Kimberly D., Tucker, Holly A., Boyd, David L., Tuchman, Arleen M. and Wallston, Kenneth A., " Public Health Literacy Defined", *American Journal of Preventive Medicine*, 2009, 36 (5), pp. 446–451.

Gomez, Louis M. ve Gomez, Kimberley, "Reading for learning: Literacy supports for 21st-Century Work", *PHI DELTA KAPPAN İNTERNATİONAL*, 89 (3), 2007, pp. 224- 228.

Gök, Nihan F., *Anaokullarında Erken Okuryazarlık Çevresinin Değerlendirilmesi ve Sınıf Ortamının Çocukların Erken Okuryazarlık Davranışlarına Etkisi*, (Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi), Ankara 2013.

Gömleksiz, M.Nuri ve Koç, Ayhan, "Bilgisayar Okuryazarlığı Becerisi Ediniminde E-portfolyo Sürecinin Öğrenen Performansına ve Tutumlarına Etkisi", *Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt:12, Sayı: 2, 2010, ss. 75- 96.

Güleş, H.Kürşat, Özata, Musa, *Sağlık Bilişim Sistemleri*, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2005.

Güneş, Firdevs, "Okuryazarlık Kavramı ve Düzeyleri", *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt: 27, Sayı: 2, 1994, ss. 499-502.

Güneş, Firdevs, *Okuma- Yazma Öğretimi ve Beyin Teknolojisi*, Ocak Yayınları, Ankara, 1997.

Gürbüz, Tarkan, Yıldırım, Soner ve Özden, M. Yaşar, "Öğretmen Adaylarının Çevrimiçi ve Geleneksel Bilgisayar Okuryazarlığı Derslerinde Bilgisayara Yönelik Tutumlarının Karşılaştırılması: Bir Durum Çalışması", *Eğitim ve Bilim*, Cilt: 26, Sayı: 119, 2001,ss. 49-56.

Güven, Meral ve Erişti, Bahadır, "Lisansüstü Öğrenim Gören Öğrencilerin Bilgi Okuryazarlığı Becerilerindeki Zorlanma Düzeyleri", *Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri ve Uygulama Dergisi*, Cilt: 8, Sayı: 15, 2009, ss. 1-22.

Güven, Meral, "Information literacy: Learning to learn and teacher training", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi,* Cilt: 7, Sayı: 24, 2008, ss. 30 –36.

Healty People 2010, Understanding and Improving Health, *U.S. Department of Health and Human Services,* November 2000, pp. 1-53.

Heinich, R. Molenda, M. & Russel, J.D. Instructional media and new technologies of ınstruction ,Third Edition, Macmillan Publishing Company, 1989.

Hergenç, H. İlknur, *Kamu Sağlığı Enformasyonu (Bilgisi) ve Sağlık İletişiminin, Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Etkileri*, (Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), İstanbul 2011.

Hülür, A. Banu, "Sağlık İletişimi, Medya ve Etik: Bir Sağlık Haberinin Analizi", *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* Cilt: 14, Sayı: 1, 2016, ss. 156- 178.

Ilgaz, Ayşegül ve Gözüm, Sebahat, "Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı İçin Sağlık Okuryazarlığının Önemi", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 2, 2016, ss. 67- 77.

Ishikawa, Hirono and Yano, Eiji "Patient Health Literacy and Participation in the Health-Care Process" ,*Health Expectations,* 11(2), 2008, pp. 113–122.

Işkın, Pınar ve Kesten, Alper, "Medya Okuryazarlığı Dersinin İşlenmesinde Karşılaşılan Sorunların Öğretmen Görüşlerine Göre Değerlendirilmesi", *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi,* Cilt: 17, Sayı: 2, 2016, ss. 387- 410.

International Technology Education Association (ITEA), *Technology for All American Project; Standards For Technological Literacy: Content for The Study of Technology,* Reston, Virginia, 2000.

İlhan, Nesrin, Batmaz, Makbule ve Akhan, L. Utaş (2010), "Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, Cilt: 3,Sayı: 3, 2010, ss. 34-44.

İnal, Kemal, *Medya Okuryazarlığı El Kitabı,* Ankara, 2009.

İşler, A. Şinasi, "Günümüzde Görsel Okuryazarlık ve Görsel Okuryazarlık Eğitimi", *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt:15, Sayı:1, 2002, ss.153-161.

Kalan, Özlem K., "Medya Okuryazarlığı ve Okul Öncesi Çocuk: Ebeveynlerin Medya Okuryazarlığı Bilinci Üzerine Bir Araştırma", *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, Sayı: 39, 2010, ss. 59- 73.

Kanj, Mayagah, Mitic, Wayne, "Health Literacy and Health Promotion Definitions", 7th Global Conference on Health Promotion, 2009, 1-46,Nairobi.

Kansızoğlu, H. Basri, "Türkçe Öğretmeni Adaylarının Medya Okuryazarlığı Dersine Yönelik Görüşleri", *Elementary Education Online*, Cilt: 15, Sayı: 2, 2016, ss. 469- 486.

Kaya, Asuman, Yüksel, Erkan ve Öğüt, Pelin , "Sağlık Haberlerinde "Mucize Tedavi"Ler", *Selçuk İletişim*, Cilt: 7, Sayfa: 1, 2011, ss. 49-64.

Kılıçaslan, Hare ve Kuloğlu, Nilgün, "Visual Literacy During the Period of Architectural Education", ***Procedia- Scocial and Behavioral Sciences***, 191 (2), 2015, 2824- 2828.

Kılınç, Ahmet ve Salman, Selahattin, "Fen ve Matematik Alanları Öğretmen Adaylarında Bilgisayar Okuryazarlığı", *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt: 2, Sayı: 2, 2006, ss. 150- 166.

Kickbusch, Ilona, "Health Literacy: an Essential Skill for the Twenty-First Century", *Health Education,* 2 (108), 2011, pp. 101- 104.

Kondilis, Barbara K.,Kiriaze, Ismene J, Athanasoulia, Anastasia P., Falagas, Matthew E., "Mapping Health Literacy Researche in the European Union: a Bibliometric Analysis", *PLoS One*. 3 (6), e2519.

Korda, Holly and Itani, Zena, "Harnessing Social Media for Health Promotion and Behavior Change", *Health Promotion Practice,* 14 (1),2013, 15-23.

Korkmaz, Özgen ve Mahiroğlu, Ahmet, "Üniversiteyi Yeni Kazanmış Öğrencilerin Bilgisayar Okuryazarlık Düzeyleri", *Kastamonu Eğitim Dergisi*, Cilt:17, Sayı: 3, 2009, ss. 983- 1000.

Korkmaz, Özgen ve Yeşil, Rüştü, "Medya ve Televizyon Okuryazarlık Düzeyleri Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt: 8, Sayı, 2, 2011, ss. 110- 126.

Korkut, Ece ve Akkoyunlu, Buket, "Yabancı Dil Öğretmen Adaylarının Bilgi ve Bilgisayar Okuryazarlık Öz-Yeterlikleri", *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 34, 2008, ss. 178- 188.

Kurbanoğlu, S. Serap ve Akkoyunlu, Buket, "Bilgi Okuryazarlığı: Bir İlköğretim Okulunda Yürütülen Uygulama Çalışması", *Türk Kütüphaneciliği Hakemli Yazılar*, Cilt: 16, Sayı: 1, 2002, ss. 20- 40.

Kurbanoğlu, Serap ve Akkoyunlu, Buket, "Öğretmen Eğitiminde Bilgi Okuryazarlığının Önemi", *Uluslararası Öğretmen Yetiştirme Politikaları ve Sorunları Sempozyumu,* 12-14 Mayıs 2007, Azerbaycan Devlet Pedagoji Üniversitesi-Hacettepe Üniversitesi, Bakü.

Kurbanoğlu, S. Serap, "Bilgi Okuryazarlığı: Kavramsal Bir Analiz", *Türk Kütüphaneciliği Hakemli Yazılar*, Cilt: 24, Sayı: 4, 2010, ss. 723- 747.

Kurt, A. Aşkın ve Kürüm, Dilruba, "Medya Okuryazarlığı ve Eleştirel Düşünme Arasındaki İlişki: Kavramsal Bir Bakış", *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı: 2, 2010, ss. 20- 34.

Kurudayıoğlu, Mehmet ve Tüzel, Sait, "21.Yüzyıl Okuryazarlık Türleri, Değişen Metin Algısı ve Türkçe Eğitimi", *TÜBAR-XXVIII-/2010-Güz,* ss. 283-298.

Lankshear, Colin, "*Literacy Studies in Education: Disciplined Developments in a Post-Disciplinary Age*, 1999; Publised in Peters, Michael (Ed.), *After the Disciplines*, Grenwood Press, 1999.

Mancuso, Josephine M., "Health Literacy: A Concept/Dimensional Analysis", *Nursing and Health Sciences*, 10 (3), 2008, pp. 248-255.

Mancuso, Josephine M., "Assesment and Measurement of Health Literacy: An İntegrative Review of the Literature", *Nursing and Health Sciences*, 11, 2009, pp. 77-89.

Manzo, Kate, "Alliance Provides 'Core Principles' For Media Literacy",*Education Week*, 26 (42), 2007.

Martin, Laurie.T. et al. "Developing Predictive Models of Health Literacy", *Journal of General İnternal Medicine*, 24(11), 2009, pp. 1211- 1216.

Mendi, Başak, "Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Kullanımı: Dünyadaki ve Türkiye'deki Uygulamalar", *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, Cilt: 11, Sayı: 44, 2015, ss. 275- 290.

Nielsen-Bohlaman, Lynn, Panzer, Allison and Kinding, David , *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, Washington, 2004.

Nutbeam, Don, "Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge 91 for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century", *Health Promotion International*, 15(3), 2000, pp. 259-267.

Nutbeam, Don,"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), 2006, pp. 259-267.

Nutbeam, Don, "The Evolving Concept of Health Literacy", *Social Science & Medicine*, 67(12), 2008, pp. 2072-2078.

Okucu,Metin,"İnternetteSağlıkÇözümleriAramak"http://drmetinokucu.blogspot.com.tr/2009/07/internette-saglk-bilgisi-aramak.html adresinden 15.04.2017 tarihinde erişilmiştir.

Önal, İnci, "Tarihsel Değişim Sürecinde Yaşam Boyu Öğrenme ve Okuryazarlık: Türkiye Deneyimi", *Bilgi Dünyası*, Cilt: 11, Sayı:1, 2010, ss. 101-121.

Özdemir, Hakan, Alper, Züleyha, Uncu,Yeşim ve Bilgel, Nazan, "Health Literacy Among Adults: a Study from Turkey", Health Educatıon Research, Cilt:25, Sayı:3, 2010, ss.464–477.

Özdoğan, Pınar Ş., *Radyoterapi Alan Hasta ve Yakınlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Gereksinimlerine Yönelik Öğretim Materyali Geliştirilmesi*, (Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Ankara 2014.

Özgür, Hasan, "Öğretmen Adaylarının Yaşam Boyu Öğrenme Yeterlilikleri ve Bilgi Okuryazarlığı Öz-yeterlilikleri Üzerine Bir Çalışma", *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt:12, Sayı: 1, 2016, ss. 22- 38.

Öztürk, Gülay, Öymen, Gözde, "Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Stratejik Önemi: Türkiye'de Kalp Sağlığı ile İlgili Kâr Amacı Gütmeyen Kuruluşlar Üzerine Bir Değerlendirme", *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 2013, ss.109-132.

Paasche-Orlow, Michael, K., Parker, Ruth M., Gazmararian, Julia A., Nielsen-Bohlaman, Lynn T., Rudd, Rima R., "The Prevalence of Limited Health Literacy", *Journal of General İnternal Medicine*, 20, 2005, pp. 175-184.

Parker, Ruth M., Baker, David W., Williams, Mark V., Nurss, Joanne R., "The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New İnstrument for Measuring Patients' Literacy Skills", *Journal of General International Medicine*, 10, 1995, pp. 537-541.

Pelikan, Jürgen M., Röthlın, Florian, Ganahl, Kristin, "Comperative Report on Health Literacy in Eight EU Member States", The European Health Literacy Project, 2009- 2012, pp. 31-33.

Polat, Coşkun, "Bilgi Çağında Üniversite Eğitimi İçin Bir Açılım: Bilgi Okuryazarlığı Öğretimi", *Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi*, Sayı: 29, 2006, ss. 249- 266.

Potter, W. James, "The State of Media Literacy", *Journal Of Broadcasting & Electronic Media*, 54(4), 2010, pp. 675– 696.

Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜRK), Kadınların Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması-2, Temmuz 2010, ss. 3- 134.

Rootman, Irving, Mitic, Wayne, "An Inter-sectoral Approach to Improve Health Literacy for Canadians: A Discussion Report", *Public Health Association of BC, Public Health Agency of Canada*, 2012, pp. 24-49.

Safeer, Richard S. ve Keenan, Jann, "Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients", *American Academy of Family Physicians*, 72 (3), 2005, pp. 463- 468.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2011, ss. 10.

Sargutan, A. Erdal, "Sağlık Teknolojisi Yönetimi", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 8, Sayı:1, 2005, ss.113-144.

Sezer, Ayşe ve Kadıoğlu, Hasibe, "Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt: 17, Sayı: 3, 2014, ss. 165-170.

Sezer, Ayşe, *Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi*, (Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), İstanbul 2012.

Sezgin, Deniz, *Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık*, Ayrıntı Yayınevi, İstanbul, 2011.

Sezgin, Deniz, "Sağlık Okuryazarlığını Anlamak", *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, Özel Sayı: 3, 2013, ss. 74- 92.

Shone, Laura P., Conn, Kelly M., Sanders Lee and Halterman, Jill S., "The Role of Parent Health Literacy Among Urban Children with Persistent Asthma" , *Patient Education and Counseling*, 75 (3), 2009, pp. 368–375.

Simonds, Scott K., "Health education as social policy", ,*Health Education Monograph*, 2, 1974, 1–25.

Sorensen, Kristine, Van den Broucke, Stephan, Fullam, James, Doyle, Gerardine, Pelikan, Jürgen, Slonska, Zofia, Brand, Helmut and Consortium Health Literacy Project European, "Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models",*BMC Public Health* ,12(80),2012, pp.1-13.

Sönmez, F. Betül, "Sağlık Okuryazarlığının Önemi", Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 19- 21 Mart 2009, Antalya.

Sönmez, F. Betül, "Sağlık Okuryazarlığına AR-GE Yaklaşımı", Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 25-27 Nisan 2011, Ankara.

Şener, Emine ve Samur, Menevşe, "Sağlığı Geliştirici Bir Unsur Olarak Sosyal Medya: Facebookta Sağlık", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt:2, Sayı: 4, 2013, ss. 508-523.

Şimşek, Zeynep, "Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, Cilt: 12, Sayı: 3, 2013, ss. 343-358.

Tanrıöver, Mine D. ,Yıldırım, H. Hüseyin, Demiray, Nihan R., Çakır, Banu ve Akalın, Erdal, *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara, 2014.

Taş, T. Aydın ve Akış, Nalan, "Sağlık Okuryazarlığı", *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, Cilt:25, Sayı:3, 2016, ss. 119- 124.

Tekin, Ayşe, Kaya, Esin, Demirel, Mustafa ve Yazıcı, Sercan Ö., "Güçlendirme Bağlamında İnternetin Hasta- Hekim İlişkilerine Etkisi", Cilt: 6, Sayı:1, 2009, ss.23- 36.

Tones, Keith, "Health Literacy: New Wine in Old Bottles?", *Health Education Research*, 2002; 17, pp. 187-189.

Topkaya, Satı G., *Hemşirelerin Bilgisayar Okuryazarlığının Sağlık Bakımında Bilgisayar Kullanımına Yönelik Tutumlarına Etkisi*, (İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), İstanbul 2013.

Tosyalı, Hikmet ve Sütçü, C.Sefa, "Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Bireyler Üzerindeki Etkileri", *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, Cilt: 3, Sayı: 2, 2016, ss. 3-22.

Tözün, Mustafa ve Sözmen, M. Kaan, "Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı", *Smyrna Tıp Dergisi*, Sayı: 2, 2014, ss. 48-54.

Türkoğlu, Çağdaş, *Sağlık Okuryazarlığı ile Özbakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Isparta İli Örneği*, (Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Isparta 2016.

Uğurlu, Ziyafet, *Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına*

Uygunluğunun Değerlendirilmesi, (Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi), Ankara 2011.

Usluel, Yasemin K., "Öğretmen Adayları ve Öğretmenlerin Bilgi Okuryazarlığı Öz-yeterliklerinin Karşılaştırılması", *Eurasian Journal of Educational Research*, 22, 2006, ss.233- 243.

Üçpunar, Esra, *Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarlama Çalışması*, (Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Ankara 2014.

Von Wagner, Christian, Knight, Katherine, Steptoe, Andrew, Wardle, Jane, "Functional Health Literacy and Health Promoting Behaviour in a National Sample of British Adults", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 2007, pp. 1086-1090.

Weiss, Barry D., Mays, Mari Z., Martz, William, Castro, Kelley M., Dewalt, Darren A., Pignone, Michael P., Mockbee, Joy ve Hale, Frank A., "Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign", *Ann Fam Med*, 3: 2005, pp. 514–522.

Welhausen, Candis, *Toward a Visual Paideia: Visual Rhetoric in Undergraduate Writing Programs*, (The University of New Mexico Yayınlanmamış Doktora Tezi), 2009.

Wileman, Ralph E., Visual Communicating, Englewood Cliffs, N.J.: Educational Technology Publications, 1993, pp. 114.

Winslow, C. E., "Amory the Untilled Field of Public Health", *Modern Medicine*, 1920, 2, pp. 183.

World Health Organization, "Telemedicine Opportunities and Developments: Report on the Second Global Survey on eHealth", *Switzerland: World Health Organization*, 2010.

Yıldız, Melda Ö., "Görsel Okuryazarlık Üzerine", *Marmara İletişim Dergisi*, Sayı:19, 2012, ss. 64-77.

Yıldız, Mustafa, Ateş, Seyit, Yıldırım, Kasım ve Rasinski, Timothy, "Okumaz Yazmaz Türk Kadınların Perspektifinden Okuryazarlık ve Okumaz Yazmazlık: Fenomolojik Bir Çalışma", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt: 8, Sayı:1, 2011, ss. 740-759.

Yılmaz, Bülent, "Okuryazarlık ve Okuma Alışkanlığı Üzerine", *Türk Kütüphaneciliği Dergisi*, Cilt:3, Sayı:1,1989, ss. 48- 53.

Yılmaz, Elgiz, "Türkiye'de Hastaların İnternette Tıbbi Enformasyon Arama Davranışlarının Doktor-Hasta İletişimine Etkileri", *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, Özel Sayı: 3, 2014, ss.93-108.

Yılmaz, Fikriye, Çolak, M. Yavuz ve Ersoy, Korkut, "Sağlık Okuryazarlığının ve Hasta Hekim İletişimi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi", *Sağlık ve Toplum Dergisi*, Cilt: 19, Sayı: 1,2009, ss. 22- 30.

Yılmazel, Gülay, *Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı ve Kontrolü Arasındaki İlişki*, (Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi), Kayseri 2014.

Yılmazel, Gülay ve Çetinkaya, Fevziye, "Sağlık Okuryazarlığının Toplum Açısından Önemi", *TAF Preventive Medicine Bulletin,* Cilt: 15, Sayı:1,2016, ss. 69-74.

Yiğit, Zeynep, *Sınıf Öğretmenlerinin Medya ve Televizyon Okuryazarlık Düzeyleri ile Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin İncelenmesi*, (Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale 2015.

http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18619 (23.04.2017).

http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21519. (23.04.2017).

EK 1: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY-TR)

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne bağlı olarak yürütülen bir yüksek lisans tezidir. Sağlık okuryazarlığı, sağlık ile ilgili bilgileri okuma, anlama ve bu bilgileri kullanma ile ilgili becerilerin tümünü ifade etmektedir. Bu anket, sizlerin sağlık okuryazarlık durumunu ve bununla ilişkili öğeleri bilimsel olarak belirlemeyi amaçlamaktadır. Verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak olup, ileride yapılacak araştırma programlarına yön vermek amacıyla istatistiki bilgi olarak kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Pınar DEMİRLİ

T.Ü. Sosyal Bilimler Ens. Sağlık Yönetimi A.B.D.

pnr.pd.demirli@gmail.com

	ASOY TR ÖLÇEĞİ	Çok Zor	Zor	Kolay	Çok Kolay	Bilmiyorum
TEDAVİ VE HİZMET BOYUTU						
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma						
1	Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri ile ilgili bilgi bulmak.					
2	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgi bulmak.					
3	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini bulmak.					
4	Hastalandığınız zaman profesyonel yardımı nereden alacağınızı bulmak.					
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama						
5	Doktorunuzun size ne dediğini anlamak.					
6	İlacınızın prospektüsünü anlamak.					
7	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini anlamak.					
8	Doktorunuzun ya da eczacınızın reçeteli bir ilacı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili talimatlarını anlamak.					
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme						
9	Doktordan aldığınız bilginin size ne kadar uygun olduğunu değerlendirmek.					
10	Farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek.					
11	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek.					

12	Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek.					
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama						
13	Hastalığınızla ilgili karar verirken doktorun verdiği bilgiyi kullanmak.					
14	İlaç tedavisinde talimatları takip etmek.					
15	Acil bir durumda ambulans çağırmak.					
16	Doktorunuzun ya da eczacınızın talimatlarını takip etmek.					
HASTALIKLARDAN KORUNMA BOYUTU						
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma						
17	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak					
18	Stres ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarıyla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgiyi bulmak					
19	Olmanız gereken aşılar ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulmak.					
20	Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolestrol gibi durumları önleme veya başa çıkma ile ilgili bilgi bulmak.					
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama						
21	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlamak.					
22	Aşıya neden ihtiyacınız olduğunu anlamak.					
23	Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak.					
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme						
24	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi konularla ilgili sağlık uyarılarının ne kadar güvenilir olduğuna karar vermek.					
25	Genel sağlık kontrolü için doktora ne zaman gidilmesi gerektiğine karar vermek.					
26	Hangi aşılara ihtiyacınız olduğuna karar vermek.					
27	Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek.					
28	Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek.					
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama						
29	Grip aşısı olmanız gerektiğine karar vermek.					
30	Aileniz ve arkadaşlarınızın tavsiyelerine dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek.					
31	Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek.					
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ						
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma						

32	Egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulmak.					
33	Ruh sağlığınız için iyi olan aktiviteleri bulmak.					
34	Yaşadığınız çevrenin nasıl daha sağlık dostu bir yer haline gelebileceği hakkında bilgi bulmak.					
35	Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak.					
36	İşyerinde sağlığınızı geliştirme ile ilgili girişimleri bulmak.					
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama						
37	Aile üyelerinin ya da arkadaşların sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak.					
38	Gıda ambalajlarındaki bilgiyi anlamak.					
39	Nasıl daha sağlıklı olunacağı ile ilgili medyadaki bilgiyi anlamak.					
40	Akıl sağlığınızı nasıl koruyacağınızla ilgili bilgiyi anlamak.					
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme						
41	Yaşantınızın sağlığınızı ve iyilik halinizi nasıl etkilediğine karar vermek.					
42	Konut koşullarının sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğuna karar vermek.					
43	Gündelik davranışlarınızdan hangisinin sağlığınızla ilgili olduğuna karar vermek.					
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama						
44	Sağlığınızı geliştirmek için kararlar almak.					
45	İstediğiniz zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak.					
46	Sağlığınızı ve iyilik halinizi etkileyen yaşam koşullarınızı kontrol etmek.					
47	Sosyal çevrenizde sağlık ve iyilik halinizi geliştirecek aktivitelere katılmak.					

Ek 2: Demografik Anket Formu

1. Yaş: …..
2. **Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek**
3. Medeni Durum: ( ) Evli iseniz çocuk sayınız ( ) ( ) Bekar
4. **Eğitim Durumu: (en son mezun olunan)**

( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Meslek Yüksekokulu

( ) Üniversite/Yüksekokul (4 yıl ve üstü) ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora

5. Çalışıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır
6. **Eğer çalıyorsanız? ( ) Kamu ( ) Özel ( ) Kendi İşim**
7. İşyerinizde veya başka bir yerde sağlık ile ilgili bir eğitim aldınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır
8. **Şu anda yaşamınızı sürdüğünüz evde siz dahil kaç kişi yaşıyorsunuz?.....**
9. Şu anda yaşamınızı sürdüğünüz evde sağlık sektöründe çalışan var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
10. **Sosyal güvence durumunuz? ( ) Yok ( ) SGK( ) Yeşil Kart ( ) Diğer……**
11. Ailenizin aylık gelirini nasıl değerlendirirsiniz? ( ) Gelir giderden az ( ) Gelir ve gider eşit ( ) Gelir giderden fazla
12. **Sigara kullanıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır**
13. Ne kadar sıklıkla kitap okursunuz? ( ) Hiç okumam ( ) Ara sıra ( ) Sıklıkla ( ) Her zaman
14. **Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?** ( ) Mükemmel ( ) Oldukça İyi ( ) İyi ( ) Fena Değil ( ) Kötü
15. Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
16. **Herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile (hastalık, aşı, reçete yazdırma, kontrol vb.) bir sağlık kuruluşuna yıl da başvuru sayınızı nasıl değerlendirirsiniz?** ( ) Nerdeyse hiç ( ) Bir veya iki kez ( ) Üç veya beş kez ( ) 5'den fazla ( ) Sayısını hatırlamıyorum ama çok sık ( ) Nerdeyse her ay
17. Herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir? ( ) Aile sağlığı merkezi ( ) Devlet Hastanesi ( ) Sağlık Ocağı ( ) Özel Hastane ( ) Üniversite Hastanesi ( ) Özel Muayenehane
18. **Sağlıkla ilgili sizce en güvenilir üç bilgi kaynağını sıralayınız (1: En Güvenilir 2: Güvenilir 3: Güvenirliği Az)** ( ) Sağlık çalışanları ( ) Yazılı Basın ( ) Radyo/TV ( ) İnternet ( ) Aile üyeleri ( ) Arkadaş ( ) Kitap/dergi/Broşür

( ) Diğer ……

Sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaşmak için <u>aşağıdaki kaynakları ne sıklıkla kullanırsınız?</u> Lütfen ilgili boşluğa X işareti koyunuz.	**Hiç Bir Zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Her Zaman**
19. Gazete					
20. Dergi					
21. Radyo& TV					
22. Kitap					
23. Web Sayfaları					
24. Sosyal Medya					
25. Aile Üyeleri					
26. Arkadaş/Tanıdık					

Ek 3: Sağlık Farkındalığı Ölçeği

Sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konulara <u>katılım düzeyinize</u> X işareti koyunuz.	**Hiç Bir Zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Her Zaman**
1.Sağlıkla ilgili gazete, dergi ve kitap okur musunuz?					
2. Sağlığınızı korumak için perhiz/diyet yapar mısınız?					
3. Tv, radyo vb.deki reklamlarda sağlıkla ilgili bilgilere dikkat eder misiniz?					
4. Organik tarım ürünleri satan yerlerden alış veriş yapar mısınız?					
5.Yemeklerinizde katkı maddesi ve koruyucu içeren ürünleri kullanmaktan kaçınır mısınız?					
6.Yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterir misiniz?					
7.Sağlıklı olmak için düzenli olarak spor yapar mısınız?					
8. Görünüşü ve tadı hoşunuza gitmese de, sağlığınızı korumak için bazı yiyecek ve içecekleri tüketir misiniz?					
9. Reçete edilen ilaçlar hakkında yan etkileri de dahil olmak üzere bilgi edinmeye çalışır mısınız?					
10. Sağlıklı kalmak için kilonuza dikkat eder misiniz?					

Ek 4: Ölçek Kullanımına İlişkin İzinler

Gmail pınar demirli <pnr.pd.demirli@gmail.com>

Ölçekler üzerine bir konu
6 ileti

pınar demirli <pnr.pd.demirli@gmail.com> 7 Haziran 2017 16:57
Alıcı: pinarokyay@adu.edu.tr

Merhaba Hocam,

Ben Pınar DEMİRLİ, Trakya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. Edirne İlinde Sağlık Okuryazarlığı üzerine bir çalışma yapmak istiyorum. ASOY-TR ölçeğinizi tezim de kullanmama izin verirseniz çok sevinirim.

Tokat İlinde ise SOY-SEN ölçeğinizi kullanarak bir çalışma yapmak istiyorum. Bunun içinde sizden ayrı olarak izin istiyorum.

İyi Çalışmalar.

PiNAR OKYAY <pinarokyay@adu.edu.tr> 9 Haziran 2017 06:28
Alıcı: pınar demirli <pnr.pd.demirli@gmail.com>

Sevgili Pınar,

Ölçekleri kullanmana çok seviniriz. Amacına hizmet etmiş olur.
ASOY-TR için süreçte sorun olmayacaktır. Uyarlaması gerekli tüm psikometrik ölçüler yapılarak tamamlandı. Kitabın eklerinde de uygulama ve değerlendirme yönergesi var
Ancak, SOY-SEN için üzerinde çalışmaya gerek bulunmakta diye belirtmiştik. Belki senaryoları kullanarak siz bunu gerçekleştirebilirsiniz. Fikir güzel ancak psikometrik anlamda yeterli değil gibi görünüyor. O bölüm kitaba araştırmacılar tam da bu noktada katkı versinler diye eklendi. SOY-SENde siz umarım senaryoların SOYlığının hangi boyutlarını ölçtürünü daha iyi ortaya koyabilirsiniz.
Hocamıza selamlar.
Kolaylıklar diliyorum.
Sevgilerimle.

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Oturum Sayısı: 2017/07
KARAR NO: 2017.07.06 **Karar Tarihi: 13.07.2017**

Akademik danışmanlığını Yrd.Doç.Dr. Muzaffer ÖZSOY'un yaptığı Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Pınar DEMİRLİ tarafından Trakya Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulunda değerlendirilmek üzere gönderilen "Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği" başlıklı araştırma dosyası incelenmiştir. Araştırmanın; gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof.Dr. Ayhan GENÇLER
Başkan
Araştırma ile ilişkisi ☐var ☒yok
Toplantı Katılım ☒evet ☐hayır

Prof.Dr. Rıdvan CANIM
Üye
Edebiyat Fakültesi Öğretim Üyesi
Araştırma ile ilişkisi ☐var ☒yok
Toplantı Katılım ☒evet ☐hayır

Prof.Dr. Yüksel BAYRAK
Üye
Fen Fakültesi Öğr.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi ☐var ☒yok
Toplantı Katılım ☒evet ☐hayır

Prof.Dr. Deniz BAYAV
Üye
Güzel Sanatlar Fak. Öğretim Üyesi
Araştırma ile ilişkisi ☐var ☒yok
Toplantı Katılım ☒evet ☐hayır

Doç. Ahmet Hamdi ZAFER
Üye
Devlet Konservatuvarı Öğr.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi ☐var ☒yok
Toplantı Katılım ☐evet ☒hayır

Doç.Dr. Yunus ÇAKICI
Üye
Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi.
Araştırma ile ilişkisi ☐var ☒yok
Toplantı Katılım ☒evet ☐hayır

Yrd.Doç.Dr. Ayşegül KILIÇ
Üye
Balkan Araştırma Enst. Öğr.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi ☐var ☒yok
Toplantı Katılım ☐evet ☒hayır

Yrd.Doç.Dr. Ahmet Emre DAĞTAŞOĞLU
Üye
İlahiyat Fakültesi Öğr. Üyesi
Araştırma ile ilişkisi ☐var ☒yok
Toplantı Katılım ☒Evet ☐hayır

Yrd.Doç.Dr. Emre ATILGAN
Üye
Sağlık Bilimler Fak. Öğr.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi ☐var ☒yok
Toplantı Katılım ☒Evet ☐hayır

Yrd.Doç.Dr. Levent DOĞAN
Üye
Edebiyat Fakültesi Öğretim.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi ☐var ☒yok
Toplantı Katılım ☐Evet ☒hayır

Yrd.Doç.Dr. Özcan AYGÜN
Üye
Edebiyat Fakültesi Öğretim.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi ☐var ☒yok
Toplantı Katılım ☐Evet ☒hayır

Yrd.Doç.Dr. Esma MIHLAYANLAR
Üye
Mimarlık Fakültesi Öğretim.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi ☐var ☒yok
Toplantı Katılım ☒Evet ☐hayır