T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIK İLETİŞİMİ SORUNLARINA ETKİSİ: MANİSA İLİ İÇİN DEĞERLENDİRME

Nazlı GÜL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hilal AKMAN DÖMBEKCİ

KONYA-2022

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIK İLETİŞİMİ SORUNLARINA ETKİSİ: MANİSA İLİ İÇİN DEĞERLENDİRME

Nazlı GÜL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hilal AKMAN DÖMBEKCİ

KONYA-2022

ÖNSÖZ

Sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık iletişimi sorunlarına etkisinin değerlendirilmesini amaçlayan bu çalışmamda ve lisansüstü eğitimimde benimle bilgisini, tecrübesini, zamanını ve desteğini esirgemeyen saygı değer danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hilal AKMAN DÖMBEKCİ'ye ve lisansüstü eğitimimde bilgi ve tecrübelerini esirgemeden yol gösteren çok kıymetli hocalarım Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK ve Arş. Gör. Müjdat YEŞİLDAL'a, verilerin elde edilmesinde de katkı sağlayan tüm katılımcılara sonsuz teşekkür ederim. Ayrıca jüri üyelerinden çok kıymetli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Şerife GÜZEL ve Dr. Öğr. Üyesi Halil TÜRKTEMİZ'e sonsuz teşekkür ederim.

Tüm eğitim süreçlerimde büyük emekleri ve destekleri olan, sonsuz sevgilerini hiç esirgemeyen canım aileme teşekkür ederim.

Nazlı GÜL

KONYA-2022

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR iv
ÖZET vi
SUMMARY vii
1.GİRİŞ 1
1.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI 4
1.1.1.Sağlık Kavramı 4
1.1.2. Okuryazarlık Kavramı ve Türleri 5
1.1.3. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı 7
1.1.4. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması 8
1.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Önemi 9
1.1.6. Düşük Sağlık Okuryazarlığının Etkileri 13
1.1.7. Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri 15
1.2. SAĞLIK İLETİŞİMİ 22
1.2.1. İletişim Kavramı 22
1.2.2. Sağlık İletişimi Kavramı 22
1.2.3. Sağlık İletişiminin Önemi 23
1.2.4. Sağlık İletişimi Çeşitleri 25
1.2.5. Sağlık İletişiminde Kullanılan Yöntemler 26
1.2.6. Sağlık İletişimi Modelleri 29
1.2.7. Sağlık İletişiminde Kullanılan Davranışsal Model ve Teoriler 32
1.2.8. Sağlık İletişimi Sorunları 34
2. GEREÇ VE YÖNTEM 38
2.1. Araştırmanın Amacı 38
2.2. Araştırmanın Önemi 38
2.3. Araştırmanın Tipi 39
2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 39
2.5. Veri Toplama Araçları 40
2.5.1.Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 40
2.5.2. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği 41
2.5.3. Ölçeklere İlişkin Güvenilirlik Analizi 41
2.6. Verilerin Toplanması 42
2.7. Verilerin Analizi 42
2.8. Araştırmanın Etik Boyutu 43
2.9. Araştırmanın Hipotezleri 43

2.10.Araştırmanın Sınırlılıkları 45
3. BULGULAR 46
3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular 46
3.2. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlara Ait Bulgular 48
3.3. Katılımcıların Demografik özellikleri ile Ölçeklerin Karşılaştırılması 51
4. TARTIŞMA 70
4.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Bulgularına İlişkin Tartışma 71
4.2. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği Bulgularına İlişkin Tartışma 73
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 76
5.1. Sağlık Okuryazarlığına Dair Öneriler 77
5.2. Sağlık İletişimi Sorunlarına Dair Öneriler 77
5.3. Akademik Araştırmalara Dair Öneriler 78
6. KAYNAKLAR 79
7. EKLER 84
EK-A: Anket Formu 84
EK-B: Ölçek İzinleri 86
EK-C: Etik Kurul 87
EK-D: Turnitin Raporu 88
8. ÖZGEÇMİŞ 90

SİMGELER VE KISALTMALAR

AMA : American Medical Association

ASOY-TR : Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Türkçe Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

HALS : Health Activities Literacy Scale

HFA : Health For Everyone

HLS-EU : Health Literacy Survey Europa

MART : Medical Achievement Reading Test

NVS : New Vital Sign

PHLAT : Parental Health Literacy Activities Test

REALM : Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

SB : Sağlık Bakanlığı

SILS : Single Item Literacy Screen

SOY : Sağlık Okuryazarlığı

SOY-SEN : Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği

SPSS : Statistical Programme for Social Sciences

TOFHLA : Test of Functional Health Literacy in Adults

TOFHLA-S : Test of Functional Health Literacy in Adults- Spanish

TSOY-32 : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

vb. : Ve benzeri

yy. : Yüzyıl

YİSOY : Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi

YSOÖ : Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

WHO : World Health Organization

WRAT-R : Wide Range Achievement Test-Revised

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlık Okuryazarlığının Sağlık İletişimi Sorunlarına Etkisi: Manisa İli İçin Değerlendirme

Nazlı GÜL

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2022

İletişim; verici, alıcı, kanal, mesaj gibi öğelerin meydana gelmesiyle oluşmakta, geribildirimler sayesinde de sağlık alanında uygun teşhis ve tedaviyle sonuçlanmaktadır. Bu doğrultuda da sağlıklı insan profili çizilmektedir. Sağlık iletişiminin bu denli başarılı olmasının üzerinde sağlık okuryazarlık düzeyinin etkisi bulunmaktadır. Bu çalışmada yetişkinlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin sağlık iletişimi sorunlarına etkisinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

Çalışma Manisa ilinde yaşayan 18 yaş ve üstü bireyler üzerinde yapılmıştır. Çalışmada nicel araştırma tipi kullanılmıştır. 586 yetişkin birey çalışmanın örneklem büyüklüğünü oluşturmuştur. Çalışmada kullanılan sağlık okuryazarlık ölçeği Suka ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilmiş olup Türkoğlu ve Kılıç (2021) tarafından Türkçeye uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçek fonksiyonel, iletişimsel (interaktif) ve kritik (eleştirel) olmak üzere 3 boyuttan oluşmaktadır. Çalışmada kullanılan bir diğer ölçek ise Yeşildal ve arkadaşları (2021) tarafından geliştirilen sağlık iletişimi sorunları ölçeğidir. Ölçekte etkili iletişim, sosyal iletişim ve iletişim engelleri olmak üzere 3 alt boyut bulunmaktadır. Katılımcıların sağlık okuryazarlık ölçeğinden aldıkları ortalama puan $\bar{x}$=3,56 ve sağlık iletişimi ölçeğinden aldıkları ortalama puan $\bar{x}$=2,79 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş ve sağlık durumuna göre farklılık göstermektedir. Sağlık iletişimi sorunları ise eğitim düzeyi, cinsiyet ve sağlık durumuna göre farklılık göstermektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı ölçeği ile sağlık iletişimi sorunları ölçeği arasında yapılan regresyon analizine göre istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğindeki artış sağlık iletişimi sorunlarını yordadığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İletişim; Sağlık okuryazarlığı; Sağlık iletişimi

SUMMARY

T.R.

SELCUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Effect of Health Literacy on Health Communication Problems: Evaluation for Manisa Province

Nazlı GÜL

Department of Health Management

MASTER THESIS/KONYA-2022

Communication; It is formed by the occurrence of elements such as transmitter, receiver, channel, message, and results in appropriate diagnosis and treatment in the field of health thanks to the feedbacks. In this direction, a healthy human profile is drawn. The level of health literacy has an effect on the success of health communication. In this study, it is aimed to evaluate the effect of health literacy levels of adults on health communication problems.

The study was conducted on individuals aged 18 and over living in Manisa. Quantitative research type was used in the study. 586 adult individuals constituted the sample size of the study. The health literacy scale used in the study was developed by Suka et al. (2013) and adapted into Turkish by Türkoğlu and Kılıç (2021), and its validity and reliability study was conducted. This scale consists of three dimensions: functional, communicative (interactive) and critical (critical). Another scale used in the study is the health communication problems scale developed by Yeşildal et al. (2021). There are 3 sub-dimensions in the scale: effective communication, social communication and communication barriers. The mean score of the participants from the health literacy scale was determined as $\bar{x}$=3.56 and the mean score from the health communication scale was determined as $\bar{x}$=2.79.

According to the results of the study, health literacy differs according to gender, marital status, education level, age and health status. Health communication problems differ according to education level, gender and health status. In addition, statistical significance was determined according to the regression analysis between the health literacy scale and the health communication problems scale. It is determined that the increase in the health literacy scale predicts health communication problems.

Keywords: Communication; Health literacy; Health communication

1.GİRİŞ

Toplumun sağlık hizmeti sunumuna katılımı, sağlıklı bireyler için iş birliği yapılması, bireylerin kendi sağlıklarına ve toplum sağlığına ilişkin yükümlü olması, tanı ve tedavi sürecinde aktif olması gerekliliği, çağdaş sağlık anlayışı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çerçevede herkesin kendi ve toplumun sağlığına karşı yükümlü olması sağlık alanında yeterli bilgiye ve farkındalığa sahip olmayı, doğru karar verme yolunda davranışlar sergilemeyi gerektirmektedir. Bu gereklilik ise Sağlık Okuryazarlığı (SOY) ile mümkün olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı kavramı, kişilerin, temel sağlık enformasyonlarını okuma, anlama becerisine ek olarak, enformasyona ulaşma, ulaşılan enformasyonu kullanma yeteneği ve güdüsünü belirleyen, sosyal ve bilişsel yetenekler olarak tanımlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ile enformasyona, güven düzeyine ve kişisel yeteneğe ulaşılarak bireylerin yaşam şeklini ve koşullarını değiştirip bireysel ve toplumsal sağlığı geliştirmek için faaliyette bulunmayı sağlamaktadır. Kişilerin sağlık alanında yükümlülük alması yolunda sağlık okuryazarlığı, sağlık enformasyonuna ulaşmayı ve bu enformasyonu doğru kullanma yeteneğini geliştirmektedir. Tam da bu sebeple bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olması önem arz etmektedir (Tözün ve Sözmen, 2014; Demir Avcı, 2016). Yüksek olan sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yaşanan sağlık sorunları çerçevesinde sağlık hizmeti sunucularını seçmek, tedavi yöntemlerini anlamak, kimlerden ve nereden yardım alınacağını bilmek söz konusu olmaktadır (Yeşildal, 2018). Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireyler sağlık hizmeti alırken sağlık sorununun çözümü için hangi basamak sağlık kuruluşundan hizmet alacağını bilmektedir. Bu da sağlık kuruluşlarında gereksiz yığılmaların önüne geçmektedir (Çatı ve ark. 2018).

Gelişen teknoloji ve artan internet kullanımı ile sağlık enformasyonlarına erişim kolaylaşmaktadır. İnsanlar sağlık çalışanlarından, geleneksel ve yeni medyadan birçok sağlık enformasyonları ile karşılaşmaktadır. Sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması bağlamında karşılaşılan enformasyonları anlama ve bilgilerin doğruluğunu ölçme yeteneği gelişmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı, özellikle herkesin içerik üreticisi olduğu yeni medya mecralarında yer alan sağlık bilgilerini anlayamama ve hangisinin doğru olup olmadığını kestirememe durumuna neden olmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, sağlık hakkında yeterli bilgiye sahip olmama durumunu meydana getirmektedir. Bu bağlamda hastalanma olasılığı yükselmekte, yapılacak tedavi yöntemleri anlaşılmamakta, hastaneye yatış oranında ve süresinde artmalar yaşanmakta, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı azalmakta, gerek olmadığı durumlarda hastaneye gidilerek sağlık harcamalarının artmasına sebep olmaktadır (Sezer ve Kadıoğlu, 2014). Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması ile hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimde sorunlar yaşanmaktadır. Sağlık profesyonelleri ile pasif iletişim kuran, karar alma aşamasında bulunmayan hastalar, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmaktadır. Ancak hastaların sağlık sorunlarını anlatmaları, kendilerini açıkça ifade etmeleri ve merak ettikleri soruları sormaları gerekmektedir. Bu durum tedavi sürecinin olumlu sonuçlanmasına katkı sağlamaktadır. Sağlık iletişimi kalitesinin geliştirilerek ve sağlık profesyonellerinin düşük okuryazarlık düzeylerinin bireyler ve toplumlar üzerindeki etkisine ilişkin daha fazla duyarlı olarak düşük sağlık okuryazarlığının etkileri azaltılabilmektedir. Hastaları yapılacak tedavi konusunda bilgilendirmek ve onları doğru karar vermede etkilemek için iletişim stratejilerinin araştırılıp kullanılması gerekmektedir. Sağlık profesyoneli ve hasta arasındaki iletişim, öğrenmenin temelini oluşturduğunda etkili olmaktadır. Doğru, erişilebilen, dengeli, tutarlı, kültürle uyumlu, kanıtlanabilir, güvenilir, tekrarlanan, zamanında ve açık yapılan iletişim sağlık iletişiminin etkili olmasını sağlamaktadır (Mancuso, 2008; Ölmez ve Barkan, 2015; Nutbeam, 2018).

Sağlık hizmetlerinin temellerinden biri olan iletişim, randevu almaktan ziyaretçi için kayıt yaptırmaya, bulguları tanımlamaktan tedavilerin olumlu ve olumsuz yönlerini müzakere etmeye ve bakıma ilişkin sorumlulukları anlamaya kadar etkili olmaktadır. Sağlık profesyonelleri ile kurulan etkili iletişim, gelişmiş hasta memnuniyeti, medikal önerilere uyma, olumlu sağlık çıktılarıyla sonuçlanmaktadır. Hasta merkezli olan, hastaların gereksinimlerine, değerlerine ve kararlarına odaklanıp cevap veren sağlık profesyonelleri iletişimde daha etkili olmaktadır. Kaliteli iletişim sayesinde sağlık çalışanlarının işlerini daha hızlı, stressiz, mutlu ve güvenli yürütmesini sağlamaktadır. Bahsedilen bu olumlu sonuçların meydana gelmesi için iyi, etkili ve saygılı iletişimin çift taraflı olması, ayrıca toplumunda bu konuda farkındalık kazanması önem arz etmektedir (Wynia ve Osborn, 2010; Başol, 2018).

Kişisel ve toplumsal sağlığın gelişmesini sağlayan, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve başarısını etkileyen sağlık iletişimi, doğru stratejilerle olumlu ilişkiler ortaya çıkaracak ve bu konuda daha az problemle karşılaşılmasına zemin oluşturacaktır. Sağlık ve iletişim, bireyin olduğu her alanda var olduğu, her iki kavramında merkeze birey faktörünü aldığı ve bu doğrultuda da başarılı stratejilerle geleceğe katkı sağlayacağı göz ardı edilmemelidir (Büyükaslan, 2018).

Bu çalışma yetişkin bireylerin demografik verileri ile Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık İletişimi Sorunları arasındaki ilişkiyi saptamak ve sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi sorunlarına etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Ayrıca yerel yazında Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Okuryazarlığı kavramları arasındaki ilişkinin ele alındığı çalışmaların çok az olması bu araştırmanın sağlayacağı katkıya ilişkin önem arz etmektedir. Literatür bağlamında Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık İletişimi Sorunları konusundaki teorik bilgiler bu bölümde yer almaktadır. Yöntem kısmında ise çalışmanın amacı, tipi, evreni, örneklemi, veri toplama araçları, verilerin toplanması, araştırmanın hipotezleri ve sınırlılıkları gibi bilgilere yer verilmektedir. Sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi sorunlarına olan etkisini araştırmayı amaçlayan bu araştırmanın örneklem grubuna ilişkin demografik bilgilerin açıklanması, hipotezlere yönelik uygun istatistiksel analizlerin yapılıp sonuçların değerlendirilmesi ve yorumlanması ise bulgular kısmında yer almaktadır. Araştırmanın tartışma kısmında yapılan analiz sonuçları literatürde yapılmış çalışmalarla karşılaştırılarak ortaya konulmuştur. Sonuç ve öneriler kısmında araştırma genel anlamda sonuçlanmış ve söz konusu konuya ilişkin önerilere yer verilmiştir.

1.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Bu bölümde sağlık kavramı, okuryazarlık kavramı ve türleri, sağlık okuryazarlığı kavramı açıklanmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı ölçekleri, sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması, önemi ve düşük sağlık okuryazarlığının etkileri yer almaktadır.

1.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı, tabiatüstü güçlerle etkileşimde olan ve iyileştirici yeteneği bulunan büyücülerin, din adamlarının elindeyken daha sonra denetimi doktorlara geçerek geçmiş dönemlerden bugüne değin farklı biçimlerde varlığını sürdürmüştür. Zamanla sağlık denetiminin doktorların eline geçmesiyle profesyonel bir alan ortaya çıkmış ve bu denetimin aşılması güç hale gelmiştir (Aytaç ve Kurtdaş, 2015).

Herkesin kendine göre bir sağlık algılayışının olmasından dolayı sağlık kavramının tanılanması zor olmaktadır. Sağlığın fiziksel bir rahatsızlığın olmadığı durum olarak ele alınması ve insan bedeninin bir makine gibi görülmesi ile bireyin psikolojik ve sosyal faktörleri göz ardı edilmiştir. Ancak sağlık işlev gören bir bedenin dili olup sosyal, kültürel, ekonomik, fiziksel ve biyolojik faktörlerden etkilenmektedir. Sağlığın dar tanımına karşı Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı tanımla sağlığın kapsamı genişletilmiştir. Söz konusu tanımda sağlık, sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda tam bir iyi olma hali olarak ele alınmıştır. Tanımdan da anlaşılacağı gibi sağlıklı olma durumu bireylerin değer ve inançlarına göre değişmekte olup toplum ve içinde yaşanılan sosyal konumdan etkilenmektedir. Bu bağlamda sağlık kavramının nesnel ve öznel olarak ele alınması tanımını kolaylaştırmaktadır. Kişinin kendisinin, bedensel, psikolojik ve sosyal yönden durumunu algılaması öznel olarak sağlığı nitelerken, hekimin tanı ve testleri sonucunda hastalığın olmayışının anlaşılması ise nesnel olarak sağlığı nitelemektedir. Bu çerçevede gerçekten sağlıklı olma durumu hem kişinin kendisini sağlıklı algılaması hem de hekim tarafından sağlıklı olduğu sonucuna varılması ile ortaya çıkmaktadır (Bolsoy ve Sevil, 2006; Aytaç ve Kurtdaş, 2015).

Sağlığın geliştirilmesinde sadece birey değil devlette yükümlü olmaktadır. Devlet bireylerde sağlık bilincinin oluşması için onları sağlık politikaları konusunda bilgilendirmekte, sağlık kampanyalarına teşvik etme, sağlık konulu eğitimleri verme gibi faaliyetlerde bulunmalıdır. Bu faaliyetler sonucunda bireylerde sağlık farkındalığı

oluşmakta ve her birey kendi sağlığına ilişkin sorumluluğunu üstlenmektedir (Aygün, 2017).

1.1.2. Okuryazarlık Kavramı ve Türleri

Bir dildeki işaretleri okuyabilme, yazabilme ve anlayabilme yeteneği olarak tanımlanan okuryazarlık kavramı, ömür boyu öğrenme farkındalığı yaratma, bu farkındalığı geliştirme, aktif öğrenme yolunda kişilerin yeni yetenekler kazanmasını sağlamaktadır. Bir başka tanıma göre ise okuryazarlık, yazı simgelerini söyleme ve anlamlandırma yeteneğinin etkili sergilenmesi ile objeleri, olgu ve olayları anlama ve kendileriyle özdeşleştirme becerisidir. Bir etkileşim yolu olan okuryazarlık kavramı, enformasyonları, yetenekleri ve sosyal ilkeleri anlama, birbirine aktarma, değerlendirebilme ve gelecek kuşaklara ulaştırma faktörüdür. Geçmiş dönemde sadece adını okuyup yazabilen ve imzasını atabilen bireyler okuryazarken, zamanla temel, orta ve yüksek aşamalı okuryazarlık yetenekleri meydana gelmiştir. Böylece okuma-yazma becerisinin günlük yaşamda kullanımı, kişinin toplumsal, ekonomik, vatandaşlık sorumluluklarına katkı sağlamasıyla okuryazarlık kavramı yalnızca okuma ve yazma becerisi olmaktan çıkmıştır (Aldemir, 2003; Aşıcı, 2009; Güneş, 2019).

Tarihsel gelişimle beraber okuma ve yazma kavramlarından meydana gelen okuryazarlık kavramı görsel simgelerle haberleşme becerisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu görsel simgelerle haberleşme ilk olarak harfler veya kelimelerle ifade edilirken zamanla görsel simgelerde çeşitlilik görülmektedir. Bu çerçevede bireyin ev, okul, işyeri vb. bir yerde okuma ve yazma faaliyetinde bulunarak sosyal bir etkileşim kurması ile okuryazarlık yalnızca okuma ve yazma eyleminden ayrılmaktadır. Okuryazarlığın sosyal bir etkileşimi meydana getirmesi yapılandırıcı ve etkin olma özelliği ile ilgilidir. Ayrıca okuryazarlığın bir diğer özelliği olan durumsallık ise anlamın bağlamdan bağlama göre farklılık göstermesi ile ilgilidir. Bu özelliğe göre okuryazarlık bağlamlar arasında farklılıklar ortaya çıkarıp yeteneklerin değişik bağlamlara geçirilmesi ya da geçirilmemesiyken, okuma ve yazma ise yazılı gereçlerin okuyucu aracılığıyla okuma faaliyetinin kapasitesi sonucunda iletişim kurulan bir süreç olmaktadır. Okuma ve yazma kişisel ve toplumsal bir faaliyet olmakta ve toplum okuryazarlık durumunu biçimlendirirken okuryazarlık da toplumu biçimlendirmektedir (Gül, 2007).

Yapılan tanımlardan da anlaşılacağı üzere zamanla okuryazarlık kavramının kapsamı genişletilmiş ve okuma-yazma kavramından farklılaşmıştır. Okuma-yazma kod çözmeye dayalı olmakta, bir kategoriyi temsil etmekte, harflerden oluşan sembolleri nitelemekte, durağan olarak tanımlanmaktadır. Okuryazarlık ise anlamlandırmaya dayalı olmakta, bir dereceyi temsil etmekte, okuryazar düzeyine ilişkin sembolleri nitelemekte, dinamik ve yapılandırıcı olarak tanımlanmaktadır (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010).

Okuryazarlık kavramı farklı dönemlerde değişik biçimlerle tanımlanmış ve gelişmiştir. Okuryazarlık kavramının ilk tanımı 1950'li yıllarda Birleşmiş Milletler Eğitim Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) tarafından yapılmıştır. Söz konusu okuryazarlık tanımına göre, günlük yaşamla ilgili yalın ve kısa bir cümleyi anlayıp okuma-yazma eyleminde bulunmaktır. 1965'li yıllarda ise işlevsel okuryazarlık kavramı gün yüzüne çıkmıştır. Bireyin içinde yaşadığı kültür ve topluma ilişkin hayatın gerektirdiği eylemlerde bulunmak işlev okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır. 1970'li yıllarda okuryazarlık kavramı siyasal gelişmelerden etkilenmiş ve bu konuda yeni fikirler ortaya çıkmıştır. Siyasal gelişmeler ışığında okuryazarlığın kişinin özgür olması yönünde önem arz ettiği vurgulanmıştır. 1985'li yıllarda okuryazarlık bir hak olarak kabul edilmiş, okuma ve yazma eylemi temel haklar arasında yerini almıştır. 1990'lı yıllarda ilköğretim yaygın hale getirilmiş, çocuk ve yetişkinlerde okuryazarlığın arttırılması hedeflenmiştir. 2000'li yıllarda ise okuryazarlık probleminin çözümü yolunda kampanyalar ve projeler yürütülmeye başlanmıştır. Kadın okuryazarlık oranının artırılması için anne-kız proje ve kampanya faaliyetleri geliştirilmiştir (Güneş, 2019).

Zamanla okuryazarlık kavramının gelişmesi ve okuma-yazma eyleminden de öteye geçmesi farklı okuryazarlık türlerinin doğmasına neden olmuştur. Görsel okuryazarlık, bütünleşik okuryazarlık, dijital okuryazarlık, durumsal okuryazarlık, bilinçlendirici okuryazarlık, geleneksel okuryazarlık, aile okuryazarlığı, çoklu ve çeşitlendirici okuryazarlık, yansıtıcı okuryazarlık çeşitleri meydana çıkmıştır. Yaşanan gelişmeler ışığında bilgisayar okuryazarlığı, internet okuryazarlığı, teknoloji okuryazarlığı, kültürel okuryazarlık, medya okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, evrensel okuryazarlık gibi türler de ortaya çıkmıştır. Bunlar yanında anayasa okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık, coğrafya okuryazarlığı, çevre okuryazarlığı, iktisat okuryazarlığı, grafik okuryazarlığı, kütüphane okuryazarlığı, matematik

okuryazarlığı, siyasal okuryazarlık, sinema okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı, tarım okuryazarlığı, televizyon okuryazarlığı, tarih okuryazarlığı, tüketici okuryazarlığı, yatırım okuryazarlığı, web okuryazarlığı gibi çeşitli okuryazarlık türleri doğmuştur. Ortaya çıkan okuryazarlık türleri kişinin doğumundan ölümüne değin yaşamını çevreleyen bir hayat biçimi niteliğini kazanmıştır (Aşıcı, 2009; Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010; Yeşildal, 2018; Güzel, 2019).

1.1.3. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Doğumdan ölüme kadar herkes kendisi veya bir yakını için sağlık hizmetine ihtiyaç duymaktadır. İnsan sağlığının iyileştirilmesinde önemli bir rolü olan sağlık hizmetleri kompleks bir sistemden oluşmaktadır. Gün geçtikçe sağlık hizmetleri hasta merkezli bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu da hastanın ihtiyaçlarına odaklanılmasını, kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını, hasta ve yakınlarının memnuniyetlerinin sağlanmasını gerektirmektedir. Zamanla ortaya çıkan hasta merkezli anlayış yalnızca sağlık çalışanlarına değil, hasta ve hasta yakınlarına da sorumluluklar yüklemektedir. Bu anlayış çerçevesinde hastalar kendilerini açık bir şekilde ifade etmeli, tanı ve tedavi sürecine katılmalı, sağlık profesyonellerinden aldığı bilgiler ışığında uygun kararlar vermelidir. Verilecek olan bu kararlarda hastanın sağlıkla ilgili bilgi ve yeteneklerine, kabiliyetine bağlı olmaktadır. Bu da sağlık okuryazarlığı ile mümkün olmaktadır. Simonds tarafından 1974 yılında 'Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika' başlıklı kitapta sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez ele alınmıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramı 1990 ve 2000'li yıllarda bireylerin sağlığına önemli bir etkisinin olacağı tahminiyle yeniden tanımlanmış, tartışılmış ve konu ile ilgili inceleme ve faaliyetlerde bulunulmuştur (Yalçın Balçık ve ark. 2014; Sezgin, 2015; Güven, 2016).

Birçok ülke önemi anlaşılan sağlık okuryazarlığı kavramı üzerinde durmuştur. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığın muhafazası ve devamı yolunda kişinin sağlık enformasyonlarına erişme, anlama ve kullanma yeteneği olarak sağlık okuryazarlığı kavramını tanımlamıştır (Bakan ve Yıldız, 2019). Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association-AMA) ise sağlık okuryazarlığını 'kişilerin sağlık mesajlarını okuyabilmesi, ilaç talimatlarını okuyup anlayabilmesi, sağlık çalışanlarının söylediklerini anlayıp uygulayabilmesi' olarak tanımlamıştır. Amerikan Tıp Enstitüsü'nün tanımına göre ise sağlık okuryazarlığı, 'kişisel anlamda sağlık konusunda doğru tercihler yapabilmek amacıyla gereken sağlık enformasyonuna sahip

olma, anlama ve kavrama seviyesi' olarak ele alınmıştır (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014; Berberoğlu ve ark. 2018).

Bilir (2014) yaptığı bir çalışmada sağlık okuryazarlığı kavramını, sağlık hizmetleri alanında bireylerin yaşamları süresince düşünce geliştirip karar vermesi, sağlığın korunması, devam ettirilmesi, geliştirilmesi ve aynı zamanda yüksek yaşam kalitesine ilişkin sağlık enformasyonlarına erişebilme, enformasyonları algılayabilme motivasyonu ve yeteneği olarak tanımlamıştır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı, medikal bilgilere ve tehlike faktörlerine ilişkin bilgilere ulaşma, medikal enformasyonları ve tehlike faktörlerini anlama, medikal bilgileri ve tehlikeli faktörleri analiz etme ve yorumlama, medikal konularda ve risk oluşturabilecek alanlarla ilgili tercih yapma yeteneği olarak ele alınmaktadır.

Kişilerin sağlık enformasyonlarını ve kavramlarını araştırması, idrak etmesi, analiz etmesi ve karar verme sürecinde kullanması olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı ile insanlar sağlık, bilim ve kültürel inançlar alanında yapılan siyasal ve özel konuşmalarda bulunabilme kapasitesine sahip olmaktadır. Kişilerin sağlık ve okuryazarlık konularında bir araya gelmesi ile sağlık okuryazarlığı ortaya çıkmaktadır. Bu da hem sağlığın hem de okuryazarlığın insan hayatının ayrılmaz bir parçası olduğunu göstermektedir. Okuryazarlık, sağlık bilgilerine yönelik davranış gösterme yeteneğinin yanında kişilerin, ailelerin ve toplumların sağlıklarına ilişkin denetim sahibi olma ve yaşamın daha iyi hale getirilmesi ile refahın sağlanması demektir. Kişiler sağlık okuryazarlığı alanında gereken beceri ve yeteneklere sahip olacak yeterliliğe ulaşmalıdır. Söz konusu yeterlilik, sağlık bakımı sorumluluğunu alma ile ilgilidir. Bu yeterlilikler seçimlik, etkileşimli, özerklik, bilgilendirici, bağlamsal ve kültür boyutlarından oluşmakta ve bunlar sağlık okuryazarlığının kılavuzu niteliğini taşımaktadır (Gillis ve Quigley, 2004; Zarcadoolas ve ark. 2005; Mancuso, 2008).

1.1.4. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Nutbeam (2000), fonksiyonel okuryazarlık, eleştirel okuryazarlık ve etkileşimli okuryazarlık olmak üzere sağlık okuryazarlığını toplamda üç sınıfa ayırmaktadır.

Fonksiyonel/işlevsel okuryazarlık, yeterli okuma-yazma ile günlük durumlardaki işlevlerde etkili olma, sağlık enformasyonlarını anlama ve sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanma yeteneğini nitelemektedir (Nutbeam, 2000). İletişimsel/etkileşimli okuryazarlık ise bireyin sosyal yeteneklerle birlikte

bilişsel ve okuryazarlık yeteneklerini günlük yaşamda kullanması, çeşitli iletişim şekillerinde enformasyonlar edinerek manalar çıkarmak ve yeni enformasyonları değişen şartlara uygun hale getirmek şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Okuryazarlığın bu boyutu, kişinin kendini bilmesi, kendine güveninin ve güdüsünün olması, sahip olduğu bireysel yetenekleri eğitimle birleştirerek kendini geliştirmesi anlamı taşımaktadır (Nutbeam, 2000; Malatyalı ve Biçer, 2018). Eleştirel okuryazarlık ise kişilerin sağlık durumlarını bilmesi, incelemesi, toplum sağlığı hakkında bilgi edinmesi, araştırması, sağlık üzerinde etkisi bulunan politika ve faktörleri bilmesi, sağlık haberlerini alması ve problemlerin çözümünde aktif olması anlamına gelmektedir (Nielsen-Bolhman ve ark. 2004; Malatyalı ve Biçer, 2018).

Okuryazarlık boyutlarının çeşitlenmesi durumu bireylere daha fazla otonomi ve kişisel sorumluluk yüklemektedir. Bireyin bilişsel gelişiminin artmasıyla, aldığı çeşitli enformasyonlar ve mesajlarla okuryazarlık sınıflandırmaları arasında ilerleme kat etmektedir. Ayrıca böyle bir durumda bireyler, kişisel ve sosyal yeteneklerle iletişim karşısında farklı reaksiyonlarda bulunarak daha fazla öz yeterliliğe sahip olmaktadır (Nutbeam, 2000).

Zarcadoolas ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmaya göre ise sağlık okuryazarlığı, temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, vatandaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık olmak üzere dört sınıfa ayırmaktadır.

Okuma, yazma, konuşma ve sayma becerisi temel okuryazarlık olarak ele alınmaktadır. Teknoloji ve bilimle alakalı bilince sahip olma, temel bilimsel kavramları anlama, kompleks yöntemlerin üstesinden gelme, teknolojiyi anlama yeteneği de bilimsel okuryazarlık olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumsal konularda bilinçli olma, kritik bakış açısına sahip olma ve karar verme sürecine aktif katılma vatandaş/yurttaş okuryazarlığını nitelerken, elde edilen sağlık enformasyonlarını çözümleme, inançlara, geleneklere, dünyaya bakış açısına ve kültüre göre bu enformasyonları uygulama, toplumdaki yerini bilme yeteneği ise kültürel okuryazarlığı nitelemektedir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

1.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Herkesin sağlık hizmetine ihtiyaç duyabileceği göz önünde bulundurulduğunda sağlık okuryazarlığının da sağlık hizmeti ile ilgili olduğu sonucuna varılabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı kavramı da sağlık hizmetleri gibi

herkesi kapsamaktadır. Çok fazla önemsenmeyen bir beceri olan sağlık okuryazarlığı, insanların sağlık hizmetine ulaşması ve tedaviye uygun davranması gibi sağlık hizmetlerine ilişkin alanlarda vazgeçilemeyen elzem bir yetkinliktir (Çınar ve ark. 2018).

Sağlık okuryazarlığının, gün geçtikçe artan kronik hastalıklar ve sağlık maliyetlerinden dolayı önemi anlaşılmaktadır. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olan etmenlerin incelenmesi önem arz etmektedir. İnsanların temel okuryazarlık düzeyleri, hastalık tecrübeleri, sağlık hizmetlerinin özelliklerinin yanında bireylerin demografik, kültürel, psikososyal özellikleri de sağlık okuryazarlığını etkileyen etmenler arasında yerini almaktadır (Yakar ve ark. 2019).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmet sağlayıcıları ile bu hizmetleri alan hastalar arasında yükümlülüğün paylaşılmasını, sağlık yaşam yılı ile kalitesinin artırılmasını, sağlık çalışanlarına ilişkin iletişim ve tıbbi yeteneklerin edinilmesini, hastaların tedavi ve karar verme sürecine katılmasını sağlamaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı ile sağlık profesyonelleri ve hastalar birbirleriyle etkili bir iletişim kurarak geri dönütlerin idrak edilmesini sağlamaktadır. Bunun yanında hastalarda kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk almaya istekli olabilmekte, elde ettiği sağlık uyarılarını da doğru anlayıp ona göre davranış sergilemektedir. Sağlık okuryazarı olan kişiler, hastalıklardan korunma eylemlerinde bulunma bilincinde olmakta, sağlık çalışanları ile sağlığı konusunda ortaklık yapmakta, tedavisi için aldığı ilaçların ne işe yaradığını bilerek doğru kullanmakta, sağlık profesyonellerinin söylediklerine uygun davranmaktadır. Bunun sonucunda ise sağlık okuryazarı olan kişiler, olumlu sağlık çıktıları ile karşılaşmaktadırlar (Sarıyer ve Fırat Kılıç, 2019).

Hastanın uygulanacak tedavi hakkında bilgiye sahip olması sonucunda sağlık profesyonelleri ile hasta arasındaki hizmet akışı doğru ilerleyecek ve gerek duyulmayan sağlık işlemlerinin yapılmaması sağlanacaktır. Bu doğrultuda da sağlık kaynaklarının israfı engellenecektir. Bunların gerçekleşmesi yolunda sağlık okuryazarlığı oldukça önem arz etmektedir. Ayrıca hastanın ve sağlık hizmetlerinin özellikleri çerçevesinde sağlık hizmetini almaya yönelik faaliyetlerde bulunma yeterliliği sağlık okuryazarlığı ile elde edilmektedir. Hastaların bir sağlık kuruluşunda hangi hizmetleri alabileceğini ve yapacağı muayene ve tanı testleri için hangi işlemleri nerede yapacağını bilmesi, sağlık çalışanları ile etkili iletişim kurması, eczaneden ilaç

alırken ilaçlar hakkında verilen bilgileri doğru anlayıp uygun kullanması gibi davranışlar sağlık okuryazarlığı ile mümkün olmaktadır (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014; Değerli ve Tüfekçi, 2018).

Sağlık okuryazarı olan bireyler sağlık eğitimi ve bilişsel işlevlere paralel olarak sağlık durumlarını geliştirmeye daha yatkın oldukları için sağlık hizmetine olan gereksinimleri azalmaktadır (Ratzan, 2001; Sørensen ve ark. 2012). Hastalıkların önlenmesi, sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi, bireylerin güçlendirilmesi yolunda sağlık okuryazarlığı önem arz etmektedir. Sağlık davranışı, sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık sonuçları ve sağlık maliyetleri sağlık okuryazarlığı düzeyinden etkilenmektedir. Yüksek düzeyli sağlık okuryazarlığının sonucunda birey, özgür olmakta, bireysel sorumluğu üstlenmekte, yaşam kalitesini arttırmak için harekete geçmektedir (Sørensen ve ark. 2012).

Zamanla ortaya çıkan hasta merkezli anlayışla bilgi ve kaynakların kişilerin sağlık enformasyonlarını anlamasını ve uygulamasını gündeme getirmiştir. Sağlık sisteminin maruz kaldığı zorluklar, alternatif tedavilerin varlığı, sağlık hizmetlerinin yapısını kompleks bir hale getirmektedir. Bu durumdan dolayı hastaların sağlık durumlarına yönelik tercihte bulunmaları güç olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı sayesinde hasta tutumu ele alınarak hastaların sağlık sistemiyle etkileşimde bulunması sağlanmaktadır. Hastaların tıbbi hizmet sürecine katılması ve sağlık hizmetlerini alabilme yeteneğine sahip olması işte bu etkileşimle sağlanmaktadır (Koay ve ark. 2012). Ayrıca sağlık alanında edinilen enformasyonlar doğrultusunda sağlığı korunma becerisi sağlık okuryazarlığı düzeyi ile bağlantılı olmaktadır. Bunun sonucu olarak bireyler kendi sağlık durumlarını anlayıp, uygun bilgileri edinip, sağlığı için olası en iyi sonuçlara ulaşmak için sağlık çalışanlarıyla iş birliği yapması gerekmektedir (Liu ve ark. 2020).

İnsanların sağlık hizmeti alırken yaşadığı etnik eşitsizlikler, onların sergilediği sağlık davranışlarını ve bilgilerini etkilemektedir. Bu eşitsizlik sorununun çözümünde sağlık okuryazarlığının önemli bir etkisi bulunmaktadır (Schillinger, 2020).

Daha öncede bahsedildiği gibi sağlık okuryazarlığı bağlamında sağlık geliştirilen sağlık eğitimi ve iletişim bireylerin sağlık konularında karar verme sürecine katılmalarını sağlamaktadır. Bu da halk sağlığının gelişmesini desteklemektedir. İnsanların yaşına ve bağlamına uygun sağlık bilgisine sahip olması ve bu bilgileri

sağlığın geliştirilmesi yönünde kullanması sağlık okuryazarlığının öz yeterliliği ile ilgili olmaktadır (Nutbeam, 2008).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların artmasına paralel olarak maliyetlerin ve ilaç kullanımının da artması sorun teşkil etmektedir. Sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmetlerinin ve ilaçların gereksiz kullanımının önüne geçilmektedir (Liu ve ark. 2020). Ayrıca sağlık okuryazarı olan bireyler reçetesiz ilaçların kullanılmamasının, gereksiz yere antibiyotik alınmamasının, başkalarının tavsiyesi ile ilaç tedavilerine başlanmamasının bilincinde olmaktadırlar.

Zor ve karmaşık olan kanser hastalığının önlenmesi, taramasının yapılması ve tedavi kararlarının verilmesinde sağlık okuryazarlığının önemli etkisi bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı bireye özgü, karmaşık ve çoklu kanser tedavilerinin anlaşılmasını ve ona göre karar verilmesini sağlamaktadır. Bundan öncede hastaların kanseri önleme ve tarama yapma konusunda bilinçli davranmasını ve bu konuda gereken öz yeterliliğe sahip olmasını sağlamaktadır (Koay ve ark. 2012). Sağlık okuryazarlığı kanser hastaları ve yetişkinler için önemli olduğu kadar çocuk sağlığı açısından da oldukça önem arz etmektedir. Çocuklar ailelerinden, sağlık çalışanlarından ve kitle iletişim araçlarından sağlık enformasyonlarını almaktadır. Ancak aldıkları bu bilgilerin doğruluğu açısından aile faktörü önemli olmaktadır. Ailenin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması ve bunu çocuklarına aktarması ile çocuklar sağlık bakımlarına yönelik erken bilinç edinmiş olmaktadır. Ayrıca aile bireyleri edindikleri sağlık bilgilerini hem kendi hem de çocuklarının sağlığını korumak ve geliştirmek için kullanmaları da önemli bir konudur (Çınar ve ark. 2018).

Ortaya çıkan yeni medya ve artan internet kullanımı ile birlikte sağlık konulu birçok içeriğin üretilmesi de gündeme gelmiştir. Ancak bu mecralarda bulunan her içeriğin doğru olup olmadığı göz önüne alınması gereken bir konudur. Sağlık okuryazarlığı ile sosyal medya mecralarında bulunan sağlık içerikli bilgilere şüpheyle bakmanın, bu bilgilerin doğruluğunu araştırmanın önem arz ettiği bilinmektedir. Ayrıca kültür ile sağlık okuryazarlığı arasında bağ bulunmakta, kişi sağlık bilgisini analiz etme hususunda inançlarına, yaşam biçimine, dünyaya bakış açısına odaklanmaktadır. Kişiler içinde yaşadığı kültüre göre sağlık konusunda edindikleri bilgileri ve sağlık teknolojilerini ne şekilde kullanacağını öğrenmektedir. Ayrıca kültür

sağlık bilgilerine ilişkin inanç ve düşüncelerin oluşması hususunda önem arz etmektedir (Utma, 2019).

Erken çocukluk çağında sağlık okuryazarlığı eğitiminin verilmesi, okul eğitimi sürecinde sağlığın geliştirilmesinin önemsenmesi, yetişkin eğitimine engel olan faktörlerle mücadele edilmesi, katılımcı eğitimlerin yapılması, iyilik halinin sağlanarak sağlıklı olmaya ilişkin metotların ele alınması, çok yönlü faaliyetlerin kişilerin beceri ve özelliklerine göre yapılması gibi sağlık okuryazarlığını geliştiren faaliyetler DSÖ tarafından vurgulanmaktadır (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016).

1.1.6. Düşük Sağlık Okuryazarlığının Etkileri

Tözün ve Sözmen (2014) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi sonucunda, genel sağlık durumunun iyi olmayışı, koruyucu sağlık davranışında bulunmama, düşük oranda birinci basamak tedavi hizmetlerinin kullanımı, öz bakımda eksikliklerin olması, medikal ve ilaç hatalarında artışların olması, sağlık bakımının maliyetli olması, daha az sağlık hizmeti alma, hastalık sürecinde sağlık hizmetini aramama, hastalığın arttığını anlayamama veya anlamada geç kalma, sağlık profesyonellerinin önerilerine uymama, hastane yatışların fazla ve uzun süreli olması, maliyetli olan acil sağlık hizmetlerini daha sık alma, ölüm oranlarında artış gibi faktörlerin ortaya çıktığını belirtmektedir.

Bakan ve Yıldız (2019) ise sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi sonucunda, sağlık durumunu muhafaza etme ve geliştirme faaliyetlerine yönelik yetersiz enformasyona sahip olma ya da bu faaliyetleri yanlış bir şekilde uygulama, artan hastalık algısı, sağlık eğitimlerini anlamakta zorluk çekme, kronik hastalıkların yönetilememesi, tedavilere uyumda zorlanma, sağlık giderlerinin yükselmesi gibi durumların yaşanmasına sebep olduğunu belirtmektedir.

Kişinin sağlığı üzerinde etkinliği sağlayamaması, sağlık bakımına erişememesi, sağlık enformasyonlarını idrak edememesi, karar verme aşamasında doğru tercihler yapamaması sağlık okuryazarlığının düşük olması ile ilgilidir. Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığı medikal şartları güç kılmakta, hastayı anlamayı zorlaştırmakta, cerrahi uygulamalara yönelik kaygıların oluşmasına neden olmaktadır (Değerli ve Tüfekci, 2018). Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kişiler sağlık enformasyonuna da yeteri kadar sahip olamamaktadırlar. Bu durumda da hastalanma tehlikesi artmaktadır (Çatı ve ark. 2018).

Hastaların utanma, çekinme, sağlık durumunu anlatamama korkusuyla sağlık profesyonelleri ile iletişim kuramamaların sebebi düşük sağlık okuryazarlığına sahip olmaktır. İletişim kurulmadığında da hastalar yeterli enformasyona sahip olamamakta, bu eksikliği de çevresindeki kişilerden, ailesinden, medyadan karşılamaktadır. Ancak enformasyon eksikliğini gidermek isteyen bu mecra ve kişilerden edindiği bilgileri doğru anlamalı ve her enformasyonun doğru olduğunu da kabul etmemelidir. Böyle bir durum sağlık düzeyini olumsuz etkilemekte, ölüme bile sebep olmaktadır. Son zamanlarda yaygın kullanılan yeni medya mecraları izleme oranlarını ve baskıya önem verdikleri için buralardaki sağlık içerikli gönderiler birtakım risklere sebep olmaktadır. İlaçların akılcı kullanılabilmesi, yapılan tanı testlerin anlaşılması, tansiyon seviyesini belirleyen rakamlarının anlaşılması, belli yaşam biçimlerinin tehlikeli olduğunun farkında olunması gibi konular sağlık okuryazarlığı düzeyinden etkilenmektedir. Ayrıca hastaların sağlıkları üzerinde risk teşkil eden faktörlerden kendilerini korumasındaki yetersizliklerinin nedeni yine sağlık okuryazarlığının düşük olmasıdır. Sağlık okuryazarlığı alanında farkındalığa sahip olmak, sağlık konulu enformasyonların daima doğru olamayacağını anlamayı sağlamaktadır. Bu farkındalık edinmediğinde sunulan her sağlık enformasyonu doğru kabul edilmekte ve bazı risklerin oluşmasına sebep olmaktadır. Yaygın kullanılan internet ve herkesin içerik üreticisi olduğu yeni medya ile enformasyon kirliliği oluşmakta ve hangi enformasyonun doğruluk teşkil ettiğinin anlaşılması güç hale gelmektedir. İnternet ve yeni medya mecraları hastalara aradıkları bilgileri anında ulaşmalarını sağlamakta, hastalarda doğru olup olmadığını bilmeyerek bilgiye sahip olduğunu düşünmekte, bu da insanları cezbetmektedir. Ancak hasta yanlış bilgilenmeyle karşı karşıya kalmakta, bu bilginin kullanımı sonucunda da olumsuz sağlık durumları meydana gelmektedir. Ayrıca internet ortamında sağlık içerikli enformasyonlara yer verilerek aslında ilaç, tıbbi ürün, tedavi vb. konularda reklamlar yapılmaktadır. Bunun yanında reklamı yapılan tıbbi ürün veya iyileştirme yöntemlerinin pozitif yönleri ele alınmakta, negatif yönlerine değinilmemektedir. Tüm bu durumların karşısında yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireyler, bilgilerin doğru olup olmadığını araştırmakta, yapılan sağlık konulu reklamlara güvenmemekte, sağlığını koruma bilincinde olmaktadır. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi yönünde şüphesiz en doğru bilgilere ulaşacağımız sağlık profesyonelleri de sözlü konuşma yeteneklerini geliştirip kullanarak hastalarla etkili iletişim kurması önem arz etmektedir. Sağlık

okuryazarlığının geliştirilmesi bağlamında hem yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireyler hem de sağlık alanındaki enformasyonlara ilgisi olan bireyler merkeze alınması gerekmektedir (Utma, 2019).

1.1.7. Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri

The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)

Yetişkinlerde fonksiyonel sağlık okuryazarlığını test etmek amacıyla Parker ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, hastaların okuma ve hesaplama yeteneklerini gerekli kılan sağlık konulu sorumlulukları yerine getirme becerisini ölçmektedir. Ölçek toplamda iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde okunulanın anlaşılıp anlaşılmadığını test etmek için 50 maddelik sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde ise hastanın ilaç kullanma, kan şekerini izleme, tıbbi randevuları alma, mali yardım alma vb. 17 maddelik sayısal soru bulunmaktadır. Soruların doldurulması 22 dakikaya kadar sürmektedir. Araştırmaya 200 katılımcı dahil edilmiştir (Parker ve ark. 1995). Değerlendirmeler 0-100 puan aralığında yapılmaktadır. Ölçekte yetersiz sağlık okuryazarlığı puan aralığı 0-59, düşük sağlık okuryazarlığı puan aralığı 60-74, yeterli sağlık okuryazarlığı puan aralığı ise 75-100 olmakta ve üç düzeyde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,98 olarak hesaplanmıştır. TOFHLA Parker ve arkadaşları (1995) tarafından İspanyolcaya çevrilerek Test of Functional Health Literacy in Adults- Spanish (TOFHLA-S) adıyla geliştirilmiştir (Mancuso 2009; Yılmaz ve Tiraki, 2016). Bu araştırmaya da 203 katılımcı dahil edilmiştir. TOFHLA testinin Türkçeye uyarlama çalışması Üçpunar (2014) tarafından yapılmıştır. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (YİSOT), 30 maddelik sözel bölüm ve 15 maddelik sayısal bölüm olmak üzere toplamda 2 bölüm ve 45 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların 351'i araştırma kapsamına alınmıştır. Soruların cevaplanma süresi 18-30 dakika olarak hesaplanmıştır. Sözel bölümün Cronbach Alpha katsayısı 0,52 olarak hesaplanırken, sayısal bölümün Cronbach Alpha katsayısı 0,73 olarak hesaplanmıştır (Üçpınar, 2014).

The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına gelen kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacıyla Davis ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilmiştir. Ayrıca sağlık okuryazarlığını test eden ilk ölçek olma özelliğini taşımaktadır. Söz konusu ölçek kelime tanıma ve söyleyiş yeteneğini ölçmektedir. Bu doğrultuda zorluk

düzeyine göre oluşturulmuş 66 tıbbi kelimenin kişiler tarafından yüksek sesle okunması istenmektedir. Bu sürecin 3-6 dakikadan oluştuğu hesaplanmıştır. Doğru söylenilen kelimeler için 1 puan verilirken, yanlış söylenilen kelimelere işaretler konulmaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarı 0-44 kelimenin doğru söylenilmesiyle, düşük sağlık okuryazarı 45-60 kelimenin doğru söylenilmesiyle, yeterli sağlık okuryazarı ise 61-66 kelimenin doğru söylenilmesiyle belirlenmektedir. Bu ölçek anlama ve sayısal yeteneği ölçmemektedir. REALM ölçeğindeki 66 kelimenin kısaltılarak 10 kelimeye düşürülmesi ile REALM-R testi oluşturulmuştur. Bu testte yine kelime tanıma ve söyleyiş becerisini ölçmektedir. Diğer dillere elverişli olmayan bu test İngilizce olarak ele alınmıştır (Çopurlar ve Kartal, 2015; Yeşildal, 2018; Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019).

Özdemir ve arkadaşları (2010) tarafından REALM ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu ölçekte düşük sağlık okuryazarlık tehlikesi, toplam puanı altıdan düşük olanlardan kaynaklanmaktadır (Özdemir ve ark. 2010; Yılmaz ve Tiraki, 2016).

Newest Vital Sign (NVS)

Türkçe çevirisi En Yeni Yaşamsal Belirti olan ölçek, birinci basamak sağlık kuruluşlarında okuryazarlığın hızlı değerlendirilmesini sağlamaktadır. Başta baş ağrısı ilaç reçetesi talimatları, koroner anjiyografi için onay formu, kalp yetmezliğinde kendi kendine bakım talimatları, beslenme etiketi, astım ilacı talimatları olmak üzere 5 faktör oluşturulmuştur. Bu faktörler hem okuma hem de aritmetik yetenekleri içermektedir. Hastalara bu faktörlere ilişkin 21 soruyu cevaplamaları istenmiştir. Daha sonra bu faktörlerden beslenme etiketi faktörü seçilerek söz konusu faktöre ilişkin 6 soru değerlendirmeye alınmıştır (Weiss ve ark. 2005). Besin etiketine ilişkin ilk dört soru hesaplama ve sayısal beceriyi nitelerken, son iki soru ise etikette bulunan doğru enformasyon bölümünü tespit etme yeteneğini nitelemektedir. Sorulara cevap verme süresi 3 dakika olarak hesaplanmıştır. 6 soruya verilen doğru sayısına göre kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri tespit edilmektedir. Muhtemelen yetersiz sağlık okuryazarlığı 0-1 doğru sayısında meydana gelirken, sınırlı sağlık okuryazarlığı ise 2-3 doğru sayısında meydana gelmektedir. 4 ve üzeri doğru sayısı ise yeterli sağlık okuryazarlığını nitelemektedir. NVS ölçeğinin İngilizce ve İspanyolca versiyonu bulunmaktadır. Ayrıca Özdemir ve arkadaşları (2010) tarafından NVS ölçeğinin

Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir (Yeşildal, 2018; Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019).

Wide Range Achievement Test-Revised (WRAT-R)

Geniş Kapsamlı Başarı Testi anlamına gelen ölçek Dewalt ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilmiştir. Katılımcıların kelimeleri okumaları ve söyleyişleri önemsenmektedir. Katılımcılardan okumaları ve telaffuz etmeleri istenen 42 tıbbi olmayan terim kullanılmıştır. Ölçek süresi olarak 5 dakika belirlenmiştir. Ölçek İngilizce versiyonlu olup Türkçe versiyonu da bulunmamaktadır. 5-75 yaş aralığındaki bireyler ölçeğe katılmalıdır. Puanlama ve değerlendirmeler aynı yaş gruplarının birbiriyle karşılaştırılması ile yapılmaktadır (Tözün ve Sözmen, 2014; Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019).

Medical Achievement Reading Test (MART)

Tıbbi Başarım Okuma Testi Hanson-Drivers (1997) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek kolay ve hızlı yönetilen niteliktedir. Ölçek sağlık alanıyla ilgili sözcüklerin genellikle reçeteler ve hasta eğitim gereçlerinde yer alması, buralarda küçük boyutlu yazıların olması, gereçlerin parlak olması ve okumayı güçleştirmesi şeklinde sık kullanılan sağlık terimlerini okuyamama mazeretleri ele alarak 42 kelimeden oluşmaktadır. Test 3-5 dakika sürmektedir. Puanlama kelimeleri doğru söylemeye göre yapılmaktadır. Söz konusu test yalnızca okunabilirliği değerlendirmekte, kelimeleri idrak etme yeteneğini test etmemektedir (Güven, 2016; Yeşildal, 2018). Test İngilizce versiyonlu olup, Türkçe versiyonu bulunmamaktadır (Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019).

Single Item Literacy Screen (SILS)

Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması, Weiss ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiştir. Basılı sağlık gereçleri konusunda yardıma gereksinim duyan yetişkinleri belirlemeyi hedefleyen bir testtir. Bu test ‘Doktorunuz veya eczanenizden aldığınız talimatları, broşürleri veya diğer yazılı gereçleri okurken ne sıklıkla yardıma gereksinim duyarsınız? Şeklindeki tek bir sorudan oluşmaktadır. Soruya verilebilen yanıtlar 1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Sıklıkla, 5: Her zaman şeklindedir. 2’den yüksek yanıtlar olumlu kabul edilmektedir (Weiss ve ark. 2006). SILS, yeteneği

değil, gereksinimi ölçmektedir. Test İngilizce versiyonlu olup, Türkçe versiyonu bulunmamaktadır (Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019).

Health Activities Literacy Scale (HALS)

Rudd ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Aktiviteleri Ölçeği, sağlığın teşvik edilmesi, muhafaza edilmesi, hastalıkların önüne geçilmesi, sistem metotlarını ve sağlık hizmetlerinin devamını içermektedir. Ölçekte sağlık konulu 191 sorumluluğa ilişkin performans sonuçları analiz edilmiştir. Sağlıkla ilgili okuryazarlık yetenekleri seviye 1'den (Düşük), seviye 5'e (Yüksek) doğru ilerlemesini yansıtmaktadır. Sorular düzyazı, sayısal ve metin maddelerinden oluşmaktadır. Ölçek İngilizce versiyonlu olup, Türkçe versiyonu bulunmamaktadır (Rudd ve ark. 2004; Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019).

Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)

Kumar ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Aktiviteleri Ölçeği, doğumdan 1 yaşına kadar olan bebeklere bakım veren ebeveynlerin sağlık okuryazarlığını ve aritmetik yeteneklerini araştırmak için tasarlanmıştır. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler, bebek mamasını karıştırma, emzirme önerilerini anlama, reçetesiz ve reçeteli dozları hazırlama, beslenme etiketlerini anlama vb. konulardan oluşmaktadır. Ayrıca 20 madde 3 klinik alanı kapsamaktadır. Bunlar; beslenme/büyüme/gelişme (9 madde), yaralanma/güvenlik (2 madde), tıbbi koruyucu bakım (9 madde) alanlarıdır. Ölçek ebeveynlerin belge okuryazarlığı, toplama, çarpma, bölme, kesir ve yüzdeler, çok aşamalı matematik ve numaralandırma hiyerarşisi dahil olmak üzere okuryazarlık ve aritmetik yetenekleri ölçmektedir (Kumar ve ark. 2010). İlk iki yılda bebeklerin her gün ki tıbbi muayeneleri sırasında doktorların ebeveynlere verdikleri talimatlar, anne ve bebek bakımı için kullanılan tıbbi kontrol kılavuzu ele alınarak ölçek soruları meydana getirilmiştir. Ölçeğin İngilizce, İspanyolca ve Türkçe versiyonu bulunmaktadır (Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019). 8 sorudan oluşan Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Aktiviteleri Testi Kısa Formu, Topuz (2016) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Health Literacy Survey Europa (HLS-EU)

Sorensen ve arkadaşları (2012) tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği geliştirilmiştir. 47 sorudan ve 7 alt boyuttan oluşan ölçek 0,95 güvenirlik katsayısına sahip iken, ölçek alt boyutları 0,90- 0,94 arası güvenirlik katsayısına sahiptir (Yeşildal, 2018). Aras ve Temel (2017) tarafından söz konusu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, HLS-EU ölçeğinin sadeleştirilmesi ile oluşturulmuştur. Ölçek 25 maddeden ve 4 alt boyuttan ortaya çıkarak sadeleşmiştir. Bilgiye erişim alt boyutu 5 maddeden, bilgiyi anlama alt boyutu 7 maddeden, değer biçme/değerlendirme alt boyutu 8 maddeden ve uygulama/kullanma alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li Likert ölçekleme tipi ile oluşturulmuştur. Buna göre, 5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım seçenekleri bulunmaktadır. Sorulara cevap verme süresi 5-10 dakika arasındadır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,92 iken, alt boyutların Cronbach Alpha katsayısı 0,62-0,79 arası olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin minimum değeri 25 iken, maksimum değeri 125 olarak hesaplanmıştır. Alınan puan yükseldikçe bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi de yükselmektedir (Aras ve Temel, 2017).

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 18-65 yaş aralığında 381 bireyin katılımıyla Sezer ve Kadıoğlu (2014) tarafından geliştirilmiştir. Taranılan literatür sonucu 58 madde hazırlanmıştır. Daha sonra madde sayısı 23'e indirilmiştir. Ölçek yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı alanındaki yeterliliğini belirlemeyi hedeflemektedir. Bu amaç doğrultusunda 22 soruluk ölçekte; sağlık enformasyonları ve ilaç kullanımı konuları yer almaktadır. Bedendeki organların yerini belirlemeyi amaçlayan bir adette biçim sorusu bulunmaktadır. Ölçekte, evet/hayır şeklinde cevap verilebilen 13 soru, 4 adet boşluk doldurma sorusu, 4 adet çoktan seçmeli soru, 2 adette eşleştirme sorusu bulunmaktadır. Evet/hayır sorularında olumlu yanıt verilen ifadelere 1 puan verilirken, olumsuz yanıtlara puan verilmemektedir. Boşluk doldurma sorularında ise doğru cevaplamaya 1 puan verilirken, hatalı cevaba puan verilmemektedir. Test sistemli sorularda iki ve daha fazla doğru cevaplamaya 1 puan verilirken, hiç bilmeyenlere ya da doğru ile beraber hatalı cevaplamaya puan verilmemektedir. Eşleştirme sorularında ikiden fazla doğru eşleştirmede 1 puan

verilirken, geri kalanına puan verilmemektedir. Ölçekten 0-23 arasında değişen puanlar alınabilmektedir. Artan puan ile beraber bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinde de artış gösterilmektedir. Ölçek 0,77 Cronbach Alpha katsayısına sahiptir (Sezer ve Kadıoğlu, 2014).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR)

Abacıgil ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilen ölçek, 15 yaş üzeri bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Ölçek 47 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Maddeler, 1: Çok zor, 2: Zor, 3: Kolay, 4: Çok kolay, 5: Bilmiyorum şeklinde derecelendirilmektedir. Ölçeğin ve alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları 0,86-0,95 arasında olup, toplam puanı 47-188 arasında yer almaktadır.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Abacıgil ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilen ölçek 32 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, hastalıkları önleme/sağlık durumunun geliştirilmesi (16 madde) ve tedavi ve hizmet (16 madde) olmak üzere toplamda iki boyuttan meydana gelmektedir. Ölçeğin genel Cronbach Alpha katsayısı 0,92 olarak tespit edilmiştir. Birinci boyutun Crobach Alpha katsayısı 0,88 olarak hesaplanırken, ikinci boyutun Cronbach Alpha katsayısı ise 0,86 olarak hesaplanmıştır.

Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN)

Abacıgil ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilen ölçek, sağlık okuryazarlığının enformasyona erişme, bu enformasyonu idrak etme, yorumlama ve faaliyete geçirme aşamalarını meydana çıkaran senaryoları geliştirmek, bu senaryoların ön değerlendirmesini yapmak ve sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde senaryo kullanımına ilgi çekmeyi amaçlamaktadır. Ölçek toplamda 4 senaryodan oluşmaktadır. Bunlar;

1. Sağlık konusunda enformasyona erişme aşamasını, tedavi/hizmet, hastalıklardan muhafaza edilme, sağlık durumunun geliştirilmesi boyutlarında ele almak.
2. Sağlık konusunda enformasyonu idrak etme aşamasını, tedavi-hizmet, hastalıklardan muhafaza edilme, sağlık durumunun geliştirilmesi boyutlarında ele almak.

3. Sağlık konusunda enformasyonu yorumlama aşamasını, tedavi-hizmet, hastalıklardan muhafaza edilme, sağlık durumunun geliştirilmesi boyutlarında ele almak.
4. Sağlık konusunda enformasyonu faaliyete geçirme aşamasını, tedavi-hizmet, hastalıklardan muhafaza edilme, sağlık durumunun geliştirilmesi boyutlarında ele alma senaryolarıdır.

1.2. SAĞLIK İLETİŞİMİ

Bu bölümde iletişim ve sağlık iletişimi kavramı açıklanmış, sağlık iletişiminin önemine, sağlık iletişimi çeşitlerine, sağlık iletişiminde kullanılan yöntemlere, sağlık iletişimi modellerine, sağlık iletişiminde kullanılan sağlık davranışı teorilerine ve sağlık iletişimi sorunlarına yer verilmiştir.

1.2.1. İletişim Kavramı

İnsanların toplu bir biçimde yaşamalarıyla ortaya çıkan iletişim, birtakım anlamları birbirlerine iletmeleri ve toplumsal etkileşimlerde rol oynayan simgesel iletilerin karşılıklı gönderilmesi süreci olarak tanımlanmıştır (Durğun, 2006). İletişim ile kişinin iletmek istediklerini uygun kanallar ve araçlar yoluyla karşı tarafa ulaştırıp onda etki oluşmasını hedeflenmektedir (Hazar, 2006).

1.2.2. Sağlık İletişimi Kavramı

Sağlık alanında meydana gelen gelişmeler ile sağlık hizmetlerinde faydalanma oranı artmakta, bununla beraber yaşam süresinin uzun olması beklenmektedir. Bu çerçevede sağlık iletişimine ilgi artmıştır (Yılmaz, 2014). Kişilerarası ve kurumsal boyutuyla ele alındığında iletişim, sağlık iletişimi açısından oldukça önemli ve zorunlu bir disiplindir. Verici, alıcı, kanal, mesaj gibi iletişim öğeleri bir araya gelerek iletişimi oluştururlar. Bu iletişim sonucunda yapılan geribildirim ise doğru teşhis ve tanımlamayı sağladığında iletişim sonlanır. Bu bağlamda hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi hastayı tanıma ile başlayıp teşhis etmeyle son bulmaktadır (Büyükaslan, 2018).

Sağlık iletişimi kavramı, sağlığın geliştirilmesi çerçevesinde, kişileri, kurumları ve toplumu sağlık problemleri ile ilgili bilgilendirme, etkileme, istek uyandırma, sanat ve yöntemi olarak tanımlanmaktadır (Avcı ve Avşar, 2014). Bir başka tanıma göre ise sağlık iletişimi, kişisel ve toplumsal olarak sağlığın muhafaza edilmesi, sağlık konusunda riskli durumların bilincinde olunmasını, sağlığın geliştirilmesine ilişkin uygun davranışların sergilenmesini sağlayan bir disiplindir (Taşkıran ve Yıldız, 2019).

1970'lerde Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations Children's Fund-UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü desteğiyle yapılan Herkes İçin Sağlık (Health For All-HFA) konferansı bağlamında sosyal bilimler, sağlık alanında yer edinmeye gayret göstermeye başlamıştır. Bu gayret 1980 HFA 2002 stratejisi ile

hız kazanmış ve iletişim ile sağlığın bir arada olduğu sağlık iletişimi kavramı ortaya çıkmıştır. 1972 yılında Uluslararası İletişim Derneği (International Communication Association-ICA) tarafından sağlık iletişimi alanında ilk çalışmalar meydana gelmiştir. Üniversitelerde çalışma ve konferansların gerçekleştirilmesi, konuyla ilgili kitap ve yayınların basılması yapılan çalışmalara örnek teşkil etmektedir. Ayrıca ilk sağlık iletişimi komisyonu Konuşma İletişimi Derneği (Speech Communication Association-SCA) tarafından 1985 yılında kurulmuştur. Söz konusu bu iki derneğin faaliyetlerini bir araya getirmesiyle sağlık iletişimi alanında ulusal ve uluslararası araştırmaların gerçekleşmesi büyük bir hız kazanmıştır. Amerikan Halk Sağlığı Derneği bünyesindeki Halk Sağlığı Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme bölümü, kendi grubunun bir parçası olarak 1997 yılında sağlık iletişimini görmüştür (Freimuth ve Quinn, 2004; Avcı ve Avşar, 2014; Başol, 2018).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı (SB) bünyesinde halk sağlığının geliştirilmesi, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, toplumda sağlıklı olmanın sağlanması hedefiyle sağlık iletişimi adı altında yapılan çalışmaların, programların, projelerin, planlanması, uygulanması ve ülke genelinde düzenlenmesini Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü dahilinde Sağlık İletişimi Dairesi yükümlü olmaktadır (Öztürk, 2020).

Sağlık iletişiminin, sağlık problemlerinin çözümüne yönelik bilinç oluşturma, enformasyon sağlama, pozitif sağlık davranışının sergilenmesine ilişkin kişilerde istek uyandırma, sağlık hizmetlerinin etkinliğini yükseltme gibi amaçları bulunmaktadır (Koçak ve Bulduklu, 2010). Bu amaçlar doğrultusunda sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki iletişim açık ve güven veren tarzda gerçekleştirilmelidir.

1.2.3. Sağlık İletişiminin Önemi

Gelişen teknoloji ve tıp, artan internet kullanımı, iletişim kanallarının artması, sağlık sorunlarına artan farkındalık, sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin artması, uzun yaşam sürelerinin beklenilmesi vb. birçok faktör sağlık iletişiminin önemsenmesine neden olmaktadır.

Hastanın sağlığına erişerek devamının sağlanması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, bedensel, sosyal ve psikolojik anlamda tam bir iyilik halinin oluşturulması sağlık profesyonelleri ile hastaların ortak hedeflerini kapsamaktadır. Bu hedef çerçevesinde sağlık profesyonelleri ve hastalar teşhis ve tedavi aşamasında iş

birliği yapma, karar vermede birlik olma, alınan kararı uygulama konusunda yükümlü olmaktadırlar. Hasta ile sağlık profesyonelleri iletişiminde ehil taraf olan sağlık profesyonelleri ilişkiyi yönlendirmekte, hastanın sürece etkin bir şekilde dahil olmasını sağlamakta, ilişkinin ilerleyişini belirlemektedir. Bu bağlamda sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki iletişim, karşılıklı yardım, saygı ve güvene dayalı olmaktadır. Medikal eylemler esas olarak sağlık profesyonelleri ve hasta iletişiminden oluştuğu için, bu iletişim iyi ve etkin gerçekleştiğinde olumlu tedavi sonuçlarına ulaşılmaktadır. Yapılan başarılı ve etkin iletişimle teşhis ve tedavi süreci kısalmakta, hastanın daha çabuk sağlığına kavuşması söz konusu olmakta, ruhsal açıdan hasta ve sağlık profesyonellerinin pozitif hissetmesi sağlanmaktadır. Ayrıca yapılan doğru ve etkin iletişimle hastanın, teşhis ve tedavi sürecinde motivasyonu artmakta ve hasta sağlık profesyonellerinden memnun olmaktadır. Böyle bir iletişimde sağlık profesyonelleri ise daha çabuk, stresten uzak, neşeli ve güvenli bir şekilde işlerini yürütmektedir. Görüldüğü gibi sağlık iletişimi hem hasta hem de sağlık profesyonelleri için oldukça önem arz eden bir disiplindir (Başol, 2018).

Sözel ve beden dilinin kullanıldığı etkin bir iletişimde hasta kendisini pozitif hissetmekte ve hastanın sağlık profesyonellerine olan güveni artmaktadır. Artan güvenle beraber hasta ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim artmakta, hastalar kendileri ile ilgili bilgileri açık bir şekilde dile getirmektedir. Böylece sağlık profesyonelleri hastaları daha iyi anlamakta ve doğru teşhis koymada başarılı olmaktadır. Bunun yanında yatan hastalar için yaşam alanı olan sağlık kuruluşları hastalara yeni bir yer sunmaktadır. Burada hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında yeni bir iletişim şekli oluşmaktadır. Görüldüğü üzere sağlık iletişimi değişik durumlara adapte olmaktadır (Büyükaslan, 2018).

Hastalıklara ve hastalıkları önlemeye ilişkin bilincin arttırılması, bilgilendirilmelerin sağlanması, sağlığın muhafaza edilmesi ve geliştirilmesi konularında sağlık iletişimi önem teşkil etmektedir (Taşkıran ve Yıldız, 2019). Uygun sağlık iletişimi stratejileri ile hastaların sağlık problemlerine ve bu problemlerin çözümüne yönelik bilinç oluşturulabilmektedir. Sağlık problemleri doğrultusunda hastanın doğru davranışı sergilemede motivasyona sahip olması, bu olumlu davranış hakkında enformasyon ve davranışın anlaşılması, sağlık hizmetlerine talebin oluşması, yükselen hizmet kalitesinin ortaya çıkması gibi sonuçlar sağlıkta iletişim araçlarının kullanılmasıyla gerçekleşmektedir (Koçak ve Bulduklu, 2010).

Sağlık profesyonelleri hasta merkezli davranış sergilediğinde, hastanın gereksinimlerine, inançlarına ve kararlarına cevap verdiğinde ortaya çıkan iletişim etkili olmaktadır. Anlaşılan ve geliştirilen iletişim ile ulusal sağlık politikası hedefi olan sağlık eşitsizlikleri azaltılmaktadır (Wynia ve Osborn, 2010).

Sağlık iletişimi, günümüzde artan iletişim kanalları ile daha gelişmiş, yaygın ve etkin kullanılmaktadır. Toplum ve hastalar üzerinde sağlık iletişimi aşamalarının etkili oluşması ile sağlığın geliştirilmesi ve teşviki, hastalıkların önlenmesi, sağlık problemlerin açıklanması, bu problemleri atlatabilme gayreti, sağlık kampanyaları, sağlıklı insan kavramına yönelik farkındalığın oluşturulması, sağlık davranışının geliştirilmesi gibi faaliyetler gerçekleştirilmektedir (Aygün, 2017).

1.2.4. Sağlık İletişimi Çeşitleri

Sağlık iletişiminin toplamda dört çeşidi bulunmaktadır. Bunlar; kişisel sağlık iletişimi, kişilerarası sağlık iletişimi, örgütsel sağlık iletişimi ve toplumsal sağlık iletişimi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kişisel sağlık iletişimi

Bireylerin olaylara karşı tutumu, yorumlaması, kanıda bulunması birbirinden farklı olmaktadır. Bunun sebepleri ise bireylerin farklı karakterlere sahip olması, farklı sebeplerle iletişim kurmaları, farklı gereksinimlere sahip olmaları olarak gösterilmektedir. Birey iletişim sırasında kendince değerlendirmelerde bulunur, belleğine yerleştirir, anımsamak için kodlamalar yapar. Yaptığı bu kodlamaları tekrar iletişim kurduğunda kullanarak, önceki tecrübelerini aktarmış olur. Bireyin değerlerinden etkilenen bu tecrübeler, iletişim biçimine ve davranışlara yön vermektedir. Yapılan bu kişisel iletişimde bir sonraki aşamalar için diğer tarafın etkilenme derecesi önemsenmelidir (Aygün, 2017).

Kişilerarası sağlık iletişimi

Bu iletişim türü çift yönlü olarak gerçekleşmektedir. Burada kişi iletişim kuracağı bireye mesajını iletmekte ve karşı taraftan geri dönüş beklemektedir. İletişim sürecinde kişilerin duyguları, düşünceleri, tutumları, davranışları, inançları ve iletileni doğru bir şekilde anlaması önem arz etmektedir. Sağlık iletişimi söz konusu olduğunda yalnızca sağlık çalışanlarının hasta, hasta yakını ya da diğer çalışanlarla iletişimini değil ayrıca hastanın sağlık çalışanlarıyla olan iletişimini de kapsamaktadır. Bir diğer

kişilerarası sağlık iletişimi ise kişilerin birbirleriyle sağlık konusunda kurdukları iletişim sonucunda gerçekleşmektedir (Livberber Göçmen ve Ayvaz, 2017).

Örgütsel sağlık iletişimi

İnsanlar yaşamları boyunca aile, okul, arkadaş, oyun grupları, çalışma grupları, dini gruplar gibi gruplarda yer almaktadır. Bireyin kişilik özelliklerine, yaşam biçimine, iş hayatına, inanç ve beklentilerine göre dahil olduğu grubun kapsamı, türü, sürdürülebilirliği belirlenmektedir. Gruplarda yüz yüze, sözlü, sanal vb. şekilde farklı iletişim kanalları kullanılarak iletişimde bulunulmaktadır. Kalp sağlığının korunması amacıyla oluşturulan koşu grupları, anne-bebek sağlığı ile ilgili gruplar, bazı hastalıklar hakkında enformasyon paylaşıldığı gruplar sağlık iletişiminde oluşturulan iletişim gruplarına örnek teşkil etmektedir. Sağlığın geliştirilmesi çerçevesinde bu gruplara yönelik bilinç oluşturmak ve iletişimin devamlılığını sağlamak gerekmektedir (Aygün, 2017).

Toplumsal sağlık iletişimi

Kişilerin sağlık konularına yönelik gerçekleştirdikleri faaliyetlere odaklanan toplumsal iletişimde gazete, dergi, televizyon, radyo, medya gibi kitle iletişim araçları söz konusu olmaktadır. Bunların profesyonel bir şekilde düzenlenmesi, sağlık mesajlarının ve bilgilerinin bu kanallara adapte edilmesi gerekmektedir. Sağlık iletişimi açısından düşünüldüğünde kitle iletişim araçları daha fazla kişiye ulaştığı için önem arz etmektedir (Aygün, 2017; Utma, 2020). Ancak buradaki bilgilerin doğruluğu insan sağlığının olumsuz etkilenmemesi için önemlidir.

1.2.5. Sağlık İletişiminde Kullanılan Yöntemler

Halkla ilişkiler, sosyal pazarlama, medya savunuculuğu sağlık iletişiminde kullanılan yöntemlerdir.

Halkla ilişkiler

20. yy.'ın başlarındaki sosyo-ekonomik gelişmelerin kaynağı olan halkla ilişkiler, bilinç ve anlayış oluşturmak, doğru anlaşılmayan durumları anlayabilmek, bilgi vermek, enformasyonları çoğaltmak, peşin hükümleri yok etmek, inancı kuvvetlendirmek, algılanan bir durumu onaylamak ve belli bir çerçevede faaliyet göstermek gibi amaçlara sahiptir. Bu amaçlar aynı zamanda sağlık iletişiminin de hedeflediği konulardır (Çınarlı, 2004).

Herkesin hasta olabilme potansiyeli olduğu göz önüne alınırsa, sağlık kuruluşlarının hedef kitlesi oldukça büyüktür. Bu nedenle sağlık kuruluşları bu büyük kitleye ulaşmak için halkla ilişkileri kullanmaktadır. Basın halkı haberdar etme, kamuoyu oluşturma, ikna etme, eğitme, reklam yapma vb. fonksiyonlarından dolayı sağlık kuruluşlarına odaklanmaktadır. Ayrıca toplumda tanınmış kişilerinde sağlık kuruluşlarından hizmet alması ile topluma ve basına bu kişilerin sağlık durumları hakkında bilgi verilmesi söz konusudur. Bunun yanında hastalıklar ve bu hastalıkların önlenmesi hakkında gereken enformasyonların verilmesi, sağlığı tehdit edici enfeksiyonlardan muhafaza metotlarının anlaşılır bir dille aktarılması gibi halkla ilişkiler faaliyetleri sağlık profesyonelleri ile hasta iletişiminin etkinliğini arttırmaktadır. Bu da sağlık iletişimde halkla ilişkilerin kullanılmasını gerekli kılmaktadır. Sağlık alanında risk teşkil eden eylemler halka açık bir şekilde anlatılmalı, yükümlülüğün ise hükümet, kamuoyu ve medya tarafından üstlenilmesi gerekmektedir. Ayrıca doğru iletişim kanallarının seçilmesi, özel sektörün iş birliği ile sağlığı bozan davranışlardan korunma bağlamında bireyler olumlu sağlık davranışı sergileyeceklerdir. Sağlık kuruluşlarında, ilan etme faaliyetleri, kurumsal reklamcılık, basın sözcülüğü, kamuya faydalı uygulamalar, lobicilik ve yönetim danışmanlığı gibi halkla ilişkiler etkinlikleri gerçekleştirilmektedir. Bunun yanında yazılı araçlar, yayım araçları, yüz yüze iletişim teknikleri halkla ilişkilerde kullanılan araçları temsil etmektedir (Çınarlı, 2004; Ayhan ve Cangöz, 2006).

Sosyal pazarlama

Ürün, fiyat, dağıtım ve tutundurma unsurları bulunan geleneksel ve müşteri odaklı pazarlamanın beraberinde; topluma hitap etme, ortaklık geliştirme, hizmet ile ilgili politika geliştirme, yaygınlaştırma stratejilerini kullanma, faaliyetlere ek kaynak sağlanmasına ilişkin gereken eylemleri üretme aşaması olan sosyal pazarlama, davranış değişikliğini pazarlamaktadır. Burada öncelikle hedef kitle belirlenmekte, belirlenen hedef kitlenin sorunlarına, taleplerine ve gereksinimlerine elverişli sosyal çözümleri, sosyal fiyatla, uygun yer ve zamanda ortaya koymakta, sosyal tutundurma yöntemi ile yapılan faaliyetlerden hedef kitle, toplum ve yönetimler bilgilendirilmektedir. Sağlık alanında, ciddi hastalıkların tanı ve tedavi süreciyle ilgili bilgilendirmelerin yapılması, erken tanı ve tedavinin öneminin açıklanması, bebekler için anne sütünün gerekli, faydalı olduğu ve bebeklerin ne kadar sürede anne sütünü kullanmaları gerektiğinin açıklanmasında sosyal pazarlamadan faydalanılmaktadır.

Ayrıca sigara, alkol vb. zararlı maddelere karşı bağımlılıktan kurtarma ve doğru davranışa sevk etme, kilo verme, diş fırçalama gibi sağlıklı davranışlara sevk etmede yine sosyal pazarlamadan faydalanılmaktadır. Sağlık kuruluşları da hedef kitlenin gereksinimlerine odaklanarak hizmet memnuniyetini sağlama durumundadır. Doğru yer ve zamanda, doğru biçimde hizmetin hedef kitlelere ulaşması gerekmektedir. Bu doğrultuda sosyal pazarlama önem arz etmektedir (Bayın ve Akbulut, 2012).

Hedef kitlenin sağlık mesajlarıyla uygun davranış sergilemesine ilişkin daha motivasyonlu olması ve bu davranışı sergilemenin kolaylaştırılması, ideal bütünleşik pazarlamayı yaratan sosyal pazarlama ile mümkün olmaktadır (Çınarlı, 2004).

Medyada savunuculuk

Sosyal değişimi sağlamak için güç açığının önüne geçmeyi amaçlayan medyada savunuculuk sağlık iletişiminin gelişimine katkı sağlamaktadır. Yaygın sosyal konulara odaklanan medya savunuculuğunun hedefi, halk sağlığı problemlerine ilişkin belirli çözümlere dikkat çekmek için iletişimin baskı aracı olarak kullanılmasıdır. Karar vericiler tarafından gündemdeki konuların önceliğini belirlemede ve karar vericilere baskı uygulamada medya taktikleri grupları yönlendirmektedir. Medya savunuculuğu, problemlere odaklanmakta, baskı yapmakta, mobilize etmekte, ses vermekte, politika değiştirmekte ve güç açığını gidermektedir (Öntaş ve Bahar Özvarış, 2021).

Halkın politikalar üretme sürecine katılması medya savunuculuğu ile mümkün olmaktadır. Medya savunuculuğu, bireylerin riskli davranışını doğrudan değiştirmemekle birlikte, odak noktanın kamu sağlığı sorunları olarak anlaşılmasını sağlamaktadır. Medya, sosyal değişimin bir unsuru olarak sağlığın belirleyicileri olan sosyal ve fiziksel çevrenin daha sağlıklı olması yönünde kullanılmalıdır. Güçsüz, dezavantajlı durumda bulunanların faydasına toplumda yüksek oranda uzmanlığa ve güce sahip olanların faaliyetleri için geleneksel anlamda medya savunuculuğu kullanılmaktadır. Gündemi oluşturmak, tartışmanın sınırlarını belirlemek ve politika geliştirmek medya savunuculuğunun üç esas sürecini oluşturmaktadır. Bu çerçevede öncelikle haber olabilecek bir olay meydana getirilmekte, sonrasında istenilen tartışma ele alınmakta, en sonunda ise politika oluşturulmaktadır (Çınarlı, 2004).

1.2.6. Sağlık İletişimi Modelleri

McGuire ikna modeli, semiyotik model, fenomenolojik model, sibernetik model, retorik model, sosyo-kültürel model, sosyo-psikolojik model ve eleştirel yaklaşım sağlık iletişiminin modellerindendir.

McGuire İkna Modeli

McGuire ikna modeline göre, iletişim, tutum ve davranışları farklılaştırma hedefiyle ele alınmaktadır. Modelde ikna edici iletişim aşamasının birbiriyle ilişkili sıralanan 12 basamağa dikkat çekilmektedir. Bu basamaklar öncelikle alıcıların ilgi ya da gereksinim duydukları mesajı ortaya çıkarıp ona erişmeleri, onu anlamaları, mesajla ilgili düşünmeleri, davranışlarında farklılık yapmaları, mesajı belleklerinde muhafaza etmeleri, gerektiğinde bellekteki mesajları çıkarıp faaliyete geçmeleri için maksatlarını açıklamaları gerekmektedir (Hergenç 2011, Gündoğdu 2021).

Semiyotik Model

Sağlık konulu mesajların işaretler yoluyla ilgi uyandıracak biçimde iletilmesi anlamına gelen model, özneler arası bir faktör ile iletişim faaliyetini teori haline getirmek amacıyla işaretler ve işaret sistemlerini kullanmaktadır. Model, iletişimin tenkidi ve yenilikçi bakış açısının, ilişki sistemlerinin ve ilişkilerdeki önceliklerin üzerinde durmaktadır. Semiyotik model, özneler arası yaklaşım ile iletişimcilerin paylaştığı ilişkiler ağının genişletilmesini sağlamaktadır. İnsanların diyet yaparak inceleceğine yönelik diyetten önceki ve sonraki görünümün paylaşılarak reklamının yapılması sağlık alanında semiyotik modele örnek teşkil etmektedir. Sağlık alanında meydana gelen veya gelecek olan davranışsal tehlikeleri, iletişimin simgesel faktörlerini mahir bir şekilde kullanma yoluyla açıklamak, kişisel ve toplumsal bilinci oluşturmak, davranış geliştirip hedeflenen davranışı ortaya çıkarmak semiyotik modelin sağlık iletişimindeki amaçlarını kapsamaktadır (Bulduklu 2010, Mendi 2015, Gündoğdu 2021).

Fenomenolojik Model

Kişinin öznel tecrübelerinin çevresi ile olan etkileşimi sonucu meydana geldiğini ve tecrübelerin izlenmesi gerektiğini desteklemektedir. Yani işaretlerin öznelere ilişkin anlam kazanmasında kişinin tecrübelerinin etkili olduğunu belirtilmektedir. Sağlık hizmeti verenler ile hastalar arasında etkileşime ve

oluşabilecek güvene yönelik sorunlar oluşturduğuna inandığı yaygın pratik uygulamalara karşı gelen model, sağlık hizmeti verenler ile hastalar arasında peşin hükümlerin yerine açıklığın, duyarlılığın teşvik edilmesi ve arttırılmasına vurgu yapmaktadır. Ayrıca kurulan iletişimde gürültünün azaltılması veya yok edilmesi gerektiğini ele almaktadır (Mendi 2015, Gündoğdu 2021).

Sibernetik Model

Model, günlük yaşamda yakın ilişkiler çerçevesinde çevresel etkilere odaklanmaktadır. Sağlık iletişiminde gerilimlerin eksilmesi için yapılan çalışmalara ilişkin şüphesiz en uygun olan model, sibernetik modeldir. Model hastanın talimatlara uymamasının nedeni olarak hasta ve doktorun karakteristik özelliklerine vurgu yapmaktadır. Hastaya verilen talimatların olumlu sonuç vermesi ya da bazı davranışlarda farklılıkların ortaya çıkması sağlığın gelişimi veya davranışın değişimi yönünde olağan bir durumdur (Mendi 2015, Gündoğdu 2021).

İletişim, kodlamayı, paylaşımı ve kod çözmeyi kapsamaktadır. İletişim, kompleks sistemlerin düzenlenmesi, çevresel dış unsurların etkilerinin uysallaştırılması ya da arttırılması çerçevesinde çevresel geri dönüşler, bu modelin kompleksliği ve ilgilendiği alana bağlı olarak kapsama alanına dahil olmaktadır (Bulduklu 2010).

Retorik Model

Sağlık iletişimi alanında ifade ve metinlerin ikna edici bir şekilde ele alınması üzerine kurulan retorik model, iletişimde anlayış ve düşüncelere ilişkin çözüm üretmeye çalışmaktadır. Ancak her problemi çözememektedir. Model, diğer iletişim modellerini bazı süreçlerde tamamlamakta, diğer iletişim aşamalarına da dahil olmaktadır. Böylece kişinin yaşamında bütünleştirici bir sorumluluk almaktadır. Model, sağlık iletişiminde mesajın daha başarılı bir biçimde aktarılması amacıyla bilhassa kaynak ve alıcı arasındaki uyumsuzluk ve gerilimleri azaltmaktadır (Mendi 2015, Şireci 2019).

Sosyo-Kültürel Model

Sosyo-kültürel model, kişinin içinde yaşamını sürdüğü toplumun ve kültürel faktörlerin dikkate alınmasını desteklemektedir. Bireyler gruplarla olan etkileşimleri sonucunda içinde bulunduğu topluluğun özelliklerini onaylamaktadırlar. Bu

toplumsallaşma sürecinin bir sonucu olsa da sağlık iletişimi söz konusu olduğunda bu durum bazı değişiklikler teşkil etmektedir. Birey içinde bulunduğu toplumun sağlık ve hastalık kavramlarının tanımı ya da yorumu içinde yer almaktadır. Üstelik doğumla birlikte birey içinde yaşayacağı toplumu seçme şansı bulamamaktadır. Kültürel etkenlerin sağlık konusundaki etkisi, inançların ve değerlerin yardımıyla pozitif veya negatif yönlü artışlar meydana gelmektedir. Ayrıca artışlardaki bu değişiklik gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerin eğitim seviyesine paralel olarak ortaya çıkmaktadır. Söz konusu bu durumlar dikkate alınarak sağlık iletişimi oluşturulmalıdır (Koçak ve Bulduklu, 2010).

Sosyo-Psikolojik Model

Şimdiye has beklentiler ve belirsizlikler arasındaki gerilimleri düşürtücü niteliği olan sosyo-psikolojik model, sağlık iletişimi faaliyetleri çerçevesinde sık görülen duyguların beraberinde görünmeyen tarafları da araştırmakta, genel olarak kabul edilen görüşler doğrultusunda meydana gelen fikirlere de ilgi uyandırmaktadır (Koçak ve Bulduklu, 2010).

Eleştirel Yaklaşım

Bu yaklaşıma göre iletişim, söylemsel sürecin yansıması olarak meydana gelmektedir. İdeolojik faaliyetler ve gereçler genellikle söylemin hasar almasına, çarpıtılmasına neden olmakta ve esas iletişimi engellemektedir. Toplum, genel anlamda kabul edilebilir davranışların sınırlarını, kimliklerin açıklanması ve kişisel rollerin sınırları konusunda belirlemektedir. Kişiler arası ve kitle iletişimi gibi iletişim biçimleri, faaliyete geçtikçe gerçekleşen bu kaideler doğrultusunda gerçekleşmektedir. Geleneksel bağlama tepki olarak ortaya çıkan eleştirel yaklaşım, egemen ideolojilere başkaldırı özelliğini nitelemektedir. Eleştirel yaklaşımı uygulayıcıları ve araştırmacıları, iletişimi saptıran, egemen ideolojileri ve maddeci faaliyetleri ortaya çıkarmak için çaba göstermektedirler (Bulduklu, 2010).

Sağlık iletişimi doğrultusunda eleştirel yaklaşım, kullanılan modelleri eleştirmekte, farklı toplum kesimlerini algılamaya çalışmakta, iletişim taktiklerinin statükoya verilen hizmeti araştırmaktadır. Ayrıca sağlık iletişimi faaliyetlerinin esas toplumsal imkanları olmayan bölgelerle ilgisini sorgulamaktadır (Gündoğdu, 2021).

1.2.7. Sağlık İletişiminde Kullanılan Davranışsal Model ve Teoriler

COMBİ modeli, PRECEDE-PROCEED modeli, genişletilmiş paralel süreç modeli, sağlık inanç modeli, nedenli eylem kuramı, sosyal öğrenme ve biliş kuramı ve yeniliklerin yayılması kuramı sağlık iletişiminde kullanılan davranışsal model ve teorilerdendir.

COMBİ Modeli

Davranış Etkisi İçin İletişim anlamına gelen model, 2003 yılında DSÖ tarafından birçok paydaş toplanıp üstünde çalışmalar yapmış, geliştirmiş ve faaliyete koymuşlardır. Sağlık iletişimi konusunda COMBİ modeli davranışlara dikkat çekmektedir. Modelde sağlık problemlerinin ortaya çıkmasında kişiler üzerinde etkisi olan sağlık davranışları vurgulanmaktadır. Buradaki hedefler, ülkeler üzerinde önemli etkileri bulunan hastalıklardan ötürü gerçekleşen ölüm oranlarının düşürülmesi, toplumda sağlığa ilişkin farkındalığın ve duyarlılığın arttırılmasıdır. Sağlık problemlerinin belirlenmesi yönünde model kişiler üzerinde etkileri bulunan sağlık davranışlarını ele almaktadır (Öztürk, 2020).

PRECEDE-PROCEED Modeli

Bireyin negatif sağlık davranışının sağlığı tehdit ettiğini savunan model, sağlık eğitiminde uygulama sistemi anlamına gelmektedir. Model sağlık davranışlarındaki farklılık ile ilgili birçok unsuru dikkate alarak toplumda sağlığı geliştirmek amacıyla hazırlanan programlarda izlenecek aşamalar için yardımcı olmaktadır. İki ayrı bileşenden oluşan modelin Precede bileşeni 1970'li yıllarda oluşturulmuştur. Daha sonra 1980'li yılların sonlarında ise proceed bileşeni ilave edilmiştir. Precede hazırlayıcı, güçlendirici, olası kılıcı, eğitsel teşhis ve yorumlama sözcüklerinin İngilizce baş harflerinden oluşmaktadır. Proceed ise siyasal, düzenleme, örgütsel yapı, eğitsel ve çevresel gelişim kelimelerinin İngilizce baş harflerinden meydana gelmektedir. Model, sosyo-ekonomik durum değerlendirmesi, sağlık değerlendirmesi, davranış değerlendirmesi, etkili faktörlerin değerlendirilmesi, politik değerlendirme, pazarlama ve süreç değerlendirmesi, etki ve risk yönetimi değerlendirmesi ve sonuç değerlendirmesi olmak üzere toplamda 9 aşamadan oluşmaktadır (Tuzcu ve ark 2018, Öztürk 2020).

Genişletilmiş Paralel Süreç Modeli

Korku tekniğinin sağlık davranışını değiştirdiğini destekleyen modeldir. Burada korku içerikli sağlık mesajları kişinin davranışları üzerinde etkisi önem arz etmektedir. Korku mesajları tehdit algısı ve etki algısı olmak üzere iki farklı aşamadan oluşmaktadır. Toplumdaki duyarının arttırılması düşüncesiyle sağlık iletişiminde korku duygusu kullanılmaktadır. Sağlık problemlerinin ciddiyetinin anlaşılması hedefiyle medya mecralarındaki sağlık haberleri korku duygusu ile oluşturulmaktadır. Bu korku faaliyetlerinin yanında sağlık problemlerinin çözümü için yapılacaklara da yer verilmektedir. Ayrıca görsel ve işitsel basında bulunan kamu spotlarında da korku uyandırma öncelikli olarak kullanılmaktadır (Öztürk, 2020).

Sağlık İnanç Modeli

1950'lili yılların başlarında geliştirilen model, koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında çoğunlukla kullanılmaktadır. Hastalıktan muhafaza edilme ve tarama programlarına katılımının yetersiz olmasını açıklamayı hedeflemektedir. Bireylerin sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlardan etkilendiğini savunan model, hassasiyet algısı, önemseme algısı, yarar algısı, engel algısı, öz yeterlilik algısı, faaliyete geçiriciler olmak üzere 6 bileşenden oluşmaktadır (Çenesiz ve Atak 2007, Gözüm ve Çapık 2014).

Modele göre, bireyler hastalığa yakalanabileceklerini, hastalığın ciddi sonuçları olduğunu, yapılacak birtakım faaliyetlerin duyarlılığı azaltacağını veya problemin büyüklüğünü azaltacağını, eyleme geçmenin faydasının giderden fazla olacağını düşündüklerinde; sağlıklarına ilişkin riskleri önlemekte ve hastalık durumları ile ilgili araştırmalarda bulunmaktadırlar (Çınarlı, 2004).

Bireylerin sağlık inanç modeli çerçevesinde kanser, diyabet, yaralanma, egzersiz vb. gibi konularda gerek ülkemizde gerekse de diğer ülkelerde ölçek geliştirme çalışmalarında bulunulmuştur.

Nedenli Eylem Kuramı

Nedenli Eylem Kuramı, davranışların niyetler olmadan meydana gelmediğini, bu nedenle de bireyin davranışlarının kişisel niyetlerden etkilendiğini savunmaktadır (Hergenç, 2011). Bireyin davranışa yönelik tutumu ve sübjektif normları, bu niyetlere katkıda bulunun iki esas faktörü oluşturmaktadır. Bireyin davranışa yönelik tutumları,

davranışa, kişiye, kavrama ya da görüşe ilişkin pozitif veya negatif duygular, hisler olarak ele alınmaktadır. Bireyin davranışa yönelik sübjektif normları ise potansiyel davranışlar üzerinde etkisi bulunan faktörler hakkında sahip olabileceği pozitif veya negatif yönlü fikir ya da yargı olarak ele alınmaktadır. Bu kuram sağlık iletişimi konusunda en etkili olan kuram olmakta ve çoğunlukla program değerlendirmesin uygulanmaktadır (Gündoğdu, 2021). Algılanmış kontrol kelimesinin eklentisi ile Nedenli Eylem Kuramının geliştirilmiş şekli olan Planlanmış Davranış Kuramı, Nedenli Eylem Kuramının bütün öğelerini içermektedir (Bulduklu, 2010).

Sosyal Öğrenme ve Biliş Kuramı

Sosyal öğrenme ve biliş teorisi Albert Bandura tarafından geliştirilmiş olup (Bulduklu, 2010), davranış, bireysel faktörler ve dış etkenler olmak üzere davranışı üç faktörün sonucu olarak ele almaktadır. Kuram, kişisel faktörlerin ötesinde, çevresel ve sosyal faktörleri de ele alarak sağlık davranışının tespit edilmesini sağlamaktadır. Ayrıca kuram, sosyal çerçevede başkalarıyla olan etkileşimlerimizden bilgi edindiğimiz görüşüne dayanmaktadır. Kişide belirli bir hareket tarzı ile ilgili durumu, bu hareket tarzını tekrar etme ve güdüsüne etki edebilecek sistem ve unsurları algılamayı amaçlaması, Sosyal Öğrenme ve Biliş Kuramının sağlık iletişimine en büyük faydasını nitelemektedir (Gündoğdu, 2021).

Yeniliklerin Yayılması Kuramı

Yeniliklerin yayılması kuramı, güncel görüşlerin, objelerin vb. topluma ne şekilde girdiğini ve kişilerin bu yenilikleri ne şekilde kabul ettikleri ya da kabul etmediklerini izah etmeye çalışan iletişim araştırmaları kapsamı olan bir teoridir (Çınarlı, 2004). Bu durum yeniliğin tecrübe edilmesiyle meydana gelen değişikliğin pozitif izler taşıması sonucu söz konusu olmaktadır. Bilgi, ikna, karar, uygulama ve kuvvetlendirme safhaları yeniliğin benimsenmesi sürecini oluşturmaktadır. Sosyal değişim yeniliğin yayılmasına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca sosyal değişim yeniliğin iletişim sürecini de oluşturmaktadır (Çınarlı 2004, Hergenç 2011).

1.2.8. Sağlık İletişimi Sorunları

Hayatın her alanında önemli olan iletişim, sağlık sektöründe daha da önem arz etmektedir. Bireyin hastalığının teşhis ve tedavisi konusunda sabırlı davranmaması, sağlık çalışanlarının ise rahat davranması karşılıklı olarak iletişimi güç hale

getirmektedir. Hasta bireye enformasyon vermede, bu enformasyonu aktarırken tercih edilen sözcüklerde, vurgulamada, detaylarda, vücut dilini kullanmada sağlık iletişimi açısından sorunlar yaşanabilmektedir. Ayrıca hasta sayısının fazla olması, vakit sorununun olması, hekimin tutumu gibi faktörlerde sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Bunun yanında sağlık profesyonellerinin iş yaşamında yaşadıkları stres ve bu stresin süreklilik kazanması, sağlık profesyonellerinde tükenmeye neden olmaktadır. Ayrıca mesleki tecrübe, günlük çalışma süresi, iş yoğunluğu, zaman yönetimi, yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık durumu, beklentiler ve hedefler gibi faktörler sağlık profesyonellerinin iş tatmini ve tükenmişlik düzeyine etki etmektedir. Bu aşırı stres ve tükenme durumu da hastanın anlaması gereken mesajları anlamamasına ve iletişim sorunlarının meydana gelmesine sebep olmaktadır (Başol 2018, Çalapkulu ve Çelenk 2018).

Sağlık profesyonelleri tarafından iyi anlaşılmayan kültürel geçmişe ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hastalar, sağlık iletişimini zorlaştırmakta, bilgilerin anlaşılmamasına neden olmaktadır. Sağlık iletişiminin doğru yapılmaması durumunda belirli hasta popülasyonları bundan orantısız bir biçimde etkilendiğinde sağlık hizmetleri eşitsizlikleri ortaya çıkmaktadır (Wynia ve Osborn, 2010). Ayrıca çok kültürlü toplumlarda, paylaşılan anlam eksikliği, dil ve kültür farklılıkları gibi sebeplerden dolayı sağlık iletişimi güç hale gelmektedir. Bu durum karşısında sağlık profesyonelleri kültürlerarası farkındalığa sahip olduklarında farklı kültürlerden gelen hastalara güvene dayalı iletişim kurabilmektedir. Sağlık profesyonelleri hastalarla iletişimde açık ve etik bir iletişim tarzı kullanmaları, hastalara ‘doğru söylemeye’ vurgu yaparak güven ortamı oluşturmaları gerekmektedir (Zhao, 2021).

Doğası gereği sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki iletişim problemlidir. Sağlık profesyonelleri anlaşılır bir iletişim kurmayı arzu etseler bile tıbbi terminoloji kelimelerini kullandıkları ve çoğu zaman bu kelimelere tam karşılık gelecek sözcüklerin olmadığı için açık iletişim her zaman söz konusu olmamaktadır. Çoğu zaman sağlık profesyonelleri hastaya birçok bilgiyi aktarmak istemektedir. Ancak teşhis ve tedavi süresinin kısa olması sağlık profesyonellerinin bilgilendirmeye çok fazla zaman ayıramamasına sebep olmaktadır. Ayrıca hem hastalık durumundan hem de yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinden kaynaklı olarak hastalar aktarılan bilgileri anlamada zorluk çekmektedir (Houts ve ark. 2006, Akbolat ve ark. 2016).

Hastaların muayene olurken çekingen davranması, kendini ifade etmekte zorlanması, gergin ve stres olmaları, kullanılan medikal sözcükleri anlamamaları, tedavi sürecinin karmaşık gelmesi gibi sorunlar sağlık iletişimini etkilemektedir. Sağlık kurumlarının kalabalık ve kompleks yapıda olması, sınırlı yönlendiricilerin olması, sağlık çalışanlarının iş yoğunluğunun olması, çok fazla hastanın muayene edilmesinden dolayı sağlık profesyonellerinin bilgilendirmeye yeterli zamanının olmaması gibi faktörler sağlık iletişimi sorunlarını meydana getirmektedir (Yeşildal ve ark 2021).

Sağlık profesyonellerinin hastayı bir vaka olarak görmesi, aceleci davranarak hastaya anlatılanları doğru anlayıp anlamadığını sormaması, hastayla göz teması kurmaması, güler yüzlü olmaması, nazik bir dille hastayı karşılamaması gibi tutumlar hastanın kendisini rahatlıkla ifade edememesine neden olmaktadır. Bunun yanında hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, soyo-kültürel özellikleri, kişiliği, gelir durumu, inançları, görüşleri, psikolojik durumu gibi faktörler de hasta ile sağlık profesyonellerinin iletişimini etkilemektedir. Bundan dolayı aynı hastalığa sahip iki bireyin tepkisi ve tedaviye yanıtı farklılık arz etmektedir. Hastanın eğitim düzeyinin yanında sağlık okuryazarlığı düzeyi de hastanın kendini anlatabilme ve anlatılanları anlama hususunda önemli bir faktördür. Hasta olan bireyin belirli olmayan durumlara ve enformasyon noksanlığına bağlı olarak korkması ve endişelenmesi, hastalığı arttıkça ve sağlığına kavuşma süresi uzadıkça kaygılanması, öfkelenmesi, aşırı duyarlılığa sahip olması, çaresiz hissetmesi gibi durumların ortaya çıkması muhtemeldir. Ayrıca sağlık iletişimi, zaman, ilgi, maliyet, kalite gibi unsurlardan etkilenmektedir. Bu açıdan bakıldığında özel hastaneler devlet hastanelerine göre daha başarılı olmaktadır. Devlet hastanelerinin genel yapısı, yönetim anlayışı, bu hastanelere başvuran hastaların çok oluşu, hekim başına düşen hasta sayısının da buna bağlı olarak artması sebeplerinden dolayı sağlık iletişimi yönünde eksiklikler söz konusu olmaktadır (Başol, 2018).

Tüm bu sorunlar maddi veya manevi anlamda hem küçük hem de büyük kayıpları ortaya çıkarmaktadır. Sağlık çalışanları tükenmişlik, mesleki hoşnutsuzluk, sağlıkta şiddet gibi sorunlar yaşarken, hastalar ise gereksiz yere yıpranma, zaman ve para harcama gibi sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlarda sağlık sistemine zarar vermektedir (Yeşildal ve ark 2021).

Yaşanan sağlık iletişimi sorunlarına yönelik sağlık profesyonelleri hastalara kapsamlı bilgi vermeden önce hastaların hastalık hakkında temel anlayışını değerlendirmesi, sade bir dil kullanarak her şeyi net bir biçimde açıklaması, tıbbi jargondan ve belirsiz kelimelerden kaçınması, hastaları soru sormaya teşvik etmesi, hastanın söylenenleri anladığını doğrulaması, önemli talimatları yazması, yararlı eğitim materyalleri sağlaması gerekmektedir (Kripalani ve Weiss 2006). Bunun yanında hastaların da sağlık okuryazarlığı düzeylerini yükselmeye çabalaması, kendini açık bir şekilde anlatması, aklına takılan soruları sorması gerekmektedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi, tipi, veri toplama araçları, verilerin toplanması, araştırmanın hipotezi, sınırlılıkları gibi bilgilere yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi hastaların sağlık profesyonellerini anlamalarını, kendi sağlıklarına yönelik sorumluluk üstlenmelerini, tedavide karar verme sürecine katılmalarını, sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim kurmalarını sağlamaktadır. Bu araştırmanın amacı da sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi sorunlarına etkisinin değerlendirilmesidir.

2.2. Araştırmanın Önemi

Bireyin sağlık bilgilerini edinme, edinilen bu bilgileri anlama, sağlığını iyileştirme yönünde kullanma, tanı ve tedavi sürecine katılıp karar verebilme, kendi sağlığına ilişkin sorumluluğu üstlenme gibi davranışlar sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgilidir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması hastanın sağlık profesyonelleri ile iletişimlerinde başarılı olmalarını sağlamaktadır. Hastanın muayene sırasında korku duymaması, sağlık profesyonellerine güven duyması, soru sormaktan çekinmemesi, verilen bilgileri anlayıp tedavi sürecine aktif bir şekilde katılması ve böylece hasta ile sağlık profesyonelleri arasında etkili bir iletişimin sağlanması sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yakından ilişkilidir. Yapılan etkili sağlık iletişimi ise hastanın daha çabuk iyileşmesini sağlamakta, tanı sürecini kısaltmakta, ruhsal açıdan da pozitif hissetmesini sağlamaktadır. Ayrıca hasta ile etkili iletişim kuran sağlık profesyonelleri de memnun olmakta, konu ile ilgili stres yaşamamakta, işine olan motivasyonu artmaktadır. Tüm bunların üzerinde sağlık okuryazarlığının etkisi göz ardı edilmemelidir. Yazında yapılan araştırmalar sonucunda sağlık okuryazarlığı ile sağlık iletişimi sorunları ile ilgili birçok çalışmanın yapıldığı görülmektedir. Ancak hem sağlık okuryazarlığının hem de sağlık iletişimi sorunlarının bir arada kullanıldığı az çalışmaya rastlanmaktadır. Bu çerçevede sağlık okuryazarlığı ile sağlık iletişimi sorunlarının bir arada kullanıldığı bu araştırmanın katkıları önem arz etmektedir. Ayrıca ulusal literatürde sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi sorunlarının bir arada bulunduğu sınırlı çalışmalara öncülük ederek önem teşkil etmektedir.

2.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma yetişkinlere yapılan nicel bir tipte tanımlayıcı nitelikte ele alınmıştır. Sayısal veriler kullanılarak mutlak ve genellenebilir sonuçlara ulaşmayı amaçlayan araştırmalara nicel araştırmalar denilmektedir (Karasar, 2016; Gürbüz ve Şahin, 2018).

2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırılan konuyu oluşturulan elemanların bütünü olan evren, ortak özellikleri olan canlı veya cansız her türlü unsurdan oluşmaktadır. Evreni betimlemek üzere farklı yöntemlerle evren elemanlarından tercih edilen ve üzerinde araştırmalarda bulunulan grup ise örneklemdir (Özen ve Gül, 2007). Evren 'N' simgesi ile gösterilirken, örneklem ise 'n' simgesiyle gösterilmektedir.

Araştırmanın evreni Manisa ilinde yaşayan 1.105.698 yetişkin bireyden oluşmaktadır. Birçok yöntemi bulunan örneklem seçiminde araştırmada 18 yaş ve üzeri yetişkinler içerisinde katılımcılar, kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Nüfusun her bir üyesinin eşit ve bağımsız bir seçme şansına sahip olması basit rastgele örnekleme yönteminin esas kriterini oluşturmaktadır (Altındiş ve Ergin, 2018 s. 88).

Bu araştırmada yeterli örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında evren sayısının bilindiği durumlarda kullanılan, $n_0 = [(t \times s) / d]^2$, $n= [n_0 / (1+ (n_0 / N))]$ formülünden yararlanılarak yeterli örneklem sayısı bulunmuştur (Gürbüz ve Şahin, 2018).

'N: Evren büyüklüğü

t: Güven düzeyine karşılık gelen tablo z değeri (0,05 için 1.96)

s: Evren için tahmin edilen standart sapma

d: Kabul edilebilir sapma toleransı

n: Örneklem büyüklüğü'

İstenen değerler formülde yerleştirildiğinde $n_0= [(1,96 \times 0,5) / 0,05]2 = 384,16$ $n= [384,16 / (1+ (384,16 / 1.105.698))] = 384.02$ değeri elde edilmiştir. Evren değerinin bilindiği durumlarda kullanılan formül sonucunda Manisa'da yaşayan 384 yetişkinin araştırmanın örneklem hacmini oluşturduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamında ankete katılmaya gönüllü olan 692 kişiye ulaşılmıştır. Ankete Manisa ili

dışından katılan 99 katılımcı ve 18 yaşından küçük olan 7 katılımcı çıkarılmıştır. Böylece toplamda 586 katılımcı araştırma kapsamına dahil edilmiş ve yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşılmıştır. Neuman'nın (2010) belirttiği çeşitli evrenler için örneklem tablosuna göre 400 kişilik bir örneklemin 1.000.000 kişilik bir evreni %95 güven düzeyi ile temsil ettiği bilinmektedir. Bu çalışmaya da 586 katılımcı dahil edilmiştir.

2.5. Veri Toplama Araçları

Söz konusu literatürün incelenmesi sonucunda elde edilen temel demografik özellikler için araştırmada kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, sağlık durumu gibi özelliklerini kapsayan sorular kişisel bilgi formunda yer almaktadır. Ayrıca araştırmada Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan anket formu (Bkz. EK-A):

1. Kısım: Demografik Özellikler İçin Kişisel Bilgi Formu
2. Kısım: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
3. Kısım: Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği

2.5.1 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Şeker hastası olan hastalarda sağlık okuryazarlığını fonksiyonel, iletişimsel ve kritik boyutta ölçmek amacıyla Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Ishikawa ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilmiştir. Geliştirilen bu ölçekte fonksiyonel boyutta 5 madde, iletişimsel boyutta 5 madde, kritik boyutta ise 4 madde olup toplamda 14 madde bulunmaktadır. Söz konusu ölçeğin toplam Cronbach Alpha katsayısı 0,78 olarak hesaplanmıştır (Ishikawa ve ark 2008). Ishikawa ve arkadaşlarının geliştirdiği bu ölçeğinin Japon yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacıyla Suka ve arkadaşları (2013) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan bu ölçekte de toplamda 3 boyut (Fonksiyonel, İletişimsel, Kritik) ve 14 madde bulunmaktadır. Ayrıca burada toplam Cronbach Alpha katsayısı ise 0,81 olarak belirlenmiştir. Bu tez çalışmasında ise Türkoğlu ve Kılıç (2021) tarafından Suka ve arkadaşlarının geliştirdiği ölçeğin Türkçeye uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. Kullanılan ölçme aracı 10-15 dakikada uygulanmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach Alpha katsayısı 0,85 olarak hesaplanmıştır. Fonksiyonel, İletişimsel (İnteraktif) ve Kritik (Eleştirel) olmak üzere ölçek 3 boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar sırasıyla

5,5,4 maddeden oluşmakta olup toplam madde sayısı 14'tür. Fonksiyonel boyutun Cronbach Alpha katsayısı 0,85, İnteraktif boyutun Cronbach Alpha katsayısı 0,90, Eleştirel boyutun Cronbach Alpha katsayısı ise 0,87 olarak belirlenmiştir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçekte bulunan maddeler katılımcılar tarafından '1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum' biçiminde 5'li Likert tipinde yanıtlanmaktadır. Ölçek maddeleri puan aralığı 1-5 olarak puanlanmakta olup ölçekten toplamda 14-70 arasında puan alınmaktadır. Yükselen toplam puan sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığını belirtmektedir (Türkoğlu ve Kılıç, 2021).

2.5.2. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği

DeVellis'in ölçek geliştirme sürecine göre Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği Yeşildal ve arkadaşları (2021) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte etkili iletişim, sosyal iletişim ve iletişim engelleri olmak üzere 3 alt boyut bulunmaktadır. Bu alt boyutlar sırasıyla 6,3,4 maddeden oluşmakta olup toplam madde sayısı 23 olmaktadır. Ölçekte bulunan maddeler katılımcılar tarafından '1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum' biçiminde 5'li Likert tipinde cevaplanmaktadır. Ölçekte ters kodlanan maddeler bulunmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach Alpha katsayısı 0,88 iken, alt boyutların Cronbach Alpha katsayıları sırasıyla 0,83, 0,78, 0,77 olarak tespit edilmiştir. Ölçek aritmetik ortalama metoduyla hesaplanmaktadır. Ayrıca ölçekten elde edilen puanlar 5'e doğru ilerledikçe iletişim sorunları artmaktadır. Puanlar 1'e doğru indikçe de iletişim sorunları azalmaktadır (Yeşildal ve ark 2021).

2.5.3. Ölçeklere İlişkin Güvenilirlik Analizi

Bu bölümde sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi sorunları ölçekleri kullanılarak hazırlanan anket formunun geçerlilik ve güvenilirlik analizi için Cronbach's Alpha testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 2.1. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi sorunları ölçeğinin güvenilirlik analizi.

Ölçekler	İfade Sayısı	Cronbach's Alpha
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	14	0,76
Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği	13	0,83

Tablo 2.1.'de araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizi için yapılan Cronbach's Alpha testi katsayıları yer almaktadır. Yapılan test sonucuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği yüksek düzeyde güvenilirliğe sahip olup Cronbach Alpha katsayısı 0,76 olarak hesaplanmıştır. Sağlık iletişimi sorunları ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısı ise 0,83 olarak tespit edilmiş ve yüksek düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

2.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanma vaktine göre anlık, kesitsel ve boylamsal olarak araştırmalar üçe ayrılmaktadır (Büyüköztürk ve ark 2019). Bu çalışmada veriler anlık olarak belirlenen bir zamanda toplanıp ihtiyaç duyulan miktara ulaşılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından, 30.05.2022-30.06.2022 tarihleri arasında online anket metoduyla elde edilmiştir. Anket sorularının cevaplanması için 5-8 dakikalık bir zaman dilimi yeterli bulunmaktadır. Katılımcılar anket sorularını cevaplamadan önce ilk olarak bilgilendirilmiş onam metni ile, daha sonra da demografik verilere ilişkin sorularla ve ölçme araçlarıyla karşılaşmaktadır.

2.7. Verilerin Analizi

Araştırmada toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri kontrolleri yapılmıştır. Veriler üzerinde istatistiksel analizler bilgisayar ortamında yapılmıştır. Araştırmada toplanan verilerin analizi için SPSS 25,0 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programından faydalanılmıştır. Veriler üzerinde analizler yapılmadan önce normal dağılım olup olmadığı ortaya konulmuştur. Bu bağlamda ölçek puanlarının normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz ile çarpıklık ve basıklık değerlerine ulaşılmaktadır. Sosyal bilimlerde bu değerlerin +1 ve -1 arasında olması normal dağılımı sağlamaktadır.

Tablo 2.2. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi sorunları ölçeğinin normallik dağılımları.

Ölçekler	Skewness	Kurtosis
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	**0,225**	**1,131**
Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği	**0,171**	**0,033**

Araştırmada kullanılan ölçek puanlarının Tablo 2.2.'de görülen değerler arasında olması ile normal dağılımın sağlandığı tespit edilmiştir. Bu çerçevede tanımlayıcı istatistikler yanında normal dağılım sağlandığından parametrik analiz yöntemlerinden

varyans analizi, bağımsız gruplar için t testi, pearson korelasyon analizi ve basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Ayrıca tek yönlü varyans analizinde anlamlı bulunan sonuçlarda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için homojenlik olduğu durumlarda Post Hoc Testlerinden Bonferroni ve LSD testi, homojenliğin olmadığı durumlarda ise Tamhane's T2 testi kullanılmıştır.

2.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği için ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını ve geliştirme çalışmasını yapan kişilerle elektronik posta yoluyla iletişime geçilip gerekli izinler alınmıştır (Bkz. EK-B). Ayrıca katılımcılara araştırma ile ilgili bilgilendirme anket formunun ön bölümünde yer verilmiş ve sözel olarak bilgilendirilmiş rıza alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi amacıyla Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.11.2022 tarihli ve 1095 sayılı kararı sonucunda etik kurul izni alınmıştır (Bkz. EK-C).

2.9. Araştırmanın Hipotezleri

1. H_0: Katılımcıların yaşları ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
2. H_0: Katılımcıların cinsiyetleri ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
3. H_0: Katılımcıların medeni durumları ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
4. H_0: Katılımcıların gelir durumları ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
5. H_0: Katılımcıların eğitim düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
6. H_0: Katılımcıların genel sağlık durumu algıları ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
7. H_0: Katılımcıların meslekleri ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
8. H_0: Katılımcıların son bir yılda sağlık kurumuna başvuru sayıları ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
9. H_0: Katılımcıların en son başvurdukları hastaneler ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

10. H_0: Katılımcıların başvurdukları hastaneyi tercih sebepleri ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
11. H_0: Katılımcıların başvurdukları hastanede hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşayıp yaşamama durumları ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
12. H_0: Katılımcıların yaşları ile sağlık iletişimi sorunları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
13. H_0: Katılımcıların cinsiyetleri ile sağlık iletişimi sorunları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
14. H_0: Katılımcıların medeni durumları ile sağlık iletişimi sorunları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
15. H_0: Katılımcıların gelir durumları ile sağlık iletişimi sorunları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
16. H_0: Katılımcıların eğitim düzeyleri ile sağlık iletişimi sorunları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
17. H_0: Katılımcıların genel sağlık durumu algıları ile sağlık iletişimi sorunları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
18. H_0: Katılımcıların meslekleri ile sağlık iletişimi sorunları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
19. H_0: Katılımcıların son bir yılda sağlık kurumuna başvuru sayıları ile sağlık iletişimi sorunları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
20. H_0: Katılımcıların en son başvurdukları hastaneler ile sağlık iletişimi sorunları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
21. H_0: Katılımcıların başvurdukları hastaneyi tercih sebepleri ile sağlık iletişimi sorunları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
22. H_0: Katılımcıların başvurdukları hastanede hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşayıp yaşamama durumları ile sağlık iletişimi sorunları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
23. H_0: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalamaları ile sağlık iletişimi sorunları ortalamaları arasında ilişki yoktur.
24. H_0: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalamalarının sağlık iletişimi sorunları ortalamalarına etkisi yoktur.

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Manisa ilinde yaşayan yetişkin bireyler üzerinde yapılmış olması, araştırmanın sınırlılığı niteliğini taşımaktadır. Bunun yanında araştırmaya katılan bazı bireylerin farklı sebeplerden ötürü araştırma sorularını içtenlikle cevaplandırmamış ihtimali de araştırmanın sınırlılığı niteliğini taşımaktadır.

3. BULGULAR

Bu bölümde sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi sorunlarına etkisinin değerlendirildiği bu araştırmada örneklem grubuna ait demografik verilerin açıklanması, araştırma hipotezlerine yönelik yapılan istatistiksel analiz sonuçları ve bu sonuçlara ilişkin yorumlar bulunmaktadır.

3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Söz konusu bölümde katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine, ölçekler ve alt boyutlarından aldıkları puanlara ilişkin bulgulara yer verilmektedir.

Tablo 3.1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ait bulgular.

Cinsiyet	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Kadın	374	63,8
Erkek	212	36,2
Yaş	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
18-25	298	50,9
26-33	109	18,6
34 ve üzeri	179	30,5
Medeni Durum	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Evli	350	59,7
Bekar	236	40,3
Gelir Durumu	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
0-2500	188	32,1
2501-5000	218	37,2
5001 ve üzeri	180	30,7
Eğitim Düzeyi	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
İlköğretim	110	18,8
Lise	174	29,7
Üniversite ve üzeri	302	51,5
Sağlık Durumu	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Çok iyi	142	24,2
İyi	339	57,8
Orta ve Düşük	105	17,9

Tablo 3.1 (Devamı). Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ait bulgular.

Meslek	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Kamu çalışanı	66	11,3
Özel sektör çalışanı	213	36,3
Ev hanımı ve İşsiz	131	22,4
Öğrenci	176	30,0
Bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısınız?	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
1-3 defa	359	61,3
4 defa ve üzeri	227	38,7
En son başvurduğunuz hastane hangisidir?	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Manisa Şehir Hastanesi	256	43,7
Merkez Efendi Devlet Hastanesi	156	26,6
Özel Grandmedical Hastanesi, Özel Sekiz Eylül Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	103	17,6
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	71	12,1
Bu hastaneye başvuru sebebiniz nedir?	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Evime yakın olması	202	34,5
Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması	106	18,1
Eş-dost tavsiyesi ve hastaneye duyduğum güven	75	12,8
Hastane personelinin nezaketi ve hastanede çalışan doktorların daha bilgili olması	57	9,7
Ulaşımının kolay olması	63	10,8
Diğer	83	14,2
Bu hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşadınız mı?	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Evet	88	15,0
Hayır	498	85,0

Araştırmanın örneklem grubunun demografik verilerine ait bulgular Tablo 3.1.'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin %63,8'i kadın ve %36,2'si erkek olup toplamda 586 kişi araştırmaya katılmıştır. Katılımcıların %50,9'u 18-25 yaş aralığında, %18,6'sı 26-33 yaş aralığında ve %30,5'i 34 ve üzeri yaş aralığında bulunmaktadır. Görüldüğü üzere katılımcıların 18-25 yaş grubu oranı diğer yaş grubu oranlarından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların %59,7'si evli iken, %40,3'ü bekardır.

Katılımcıların %32,1'inin geliri 0-2500 ₺ arasında, %37,2'sinin geliri 2501-5000 ₺ arasında iken, %30,7'sinin geliri ise 5001 ₺ ve üzeri düzeydedir. Katılımcıların %51,5'inin eğitim düzeyi üniversite ve üzerinde olup ilköğretim (%18,8) ve lise (%29,7) düzeylerinden daha yüksek orana sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların %24,2'si sağlık durumunu çok iyi olarak nitelerken, %57,8'i iyi, %17,9'u ise orta ve düşük olarak nitelemektedir.

Katılımcıların %11,3'ü kamu çalışanı, %36,3'ü özel sektör çalışanı iken, %22,4'ü ev hanımı ve işsiz, %30'u ise öğrenci olduğu görülmektedir. Katılımcıların %61,3'ü son bir yılda sağlık kuruluşuna 1-3 defa başvurduğunu belirtirken, %38,7'si ise 4 defa ve üzerinde başvuru yaptığını belirtmektedir.

Katılımcıların %43,7'si en son Manisa Şehir Hastanesi'ne başvururken, %26,6'sı Merkez Efendi Devlet Hastanesi'ne başvurmaktadır. Bunun yanında katılımcıların %17,6'sı özel hastaneler ile Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'ne, %12,1'i ise Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvurmaktadır. Katılımcıların %34,5'i bu hastanelere başvuru sebepleri arasında evlerine yakın olduğunu belirtirken, %18,1'i hastanenin hizmet kalitesinin iyi olduğunu belirtmektedir. Ayrıca katılımcıların %12,8'i hastaneyi eş-dost tavsiyesi ve hastaneye duyduğu güvenden dolayı tercih etmekte, %9,7'si hastaneyi, personelin nezaketi ve hastanede çalışan doktorların daha bilgili olmasından dolayı tercih etmekte, %10,8'i hastaneyi ulaşımının kolay olmasından dolayı tercih etmekte ve %14,2'si hastaneyi diğer sebeplerden dolayı tercih etmektedir.

Katılımcıların %15'i başvurdukları bu hastanelerde çalışanlarla iletişim sorunu yaşarken, %85'i ise hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşamamıştır.

3.2. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlara Ait Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi sorunları ölçekleriyle alt boyutlarına ilişkin ortalama puanlar, standart sapma, minimum ve maximum değerler bulunmaktadır.

Tablo 3.2. Sağlık okuryazarlığı ölçeğine ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Alt Boyutlar	İfadeler	N	x̄	SS
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	1.Bulduğum materyalleri okuyamıyorum.	586	2,69	1,15
	2.Yazılar benim için çok küçük yazılmış.	586	2,63	1,15
	3.İçerik benim anlamam için çok zor.	586	2,60	1,13
	4.Onları okumam çok uzun zaman alıyor.	586	2,90	1,22
	5.Onları okumam için birisinin yardımına ihtiyacım var.	586	2,14	1,06
İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı	6.Çeşitli kaynaklardan bilgi toplarım.	586	4,15	0,92
	7.İstediğim bilgileri elde ederim.	586	4,06	0,80
	8.Aldığım bilgileri anlarım	586	4,06	0,76
	9.Doktoruma, aileme veya arkadaşlarıma hastalığım hakkında kendi fikirlerini söylerim.	586	4,03	0,87
	10.Aldığım bilgileri günlük yaşamıma uygularım.	586	3,93	0,86
Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	11.Bilgilerin benim için uygulanabilir olup olmadığını düşünürüm.	586	4,13	0,76
	12.Bilgilerin güvenilir olup olmadığını düşünürüm.	586	4,14	0,83
	13.Bilgilerin geçerli ve güvenilir olup olmadığını kontrol ederim.	586	4,18	0,86
	14.Kendi sağlığım hakkındaki kararlarımı uygulamak için bilgi toplarım.	586	4,22	0,80

Sağlık okuryazarlığı ölçeğine ilişkin ortalama puanlar ve standart sapma Tablo 3.2.'de yer almaktadır. Görüldüğü üzere ölçeğin ortalama puanları arasında en yüksek puan 'Kendi sağlığım hakkındaki kararlarımı uygulamak için bilgi toplarım.' ifadesinden alınmış olup bu puan x̄=4,22 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin ortalama puanları arasında en düşük puan ise 'Onları okumam için birisinin yardımına ihtiyacım var.' ifadesinden alınmış olup bu puan x̄=2,14 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 3.3. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeğine ait aldıkları puanlar.

	x̄ ± SS	Min	Max
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	**3,56 ± 0,47**	**23**	**70**
Fonksiyonel Alt Boyutu	**2,59 ± 0,92**	**5**	**25**
İnteraktif Alt Boyutu	**4,04 ±0,61**	**6**	**25**
Eleştirel Alt Boyutu	**4,16 ±0,67**	**4**	**20**

Tablo 3.3.'te görüldüğü üzere sağlık okuryazarlığı ölçeğine ilişkin ortalama puan $\bar{x}$=3,56, minimum değer 23 ve maksimum değer 70 olarak tespit edilmiş. Ayrıca sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bir alt boyutu olan fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı $\bar{x}$=2,59 olarak tespit edilmiş ve ölçek ortalamasının altında yer edinmiştir. Diğer alt boyutlardan interaktif sağlık okuryazarlığı ortalama puanı $\bar{x}$=4,04 ve eleştirel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı $\bar{x}$=4,16 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 3.4. Sağlık iletişimi sorunları ölçeğine ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Alt Boyutlar	İfadeler	N	$\bar{x}$	SS
Etkili İletişim	1.Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) beni sabırla dinler.	586	2,58	2,58
	2.Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında bana yeterli bilgi verir.	586	2,59	2,59
	3.Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında konuşurken sert üslup kullanır.	586	2,71	2,71
	4.Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) sorularıma eksiksiz cevap verir.	586	2,70	2,70
	5.Doktorlar muayene esnasında benimle göz teması kurar.	586	2,61	2,61
	6.Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) şikayetimi önemsemez.	586	2,65	2,65
Sosyal İletişim	7.Muayene esnasında soruları cevaplarken çok rahat olurum.	586	2,30	2,30
	8.Muayene olmam gerektiğinde genellikle gergin olurum.	586	3,02	3,02
	9.Muayene esnasında kendimi ifade etmekten çekinirim.	586	2,56	2,56
İletişim Engelleri	Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) benimle iletişim kurmak için isteksiz davranır.	586	2,87	2,87
	Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) anlamını bilmediğim tıbbi terimleri sıklıkla kullanır.	586	3,08	3,08
	Doktorlar muayene sırasında aceleci davranır.	586	3,33	3,33
	Doktorlar reçete ettikleri ilaçlar hakkında detaylı bilgi vermez.	586	3,28	3,28

Tablo 3.4.'te görüldüğü üzere sağlık iletişimi sorunları ölçeğinde ortalama puanlar arasında en yüksek puan 'Doktorlar muayene sırasında aceleci davranır.' İfadesinden alınmış olup bu puan $\bar{x}$=3,33 olarak tespit edilmiştir. Bu ölçeğin ortalama puanları arasında en düşük puan ise 'Muayene esnasında soruları cevaplarken çok rahat olurum.' İfadesinden alınmış olup bu puan $\bar{x}$=2,30 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 3.5. Katılımcıların sağlık iletişimi sorunları ölçeğine ait aldıkları puanlar.

	$\bar{x} \pm SS$	Min	Max
Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği	**2,79 ± 0,62**	**13**	**63**
Etkili İletişim Alt Boyutu	**3,14 ± 0,52**	**6**	**30**
Sosyal İletişim Alt Boyutu	**3,09 ± 0,64**	**3**	**15**
İletişim Engelleri Alt Boyutu	**3,14 ± 0,85**	**4**	**20**

Tablo 3.5.'te görüldüğü üzere sağlık iletişimi sorunları ölçeğine ilişkin ortalama puan $\bar{x}$=2,79, minimum değer 13 ve maksimum değer 63 olarak tespit edilmiştir. Sağlık iletişimi sorunları ölçeğinin alt boyutlarından etkili iletişim alt boyutu ortalama puanı $\bar{x}$=3,14, sosyal iletişim alt boyutu ortalama puanı $\bar{x}$=3,09 ve iletişim engelleri alt boyutu ortalama puanı $\bar{x}$=3,14 olarak tespit edilmiştir.

3.3. Katılımcıların Demografik özellikleri ile Ölçeklerin Karşılaştırılması

Bu bölümde sağlık okuryazarlığı ölçeği, sağlık iletişimi sorunları ölçeği ve bu ölçeklerin alt boyutları ile cinsiyet, medeni durum, son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı ve sağlık çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşayıp yaşamama durumuna ilişkin yapılan bağımsız gruplarda t testi bulgularına yer verilmiştir. Ayrıca bu bölümde sağlık okuryazarlığı ölçeği, sağlık iletişimi sorunları ölçeği ve bu ölçeklerin alt boyutları ile yaş, gelir durumu, eğitim düzeyi, sağlık durumu, meslek, en son başvurulan hastane, bu hastaneyi tercih etme sebeplerine ilişkin yapılan One-way ANOVA analizinin bulgularına yer verilmiştir. Tek yönlü varyans analizinde anlamlı bulunan sonuçlarda farklılığın kaynaklandığı grupları belirlemek için Post Hoc testlerinden LSD, Bonferroni ve Tamhane's T2 testleri kullanılmıştır. Bunun yanında sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile sağlık iletişimi sorunları ölçeği ve alt boyutları arasında Pearson Korelasyon ve Basit Doğrusal Regresyon analizi sonuçları da bu bölümde yer almaktadır.

Tablo 3.6. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin t testi analizi.

			Alt Boyutlar		
		SOY ölçeği	**Fonksiyonel SOY**	**İnteraktif SOY**	**Eleştirel SOY**
Cinsiyet	**Kadın**	3,51±0,44	2,52±0,87	4,00±0,56	4,14±0,64
	Erkek	3,64±0,52	2,71±0,98	4,11±0,68	4,20±0,73
Test değeri		t=-2,89	t=-2,36	t=-1,89	t=-1,01
p değeri		p=0,004	p=0,019	p=0,059	p=0,312
Medeni durum	**Evli**	3,51±0,45	2,44±0,86	4,04±0,59	4,17±0,68
	Bekar	3,63±0,49	2,81±0,96	4,04±0,64	4,15±0,67
Test değeri		t=-3,09	t=-4,68	t=0,04	t=0,38
p değeri		p=0,002	p=0,000	p=0,966	p=0,703
Son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı	**1-3 defa**	3,55±0,48	2,56±0,90	4,04±0,63	4,17±0,68
	4 defa ve üzeri	3,57±0,46	2,64±0,94	4,04±0,57	4,16±0,67
Test değeri		t=-0,66	t=-1,00	t=-0,06	t=0,13
p değeri		p=0,504	p=0,316	p=0,947	p=0,896
Hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama	**Evet**	3,61±0,43	2,78±0,91	4,00±0,54	4,17±0,62
	Hayır	3,55±0,48	2,56±0,92	4,05±0,62	4,16±0,68
Test değeri		t=1,15	t=2,10	t=-0,68	t=0,05
p değeri		p=0,250	p=0,036	p=0,491	p=0,958

Tablo 3.6. incelendiğinde sağlık okuryazarlığı ölçeği ile cinsiyet arasında yapılan t testi analizi sonucunda anlamlı bir fark bulunmuştur (t=-2,89/ p<0,05). 2. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Alt boyutlar ile cinsiyet arasında yapılan t testi sonucuna göre ise fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunurken (t=-2,36/ p<0,05); interaktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=-1,01/ p>0,05; t=-1,89/ p>0,05). Bunun yanında erkek katılımcıların ($\bar{x}$=3,64) sağlık okuryazarlık düzeyi kadın katılımcılardan ($\bar{x}$=3,51) yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alt boyutlara bakıldığında ise sırasıyla üç alt boyutta da erkek katılımcıların ortalama puanları ($\bar{x}$=2,71; $\bar{x}$=4,11; $\bar{x}$=4,20) kadın katılımcıların ortalama puanlarından ($\bar{x}$=2,52; $\bar{x}$=4,00; $\bar{x}$=4,14) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ölçeği ile medeni durum arasında yapılan t testi sonucunda anlamlı bir fark bulunmuştur(t=-3,09/p<0,05). 3. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Alt boyutlara bakıldığında ise fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ölçeği ile medeni durum

arasında anlamlı bir fark bulunurken (t=-4,68/p<0,05), interaktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=0,04/p>0,05; t=0,38/p>0,05). Ayrıca bekar katılımcıların ($\bar{x}$=3,63) sağlık okuryazarlık düzeyi evli katılımcılardan ($\bar{x}$=3,51) yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alt boyutlara bakıldığında ise interaktif sağlık okuryazarlığında evli ve bekar katılımcıların ortalama puanları birbirine eşit olduğu tespit edilmiştir ($\bar{x}$=4,04).

Sağlık okuryazarlığı ölçeği ile son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı arasında yapılan t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=-0,66/p>0,05). 8. H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca son bir yılda sağlık kuruluşuna 1-3 defa başvuran katılımcıların ($\bar{x}$=3,55) sağlık okuryazarlık düzeyleri 4 defa ve üzeri başvuruda bulunan katılımcılardan ($\bar{x}$=3,57) düşük olduğu tespit edilmiştir. Alt boyutlara bakıldığında ise sırasıyla üç alt boyut ile son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=-1,00/p>0,05; t=-0,06/p>0,05; t=0,13/p>0,05).

Hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu ile sağlık okuryazarlığı ölçeği arasında yapılan t testi sonucunda anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=1,157p>0,05). 11. H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (t=2,10/ p<0,05). Sırasıyla interaktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı ile hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=-0,68/p>0,05; t=0,05/p>0,05).

Tablo 3.7. Sağlık iletişimi sorunları ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin t testi analizi.

			Alt Boyutlar		
		Sağlık iletişimi sorunları ölçeği	**Etkili iletişim**	**Sosyal iletişim**	**İletişim engelleri**
Cinsiyet	**Kadın**	2,83±0,61	3,08±0,48	3,11±0,62	3,14±0,82
	Erkek	2,71±0,63	3,25±0,57	3,04±0,67	3,14±0,90
Test değeri		t=2,16	t=-3,72	t=1,21	t=-0,03
p değeri		p=0,031	p=0,000	p=0,223	p=0,975
Medeni durum	**Evli**	2,77±0,63	3,13±0,51	3,09±0,63	3,09±0,84
	Bekar	2,82±0,60	3,16±0,55	3,08±0,65	3,21±0,85
Test değeri		t=-0,97	t=-0,76	t=0,21	t=-1,67
p değeri		p=0,330	p=0,443	p=0,832	p=0,095

Tablo 3.7 (Devam). Sağlık iletişimi sorunları ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin t testi analizi.

Son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı	**1-3 defa**	**2,77±0,61**	**3,18±0,55**	**3,11±0,65**	**3,12±0,84**
	4 defa ve üzeri	2,81±0,64	3,09±0,49	3,05±0,61	3,17±0,86
Test değeri		t=-0,72	t=2,03	t=0,98	t=-0,69
p değeri		p=0,468	p=0,042	p=0,324	p=0,491
Hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama	**Evet**	3,16±0,62	3,02±0,64	3,06±0,69	3,55±0,85
	Hayır	2,72±0,60	3,16±0,50	3,09±0,63	3,06±0,83
Test değeri		t=6,30	t=-1,94	t=-0,37	t=5,02
p değeri		p=0,000	p=0,054	p=0,711	p=0,000

Tablo 3.7.'de görüldüğü üzere sağlık iletişimi sorunları ölçeği ile cinsiyet arasında yapılan t testi sonucunda anlamlı bir fark bulunmuştur (t=2,16/p<0,05). 13. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Etkili iletişim alt boyutu ile cinsiyet arasında yapılan t testine göre anlamlı bir fark bulunmuştur (t=-3,72/ p<0,05). Sırasıyla sosyal iletişim ve iletişim engelleri alt boyutları ile cinsiyet arasında yapılan t testi sonucunda anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=1,21/p>0,05; t=-0,03/p>0,05). Ayrıca kadın katılımcıların ($\bar{x}$=2,83) sağlık iletişimi sorunları seviyesi erkek katılımcılardan ($\bar{x}$=2,71) yüksek olduğu tespit edilmiştir. İletişim engelleri alt boyutuna bakıldığında kadın ve erkek katılımcıların ortalama puanları birbirine eşit olduğu tespit edilmiştir ($\bar{x}$=3,14).

Sağlık iletişimi sorunları ölçeği ile medeni durum arasında yapılan t testi sonucunda anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=-0,97/p>0,05). 14. H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Alt boyutlara bakıldığında sırasıyla etkili iletişim, sosyal iletişim ve iletişim engelleri alt boyutları ile medeni durum arasında yapılan t testi sonucunda anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=-0,76/p>0,05; t=0,21/p>0,05; t=-1,67/p>0,05).

Sağlık iletişimi sorunları ölçeği ile son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı arasında yapılan t testi sonucunda anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=-0,72/p>0,05). 19. H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Etkili iletişim alt boyutu ile son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı arasında yapılan t testi sonucunda anlamlı bir fark bulunurken (t=2,03/ p<0,05); sırasıyla sosyal iletişim ve iletişim engelleri alt boyutları

ile son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı arasında yapılan t testi sonucunda anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=0,98/p>0,05; t=-0,69/p>0,05).

Sağlık iletişimi sorunları ölçeği ile hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu arasında yapılan t testi sonucunda anlamlı bir fark bulunmuştur (t=6,30/p<0,05). 22. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Sırasıyla etkili iletişim ve sosyal iletişim alt boyutları ile hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu arasında yapılan t testi sonucunda da anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=-1,94/p>0,05; t=-0,37/p>0,05). İletişim engelleri alt boyutu ile hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu arasında yapılan t testi sonucunda ise anlamlı bir fark bulunmuştur (t=5,02/p<0,05).

Tablo 3.8. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin ANOVA testi analizi.

			Alt Boyutlar		
		SOY ölçeği	**Fonksiyonel SOY**	**İnteraktif SOY**	**Eleştirel SOY**
Yaş	**18-25[1]**	3,46±0,41	2,36±0,79	4,02±0,57	4,12±0,67
	26-33[2]	3,54±0,49	2,54±0,84	4,00±0,68	4,19±0,69
	34 ve üzeri[3]	3,73±0,51	2,99±1,03	4,08±0,62	4,23±0,67
Test değeri		F=18,32	F=24,34	F=0,76	F=1,46
p değeri		p=0,000	p=0,000	p=0,467	p=0,231
Post-Hoc		3^t>1,2	3^t>1,2	-	-
Gelir durumu	**0-2500[1]**	3,51±0,44	2,52±0,92	3,99±0,58	4,15±0,64
	2501-5000[2]	3,60±0,52	2,72±0,96	4,04±0,64	4,14±0,72
	5001 ve üzeri[3]	3,56±0,44	2,51±0,85	4,09±0,59	4,20±0,64
Test değeri		F=1,60	F=3,51	F=1,09	F=0,37
p değeri		p=0,202	p=0,031	p=0,335	p=0,689
Post-Hoc		-	2^L>1,3	-	-
Eğitim düzeyi	**İlköğretim[1]**	3,63±0,60	3,03±1,01	3,89±0,75	4,07±0,78
	Lise[2]	3,60±0,47	2,55±0,92	4,14±0,58	4,24±0,67
	Üniversite ve üzeri[3]	3,50±0,42	2,45±0,83	4,03±0,55	4,15±0,63
Test değeri		F=4,02	F=14,45	F=4,88	F=1,80
p değeri		p=0,019	p=0,000	p=0,000	p=0,166
Post-Hoc		1^t,2^t>3	1^t>2,3	2^t>1	-

Tablo 3.8 (Devamı). Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin ANOVA testi analizi.

Sağlık durumu	**Çok iyi[1]**	3,58±0,53	2,44±0,97	4,19±0,70	4,26±0,72
	İyi[2]	3,51±0,44	2,54±0,86	3,99±0,56	4,13±0,65
	Orta ve düşük[3]	3,67±0,47	2,96±0,94	3,99±0,60	4,16±0,66
Test değeri		F=4,76	F=11,28	F=4,59	F=1,90
p değeri		p=0,009	p=0,000	p=0,011	p=0,149
Post-Hoc		3^{b}>2	3^{b}>1,2	1^{t}>2,3	-
Meslek	**Kamu çalışanı[1]**	3,44±0,46	2,45±0,84	3,98±0,54	4,00±0,74
	Özel sektör[2]	3,70±0,51	2,72±0,99	4,20±0,62	4,29±0,69
	Ev hanımı ve İşsiz[3]	3,53±0,46	2,71±0,97	3,89±0,59	4,10±0,61
	Öğrenci[4]	3,45±0,39	2,40±0,77	3,97±0,58	4,12±0,65
Test değeri		F=10,32	F=5,66	F=8,36	F=4,36
p değeri		p=0,000	p=0,001	p=0,000	p=0,000
Post-Hoc		2^{t}>1,3,4	4^{t}<2,3	2^{t}>1,3,4	2^{b}>1
En son başvurulan hastane	**Manisa Şehir Hastanesi[1]**	3,52±0,49	2,65±0,97	3,98±0,61	4,05±0,71
	Merkez Efendi Devlet Hastanesi[2]	3,58±0,43	2,53±0,87	4,08±0,55	4,26±0,60
	Özel Grandmedical ve Sekiz Eylül Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi[3]	3,59±0,51	2,63±0,91	4,04±0,70	4,24±0,65
	CBÜ Tıp Fakültesi Hastanesi[4]	3,57±0,43	2,45±0,83	4,13±0,55	4,26±0,68
Test değeri		F=0,74	F=1,14	F=1,52	F=4,70
p değeri		p=0,523	p=0,331	p=0,207	p=0,000
Post-Hoc		-	-	-	2^{b}>1

Tablo 3.8 (Devamı). Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin ANOVA testi analizi.

Bu hastaneye başvuru sebepleri	**Evime yakın olması[1]**	**3,59±0,50**	**2,70±0,93**	**4,03±0,63**	**4,15±0,68**
	Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması[2]	3,55±0,48	2,53±0,93	4,06±0,56	4,20±0,76
	Eş-dost tavsiyesi ve hastaneye duyduğum güven[3]	3,53±0,48	2,50±0,91	4,04±0,61	4,18±0,68
	Hastane personelinin nezaketi ve hastanede çalışan doktorların daha bilgili olması[4]	3,57±0,53	2,48±0,99	4,15±0,80	4,21±0,72
	Ulaşımının kolay olması[5]	3,61±0,42	2,68±0,89	4,05±0,48	4,22±0,53
	Diğer[6]	3,46±0,37	2,48±0,82	3,95±0,52	4,07±0,60
Test değeri		F=1,06	F=1,33	F=0,67	F=0,47
p değeri		p=0,380	p=0,247	p=0,646	p=0,793
Post-Hoc		-	-	-	-
Post-Hoc Testleri b=Bonferroni, t=Tamhane's T2, L=LSD					

Tablo 3.8.'de katılımcıların demografik özellikleri ile sağlık okuryazarlığı ve alt boyutları arasında yapılan bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi sonuçları bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ile yaş arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F=18,32$; $p<0,05$). 1.H_0 hipotezi reddedilmiştir. Söz konusu farklılığın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Tamhane's T2 testi yapılmıştır. Sonuç olarak farkın 34 ve üzeri yaş grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. 34 ve üzeri ($\bar{x}=3,73$) yaş grubunda olanlar, 18-25 ($\bar{x}=3,46$) ile 26-33 ($\bar{x}=3,54$) yaş gruplarında olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olmaktadır. Alt boyutlardan fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile yaş arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=24,34$; $p<0,05$). Farklılığın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Tamhane's T2 testi yapılmıştır. Test sonucunda farkın 34 ve üzeri yaş

grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. 34 ve üzeri ($\bar{x}$=2,99) yaş grubunda olanlar, 18-25 ($\bar{x}$=2,36) ile 26-33 ($\bar{x}$=2,54) yaş gruplarında olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olmaktadır. Sırasıyla interaktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı ile yaş arasında yapılan ANOVA testine göre ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=0,76; p>0,05/ F=1,46; p>0,05).

Sağlık okuryazarlığı ile gelir durumu arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1,60; p>0,05). 4. H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Alt boyutlardan fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile gelir durumu arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=3,51; p<0,05). Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden LSD testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda farkın 2501-5000 ₺ arasında gelire sahip olanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. 2501-5000 ₺ ($\bar{x}$=2,72) gelire sahip olanlar, 0-2500 ₺ ($\bar{x}$=2,52) ile 5001 ₺ ve üzeri ($\bar{x}$=2,51) gelire sahip olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olmaktadır. Sırasıyla interaktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı ile gelir durumu arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1,09; p>0,05/ F=0,37; p>0,05).

Sağlık okuryazarlığı ile eğitim düzeyi arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=4,02; p<0,05). 5. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Tamhane's T2 testi yapılmıştır. Test sonucuna göre farklılığın ilköğretim ve lise düzeyinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi üniversite ve üzeri ($\bar{x}$=3,50) olanların ortalaması, eğitim düzeyi ilköğretim ($\bar{x}$=3,63) ile lise ($\bar{x}$=3,60) olanlardan daha düşük olmaktadır. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile eğitim durumu arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=14,45; p<0,05). Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Tamhane's T2 testi yapılmıştır. Test sonucuna göre farklılığın ilköğretim düzeyinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi ilköğretim ($\bar{x}$=3,03) olanların ortalaması, eğitim düzeyi lise ($\bar{x}$=2,55) ile üniversite ve üzeri ($\bar{x}$=2,45) olanların ortalamasından daha yüksek olmaktadır. İnteraktif sağlık okuryazarlığı ile eğitim düzeyi arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=4,88; p<0,05). Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Tamhane's T2 testi yapılmıştır. Test sonucuna göre farklılığın lise düzeyinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi lise ($\bar{x}$=4,14) olanların

ortalaması, ilköğretim ($\bar{x}$=3,89) olanların ortalamasından daha yüksek olmaktadır. Eleştirel sağlık okuryazarlığı ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1,80; p>0,05).

Sağlık okuryazarlığı ile sağlık durumu arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=4,76; p<0,05). 6. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerden Bonferroni testi kullanılmıştır. Yapılan test sonucunda farkın orta ve düşük sağlık durumundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Orta ve düşük ($\bar{x}$=3,67) sağlık durumunun ortalaması, iyi ($\bar{x}$=3,51) sağlık durumundan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alt boyutlardan sırasıyla fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ve interaktif sağlık okuryazarlığı ile sağlık durumu arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=11,28; p<0,05/ F=4,59; p<0,05). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile sağlık durumu arasındaki farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Bu test sonucundan farkın orta ve düşük sağlık durumundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Orta ve düşük ($\bar{x}$=2,96) sağlık durumunun ortalaması, çok iyi ($\bar{x}$=2,44) ile iyi ($\bar{x}$=2,54) sağlık durumundan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İnteraktif sağlık okuryazarlığı ile sağlık durumu arasındaki farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Bu test sonucunda farkın sağlık durumu çok iyi olanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Çok iyi ($\bar{x}$=4,19) sağlık durumu ortalaması, iyi ($\bar{x}$=3,99) ile orta ve düşük ($\bar{x}$=3,99) sağlık durumu ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bir diğer alt boyut olan eleştirel sağlık okuryazarlığı ile sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1,90; p>0,05).

Sağlık okuryazarlığı ile katılımcıların meslekleri arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=10,32; p<0,05). 7. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Bu farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Bu test sonucuna göre farkın özel sektör çalışanlarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Özel sektör çalışanlarının ($\bar{x}$=3,70) ortalaması, kamu sektörü çalışanları ($\bar{x}$=3,44), öğrenci ($\bar{x}$=3,45) ev hanımı ve işsiz ($\bar{x}$=3,53) olanların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alt boyutlardan sırasıyla fonksiyonel, interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığı ile katılımcıların meslekleri arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak

anlamlı bir fark bulunmuştur (F=5,66; p<0,05/ F=8,36; p<0,05/ F=4,36; p<0,05). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile katılımcıların meslekleri arasındaki farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Test sonucunda farkın öğrenci olanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Öğrenci olanların ($\bar{x}$=2,45) ortalaması, özel sektör çalışanları ($\bar{x}$=2,72) ile ev hanımı ve işsiz ($\bar{x}$=2,71) olanların ortalamasından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. İnteraktif sağlık okuryazarlığı ile katılımcıların meslekleri arasındaki farkın nereden kaynaklandığını tespit etmek için post-hoc testlerinden Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Test sonucunda farkın özel sektör çalışanlarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Özel sektör çalışanlarının ($\bar{x}$=4,20) ortalaması, kamu sektörü çalışanı ($\bar{x}$=3,98), öğrenci ($\bar{x}$=3,97), ev hanımı ve işsiz ($\bar{x}$=3,89) olanların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı ile katılımcıların meslekleri arasındaki farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Test sonucunda farkın özel sektör çalışanlarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Özel sektör çalışanlarının ($\bar{x}$=4,29) ortalaması, kamu sektörü çalışanı ($\bar{x}$=4,00) olanların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ile katılımcıların en son başvurdukları hastaneler arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=0,74; p>0,05). 9. H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Alt boyutlardan sırasıyla fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ve interaktif sağlık okuryazarlığı ile katılımcıların en son başvurdukları hastaneler arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1,14; p>0,05/ F=1,52; p>0,05). Eleştirel sağlık okuryazarlığı ile katılımcıların en son başvurdukları hastaneler arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=4,70; p<0,05). Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Test sonucunda farkın Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Merkez Efendi Devlet Hastanesi ($\bar{x}$=4,26) ortalamasının Manisa Şehir Hastanesi ($\bar{x}$=4,05) ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ve alt boyutları ile katılımcıların hastaneye başvuru sebepleri arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmamıştır (F=1,06; p>0,05/ F=1,33; p>0,05/ F=0,67; p>0,05/ F=0,47; p>0,05).

10. H_0 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.9. Sağlık iletişimi sorunları ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin ANOVA testi analizi.

		Sağlık iletişimi sorunları ölçeği	Alt Boyutlar		
			Etkili iletişim	**Sosyal iletişim**	**İletişim engelleri**
Yaş	**18-25[1]**	2,75±0,60	3,13±0,50	3,09±0,61	3,08±0,80
	26-33[2]	2,80±0,74	3,15±0,57	3,08±0,68	3,15±0,98
	34 ve üzeri[3]	2,83±0,58	3,16±0,54	3,09±0,66	3,21±0,84
Test değeri		F=0,87	F=0,24	F=0,01	F=1,42
p değeri		p=0,419	p=0,783	p=0,985	p=0,244
Post-Hoc		-	-	-	-
Gelir durumu	**0-2500[1]**	2,82±0,62	3,08±0,47	3,12±0,62	3,13±0,82
	2501-5000[2]	2,81±0,60	3,18±0,57	3,16±0,64	3,16±0,84
	5001 ve üzeri[3]	2,72±0,65	3,16±0,52	2,96±0,63	3,11±0,89
Test değeri		F=1,47	F=1,88	F=5,47	F=0,16
p değeri		p=0,230	p=0,152	p=0,004	p=0,851
Post-Hoc		-	-	3^b<1,2	-
Eğitim düzeyi	**İlköğretim[1]**	2,93±0,62	3,23±0,56	3,30±0,73	3,34±0,88
	Lise[2]	2,68±0,64	3,19±0,56	3,04±0,65	3,04±0,92
	Üniversite ve üzeri[3]	2,80±0,60	3,08±0,48	3,03±0,57	3,12±0,78
Test değeri		F=5,56	F=4,43	F=6,40	F=4,44
p değeri		p=0,004	p=0,011	p=0,002	p=0,012
Post-Hoc		1^b>2	1^t>3	1^t>2,3	1^t>2
Sağlık durumu	**Çok iyi[1]**	2,62±0,62	3,27±0,58	3,08±0,72	2,99±0,87
	İyi[2]	2,80±0,60	3,12±0,50	3,07±0,59	3,14±0,82
	Orta ve düşük[3]	2,97±0,64	3,03±0,50	3,15±0,66	3,33±0,88
Test değeri		F=9,69	F=6,58	F=0,56	F=4,91
p değeri		p=0,000	p=0,001	p=0,567	p=0,000
Post-Hoc		1^b, 2^b, 3^b	1^b>2,3	-	3^b>1
Meslek	**Kamu çalışanı[1]**	2,75±0,52	3,06±0,51	2,95±0,64	3,10±0,84
	Özel sektör[2]	2,75±0,66	3,24±0,55	3,06±0,67	3,17±0,89
	Ev hanımı ve işsiz[3]	2,87±0,67	3,07±0,55	3,15±0,64	3,20±0,88
	Öğrenci[4]	2,78±0,57	3,10±0,47	3,12±0,59	3,06±0,77
Test değeri		F=1,05	F=4,31	F=1,58	F=0,83
p değeri		p=0,370	p=0,005	p=0,192	p=0,478
Post-Hoc		-	2^b>3	-	-

Tablo 3.9 (Devamı). Sağlık iletişimi sorunları ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin ANOVA testi analizi.

En son başvurulan hastane	**Manisa Şehir Hastanesi[1]**	2,85±0,65	3,15±0,59	3,12±0,67	3,20±0,89
	Merkez Efendi Devlet Hastanesi[2]	2,75±0,56	3,17±0,52	3,10±0,60	3,12±0,83
	Özel Grandmedical ve Sekiz Eylül Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi[3]	2,76±0,60	3,03±0,40	2,96±0,60	3,10±0,80
	CBÜ Tıp Fakültesi Hastanesi[4]	2,71±0,65	3,22±0,45	3,11±0,65	2,99±0,80
Test değeri		F=1,16	F=3,21	F=1,75	F=1,34
p değeri		p=0,322	p=0,024	p=0,155	p=0,259
Post-Hoc		-	$4^{t}>3$	-	-
Bu hastaneye başvuru sebepleri	**Evime yakın olması[1]**	2,90±0,62	3,17±0,60	3,18±0,65	3,28±0,84
	Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması[2]	2,66±0,62	3,23±0,56	3,12±0,75	2,98±0,94
	Eş-dost tavsiyesi ve hastaneye duyduğum güven[3]	2,62±0,63	3,14±0,46	3,03±0,54	2,93±0,81
	Hastane personelinin nezaketi ve hastanede çalışan doktorların daha bilgili olması[4]	2,65±0,56	3,14±0,39	3,05±0,70	3,01±0,80
	Ulaşımının kolay olması[5]	2,91±0,65	3,05±0,43	3,04±0,55	3,29±0,86
	Diğer[6]	2,81±0,56	3,02±0,46	2,94±0,53	3,14±0,74
Test değeri		F=4,48	F=2,30	F=2,25	F=3,56
p değeri		p=0,001	p=0,062	p=0,051	p=0,003
Post-Hoc		$1^{b}>2,3$	-	-	$1^{b}>2,3$

Tablo 3.9.'da katılımcıların demografik özellikleri ile sağlık iletişimi sorunları ve alt boyutları arasında yapılan bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi sonuçları bulunmaktadır. Sağlık iletişimi sorunları ile yaş arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,87$; $p>0,05$). 12. H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Alt boyutlara bakıldığında ise sırasıyla etkili iletişim, sosyal iletişim ve iletişim engelleri ile yaş arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,24$; $p>0,05$/ $F=0,01$; $p>0,05$/ $F=1,42$; $p>0,05$).

Sağlık iletişimi sorunları ile gelir durumu arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,47$; $p>0,05$). 15. H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Alt boyutlardan sırasıyla etkili iletişim ve iletişim engelleri ile gelir durumu arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,88$; $p>0,05$/ $F=0,16$; $p>0,05$). Sosyal iletişim alt boyutu ile gelir durumu arasında yapılan ANOVA testine göre ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5,47$; $p<0,05$). Bu farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Test sonucunda farkın gelir durumu 5001 ₺ ve üzeri olanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Gelir durumu 5001 ₺ ve üzeri ($\bar{x}=2,96$) olanların ortalaması, gelir durumu 0-2500 ₺ ($\bar{x}=3,12$) ile 2501-5000 ₺ ($\bar{x}=3,16$) arasında olanların ortalamasından daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık iletişimi sorunları ile eğitim düzeyi arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5,56$; $p<0,05$). 16. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Test sonucunda farkın eğitim düzeyi ilköğretim olanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi ilköğretim ($\bar{x}=2,93$) olanların ortalaması eğitim düzeyi lise ($\bar{x}=2,68$) olanların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sırasıyla alt boyutlar ile eğitim düzeyi arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=4,43$; $p<0,05$/ $F= 6,40$; $p<0,05$/ $F= 4,44$; $p<0,05$). Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Etkili iletişim ile eğitim düzeyi arasındaki farkın ilköğretim düzeyinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. İlköğretim ($\bar{x}=3,23$) düzeyinin ortalaması üniversite ve üzeri ($\bar{x}=3,08$) düzeyinin ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sosyal iletişim ile eğitim düzeyi arasındaki farkın ilköğretim düzeyinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. İlköğretim ($\bar{x}=3,30$) düzeyinin

ortalaması, lise ($\bar{x}$=3,04) ile üniversite ve üzeri ($\bar{x}$=3,03) düzeylerinin ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İletişim engelleri ile eğitim düzeyi arasındaki farkın ilköğretimden kaynaklandığı tespit edilmiştir. İlköğretim ($\bar{x}$=3,34) düzeyinin ortalaması lise ($\bar{x}$=3,04) düzeyinin ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık iletişimi sorunları ile sağlık durumu arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=9,69; p<0,05). 17. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Bu farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Yapılan test sonucundan farkın sağlık durumu çok iyi ($\bar{x}$=2,62), iyi ($\bar{x}$=2,80), orta ve düşük ($\bar{x}$=2,97) olanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Etkili iletişim alt boyutu ile sağlık durumu arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=6,58; p<0,05). Bu farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Yapılan test sonucunda farkın sağlık durumu çok iyi olanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Sağlık durumu çok iyi ($\bar{x}$=3,27) olanların ortalaması, iyi ($\bar{x}$=3,12) ile orta ve düşük ($\bar{x}$=3,03) olanların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sosyal iletişim alt boyutu ile sağlık durumu arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=0,56; p>0,05). İletişim engelleri alt boyutu ile sağlık durumu arasında yapılan anova testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=4,91; p<0,05). Bu farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Yapılan test sonucunda farkın sağlık durumu orta ve düşük olanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Sağlık durumu orta ve düşük ($\bar{x}$=3,33) olanların ortalaması çok iyi ($\bar{x}$=2,99) olanların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık iletişimi sorunları ile katılımcıların meslekleri arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1,05; p>0,05). 18. H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Alt boyutlardan sırasıyla sosyal iletişim ve iletişim engelleri ile katılımcıların meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1,58; p>0,05/ F=0,83; p>0,05). Etkili iletişim alt boyutu ile katılımcıların meslekleri arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=4,31; p<0,05). Bu farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Bu test sonucuna

göre farkın özel sektör çalışanlarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Özel sektör ($\bar{x}$=3,24) çalışanlarının ortalaması, ev hanımı ve işsiz ($\bar{x}$=3,07) olanların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık iletişimi sorunları ile katılımcıların en son başvurdukları hastaneler arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1,16; p>0,05). 20. H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Alt boyutlardan sırasıyla sosyal iletişim ve iletişim engelleri ile katılımcıların en son başvurdukları hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1,75; p>0,05/ F=1,34; p>0,05). Etkili iletişim alt boyutu ile katılımcıların en son başvurdukları hastaneler arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=3,21; p<0,05). Bu farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Yapılan test sonucunda farkın Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ($\bar{x}$=3,22) ortalaması, Özel Grandmedical Hastanesi, Özel Sekiz Eylül Hastanesi ve Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi ($\bar{x}$=3,03) ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık iletişimi sorunları ile katılımcıların hastaneyi tercih etme sebepleri arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=4,48; p<0,05). 21. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Bu farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Yapılan test sonucunda farkın hastanenin katılımcıların evlerine yakın olması sebebinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastanenin eve yakın olması ($\bar{x}$=2,90) sebebinin ortalaması, hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması ($\bar{x}$=2,66), eş-dost tavsiyesi ve hastaneye duyulan güven ($\bar{x}$=2,62) sebepleri ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alt boyutlardan sırasıyla etkili iletişim ve sosyal iletişim ile katılımcıların hastaneyi tercih sebepleri arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=2,30; p>0,05/ F=2,25; p>0,05). İletişim engelleri alt boyutu ile katılımcıların hastaneyi tercih etme sebepleri arasında yapılan ANOVA testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=3,56; p<0,05). Bu farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için post-hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Yapılan test sonucunda farkın hastanenin katılımcıların evlerine yakın olması sebebinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastanenin eve yakın olması ($\bar{x}$=3,28) sebebinin ortalaması, hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması ($\bar{x}$=2,98), eş-

dost tavsiyesi ve hastaneye duyulan güven ($\bar{x}$=2,93) sebepleri ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.10. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile sağlık iletişimi sorunları ve alt boyutlarına ilişkin korelasyon analizi.

		Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği	Etkili İletişim	Sosyal İletişim	İletişim Engelleri
SOY ölçeği	**r**	0,090*	0,230**	0,153**	0,215**
	p	0,030	0,000	0,000	0,000
Fonksiyonel SOY	**r**	0,320**	0,057	0,268**	0,305**
	p	0,000	0,169	0,000	0,000
İnteraktif SOY	**r**	-0,166**	0,224**	-0,041	0,008
	p	0,000	0,000	0,318	0,838
Eleştirel SOY	**r**	-0,135**	0,217**	-0,033	0,002
	p	0,000	0,000	0,422	0,967
***Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.**					
****Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.**					

İki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi incelemeyi sağlayan korelasyon analizinde katsayı $-1 \leq r \leq 1$ aralığında yer almalıdır. Analizde r=0,00 - 0,25 aralığında olması ilişkinin çok zayıf, r=0,26 – 0,49 aralığında olması ilişkinim zayıf, r=0,50 – 0,69 aralığında olması ilişkinin orta, r=0,70 – 0,89 aralığında olması ilişkinin yüksek, r=0,90 – 1,00 aralığında olması ilişkinin çok yüksek düzeyde olduğunu belirtmektedir (Kalaycı, 2014). Tablo 3.10.'da sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi sorunları ölçekleri ile alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı ile sağlık iletişimi sorunları (r=0,090) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). 23. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile etkili iletişim (r=0,230), sosyal iletişim (r=0,153) ve iletişim engelleri (r=0,215) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,01$). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile sağlık iletişimi sorunları (r=0,320), sosyal iletişim (r=0,268) ve iletişim engelleri (r=0,305) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,01$). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile etkili iletişim (r=0,057) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). İnteraktif sağlık okuryazarlığı ile sağlık iletişimi sorunları (r=-0,166) arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,01$). İnteraktif sağlık okuryazarlığı ile etkili iletişim

(r=0,224) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,01). İnteraktif sağlık okuryazarlığı ile sosyal iletişim (r=-0,041) ve iletişim engelleri (r=0,008) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (p>0,05). Eleştirel sağlık okuryazarlığı ile sağlık iletişimi sorunları (r=-0,135) arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,01). Eleştirel sağlık okuryazarlığı ile etkili iletişim (r=0,217) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,01). Eleştirel sağlık okuryazarlığı ile sosyal iletişim (r=-0,033) ve iletişim engelleri (r=0,002) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 3.11. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve sağlık iletişimi sorunları ölçeği arasında regresyon analizi.

Bağımlı Değişken	Bağımsız değişken	B	sh	t	F	p	R^2
Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği	**Sabit**	**2,37**	**0,19**	**12,22**	4,73	0,030	0,008
	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0,11	0,05	2,17			
	Sabit	**2,22**	**0,07**	**30,39**	66,56	0,000	0,102
	FSOY	0,21	0,02	8,15			
	Sabit	**3,31**	**0,16**	**20,70**	10,89	0,001	0,018
	ESOY	-0,12	0,03	-3,30			
	Sabit	**3,48**	**0,17**	**20,35**	16,59	0,000	0,028
	İSOY	-0,17	0,04	-4,07			

Tablo 3.11.'de sağlık iletişimi sorunları ölçeği ile sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan regresyon analizi bulguları yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ile sağlık iletişimi sorunları ölçeği arasında yapılan regresyon analizine göre istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir (p<0,05). 24. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Yapılan analize göre sağlık iletişimi sorunlarında meydana gelen değişimin %0,8'i sağlık okuryazarlığı ölçeği tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,008). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinde meydana gelen artış sağlık iletişimi sorunlarına yordanmaktadır (B=0,11). Ancak bu etkinin çok düşük oranda olduğu tespit edilmiştir.

Bunun sebebi olarak da yalnızca sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olmasının sağlık iletişimi sorunlarını yeteri kadar düşüremediği, sağlık çalışanlarının iş yükü, stres düzeyleri, maddi beklentileri ve muayene süreleri de sağlık iletişimi sorunlarına etki ettiği düşünülmektedir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, eleştirel sağlık okuryazarlığı ve interaktif sağlık okuryazarlığı ile sağlık iletişimi sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan analize göre sağlık iletişimi sorunlarında meydana gelen değişimin %10,2'si fonksiyonel sağlık okuryazarlığı tarafından($R^2=0,102$), %1,8'i eleştirel sağlık okuryazarlığı tarafından ($R^2=0,018$) ve %2,8'i interaktif sağlık okuryazarlığı tarafından ($R^2=0,028$) açıklanmaktadır.

Tablo 3.12. Hipotez yorumları.

Hipotezler		**Kabul/Ret**
1	Katılımcıların yaşları ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Ret**
2	Katılımcıların cinsiyetleri ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Ret**
3	Katılımcıların medeni durumları ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Ret**
4	Katılımcıların gelir durumları ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**
5	Katılımcıların eğitim düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Ret**
6	Katılımcıların sağlık durumları ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Ret**
7	Katılımcıların meslekleri ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Ret**
8	Katılımcıların son bir yılda sağlık kurumuna başvuru sayıları ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**
9	Katılımcıların en son başvurdukları hastaneler ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**
10	Katılımcıların başvurdukları hastaneyi tercih sebepleri ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**
11	Katılımcıların başvurdukları hastanede hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşayıp yaşamama durumları ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**
12	Katılımcıların yaşları ile sağlık iletişimi sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**

Tablo 3.12 (Devamı). Hipotez yorumları.

13	Katılımcıların cinsiyetleri ile sağlık iletişimi sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Ret**
14	Katılımcıların medeni durumları ile sağlık iletişimi sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**
15	Katılımcıların gelir durumları ile sağlık iletişimi sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**
16	Katılımcıların eğitim düzeyleri ile sağlık iletişimi sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Ret**
17	Katılımcıların sağlık durumları ile sağlık iletişimi sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	Ret
18	Katılımcıların meslekleri ile sağlık iletişimi sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**
19	Katılımcıların son bir yılda sağlık kurumuna başvuru sayıları ile sağlık iletişimi sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**
20	Katılımcıların en son başvurdukları hastaneler ile sağlık iletişimi sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**
21	Katılımcıların başvurdukları hastaneyi tercih sebepleri ile sağlık iletişimi sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Ret**
22	Katılımcıların başvurdukları hastanede hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşayıp yaşamama durumları ile sağlık iletişimi sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Ret**
23	Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalamaları ile sağlık iletişimi sorunları ortalamaları arasında ilişki yoktur.	**Ret**
24	Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalamalarının sağlık iletişimi sorunları ortalamalarına etkisi yoktur.	**Ret**

4. TARTIŞMA

Zamanla gelişen teknoloji ve tıp alanı ile sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı artış göstermektedir. Bu durumun bir sonucu olarak hem sağlık çalışanları hem hasta ve hasta yakınları açısından sağlık iletişimi önem arz eden bir konu haline gelmiştir. İyi, başarılı ve etkin kurulan sağlık iletişimi ile sağlık profesyonelleri hastayı anlamakta, doğru teşhis koymakta, uygun tedavi yöntemleri uygulanmakta ve sonuç olarak sağlıklı birey profili oluşmaktadır. Bunun yanında bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri sağlık iletişimi etkinliğine yön vermektedir. Yüksek olan sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hastalar kendilerini doğru bir şekilde ifade edebilmekte, sağlık profesyonellerinin anlattıklarını anlamakta, tedavi sürecine dahil olabilmektedir. Ayrıca yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olan bireyler sağlık durumlarının gelişimi için daha duyarlı olmaktadır. Düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ile hastalar utanma, çekinme gibi davranışlar sergilemekte, kendini ifade edememekte, sağlık profesyonellerinin anlattıklarını anlamayıp soru sormaktan da geri durmaktadır. Böyle bir durumda etkin kurulamayan iletişimle etkin sağlık hizmeti ne sunulmakta ne de alınmaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri sağlık iletişimi sorunları açısından önem arz etmektedir. Bu tez çalışmasında bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve sağlık iletişimi sorunları incelenmiştir. Bu çerçevede bu araştırmanın amacı, sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi sorunlarına etkisinin değerlendirilmesidir.

Araştırmaya katılan 586 bireyin %69,8'i kadın olup %59,7'si evlidir. 18-25 yaş aralığında olan katılımcıların oranı %50,9, 26-33 yaş aralığında olan katılımcıların oranı %18,6, 34 yaş ve üzeri olan katılımcıların oranı ise %30,5 olarak tespit edilmiştir. 2501-5000 ₺ gelire sahip katılımcıların oranı %37,2 olup diğer gelir durumu gruplarına göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların oranı %51,1 olup diğer düzeylerden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %57,8'i sağlık durumunu iyi olarak nitelemektedir. Katılımcıların %36,3'ü özel sektör çalışanı, %61,3'ü son bir yılda sağlık kuruluşuna 1-3 defa başvurmuştur. Katılımcıların %43,7'si Manisa Şehir Hastanesi'ne başvurmuş, %34,5'i hastaneye başvuru sebebi olarak eve yakın olma durumunu belirtmiş ve %85'i hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşamamıştır.

4.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Bulgularına İlişkin Tartışma

Çalışmaya katılan 586 katılımcının sağlık okuryazarlığı ölçeği ortalama puanı $\bar{x}$=3,56 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca bu ölçekten alınan en düşük puan 23, en yüksek puan ise 70'tir. İnteraktif sağlık okuryazarlığı ile eleştirel sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının ortalama puanları ise sırasıyla $\bar{x}$=4,04 ve $\bar{x}$=4,16 olarak tespit edilmiştir. Bu çerçevede sağlık okuryazarlığında interaktif ve eleştirel alt boyutlarında fonksiyonel alt boyuta göre daha yeterli düzeyde olduğu görülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile cinsiyet arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi bulgularına göre kadınların ($\bar{x}$=3,51) sağlık okuryazarlığı düzeyleri erkeklere ($\bar{x}$=3,64) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyleri erkeklere göre daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmanın yapıldığı yerde kadınların genel okuryazarlık seviyelerinin düşük olması, yazılı materyalleri daha az okuma, kullanma ve anlama, sağlık bilgisine daha az erişebilme ve genellikle ataerkil yapının olması gibi nedenler kadınların sağlık okuryazarlık düzeylerini düşürmektedir. Yapılan araştırmalara göre kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyleri erkeklerden daha düşük çıkmıştır (Bakan ve Yıldız 2019; Ilgaz 2021). Ayrıca bu çalışmada katılımcıların cinsiyetleri ile sağlık iletişimi sorunları arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi bulgularına göre kadınların ($\bar{x}$=2,83) sağlık iletişimi sorunları erkeklere ($\bar{x}$=2,71) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Akbolat ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir araştırmaya göre ise cinsiyet ile hasta-hekim iletişimi arasında anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna varılmıştır.

Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile medeni durum arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi bulgularına göre evlilerin ($\bar{x}$=3,51) sağlık okuryazarlık düzeyleri bekarlara ($\bar{x}$=3,63) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedenleri arasında bekarların daha genç olması, eğitim seviyelerinin daha yüksek olması gösterilebilir. Yakar ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir araştırmaya göre evlilerin sağlık okuryazarlık düzeyi bekarlara göre düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca bu araştırmada katılımcıların medeni durumları ile sağlık iletişimi sorunları arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi bulgularına göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Akbolat ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir araştırmaya göre ise medeni durum ile hasta-hekim iletişimi arasında anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna varılmıştır.

Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile yaş arasında yapılan analize göre gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. İlerleyen yaş ile sağlık okuryazarlık düzeyi artış göstermiştir. Yeşildal (2018) tarafından yapılan tez çalışmasına göre yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseldiği tespit edilmemiştir. Çimen ve Bayık Temel (2017) tarafından yapılan bir araştırmaya göre 65-74 yaşında olanların sağlık okuryazarlık düzeyleri daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile gelir durumu arasında yapılan ANOVA testine göre gelir durumu ile sağlık okuryazarlığı ölçeği, interaktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gelir durumu ile fonksiyonel sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan araştırmalara göre de sağlık okuryazarlığı ile gelir durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Bakan ve Yıldız 2019; Ilgaz 2021).

Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile eğitim durumu arasında yapılan ANOVA testine göre eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığı ölçeği, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ve interaktif sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Eğitim düzeyi ilköğretim ($\bar{x}$=3,63) olanların sağlık okuryazarlık düzeyi eğitim düzeyi lise ($\bar{x}$=3,60) ve üniversite ve üzeri ($\bar{x}$=3,50) olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum sağlık okuryazarlık düzeyi ile eğitim durumunun ters orantılı olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalar ise eğitim durumu yükseldikçe sağlık okuryazarlık düzeyinin de yükseldiğini göstermektedir (Tokuda ve ark. 2009; Özdemir ve ark. 2010; Soylar ve Kadıoğlu 2020).

Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile sağlık durumu arasında yapılan ANOVA testine göre sağlık durumu ile sağlık okuryazarlığı ölçeği, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ve interaktif sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Sağlık durumu orta ve düşük ($\bar{x}$=3,67) olanların sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık durumu iyi ($\bar{x}$=3,51) ve çok iyi ($\bar{x}$=3,58) olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ilgaz (2021) tarafından yapılan bir araştırmaya göre sağlık okuryazarlığı ile sağlık durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Söz konusu araştırmada sağlık durumu iyi ve çok iyi olanlar, sağlık durumu kötü ve fena değil olanlara göre yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile meslek arasında yapılan ANOVA testi sonucuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Özel sektör ($\bar{x}$=3,70)

çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeyleri, kamu çalışanı ($\bar{x}$=3,44), ev hanımı ve işsiz ($\bar{x}$=3,53) ve öğrenci ($\bar{x}$=3,45) olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çimen ve Bayık Temel (2017) tarafından yapılan bir çalışmada meslek ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark bulunmuş ve bu farkında çiftçilerden ve diğer (bakkal, emlakçı, taksici vb.) mesleklerde çalışanlardan kaynaklandığı sonucuna varılmıştır.

4.2. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği Bulgularına İlişkin Tartışma

Çalışmada sağlık iletişimi sorunları ölçeğine ilişkin ortalama puan $\bar{x}$=2,79 olarak tespit edilmiştir. Sağlık iletişimi sorunları ölçeğinin alt boyutlarından etkili iletişim alt boyutu ortalama puanı $\bar{x}$=3,14, sosyal iletişim alt boyutu ortalama puanı $\bar{x}$=3,09 ve iletişim engelleri alt boyutu ortalama puanı $\bar{x}$=3,14 olarak tespit edilmiş olup genel ortalamadan daha yüksek puan alınmıştır.

Etkili iletişim alt boyutunda katılımcıların 'Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) beni sabırla dinler' ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}$=2,58, 'Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında bana yeterli bilgi verir' ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}$=2,59, 'Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında konuşurken sert üslup kullanır' ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}$=2,71, 'Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) sorularıma eksiksiz cevap verir' ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}$=2,70, 'Doktorlar muayene esnasında benimle göz teması kurar' ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}$=2,61, 'Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) şikayetimi önemsemez' ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}$=2,65 olarak tespit edilmiştir. Görüldüğü üzere sağlık profesyonellerinin hastaları etkili dinlemesi, hastaları karşı sergiledikleri tavırları sağlık iletişimi sorunları üzerinde etkisi bulunmaktadır. Işık (2021) tarafından yapılan bir araştırmada hastaların doktorlarla iletişim kurarken onların kendilerini dinleyip dinlemediklerini ve kendilerine yönelik sergiledikleri tavırları kurulan iletişim üzerinde etkisinin olduğu belirtilmiştir. Ölmez ve Barkan (2015) tarafından yapılan bir araştırmada doktorların %90'ı hastaların sorularını cevaplamak için vakit ayırmakta ve konu hakkında yeterli bilgi verdiğini belirtmektedir.

Sosyal iletişim alt boyutunda katılımcıların 'Muayene esnasında soruları cevaplarken çok rahat olurum.' ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}$=2,30, 'Muayene

olmam gerektiğinde genellikle gergin olurum' ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}$=3,02 ve 'Muayene esnasında kendimi ifade etmekten çekinirim' ifadesinden alınan ortalama puan ise $\bar{x}$=2,56 olarak tespit edilmiştir. Işık (2021) tarafından yapılan bir araştırmaya göre hekimlerin soğuk ve mesafeli davranışları hastalarda çekimserliğe, gerginliğe neden olurken, samimi ve güler yüzlü davranışları ise muayene esnasında hastaların rahat hissetmelerini sağlamaktadır.

İletişim engelleri alt boyutunda bulunan 'Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) benimle iletişim kurmak için isteksiz davranır' ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}$=2,87, 'Doktorlar muayene sırasında aceleci davranır' ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}$=3,33 olarak tespit edilmiştir. Yine Işık (2021) tarafından yapılan bir araştırmaya göre hekimlerin hastaları dinlerken soğuk, yüzeysel, dikkatsiz ve isteksiz tavırlar sergilemesi hasta-hekim iletişimini etkilemektedir. Hastalar tarafından başarılı olarak görülen bir doktor, hasta ile etkin iletişim kurma yeteneği sergileyen doktordur (Işık, 2021). Ölmez ve Barkan (2015) tarafından yapılan bir araştırmaya göre ise doktorların hızlı konuşmalarından dolayı hastaların %34'ünün onları anlamakta zorlandıklarını ifade etmektedirler.

Yine etkili iletişim alt boyutunda bulunan 'Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) anlamını bilmediğim tıbbi terimleri sıklıkla kullanır' ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}$=3,08 olarak hesaplanmıştır. Ölmez ve Barkan (2015) tarafından yapılan bir araştırmada hastaların sağlık sorunlarıyla ilgili bilgi verirken anlaşılır dil kullanan ve tıbbi terimleri kullanmaktan sakınan doktorların oranı yalnızca %6 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmada sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi sorunları ölçekleri ile alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ile sağlık iletişimi sorunları ölçeği arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Alt boyutlardan fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile etkili iletişim arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmezken ($p>0,05$), fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile sosyal iletişim ve iletişim engelleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). İnteraktif sağlık okuryazarlığı ile etkili iletişim arasında anlamlı bir ilişki tespit edilirken ($p<0,05$), interaktif sağlık okuryazarlığı ile sosyal iletişim ve iletişim engelleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Eleştirel sağlık okuryazarlığı ile etkili iletişim arasında anlamlı bir ilişki tespit edilirken ($p<0,05$),

eleştirel sağlık okuryazarlığı ile sosyal iletişim ve iletişim engelleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Çalışmada sağlık iletişimi sorunları ölçeği ile sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre sağlık iletişimi sorunları ile sağlık okuryazarlığı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Akbolat ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir araştırmaya göre fonksiyonel okuryazarlık ve eleştirel okuryazarlık ile hasta-hekim ilişkisi arasından istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir. Ancak interaktif okuryazarlık ile hasta-hekim ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada yetişkinlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin sağlık iletişimi sorunlarına etkisinin değerlendirilmesi hedeflenmekte olup bu doğrultuda yapılan basit regresyon analizine göre sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi sorunlarını %0,8 oranında etkilediği sonucuna varılmıştır. Çalışmadan elde edilen diğer sonuçlar ise aşağıda özetlenmektedir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeğine verdikleri cevaplar incelendiğinde fonksiyonel sağlık okuryazarlığı alt boyutunda yer alan 'materyalleri okumam çok uzun zaman alıyor' ifadesinin ($\bar{x}$=2,90), interaktif sağlık okuryazarlığı alt boyutunda yer alan koyulan hastalık tanısı ile kişinin bu tanı ve tedavi hakkında bilgisi olmaması durumunda 'çeşitli kaynaklardan bilgi toplarım' ifadesinin ($\bar{x}$=4,15), eleştirel sağlık okuryazarlığı alt boyutunda yer alan 'kendi sağlığım hakkındaki kararlarımı uygulamak için bilgi toplarım' ifadesinin ($\bar{x}$=4,22) ortalama puanı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmada kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeğine ilişkin ortalama puan $\bar{x}$=3,56 olarak tespit edilmiş. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutlarından fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı $\bar{x}$=2,59, interaktif sağlık okuryazarlığı ortalama puanı $\bar{x}$=4,04 ve eleştirel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı $\bar{x}$=4,16 olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların sağlık iletişimi sorunları ölçeğine verdikleri cevaplar incelendiğinde etkili iletişim alt boyutunda yer alan 'sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında konuşurken sert üslup kullanır' ifadesinin ($\bar{x}$=2,71), sosyal iletişim alt boyutunda yer alan 'muayene olmam gerektiğinde genellikle gergin olurum' ifadesinin ($\bar{x}$=3,02), iletişim engelleri alt boyutunda yer alan 'doktorlar muayene sırasında aceleci davranır' ifadesinin ($\bar{x}$=3,33) ortalama puanı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmada kullanılan bir diğer ölçek olan sağlık iletişimi sorunları ölçeğine ilişkin ortalama puan $\bar{x}$=2,79 olarak tespit edilmiştir. Sağlık iletişimi sorunları ölçeğinin alt boyutlarından etkili iletişim alt boyutu ortalama puanı $\bar{x}$=3,14, sosyal iletişim alt boyutu ortalama puanı $\bar{x}$=3,09 ve iletişim engelleri alt boyutu ortalama puanı $\bar{x}$=3,14 olarak tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ölçeği ile cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim düzeyi, sağlık durumu ve mesleklere göre farklılık göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ile son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı, hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu

yaşama durumu, gelir durumu, en son başvurulan hastane ve bu hastaneye başvuru sebeplerine göre farklılık göstermemektedir.

Sağlık iletişimi sorunları ölçeği ile cinsiyet, hastane çalışanlarıyla iletişim sorunları yaşama durumu, eğitim düzeyi, sağlık durumu ve en son başvurulan hastaneyi tercih etme sebeplerine göre farklılık göstermektedir. Sağlık iletişimi sorunları ölçeği ile medeni durum, son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı, yaş, gelir durumu, meslek ve en son başvurulan hastaneye göre farklılık göstermemektedir.

Sağlık okuryazarlığı ile sağlık iletişimi sorunları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı ile etkili iletişim, sosyal iletişim ve iletişim engelleri arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,01$). Çalışmanın hedefi doğrultusunda ise sağlık okuryazarlığı ölçeği ile sağlık iletişimi sorunları ölçeği arasında yapılan regresyon analizine göre istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir. Yapılan analize göre sağlık iletişimi sorunlarında meydana gelen değişimin %0,8'i sağlık okuryazarlığı ölçeği tarafından açıklanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinde meydana gelen artış sağlık iletişimi sorunlarına yordanmaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu öneriler sıralanmıştır:

5.1. Sağlık Okuryazarlığına Dair Öneriler

- Ülkemizde genel sağlık okuryazarlık seviyesinin belirlenmesi önerilmektedir. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olduğu bölgelerde sağlık hizmetleri maliyetlerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Sağlık okuryazarlığı konusunda insanlarda farkındalık oluşması için gerekli faaliyetlerin hayata geçirilmesi önerilmektedir. Örneğin okullarda kişisel sağlık sorumluluğunun öneminden ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olmasının ne gibi faydalar sağladığından bahsedilerek konuyla ilgili eğitimler verilebilir.
- Bireylerin kendi sağlık durumlarının sorumluluğunu üstlenmeleri için farkındalık oluşturan eğitici faaliyetlerin sunulması önerilmektedir.

5.2. Sağlık İletişimi Sorunlarına Dair Öneriler

- Sağlık iletişimi sorunları konusunda kamu ve özel sağlık kuruluşlarının karşılaştırılarak çalışmaları yapılması önerilmektedir.

- Ülke genelinde sağlık iletişimi sorunlarının tespit edilerek, sorunların çözülmesi yönünde faaliyetlerde bulunulması önerilmektedir. Sağlık profesyonellerinin hasta ve hasta yakınları ile iletişimleri denetlenmelidir. Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerle etkin iletişim kurma yöntemleri kullanılmalıdır.
- Sağlık camiasına dahil olacak öğrencilere başarılı sağlık iletişimi dersleri verilmesi ve bu derslerin müfredatta yer alması önerilmektedir.

5.3. Akademik Araştırmalara Dair Öneriler

- Sağlık iletişimi sorunları konusunda ölçek geliştirme çalışmaları yapılabilir.
- Ülkemizin sağlık okuryazarlık düzeyini ortaya çıkaracak çalışmalar yapılabilir.
- Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve maliyetleri ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesine dair çalışmalar yapılabilir.
- Sağlık okuryazarlığının sağlık eşitsizliklerine etkisini ortaya çıkaracak çalışma yapılabilir.

6. KAYNAKLAR

Abacıgil F, Harlak H, Okyay P, 2016. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması. Okyay P, Abacıgil F, (Ed.) Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması içinde (s. 21-41). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025.

Akbolat M, Kahraman G, Erigüç G, Sağlam H, 2016. Sağlık Okuryazarlığı Hasta-Hekim İlişkisini Etkiler Mi? Sakarya İlinde Bir Araştırma. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(4), 354-362.

Aldemir A, 2003. Bilgiye Erişimde Yeni Yaklaşım: Bilgi Okuryazarlığı, Ünak'03: Bilgiye Erişimde Değişen Yollar ve II. Tıbbi Bilgi Yönetimi ve Teknolojileri Sempozyumu, Ankara.

Altındiş S, Ergin A, 2018, Araştırma Evreni ve Örneklemi, In: Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Aslan Ş, 1. Baskı, Konya, Eğitim Yayınevi, 81-104.

Aras Z, Bayık Temel A, 2017. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 25(2), 85-94.

Aslantekin F, Yumrutaş M, 2014. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(4), 327-334.

Aşıcı M, 2009. Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık, Değerler Eğitimi Dergisi, 7(17), 9-26.

Avcı K, Avşar Z, 2014. Sağlık İletişimi ve Yeni Medya. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, 39, 181-190.

Aygün D, 2017. Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisi; Beyoğlu Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Ayhan B, Cangöz K, 27- 28 Nisan 2006. Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Olan Halkla İlişkiler Faaliyetleri. II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu, 21. Yüzyılda Halkla İlişkilerde Yeni Yönelimler, Sorunlar ve Çözümler, s. 73-77.

Aytaç Ö, Kurtdaş MÇ, 2015. Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 25(1), 231-250.

Bakan AB, Yıldız M, 2019. 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum Dergisi, 29(3), 33-40.

Başol E, 2018. Hasta ile Sağlık Çalışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri. International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal, 4(1), 76-93.

Bayık Temel A, Çimen Z, 2017. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33(3), 105-125.

Bayın G, Akbulut Y, 2012. Sağlık Sektöründe Sosyal Pazarlamanın Kullanımı. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), 53-72.

Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ, 2018. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 8(3), 575-581.

Biçer EB, Malatyalı İ, 2018. Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 17 (2), 1-15.

Bilir N, 2014. Sağlık Okur-yazarlığı. Turkish Journal of Public Health, 12(1), 61-68.

Bolsoy N, Sevil Ü, 2006. Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3), 78-87.

Bulduklu Y, 2010. Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 24, 75-85.

Büyükaslan A, 2018. Sağlık İletişiminde Sektörel Tespitler. Erciyes İletişim Dergisi, 5(3), 2-10.

Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F, 2019. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 25. Baskı, Pegem akademi, Ankara.

Çalapkulu Ç, Çelenk E, 2018. Hasta-Hekim İlişkisi ve İletişimi: Sakarya Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Örneği. Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 1(2), 87-95.

Çatı K, Karagöz Y, Yalman F, Öcel Y, 2018. Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 14, 67-88.

Çenesiz E, Atak N, 2007. Türkiye'de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (6), 427-434.

Çınar S, Ay A, Boztepe H, 2018. Çocuk Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 14(2), 25-39.

Çınarlı İ, 2004. Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık İletişimi Yöntemleri Olarak Sosyal Pazarlama, Medyada Savunuculuk ve Halkla İlişkilerin Etkisi. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Çopurlar CK, Kartal M, 2016. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 10(1):42-47.

Davis TC, Crouch M, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB, et al. 1991. Rapid Assessment Of Literacy Levels Of Adult Primary Care Patients. Family Medicine, 23(6), 433-5.

Değerli H, Tüfekçi N, 2018. Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi, 6(15), 467-488.

Demir Avcı Y, 2016. Kişisel Sağlık Sorumluluğu. TAF Preventine Medicine Bulletin, 15(3), 259-266.

DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, et al. 2004. Literacy and Health Outcomes. Journal of General Internal Medicine, 19, 1228-1239.

Durğun S, 2006. Örgüt Kültürü ve Örgütsel İletişim. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3(2), 112-132.

Freimuth VS, Quinn SC, 2004. The Contributions of Health Communication to Eliminating Health Disparities. American Journal of Public Health, 94(12), 2053–2055.

Güven A, 2016. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Gillis D, Quigley A, 2004. Taking off the Blindfold: Seeing How Literacy Affects Health: A Report of the Health Literacy in Rural Nova Scotia Research Project. St. Francis Xavier University, Antigonish, 3-11.

Gözüm S, Çapık C, 2014. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(3), 230-237.

Gül G, 2007. Okuryazarlık Sürecinde Aile Katılımının Rolü. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, 8(1), 17-30.

Gündoğdu G, 2021. Sağlık İletişiminde Egemen Bakıştan Eleştirel Bakışa: Televizyon Sağlık Programlarının Eleştirel Sağlık İletişimi Yönünden Analiz Edilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi İletişim Bilimi ve İnternet Enstitüsü, İstanbul.

Güneş F, 2019. Okuryazarlık Yaklaşımları. Sınırsız Eğitim ve Araştırmalar Dergisi, 4(3), 224-246.

Gürbüz S, Şahin F, 2018. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, 5. Baskı, Seçkin Yayıncılık, s. 128-129.

Hanson-Divers EC, 1997. Developing a Medical Achievement Reading Test to Evaluate Patient Literacy Skills: A Preliminary Study. Journal of Health Care For The Poor and Underserved, 8(1), 56–69.

Hazar Ç. (2013). Kişilik ve İletişim Tipleri. Selçuk İletişim, 4(2), 125-140.

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

Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ, 2006. The Role of Pictures in İmproving Health Communication: a Review of Research on Attention, Comprehension, Recall, and Adherence. Patient Education and Counseling, 61(2), 173-190.

Ilgaz A, 2021. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 8(2), 151-159.

Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E, 2008. Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy Among Diabetic Patients. Diabetes Care, 31(5), 874–879.

Işık T, 2021. Sağlık İletişimi Bağlamında Hekim-Hasta, Hasta-Hekim İletişimi İnceleme Çalışması: Özel Bir Hastane Analizi. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 26, 720-753.

Kalaycı Ş, 2014. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. (6. Baskı), Asil Yayıncılık.

Karasar N, 2016. Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar İlkeler Teknikler. (30. Basım), Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Koay K, Schofield P, Jefford M, 2012. Importance of Health Literacy in Oncology. Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology, 8(1), 14–23.

Koçak A, Bulduklu Y, 2010. Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları. Selçuk İletişim, 6(3), 5-17.

Kripalani S, Weiss BD, 2006. Teaching About Health Literacy and Clear Communication. Journal of General İnternal Medicine, 21(8), 888–890.

Kumar D, Sanders L, Perrin EM, Lokker N, Patterson B, Gunn V, Finkle J, Vivian F, Choi L, Rothman RL, 2010. Parental Understanding of İnfant Health İnformation: Health Literacy, Numeracy and The Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). Academic Pediatrics, 10(5), 309-316.

Kurudayıoğlu M, Tüzel MS, 2010. 21. Yüzyılda Okuryazarlık Türleri, Değişen Metin Algısı ve Türkçe Eğitimi. Türklük Bilimi Araştırmaları, 28, 284-298.

Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, Ju X, Zhang X, 2020. What Is The Meaning of Health Literacy? A Systematic Review and Qualitative Synthesis. Family Medicine and Community Health, 8(2), e000351.

Livberber Göçmen T, Ayvaz S, 2017. Kamu Spotlarının Göstergebilimsel Yöntemle Çözümlenmesi: Sağlık Bakanlığı Örneği. Kurgu, 25(2), 112-128.

Mancuso M, 2009. Assesment and Measurement of Health Literacy: An İntegrative Review of The Literatüre. Nursing and Health Sciences, 11, 77-89.

Mancuso JM, 2008. Health Literacy: A Concept/Dimensional Analysis. Nursing and Health Sciences, 10(3), 248–255.

Mendi B, 2015. Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Kullanımı: Dünyadaki ve Türkiye'deki Uygulamalar. Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi, 11(44), 275-290.

Morris NS, MacLean CD, Chew LD, et al. 2006. The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a Brief İnstrument to İdentify Limited Reading Ability. BMC Fam Pract, 7. 21.

Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, 2004. Health Literacy: A Prescription to End Confusion, National Academies Press, Washington, p. 31-55.

Neuman LW. (2010). Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches. Alpha Books. s. 351.

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

Nutbeam D, 2008. The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science and Medicine, 67(12), 2072–2078.

Ölmez EH, Barkan OB, 2015. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hasta Hekim İlişkisinin Değerlendirilmesi. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 4(8), 121-127.

Öntaş E, Bahar Özvarış Ş, 2021. Sağlığı Geliştirme ve Medyada Halk Sağlığı Savunuculuğu. Sağlık ve Toplum Dergisi, 31(1), 23-30.

Özen Y, Gül A, 2010. Sosyal ve Eğitim Bilimleri Araştırmalarında Evren-Örneklem Sorunu. Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi, 0(15), 394-422.

Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N, 2010. Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. Health Education Research, 25 (3), 464-477.

Öztürk C, 2020. Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık İletişiminin ve Sosyal Medya Kanallarının Rolü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Parker RM, Baker DW, Williams MV et al. 1995. The test of Functional Health Literacy in Adults. Journal of General Internal Medicine, 10, 537-541.

Ratzan SC, 2001. Health Literacy: Communication for the Public Good. Health Promotion International, 16(2), 207–214.

Rudd R, Kirsch I, Yamamoto K, 2004. Literacy and Health in America. Policy Information Report. Education Testing Service, 1-48.

Sarıyar S, Fırat Kılıç H, 2019. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 6(2), 126-131.

Schillinger D, 2020. The Intersections Between Social Determinants of Health, Health Literacy, and Health Disparities. Studies in Health Technology and İnformatics, 269, 22–41.

Sezer A, Kadıoğlu H, 2014. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(3), 165-170.

Sezgin D, http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/article/viewFile/5000%20071880/5000066131, Erişim Tarihi: 15.10.2015.

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European 2012. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health, 12, 80.

Soylar P, Ulaş Kadıoğlu B, 2020. Yetişkin Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Obeziteyle İlişkili Bazı Davranışlarının İncelenmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 10 (2), 270-276.

Suka M, Odajima T, Kasai M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, Nakayama T, Sumitani M, Sugimori H, 2013. The 14-İtem Health Literacy Scale For Japanese Adults (HLS-14). Environmental Health and Preventive Medicine, 18(5), 407–415.

Şireci M, 2019. Malatya'da Yer Alan Aile Hekimliği Merkezlerinde Sağlık İletişimi Uygulamalarına Yönelik Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.

Taşkıran BH, Yıldız E, 2019. Sağlığa İlişkin Risklerin Önlenmesi Bağlamında Sağlık İletişimi Kampanyalarının ve Yeni Medyanın Rolü. Dördüncü Kuvvet, 2 (2). 111-133.

Tokuda Y., Doba N., Butler JP., Health Literacy and Physical and Psychological Wellbeing in Japanese Adults. Patient Education and Counseling 2009; (75): 411-417.

Topuz A, 2016. Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeğinin Geçerlik Güvenirlik Çalışmasının Yapılması ve Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İlaç Uygulama Hatalarına Etkisinin Belirlenmesi. Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Tözün M, Sözmen KM. 2014. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı, Smyrna Tıp Dergisi, 48-54.

Tuzcu A, Sümen Â, Demir Avcı Y, 2018. Kanser Tarama Programlarına Katılımı Artırmada Bir Sağlık Davranış Değişim Modeli: Precede-Proceed. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 15 (2), 123-130.

Türkoğlu N, Kılıç D, 2021. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 24(1), 25-33.

Utma S, 2020. Sağlık İletişimi Kavramı: Koronavirüs (Covıd 19) Salgınında Ülkemizde Sağlık İletişimi Uygulamaları. Journal Of Social, Humanities and Administrative Sciences, 6(31), 1591-1605.

Utma S, 2019. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Sağlık Haberlerini Doğru Okumak. IBAD Sosyal Bilimler Dergisi, 5, 223-231.

Üçpunar E, 2014. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarlama Çalışması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E, 2019. Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Eurasian Journal Family Medicine, 8(1), 27-35.

Yalçın Balçık P, Taşkaya S, Şahin B, 2014. Sağlık Okur-Yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(4), 321-326.

Yeşildal M, Kaya ŞD, 2021. Yetişkin Bireylerde Dijital Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki: Konya Örneği. Sağlık Bilimleri Dergisi, 30 (2), 174-181.

Yeşildal M, 2018. Yetişkin Bireylerde Dijital Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki: Konya Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Yeşildal M, Akman Dömbekci H, Öztürk YE, 2021. Sağlık İletişimi Sorunları: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, 5 (2), 108-119.

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

Yılmaz M, Tiraki Z, 2016. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(4), 142-147.

Yılmazel G, Çetinkaya F, 2016. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(1), 69-74.

Zarcadoolas, C, Pleasant A, Greer DS, 2005. Understanding Health Literacy: an Expanded Model. Health Promotion International, 20(2), 195–203.

Zhao X, 2021. Challenges and Barriers in Intercultural Communication Between Patients with Immigration Backgrounds and Health Professionals: A Systematic Literature Review. Health Communication, 1–10.

Weiss B, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. 2005. Quick Assessment O of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. Annual Family Medicine, 3, 514-522.

Wynia MK, Osborn CY, 2010. Health Literacy and Communication Quality In Health Care Organizations. Journal Of Health Communication, 15(2), 102–115.

7. EKLER

EK-A: Anket Formu

1) Yaşadığınız İl?	( ) Manisa ( ) Diğer
2) Yaşınız?	( ) 18-30 ( ) 31-45 ( ) 46 ve üzeri
3) Cinsiyetiniz?	( ) Kadın ( ) Erkek
4) Medeni Durumunuz?	( ) Evli ( ) Bekar
5) Gelir Durumunuz?	( ) 1000-3000 ( ) 3001-5000 ( ) 5001 ve üzeri
6) Eğitim Düzeyiniz?	( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ve üzeri
7) Sağlık Kurulu Başvuru Sayınız?	( ) 1-3 defa ( ) 4-7 defa ( ) 8 ve üzeri
8) Okuma Yapmayı Sever misiniz?	( ) Evet ( ) Hayır

	Kesinlikle katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
A) Hastane veya eczanelerdeki talimatları veya broşürleri okurken, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.					
1.Bulduğum materyalleri okuyamıyorum.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
2.Yazılar benim için çok küçük yazılmış.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
3.İçerik benim anlamam için çok zor.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
4.Onları okumam çok uzun zaman alıyor.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
5.Onları okumam için birisinin yardımına ihtiyacım var.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
B) Bir hastalık tanısı alırsanız ve sizin bu hastalığa ve tedavisine ilişkin fazla bir bilginiz yoksa, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.					
6.Çeşitli kaynaklardan bilgi toplarım.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
7.İstediğim bilgileri elde ederim.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
8.Aldığım bilgileri anlarım.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
9.Doktoruma, aileme veya arkadaşlarıma hastalığım hakkında kendi fikirlerini söylerim.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
10.Aldığım bilgileri günlük yaşamıma uygularım.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**

C) Bir hastalık tanısı alırsanız ve bu hastalığa ve tedavisine ilişkin bilgiler edinirseniz, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.					
11.Bilgilerin benim için uygulanabilir olup olmadığını düşünürüm.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
12.Bilgilerin güvenilir olup olmadığını düşünürüm.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
13.Bilgilerin geçerli ve güvenilir olup olmadığını kontrol ederim.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
14.Kendi sağlığım hakkındaki kararlarımı uygulamak için bilgi toplarım.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**

SAĞLIK İLETİŞİMİ SORUNLARI ÖLÇEĞİ		1: Kesinlikle katılmıyorum 2: Katılmıyorum 3: Kararsızım 4: Katılıyorum 5: Kesinlikle katılıyorum				
Etkili iletişim	1. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) beni sabırla dinler*****	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	2. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında bana yeterli bilgi verir. *****	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	3. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında konuşurken sert üslup kullanır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	4. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) sorularıma eksiksiz cevap verir. *****	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	5. Doktorlar muayene esnasında benimle göz teması kurar. *****	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	6. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) şikayetimi önemsemez.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Sosyal iletişim	7. Muayene esnasında soruları cevaplarken çok rahat olurum*****	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	8. Muayene olmam gerektiğinde genellikle gergin olurum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	9. Muayene esnasında kendimi ifade etmekten çekinirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
İletişim engelleri	10. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) benimle iletişim kurmak için	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	11. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) anlamını bilmediğim tıbbi terimleri sıklıkla kullanır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	12. Doktorlar muayene sırasında aceleci davranır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	13. Doktorlar reçete ettikleri ilaçlar hakkında detaylı bilgi vermez	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
*Ters kodlanan madde						

EK-D: Turnitin Raporu

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIK İLETİŞİMİ SORUNLARINA ETKİSİ: MANİSA İLİ İÇİN DEĞERLENDİRME

Yazar Nazlı Gül

Gönderim Tarihi: 09-Oca-2023 11:34AM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1990116953
Dosya adı: SA_LIK_OKURYAZARLI_ININ_SA_LIK_LET_M_SORUNLARINA_ETK_S....docx (468.81K)
Kelime sayısı: 24128
Karakter sayısı: 172284

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIK İLETİŞİMİ SORUNLARINA ETKİSİ: MANİSA İLİ İÇİN DEĞERLENDİRME

ORİJİNALLİK RAPORU

%19	%18	%8	%8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	%3
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%3
4	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	%1
5	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	%1
7	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	%1
8	Submitted to Mugla University Öğrenci Ödevi	%1
9	Submitted to Ataturk Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1