



SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI SENDİKASI

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI

Araştırma Ekibi/Yazarlar

Doç. Dr. Mine DURUSU TANRIÖVER

Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

F. Nihan DEMİRAY READY

Prof. Dr. Banu ÇAKIR

Prof. Dr. H. Erdal AKALIN

ARALIK 2014

SAĞLIK-SEN YAYINLARI - 25

Sağlık-Sen Adına İmtiyaz Sahibi

Metin MEMİŞ

Genel Başkan

Genel Yayın Yönetmeni

Mutlu KAYA

Genel Başkan Yardımcısı (Basın ve İletişim)

Yayın Kurulu

Metin MEMİŞ

Semih DURMUŞ

Kemal ÇIRAK

Mustafa ÖRNEK

Mutlu KAYA

Ekrem YAVUZ

Abdülaziz ASLAN

Araştırma Ekibi/Yazarlar

Doç. Dr. Mine DURUSU TANRIÖVER

Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

F. Nihan DEMİRAY READY

Prof. Dr. Banu ÇAKIR

Prof. Dr. H. Erdal AKALIN

ARALIK 2014

2.000 Adet

Grafik Tasarım

Sedat ALTUĞ

Baskı:

ALTAN ÖZYURT MATBAACILIK

İvedik Organize Sanayi Bölgesi 1354. Cad.

(Eski 21. Cadde) Fora İş Merkezi No: 138/3 Yenimahalle-ANKARA

Tel: 0312 394 83 94



SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ

GMK Bulvarı Özveren Sok. No:9/2 Demirtepe/ANKARA

Tel: 444 1995 Faks: (0312) 230 83 65

www.sagliksen.org.tr

Atıf

Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B ve Akalın HE (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.

© 2014. Sağlık-Sen. Tüm hakları saklıdır.

Bu kitabın basım ve yayın hakları Sağlık-Sen Genel Merkezine aittir.

Hangi amaçla olursa olsun yazılı izin olmadan kopya edilemez ve çoğaltılamaz.



SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI SENDİKASI

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI

Araştırma Ekibi/Yazarlar

Doç. Dr. Mine DURUSU TANRIÖVER

Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

F. Nihan DEMİRAY READY

Prof. Dr. Banu ÇAKIR

Prof. Dr. H. Erdal AKALIN

**SAĞLIK-SEN YAYINLARI
ARALIK 2014 - ANKARA**



İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	5
YAZARLAR HAKKINDA.....	6
SUNUŞ.....	12
YÖNETİCİ ÖZETİ.....	14
BÖLÜM 1	17
1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	17
1.1. Sağlık Okuryazarlığı Nedir?	17
1.2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli ve Ölçekleri	19
1.3. Sağlık Okuryazarlığı Çalışmaları: Sınırlı Sağlık Okuryazarlığının Prevalansı ve Sonuçları.....	21
BÖLÜM 2.....	27
2. METODOLOJİ.....	27
2.1. Amaç.....	27
2.2. Veri Toplama Aracı: Ölçek Seçimi.....	28
2.3. Evren ve Örneklem	30
2.4. Veri Yönetimi, Analiz ve İndekslerin Hesaplanması	32
BÖLÜM 3.....	37
3. BULGULAR.....	37
3.1. Veri Setinin Standardizasyonu ve Temel Tanımlayıcı Değişkenler	37
3.2. SOYA-AB ve EYYB Testi Bulguları ve Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri	39
3.3. Sosyo-Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özellikler	48
3.4. Kişisel Sağlık Algısı, Sosyal Destek ve Topluma Katılım	48
3.5. Tıbbi Öykü, Riskli Sağlık Davranışları ve Alışkanlıklar.....	49
3.6. Sağlık Hizmetlerini Kullanma Özellikleri.....	50
3.7. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	52
BÖLÜM 4.....	54
4. TARTIŞMA	54
BÖLÜM 5.....	64
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
5.1. Sonuçlar.....	64
5.2. Öneriler	66
KAYNAKLAR.....	68
EKLER	74
Ek 1. Anketler	74
Ek 2. Araştırmanın alt grup analizleri ve yan bulguları	85
Ek3. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Özet Bulgular	92
Ek 4. Saha çalışmasını gerçekleştiren anketörlerin isimleri.....	95

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
CBM	: Current Bibliographies in Medicine
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CHC	: Critical Health Competence Test
et al	: et al
EU	: European Union
EYYB	: En Yeni Yaşamsal Bulgu
HeLMS	: Health Literacy Management Scale
HLQ	: Health Literacy Questionnaire
HLS-EU CONSORTIUM	: Health Literacy Survey-European Union Consortium
IOM	: Institute of Medicine
JAMA	: Journal of American Medical Association
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
mm Hg	: milimetre civa
NAAL	: National Assessment of Adult Literacy Survey
NVS	: Newest Vital Sign
OECD	: Organisation for Economic and Cooperation Development
REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SASAM	: Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
Sağlık-Sen	: Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SO/SOYA	: Sağlık Okuryazarlığı
SOYA-AB	: Sağlık Okuryazarlığı Araştırması- Avrupa Birliği
SOYA-AB-S47	: Sağlık Okuryazarlığı Araştırması-Avrupa Birliği-47 Soru Anketi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart Sapma
STOFHLA	: Short Test of Functional Health Literacy in Adults
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy in Adults
TR	: Türkiye/Turkey
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TURDEP	: Türk Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
İBBS-1	: Türkiye İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırılması 1
TR-SOYA/SOYA-TR	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
USA	: United State of America
vb.	: ve benzeri
vd.	: ve diğerleri
WHO	: World Health Organisation
%	: Yüzde

YAZARLAR HAKKINDA

Doç. Dr. Mine DURUSU TANRIÖVER

Mine Durusu Tanrıöver, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden birincilik derecesiyle mezun olmuş (2000), aynı üniversitenin İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamlamış (2005) ve Genel Dahiliye Bilim Dalı'nda çalışmaya başlamıştır. Halen, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. Ağırlıklı olarak akut ve kritik hastalıklarla hastanede yatmakta olan hastaların bakımı ile ilgilenen bir klinisyen-eğitimci olarak ve Erişkin Hastanesi kalite geliştirme süreçlerinde komisyon üyesi olarak görev yapmaktadır. Eylül 2011'den beri İç Hastalıkları Akut Bakım Servisi'nin sorumlusudur.

Durusu Tanrıöver Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği'ni temsilen yer aldığı European Federation of Internal Medicine (EFIM) çatısı altında Genç Dahiliyeciler Grubu'nun kurucusu ve ilk başkanı (2005-2009) olarak görev yapmış, EFIM onursal fellow ünvanını almıştır. Halen EFIM Profesyonel İşler çalışma grubunun üyesidir. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu İç Hastalıkları Komisyonu üyesi olarak İç Hastalıkları uzmanlık eğitim müfredatı geliştirme komisyonunun 2. Dönem başkanlığını yürütmüştür. İlgi alanları akut tıp, erişkin aşılması, kronik hastalık yönetiminde yeni hizmet modelleri ve iç hastalıkları eğitimidir. Evli ve iki çocuk annesidir.

Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

Malatya doğumlu olan Hasan Hüseyin Yıldırım, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu'ndan 1996 yılında dönem birincisi olarak mezun olmuştur. Aynı yıl Sağlık İdaresi Yüksekokulu'nda araştırma görevlisi olarak akademik hayata başlamıştır. Yüksek lisans ve doktora derecelerini Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı'ndan alan Yıldırım; British Council'in Chevening Bursu ile London School of Economics and Political Science, LSE Health Araştırma Merkezi'nde Visiting Research Associate (2005-2006) olarak çalışmıştır. Yıldırım bu ziyaret esnasında ağırlıklı olarak Avrupa Birliği sağlık politikalarının Türkiye sağlık politikaları ve sistemi üzerine etkileri konusunda araştırmalar yapmıştır. "Yönetim ve Strateji" alanında Doçent olan Yıldırım, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü'nde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Yıldırım, TBMM’de kurulan “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu”nda (2012-2013) ve “Manisa’nın Soma İlçesinde Meydana Gelen Maden Kazalarının Araştırılarak Bu Sektörde Alınması Gereken İş Sağlığı ve İş Güvenliği Tedbirlerinin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu”nda (2014) Komisyon Uzmanı sıfatı ile görev yapmıştır.

ABD merkezli International Healthcare Research Center’nin danışma kurulu üyesi ve SAĞLIK-SEN’in Bilimsel Danışma Kurulu üyesi olan Yıldırım, Ankara merkezli Avrupa Birliği Sağlık Araştırmaları Merkezi Derneği’nin (AB-SAMDER) kurucu başkanlığını yürütmekte olup, ABSAĞLIK (www.absaglik.com) web sitesinin de kurucusu ve editörüdür. Yıldırım, 2013 yılında Hacettepe Teknokent’te kurulan ABSAM Sağlık Araştırmaları Merkezi Ltd. Şti.’nin (www.absam.com.tr) kurucusu ve genel müdürüdür.

Yıldırım’ın bölüm yazarları arasında yer aldığı “Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama” (2013, Yıldız M ve Sobacı MZ, editörler) adlı kitap Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) 2014 Yılı Bilimsel Telif ve Çeviri Eser Ödülleri (TEÇEP) Kayda Değer Telif Eser Ödülü almıştır. Yıldırım, Avrupa Birliği 7. Çerçeve Programı kapsamında finanse edilen “Health PROMeTHEUS: Health Professional Mobility in European Union Study” (2009-2012) adlı uluslararası projede Türkiye’yi temsilen yer almıştır.

Yıldırım’ın araştırmaları; sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık sistemleri ile ilgili politika, ekonomi ve yönetim konularına yoğunlaşmaktadır. AB, sağlık ve sağlık politikaları alanında uzmanlaşan Yıldırım’ın ilgi alanına giren konularda 100’ü aşkın ulusal ve uluslararası yayını, bildirisi, danışmanlığı ve projesi mevcuttur.

Yıldırım; Sağlık politikaları ve planlaması, sağlık turizmi, AB sağlık politikaları ve Türkiye, sağlık sigortacılığı ve ödeme sistemleri, sağlık ve toplum, sağlık sosyolojisi, karşılaştırmalı sağlık sistemleri, sosyal politika, sağlık ekonomisi ve sağlık yönetimi derslerini vermiştir ve de vermektedir.

F. Nihan DEMİRAY READY

İlk ve orta öğrenimini Ankara’da tamamlayan F.Nihan Demiray Ready, 2001 yılında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi istatistik bölümünden me-

zun oldu. Bir süre bankacılık sektöründe çalışan Ready, daha sonra araştırma sektörüne geçmiş ve bu alanda çeşitli firmalarda çalışmış, çeşitli sosyal projelerde yer almıştır. 2011'den bu yana Sağlık-Sen'de AR-GE uzmanı olarak görev yapmaktadır.

Tıp alanında yayınlanan ulusal ve uluslararası çeşitli projelerde istatistikçi olarak yer almıştır. Bu projelerden bazıları Canadian Journal of Surgery, International Journal of Stroke, Journal of Neurology, American Journal of Cardiology, Türk Serebrovasküler Hastalıklar gibi dergilerde yayınlanmıştır. Yoksulluk, yerel yönetimler, sağlık çalışanları gibi konular üzerinde çalışan Ready'nin aynı zamanda iki deneme ve çok sayıda araştırma kitabı yayınlanmıştır. Ready, halen Anadolu Üniversitesi Sosyoloji bölümünde eğitimine devam etmektedir. İngilizce ve İtalyanca bilen Ready, evlidir.

Prof. Dr. Banu ÇAKIR

Banu Çakır, 1989 yılında Hacettepe Üniversitesi (İngilizce) Tıp Fakültesi'nden mezun olmuş, 1990 yılında aynı fakültede Halk Sağlığı'nda Tıpta Uzmanlık Programı'na başlamıştır. 1994 yılı Ocak ayında uzmanlık programına ara vererek mezuniyet sonrası eğitim için Amerika Birleşik Devletleri'ne gitmiştir. Mayıs 1996'da Atlanta, GA, Emory University Rollins School of Public Health'den Halk Sağlığı-Epidemiyoloji alanlarında MPH derecesini almıştır. Doktora programına School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill'de devam etmiş, Ocak 2000'de bu okuldan Epidemiyoloji alanında PhD derecesini almıştır. 2000 yılı Şubat ayında Türkiye'ye ve Hacettepe Üniversitesi'ne dönen Dr. Çakır bu tarihten beri HÜTF Halk Sağlığı AD'nda akademik yaşantısına devam etmektedir. 2002 yılında Halk Sağlığı Uzmanlık derecesini almış, 2004 de Halk Sağlığı'nda Doçent, 2010'da Profesör ünvanlarını almıştır. 2008-2009 yıllarında 11 ay süre ile ücretsiz izin alarak Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi adına Türkiye WHO ofisinde ülke kronik hastalıklar sorumlusu olarak çalışmış, ulusal Yetişkin Tütün Kullanım Araştırması'nı (GATS 2008) yönetmiştir. 1995 yılında Amerika Centers for Disease Control merkezinde PHPPO bölümde 3 ay intern olarak çalışmış, CDC tarafından destek verilecek bilimsel projelerin seçilmesi sürecinde görev almıştır. Dünya Sağlık Örgütü ile Kosova, Ermenistan ve Türkiye'de farklı programlarda çalışmış, çocuklarda bağışıklama konulu saha araştırmalarının plan, uygulama ve rapor sürecinde danışmanlık yapmıştır. 2004 yılından beri Avrupa Birliği Çerçeve Programları (FP6- FP7) ve Horizon 2020 kapsamında nanoteknoloji, e-Health, sensors, personal guidance systems konularında desteklenecek projelerin seçi-

minde uzman olarak görev almaktadır. 2005 yılından itibaren 4 yıl süre ile Sağlık Bakanlığı Farmakovijilans Merkezi komisyon üyesi olarak çalışmış olup, halen Ankara Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul üyesidir. Temel ilgi alanları, halk sağlığı, kronik hastalıklar epidemiyolojisi, genetik epidemiyoloji, farmakoepidemiyoloji, klinik epidemiyoloji ve enfeksiyon hastalıkları epidemiyolojisi olup, ilgili konularda Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere farklı bakanlıklar, TBMM araştırma komisyonları, değişik uzmanlık dernekleri, ulusal ve uluslararası kuruluşlar için davetli kurslar ve eğitimler vermektedir. Türkiye Diyabeti Önleme ve Kontrolü Programı ve Türkiye Obesite ile Mücadele programlarına teknik danışmanlık ve komisyon üyeliği yapmıştır. Ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanmış 100 üzerinde makalesi, 10 kitap/kitap bölümü, 100 kadar ulusal/uluslararası kongrelerde sunulmuş poster ve bildirisi bulunmaktadır.

Prof. Dr. H. Erdal AKALIN

Dr. H. Erdal Akalın 1970 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde Illinois Üniversitesi Hastanesi'nde (Şikago), İç Hastalıkları (1971-1974) ve Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlık eğitimlerini (1974-1976) almıştır. Dr. Akalın 1976 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında öğretim görevlisi olarak çalışmaya başlamıştır. 1981-1983 tarihleri arasında Illinois Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Enfeksiyon Hastalıkları Ünitesi'nde öğretim üyesi olarak görev yapmıştır.

Dr. Akalın 1983 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde Enfeksiyon Hastalıkları Ünitesi'ni kurmuş ve 1994 yılı Eylül ayına kadar bu ünitenin başkanlığını yapmıştır. Bir dönem Tıp Fakültesi Dekan yardımcılığı görevinde bulunmuştur.

Dr. Akalın 1994-2007 yılları arasında Pfizer İlaçları Ltd. Şirketi'nde medikal danışman ve genel müdür yardımcısı olarak görev yapmıştır. Pfizer Türkiye'deki görevlerine ek olarak Avrupa ve Dünya Anti-infektif Takımlarında yer almış, antiinfektif mükemmeliyet merkezi takımının liderliğini üstlenmiş, yeni ürün geliştirme takımları ve sağlık ekonomisi ile ilgili "outcomes research" gruplarında çalışmıştır. Bu arada ilaç sektörünü değişik platformlarda (TÜSİAD, TÜBİTAK, TÜBA, akademik kurumlar gibi) temsil etmiştir.

Dr. Akalın, 2007-2009 yılları arasında Acıbadem Üniversitesi Rektör Yardımcısı ve Acıbadem Sağlık Grubu Yönetim Kurulu Başkanı Tıbbi Konulardan Sorumlu Danışmanı görevlerinde bulunmuştur.

Dr. Akalın 1980 yılında doçent, 1988 yılında da profesör olmuştur. Anti-biotik kullanımı, direnç mekanizmaları, hastane infeksiyonları, sürekli tıp eğitimi, sağlık ekonomisi (outcomes research), sağlık politikaları, hasta güvenliği ve sağlıkta kalite iyileştirme programları araştırma ilgileri arasındadır. Kendisinin uluslararası ve ulusal dergilerde yayınlanmış 250'nin üzerinde makalesi, 55 kitap bölümü, editörlüğünü yaptığı 10 kitap, uluslararası ve ulusal kongrelerde sunulan 600'ün üzerinde bildirisi, eğitim amacı ile geliştirilmiş 11 bilgisayar programı bulunmaktadır.

Oniki ulusal ve uluslararası derneğin üyesidir. "American College of Physicians" ve "Infectious Diseases Society of America" derneklerinde "fellow" olarak kabul edilmiştir. Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Yönetim Kurulu Başkanı olarak, 2008-2010 yılları arasında görev yapmıştır. Dr. Akalın, "International Society of Chemotherapy"de 1999-2007 yılları arasında "Honorary Treasurer", "European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases"de 2010-2012 yılları arasında "Coordinator of Clinical Practice Guidelines" görevlerini üstlenmiştir. "European Federation of Internal Medicine" (EFIM) bünyesinde yer alan çeşitli çalışma gruplarında görev yapan Dr. Akalın, 2012-2014 yılları arasında EFIM bünyesinde yer alan "European School of Internal Medicine"nın (ESIM) direktörlüğünü yürütmüştür.

Prof. Enver Tali Çetin Konferansı Ödülü (2003), Hastane Dergisi Sağlık Yönetimi Onur Ödülü (2003), Hasta Güvenliğine Katkı Ödülü (2009), TTB Füsün Sayek Bilim ve Hizmet Ödülü (2008), Prof. Dr. M. Şeref Zileli Konferansı Ödülü (2011), İstanbul Kadıköy Rotary Kulübü Bilim Teşvik Ödülü (2011), ISC Özel Hizmet (meriterous member) Ödülü (2007) ve EFIM Onursal Fellow (honorary fellow) Ödülünü (2009) almıştır. Kendisine Royal College of Physicians tarafından Onursal Fellow (honorary fellow) ödülü verilmiştir (2014).

Dr. Akalın evli ve iki çocuk babasıdır.



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde anketlerin İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmesindeki emeklerinden dolayı Müge Durusu Tanrıöver'e, verilerin analizi ile ilgili değerli katkılarından dolayı Doç. Dr. Erdem Karabulut'a, anketin saha çalışmasını yürüten anketörlere, saha çalışmasının katılımcılarına, anket verilerini giren Mert Çatalbaş ve Özlem Gündüz Şahin'e, raporun grafik tasarımını gerçekleştiren Sedat Altuğ'a ve araştırma boyunca desteğini esirgemeyen Sağlık-Sen başkanı sayın Metin Memiş ve ekibine teşekkür ederiz.

SOYA-TR Araştırma Ekibi/Yazarlar

SUNUŞ



Sağlık-Sen bugün 200 bini aşkın üyesiyle sağlık ve sosyal hizmet kolunda Türkiye'nin genel yetkili sendikasıdır. Sağlık ve sosyal hizmetler ailesinin en büyük temsilcisi olan Sağlık-Sen, sağlık politikaları ve sosyal politikalar alanında yönetim bilinci içinde hareket edilmesine inanan, her zaman ve zeminde sorunların çözüme kavuşturulmasını hedefleyen bir sivil toplum örgütüdür. Vizyoner sendikacılık anlayışıyla hareket eden Sendikamız, gerek Sağlık Bakanlığının ve gerekse de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının en büyük sosyal paydaşıdır.

Çalışanın emeğini ekonomik ve sosyal yönden korumak ve güçlendirmek esasına dayalı olarak faaliyette bulunan sendikalar, hem çalışan kesimin temsilcisi olarak hem de sosyal paydaş olarak önemli rollere sahiptir. Bizler, çalışanların sadece ekonomik sorunlarıyla değil; sosyal, siyasi, eğitim, konut ve sağlık gibi sorunlarıyla da ilgilenmekteyiz. İlgili ve çalışma alanlarımızı da sadece üyelerimiz ve hizmet kollarımızla sınırlı tutmuyor, sosyal bir aktör olarak toplumun her kesimini yakından ilgilendiren sorunların çözümü için çaba sarf ediyoruz. Türkiye'de sosyal adaletsizlikleri ve haksızlıkları azaltacak politikaların üretilmesi ve uygulanması noktasında Sağlık-Sen ailesi olarak her türlü katkıyı vermeye hazırız, veriyoruz da. Bunun yanında, sağlık politikalarının ve sosyal politikaların sağlıklı ve nitelikli bir şekilde üretilmesi ve sunulması için canla başla çalışan sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarımızın mali,

sosyal ve özlük haklarının korunması ve yeni kazanımlar elde edilmesi sürecinde genel yetkili sendika olarak her türlü çalışmayı da yapıyoruz, yapmaya da devam edeceğiz.

Sağlık-Sen, sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının çalışma ortamlarının ve çalışma şartlarının iyileştirilmesi kadar, sağlık ve sosyal hizmetler alanında yaşanan sorunların çözümü için her türlü araştırma ve çalışmayı dikkate alarak bilimsel temelli sonuçları da ortaya koymaktadır. Bilimsel temele dayalı hizmet sendikacılığını benimseyen ve sürdüren Sağlık-Sen, birikimlerini daha proaktif bir düzeye taşıyarak araştırma ve analizler yoluyla Türkiye'deki sağlık politikalarının ve sosyal politikaların geliştirilmesine ve bu politikalarla ilgili kararların alınmasına sendikal bakış açısıyla katkı yapmak amacıyla 2013 yılında Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi'ni (SASAM) kurmuştur.

Bu bağlamda Sendikamız tarafından SASAM'ın ilk çalışmalarından birisi olarak, "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması" başlıklı bu çalışma yayın hayatına kazandırılmıştır. Bu vesile ile bu değerli projeyi gerçekleştiren başta araştırma ekibi üyeleri Doç. Dr. Mine DURUSU TANRIÖVER, Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM, F. Nihan DEMİRAY READY, Prof. Dr. Banu ÇAKIR ve Prof. Dr. Erdal AKALIN olmak üzere, saha görevlilerimize ve emeği geçen herkese teşekkür ederiz. Bilimsel temele dayalı hizmet sendikacılığını benimseyen ve sürdüren Sağlık-Sen olarak "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Sonuç Raporu"nu sizlerle paylaşmaktan onur duymaktayız.

Araştırmamızın herkes için faydalı olması dileğiyle...

Metin MEMİŞ
Sağlık-Sen Genel Başkanı



YÖNETİCİ ÖZETİ

Modern sağlık sistemi, hizmetten yararlananlar ve yararlanacak olanların çoğu için son derecede karmaşık bir yapıdadır. Kişilerin kendileri ve/veya yakınlarının sağlık sorunları ve verilen hizmetle ilgili olarak bilgilenebilmeleri, sorumluluklarını ve haklarını bilmeleri ve sağlık ile ilgili kararlar verebilmeleri beklenmektedir. Bu beklentinin gerçekleşmesi ise, kişilerin sağlıkla ilgili konularda bilgi ve yeterlilik sahibi olmaları, yani yeterli düzeyde bir sağlık okuryazarlığına sahip olmaları ile mümkün olabilecektir.

Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak ele alınabilir. Sağlık okuryazarlığı karmaşık okumaları, dinleyip anlamayı, analitik ve karar verme yetkinliğe sahip olmayı ve bu yetkinliği sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi de içermektedir. Düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık bilgilerini anlayabilmede zayıflığa, işlem ve talimatları yerine getirmede zorluklara ve sağlık hizmetlerini etkili kullanımda sorunlara neden olduğu gösterilmiştir.

Bu çalışmanın temel amacı; Türkiye’de erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı prevalansının belirlenmesidir. Bu amaçla gerçekleştirilen saha araştırması için, Avrupa Birliği (AB) tarafından finanse edilmiş olan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Araştırması – Avrupa Birliği (HLS-EU) Anketi kullanılmıştır. Saha araştırması; kesitsel tipte planlanmış, Türkiye İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırılması 1 (İBBS-1) dikkate alınarak, Türkiye’yi temsilen örnekleme dahil edilen 12 bölgedeki 23 ilde rastgele seçilmiş 4924 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sonucunda Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede toplumun %64,6’sının “yetersiz” (%24,5) veya “sorunlu” (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, yaklaşık 53 milyon

luk Türkiye erişkin nüfusu göz önüne alındığında, yaklaşık 35 milyon kişinin “yetersiz” ve “sorunlu” sağlık okuryazarlığına sahip olduğuna işaret etmektedir.

Devletlerin ve kurumların halkın sağlık okuryazarlığını destekleyecek sağlık hizmeti ortamları oluşturabilmeleri, politikalar belirleyebilmeleri ve doktorların hastalarına sağlık okuryazarlığı kazandırabilmele-ri için gerekli olan esas ilkeler aşağıda özetlenmiştir:

- Herkesin güvenilir, anlaşılabilir bilgiye ulaşma ve sağlık okuryazarlık düzeyini iyileştirme fırsatı olmalıdır.
- Sağlık ve bilim, temel eğitimin (12 yıllık) bir parçası olmalıdır.
- Toplumun sağlık okuryazarlığının yeterli düzeye yükseltilebilmesi için öncelikli hedefler arasında toplumun eğitim düzeyinin ve ekonomik parametrelerinin iyileştirilmesi yer almalıdır.
- Kurumlar, sağlık okuryazarlığını misyon, yapı ve süreçlere dahil edecek liderliğe sahip olmalıdır.
- Öncelikle sağlık işgücü sağlık okuryazarı olmalıdır.
- Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için oluşturulacak politikalarda toplumun kültürel alt yapısı, sağlık sistemi ve eğitim sistemini içine alacak çok boyutlu ve çok sektörlü bir araştırma ve geliştirme sürecine ve dinamiğine gereksinim vardır.
- Kişinin eriştiği basılı, görsel/işitsel ve sosyal medyadaki dokümanların -kaynağı ne olursa olsun- güvenilir ve kolaylıkla anlaşılan bir içeriği olmalıdır.
- Bakım geçişleri ve ilaçların anlatılması gibi yüksek riskli durumlarda hastaların sağlık okuryazarlığı değerlendirilmelidir.
- Sağlık bilgilerine, sağlık hizmetlerine ve yer/yön bulma yardımına erişimde kolaylık sağlanmalıdır.

- Kişiler arası iletişimde sağlık okuryazarlığı stratejileri belirlenmeli, kullanılmalı ve karşısındaki anladığından emin olunmalıdır.
- Sağlık okuryazarlığı kazandırılması için kişinin sağlık hizmeti aldığı her alan çok kıymetlidir ve özellikle her doktor-hasta etkileşimi bir fırsattır. Hastaların, sağlık çalışanlarına serbestçe ve rahatça soru sorabilme fırsatı olmalıdır.
- Doktorun hastasına uygun şartlarda, yeterli zaman ayırabilmesi ve kaliteli hizmet sunabilmesi için nicelik bazlı 'hizmet başı ödeme'ye dayalı bir performans sisteminden nitelik bazlı 'kaliteye' dayalı bir ödeme sistemine geçilmelidir.
- Sağlık bilgileri ve hizmetlerinin tasarımı, uygulanması ve değerlendirilmesinde onları kullanacak olan kişiler sürece katılmalıdır.
- Sağlık okuryazarlığının planlanması ve ölçütlerin değerlendirilmesi hasta güvenliği ve kalite gelişimi süreçlerine dahil edilmelidir.

Sonuç olarak, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçekleri temel alınarak gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Türkiye toplumunun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzey iyileştirilebilecek faktörler olarak sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri olarak ön plana çıkmaktadır. Yaş, sağlık okuryazarlığıyla ilişkili ancak değiştirilemeyen bir faktör olup, sınırlı sağlık okuryazarlığı riski yüksek olan topluluğun tanımlanması, eğitim ve sağlık hizmeti sunumundaki stratejilerin belirlenmesinde dikkat alınmalıdır. Daha kaliteli sağlık hizmeti sunumuna ulaşabilmek için, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin iyileştirilmesi için gerekli ciddi adımların en kısa zamanda atılması gerekmektedir.

Sağlık bilgilerini anlamak ve alacağı sağlık hizmetinin karar sürecinde aktif rol ve sorumluluk almak her bireyin hakkıdır.

BÖLÜM 1

1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

1.1. Sağlık Okuryazarlığı Nedir?

Modern sağlık sistemi, hizmetten yararlananlar ve yararlanacak olanlar için son derecede karmaşık bir yapıdadır. Bu sistem dahilinde sağlık hizmeti almak için başvuran kişilerin sağlık sorunları ve verilen hizmetle ilgili olarak bilgilenmeleri, sorumlulukları ve haklarını bilmeleri ve sağlık ile ilgili kararlar verebilmeleri gibi farklı rolleri vardır (12). En önemlisi de, başvuranların tümünün ilgili konularda bilgi ve yeterlilik sahibi oldukları kabul edilmektedir. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık bilgilerinin iletişimi bugün eskiye oranla çok daha önem kazanmıştır. Öte yandan, sağlıkla ilgili bilgileri iletmek ise bugün oldukça zor bir hale gelmiştir. Bunun nedenleri arasında;

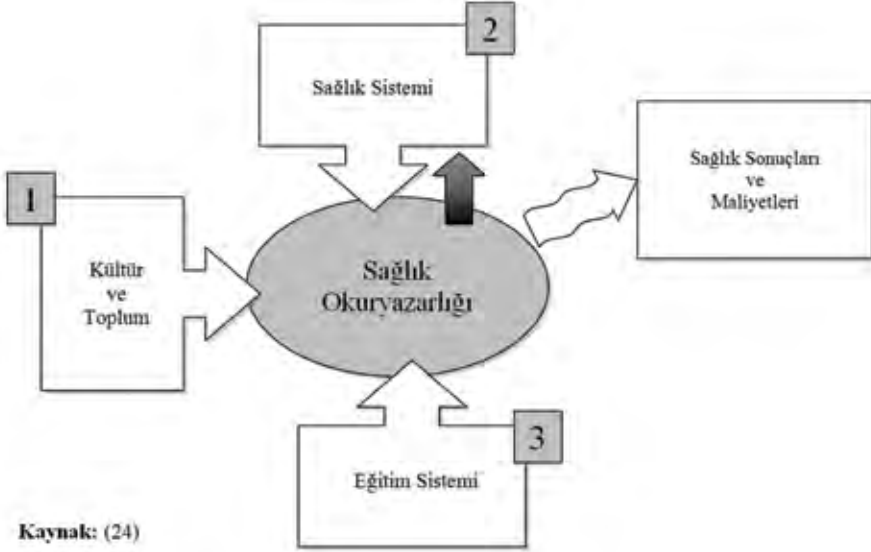
- tanı koyma sürecinin karmaşıklığı,
- sürekli yenilenen ve artan araştırma bulguları,
- sınırlı genel okuryazarlık düzeyi,
- kültürel farklılıklar,
- yaşa bağlı fiziksel ve bilişsel değişiklikler ve
- dinleme, öğrenme ve hatırlamayı etkileyen duygusal durumlar sayılabilir.

Bunlara ek olarak bu iletişimin ideal şartlarda olmaması (hekim-hasta ilişkisi için ayrılan sürenin yetersizliği, hastanın veya bilgi almak isteyeninin içinde bulunduğu durum -korku, ağrı vb) iletişimin etkililiğini daha da sınırlamaktadır (24).

HLS-EU Konsorsiyumunun geliştirdiği çalışma tanımına göre sağlık okuryazarlığı; genel okuryazarlık ile ilişkilidir ve hayat boyunca yaşam kalitesini sürdürmek veya geliştirmek için sağlık hizmetleri, hastalığın önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili günlük hayatta kararların alınması ve yargılara varılması için sağlık bilgisine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamada insanların bilgisini, motivasyonunu ve yeterliliklerini gerektiren bir kapsama ve çerçeveye sahiptir (22, 52). Bu bağlamda değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi (24, 40) olarak tanımlanabilir. Sağlık okuryazarlığı karmaşık okumaları, dinleyip anlamayı, analitik düşünme ve karar verme becerisini ve bu beceriyi sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi de içermektedir (62). Sağlık okuryazarlığının tanımında öncelikle işlevsel sağlık okuryazarlığı vardır ve okuma, yazma ve sayısal becerilere sahip olmayı içerir. Nutbeam'e göre sağlık okuryazarlığının üç düzeyi vardır: 1) Temel/işlevsel sağlık okuryazarlığı (yeterli genel okuma ve yazma becerileri), 2) interaktif sağlık okuryazarlığı (bilişsel ve sosyal beceriler ile günlük hayatta yer alabilme, bilgi edinebilme, değişik iletişim türlerinden anlam çıkarabilme) ve 3) kritik sağlık okuryazarlığı (sağlıkla ilişkili bilgiyi eleştirel bir şekilde analiz edecek ve sağlık kararlarında kullanılmasını sağlayacak daha ileri beceriler). Görüleceği üzere sağlık okuryazarlığı, bilişsel ve sosyal beceriler kadar kişinin sağlık bilgisine ulaşma motivasyonunu da içerir (35).

Çok genel olarak belirtmek gerekirse, bireylerin muhatap oldukları eğitim sistemi, kültürel ve toplumsal faktörler ve sağlık sistemi potansiyel olarak sağlık okuryazarlığını etkilemekte ve şekillendirmekte, bu faktörler ise nihayetinde sağlık sonuçlarını ve maliyetlerini etkilemektedir. Başka bir ifade ile sağlık okuryazarlığı; bireylerin bireysel becerilerinin sağlık ortamları, sağlık sistemi, eğitim sistemi ve aile, iş ve toplumdaki sosyal ve kültürel faktörler ile etkileşmesi ile şekillenmektedir (24) (Şekil 1).

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları

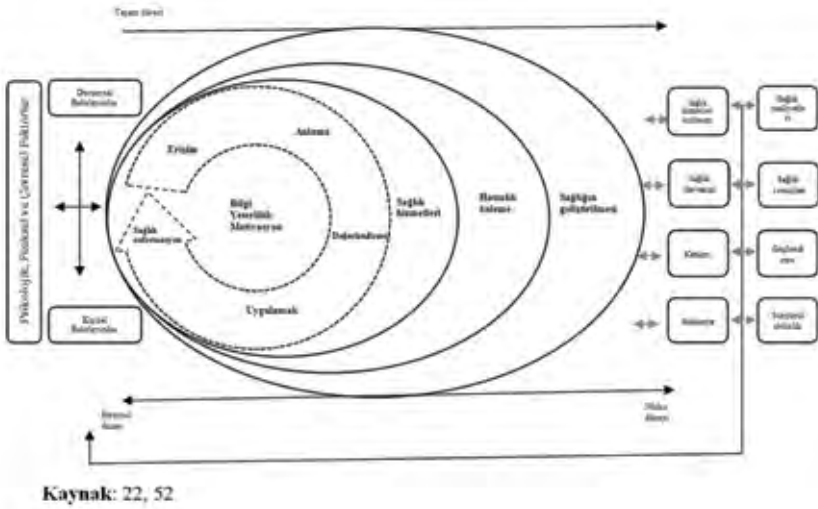


1.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli ve Ölçekleri

Sağlık okuryazarlığı kavramı 1990'lı yılların sonunda farkındalığın arttığı, değerlendirmede kullanılmak üzere birçok ölçeğin geliştirildiği ve üzerinde birçok araştırmanın yapıldığı bir alan oluşturmuştur (1). Oluşturulan kavramsal modeller üzerinden geliştirilen ölçekler genellikle kişilerin genel okuryazarlık bilgi ve becerilerine ek olarak sağlık okuryazarlığının belirli boyutlarını değerlendirebilmektedir. Bir kısmı klinik uygulamada kullanılmak için, bir kısmı da daha geniş toplulukları değerlendirmek için geliştirilmiş ölçeklerdir. Örnek olarak, Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults/TOFHLA) (39), bu ölçeğin kısaltılmış versiyonu olan Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (Short Test of Functional Health Literacy in Adults/STOFHLA) ve Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/REALM) (15) birçok toplumda geçerliliği kanıtlanmış sağlık okuryazarlığı ölçekleridir. Ancak bu ölçeklerin kısıtlılıkları, özellikle TOFHLA ve

STOFHLA'nın Amerikan sağlık sistemine özgü sorular içermesi ve sadece İngilizce ve İspanyolca versiyonlarının valide edilmiş olmasıdır. Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması Ulusal Değerlendirmesi (National Assessment of Adult Literacy Survey/NAAL) (32), Kritik Sağlık Yeterlilik Testi (Critical Health Competence Test/CHC) (54), Sağlık Okuryazarlığı Yönetim Skalası (Health Literacy Management Scale/HeLMS) (27) ve Sağlık Okuryazarlığı Anketi (Health Literacy Questionnaire/HLQ) (37) gibi ölçekler daha geniş toplulukların sağlık okuryazarlığını daha çok boyutlu olarak değerlendirmeyi amaçlarlar. Ancak yine de bu ölçeklerden hiç biri tüm toplumlara uygulanabilir, sağlık okuryazarlığının tüm boyutlarını ölçebilen ölçekler değildir ve kavramsal çerçevelerle ilişkileri kesin tanımlanmamıştır (53).

Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli



Yukarıda bahsedilen noktalar göz önüne alınarak Sorensen ve meslektaşları tarafından sağlık okuryazarlığının kavramsal boyutları belirlenerek bir model çerçeve çizilmiştir (Şekil 2) (22, 52). Sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi alanlarında ve sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma süreçlerindeki matris dahilinde oluşturulan ve bir işlevin zorluk ya da kolaylık

derecesini değerlendiren sorular ile bu kavramsal çerçeveye ilişkilendirilerek geliştirilmiş olan sağlık okuryazarlığı anketi olan Sağlık Okuryazarlığı Anketi – Avrupa Birliği (Health Literacy Survey – European Union (HLS-EU) Avrupa'daki en geniş kapsamlı sağlık okuryazarlığı çalışmasının ölçeği olarak kullanılmış ve valide edilmiştir (53).

1.3. Sağlık Okuryazarlığı Çalışmaları: Sınırlı Sağlık Okuryazarlığının Prevalansı ve Sonuçları

Sağlık okuryazarlığı içinde bulunulan koşullara göre değişmekte olup, uzun yıllar süren eğitime ya da genel okuma alışkanlığına bağlı olmak durumunda değildir (11). Hastalar, sıklıkla bilgiyi değerlendirme, riskleri ve kazançları analiz etme, ilaç dozlarını hesaplama, test sonuçlarını anlamlandırma ya da sağlıkla ilgili bilgilere nasıl ulaşabilecekleri gibi karmaşık bilgi ve tedavi kararlarıyla karşı karşıyadırlar.

Kaliteli bir sağlık hizmeti için hastaların, rahatsızlıklarını doğru ifade edebilmeleri ve hastalık belirtilerini olduğu şekli ile tanımlayabilmeleri gerekmektedir. Yerinde sorular sormaları, verilen tıbbi tavsiyeyi ve tedavi yönergelerini anlayabilmeleri ideal koşullarda beklenen özelliklerdir (43). Düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık bilgilerini anlayabilmede zayıflığa, medikal işlem ve talimatları yerine getirmede zorluklara ve sağlık hizmetlerine erişimde problemlere neden olduğu gösterilmiştir (34). Amerikan Tıp Derneği'nin ABD'de yetersiz sağlık okuryazarlığının sonuçlarının incelenmesi, hastalar ve doktorlar üzerindeki etkisinin saptanması, sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek için izlenmesi gereken yöntem ve araştırma konularının tanımlanması amacıyla Bilimsel İşler Konseyi tarafından yürütülen çalışmaya göre, sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan hastalar, hastalık durumunu etkileyecek seviyede iletişim sorunları yaşamaktadırlar (14). Söz konusu hastalar, sağlık durumlarını ifade etmekte başarısız olmalarının yanı sıra, tıbbi durumlarını ve tedavilerini de yeterince anlamamaktadırlar. Çalışmanın gösterdiğine göre yetersiz sağlık okuryazarlığı, hastaneye yatış riskini arttırmaktadır.

Benzer şekilde, düşük sağlık okuryazarlık seviyesi nedeniyle sağlık sistemine geç başvuran bireyler de erken koruyucu bakımdan faydala-

namadıklarından hastaneye yatış oranı artmaktadır (16). Bilimsel İşler Konseyi tarafından yürütülen çalışmanın sonucuna göre, profesyonellerin ve halkın okuryazarlık konusundaki farkındalığı, tıp öğrencileri ile doktorların eğitimleri içine yerleştirilmeli ve hasta-doktor iletişimi iyileştirilmelidir.

Mark Williams ve meslektaşlarının, hastaların kendilerinden istenen temel okumaları ve hesaplamaları ne ölçüde gerçekleştirebildiklerini inceledikleri, 2659 hasta üzerinde gerçekleştirilen kesitsel çalışmada hastaların önemli bir kısmının en temel tıbbi yönergeleri okumakta ve anlamakta yetersiz kaldıkları gözlenmiştir (67). Çalışmaya katılan hastaların 1106'sı (%41,6) aç karnına ilaç almaları gerektiğini, 691'i (%26) bir sonraki randevu tarihini, 1582'si (%59,5) ise standart bilgilendirilmiş onam yazısının içeriğini anlayamamıştır. Yapılan çalışma ile yetersiz sağlık okuryazarlığının, hastaların kendi hastalıklarının teşhis ve tedavisini anlamalarında ve yüksek kalitede tedavi görmelerinde önemli bir engel olabildiği sonucuna varılmıştır.

Gazmararian ve meslektaşları tarafından İngilizce veya İspanyolca konuşan 65 yaş ve üstü 3260 hasta üzerinde gerçekleştirilen çalışma ile düşük işlevsel sağlık okuryazarlığı prevalansı belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, anadili İngilizce olan hastaların %33,9'unun, anadili İspanyolca olan hastaların ise %53,9'unun yetersiz ya da düşük okuryazarlık düzeyinde oldukları saptanmıştır (21). Çalışma mekanı, ırk/dil, yaş, eğitim düzeyi, meslek ve bilinç zayıflığı, yetersiz ve düşük sağlık okuryazarlığıyla anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Okuma yetisinin, yaşa bağlı olarak ciddi oranda azaldığı gözlenmiştir.

Toplulun büyük bir bölümünü etkileyen düşük sağlık okuryazarlığı becerilerinin sosyo-ekonomik kayıplar ve uzun süreli kronik hastalıklarla ilişkili olduğu açıkça görülmektedir (15). Düşük sağlık okuryazarlık seviyesi, düşük sağlık bilgisi, kronik hastalıkların insidanslarında artış, yetersiz hastalık göstergeleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanılması gibi ciddi olumsuz sağlık çıktılarıyla da ilişkilidir (39). Sonuçta, sağlık okuryazarlığındaki yetersizlik sağlık durumunda bozulmaya ve sağlık hizmeti harcamalarında artışa neden olmaktadır (23).

ABD’de gerçekleştirilen ve okuryazarlığın sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmada, düşük sağlık okuryazarlığı becerisine sahip kişilerin sağlık hizmetlerini yeterli sağlık okuryazarlığı olanlardan daha fazla kullandıklarını ortaya konulmuştur (56). Okuma yazması olmayanların da dahil edildiği benzer bir çalışmanın sonucunda ortaya konan raporda, yetersiz sağlık okuryazarlığının ABD’ye maliyetinin yıllık 106 ile 236 milyar dolar arasında gerçekleştiği belirtilmiştir (63).

Kronik hastalıklar ve çoklu morbidite durumları sağlık hizmetinde önem verilmesi gereken konulardır. Hastaların sağlık durumları çoğunlukla kendilerinin kronik hastalıklarının yönetim ve tedavisinde bir seri temel yönlendirmenin yapılabilmesindeki motivasyonlarına bağlı olduğu için, kronik hastalıklar sağlık okuryazarlığı ve sağlık arasındaki etkileşimin açıklanmasında örnek olarak verilebilir (21).

Mark V. Williams ve meslektaşları, hipertansiyon ve diyabetli hastaları temel alan, sağlık okuryazarlığı düzeyleriyle kronik hastalıkları ve tedavileri konusundaki farkındalıkları arasındaki ilişkiyi inceledikleri kesitsel bir çalışma yürütmüşlerdir. İki şehir hastanesinde yapılan çalışmada, sağlık okuryazarlığı “Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi” ile ölçülmüştür. Hastaların hastalıklarına dair bilinç düzeyleri, kliniklerdeki eğitim materyallerindeki temel unsurlara dayanan 21 hipertansiyon ve 10 diyabet sorusu kullanılarak değerlendirilmiştir. Hipertansiyonlu hastalar arasında yeterli sağlık okuryazarlığı olanların % 92’si 160/100 mmHg kan basınç seviyesinin yüksek bir değer olduğunu bilebilirken, yetersiz sağlık okuryazarlığı olanların ancak %55’i bu soruya doğru yanıt verebilmiştir. Diyabetli hastalar arasında yeterli sağlık okuryazarlık düzeyinde olanların %94’ünün hipogliseminin semptomlarını bildikleri gözlenmiş, sağlık okuryazarlıkları yetersiz olanlarda ise bu oran %50’de kalmıştır. Çalışmanın sonucuna göre, yetersiz işlevsel sağlık okuryazarlığı, hastaların kronik hastalıklar konusundaki eğitimlerine ciddi bir engel olarak bulunmuştur (68).

Hasta verilen yönlendirmeleri anlamadığında ve/veya verilen yönlendirmelerin yetersiz ve açık olmadığı durumlarda, kronik hastalıkların tedavisi hasta ve hasta yakınları için daha da zorlaşmaktadır (25).

Kronik hastalığı olan hastaların sağlık okuryazarlığının artırılmasında hastalık yönetimi yaklaşımlarının başarılı sonuçlar verdiği gösterilmiştir (41).

Sağlık okuryazarlığı sadece hastalar için değil, sağlıklı bireylerin temel sağlık hizmetlerinden yararlanması için de kazanılması gereken bir yetkinliktir. Temel sağlık hizmeti alan kişiler arasında yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı ile sosyo-demografik değişkenler, sağlık algısı ve kronik koşulların varlığı arasında ilişki araştırılmıştır (28). İki temel sağlık hizmeti merkezinde 120 hasta ile gerçekleştirilen kesitsel çalışmada, 50 adet okuma/anlama ve 17 adet sayısal bilgi içeren testler kullanılmış, sıfır-yüz arasında puanlama yapılmıştır. Hastaların %41'inin yetersiz ve düşük, %59'unun ise yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu bulunmuştur. İşlevsel sağlık okuryazarlığının ikamet, cins, yaş, medeni durum, meslek, eğitim, maddi durum, sağlık algısı ve kronik koşulların varlığına göre anlamlı şekilde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Çalışma, temel sağlık hizmeti alan hastalarda işlevsel sağlık okuryazarlığından kaynaklanan sorunların yaygın olduğunu göstermiş ve bu konuda daha fazla gözlem yapılmasının gerekliliğini vurgulamıştır. Çalışma sonuçlarına göre düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, kişinin sağlığına dair önerileri anlamasını olumsuz şekilde etkileyebilmekte, tıbbi sorunları ile başa çıkma becerilerini sınırlamaktadır.

UNESCO'nun 2012 yılı verilerine göre Türkiye'de genel okuma-yazma oranı 15 yaş ve üstü kadınlarda %91,60, erkeklerde %98,26 olmak üzere toplamda %94,92'dir (gelişmiş ülke ortalaması %99,66). Benzer şekilde 2012 yılı verilerine göre Türkiye'de 25 yaş ve üstü nüfusta ortalama okullaşma süresi kadınlarda 6,7 yıl, erkeklerde 8,5 yıl ve toplamda ise 7,6 yıldır (ABD'de 12,0 yıl) (61). Görüldüğü üzere genel okuryazarlık oranı ve okullaşma süresi açısından Türkiye gelişmiş ülkelerin gerisinde yer almaktadır. Ülkemizdeki genel sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için yapılmış basılı bir çalışmaya ulaşamamıştır. Ancak, ortalama eğitim süresinin 6,5 eğitim yılı/kişi olduğu düşünüldüğünde sağlık okuryazarlığının da oldukça düşük olması beklenebilir (60).

Ülkemizde kronik hastalıkların prevalansı hakkında yapılan birçok çalışma ve rapor bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Başkent Üniversitesi tarafından yürütülen “Ulusal Hastalık Yüku” çalışması, yetişkin Türk toplumunda en sık görülen 6 kronik hastalığın iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), diyabet, hipertansiyon ve Alzheimer hastalığı olduğunu göstermiştir (7). Türk Diyabet Epidemiyoloji Çalışması’nda (TURDEP) yetişkinlerde diyabet, hipertansiyon ve obezite prevalansları sırasıyla %7,2, %29 ve %22 olarak bulunmuştur (46). TURDEP-II çalışmasında ise, aradan geçen 12 yılda normal vücut ağırlığında olan toplum yüzdesinin 41’den %26’ya düştüğü, fazla kilolu ve obez kişilerin yüzdesinin ise belirgin derecede arttığı, diyabet prevalansının da %13,7’ye çıktığı görülmektedir (47). Türk Kardiyoloji Derneği’nin yapmış olduğu bir çalışmaya göre 12 milyon kişinin hipertansiyonu, 12 milyon kişinin hiperlipidemisi ve 2,8 milyon kişinin de koroner arter hastalığı bulunmaktadır (29). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada ise yetişkin Türk popülasyonunda hipertansiyon prevalansı %30,3 olarak bulunmuş ve bunların sadece %28,7’sinin kan basınçlarının kontrol altında olduğu saptanmıştır (59). Sağlık Bakanlığı raporuna göre, Türkiye genelinde 22 milyon kişi kronik hastalığa sahiptir (45).

Tüm bu veriler kronik hastalıkların sağlık hizmetleri alanında önemli bir konu olduğunu ve sağlık okuryazarlığı ile hasta eğitiminin özellikle kronik hastalık tedavisinin başarısında önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Toplumumuzda doğumda beklenen yaşam süresinin artmasına paralel olarak yaşlı nüfusun payı hızla artarken, sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite azlığı, tütün kullanımı, stres ve benzeri faktörlerin artmasına paralel olarak kronik hastalık prevalansı yıllar içinde hızla yükselmektedir. Kronik hastalıklara karşı etkili mücadele programların başlatılması ve aralıksız olarak sürdürülmesi gerekmektedir. Bu amaç doğrultusunda öncelikle toplumda sağlık okuryazarlığı oranı ve farkındalık düzeyleri belirlenmelidir.

Özetle, sınırlı/yetersiz sağlık okuryazarlığının kişi, toplum ve sağlık sistemi üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır. Bunlar:



- Daha sağlıklı yaşam,
- Kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği (hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklarda), verilen eğitimleri anlamada güçlük,
- Sağlıklı kalma ve koruyucu sağlık hizmetlerini ile ilgili bilgi eksikliği ve bu hizmetleri kullanmada sorunlar (tarama, aşılar, egzersiz programları, v.b),
- Artmış acil servis kullanımı ve hastane yatışları,
- Verilen tedaviye uymada güçlük (ilaç tedavisine, kontrollere uyum, v.b.),
- İlaç uygulama hatalarında artma,
- Sağlık harcamalarında artma ve
- Artmış mortalite olarak sıralanabilir.

Sağlıklı bir toplum ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi büyük önem arz eder ve bir ülkenin sağlık politikalarının esas hedeflerinden biri olması gerekir.

BÖLÜM 2

2. METODOLOJİ

2.1. Amaç

Bu araştırmanın birincil amacı; Türkiye’de erişkin nüfusun sağlık okur yazarlığı düzeyi ile yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı prevalansının belirlenmesidir.

İkincil amaçlar ise şu şekilde ifade edilebilir:

- 1) Sağlık okuryazarlığı ölçümünde kullanılan değişik yöntemlerin Türk toplumunda kullanılmasına yönelik adaptasyonunun ve validasyonunun yapılması,
- 2) Sağlığa verilen önem hakkında bilgi edinilmesi,
- 3) Koruyucu hekimlik uygulamaları ve sık görülen hastalıklar ile ilgili Türkiye toplumunda farkındalığın belirlenmesi,
- 4) Sağlık bilgilerine erişimde karşılaşılan sorunların saptanması,
- 5) Türkiye’de sağlık okuryazarlığına etkileri açısından hekim-hasta iletişimi hakkında bilgi edinilmesi,
- 6) Sağlık hizmeti kullanım özelliklerinin değerlendirilmesi,
- 7) Sağlık okuryazarlığına etki eden faktörlerin belirlenerek toplum

genelinde sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi için kullanılabilecek yöntemler konusunda bilgi üretilmesine katkı sağlanması,

8) Sağlık okuryazarlık oranı ile mevcut sağlık düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve

9) Türkiye'deki sağlık okuryazarlığı prevalansının insani gelişme göstergesine göre saptanan yaşam koşulları, eğitim seviyesi ve ekonomik düzey tabakalarına göre belirlenebilmesi için ön veri elde edilmesi.

2.2. Veri Toplama Aracı: Ölçek Seçimi

Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasını gerçekleştirmek üzere ihtiyaç duyulan verilerin elde edilmesinde veri toplama aracının belirlenmesi amacıyla bir dizi çalışma yapılmıştır. Bu çerçevede kapsamlı bir literatür taraması ile küresel ölçekte sağlık okuryazarlığının ölçülmesi amacıyla geliştirilen ölçekler/anketler Türkiye'ye uygulanabilirliği açısından ayrıntılı bir şekilde incelenmiştir.

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için kullanılmakta olan birçok ölçek vardır. On yıl öncesine kadar sağlık okuryazarlığı araştırmalarının Avrupa Birliği'nde göz ardı edilmiş olduğu düşünülmüş olup, sağlık okuryazarlığı ile ilgili ölçeklerin çoğu Kuzey Amerika kaynaklı olarak hazırlanmıştır (30). Bu ölçeklerin birçoğunun İngilizce olarak valide edildiği ve yerel sağlık sistemlerinin özellikleri doğrultusunda hazırlandığı görülmüştür.

The European Health Literacy Survey (HLS-EU), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi 2009-2012 kapsamında, HLS-EU Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiş olan 47 soru ile sağlık süreçlerinde üç (hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, sağlık hizmet sunumu) ve bilgiyi işleme süreçlerinde dört (erişim, anlama, değerlendirme, uygulama) alan üzerinden sağlık okuryazarlık düzeyini ölçen bir ankettir (53). 2011 yılında Avrupa Birliği ve Fonds Gesundes Österreich fonları tarafından desteklenmiş ve Ludwig Boltzman Institute Health Promotion Research tarafından Avrupa'nın sekiz ülkesinde (Almanya, Hollanda, Avustur-

ya, İspanya, İtalya, Yunanistan, Bulgaristan ve Polonya), değişik dillerde, yaklaşık 8000 Avrupa vatandaşına uygulanarak yürütülmüş olan Health Literacy Survey- Europe (HLS-EU) anketinin çok farklı sosyo-demografik özellikleri ve sağlık sistemleri olan değişik Avrupa ülkelerinde uygulanabilirliği ve iç geçerliliği kanıtlanmıştır (22). Bulguları, 2012 yılında sekiz AB üye devletindeki sağlık okuryazarlık düzeylerinin karşılaştırmalı raporuyla yayınlanmıştır.

Yapısal ve içeriksel özellikleri dolayısıyla küresel düzeyde sağlık okuryazarlığını ölçmek üzere uygun olması, diğer toplumlarda yapılan çalışmalar ile karşılaştırılabilir veriler elde edilebilmesi ve 2005 yılından bu yana AB ile üyelik müzakerelerini sürdüren Türk toplumuna ait sağlık okuryazarlık verilerinin toplanmasında Avrupa çalışmaları ile uyumlu bir ölçme yöntemi olduğu düşünülerek HLS-EU anketi Türkçeye çevrilmiş ve bu çalışmada veri toplamada kullanılmıştır. Proje kapsamında uygulanan anketlerin Türkiye çalışmasında kullanılması için konsorsiyumun ana paydaşı olan Maastricht Üniversitesi'nden Kristine Sorensen'in izni alınarak çalışmaya başlanmıştır.

Anketlerin İngilizce şekli Türkçe anketlerin oluşturulması için esas teşkil etmiştir. Biri Proje ekibinin dışından olmak üzere üç kişi tarafından anketler Türkçeye çevrildikten sonra tekrar İngilizce'ye çevrilmiş ve İngilizce'ye yapılan bu çeviriler ile orijinal İngilizce metin arasında uyum değerlendirilmiştir. Türkçe anket formu bu değerlendirmeler sonrasında düzenlendikten sonra soruların anlaşılabilirliği, kültürel yapıya uygunluğu, terimlerin doğru ifadeyi verip vermediği kavramsal matriks doğrultusunda uzmanlar tarafından tartışılarak Türkçe anket formları hazırlanmıştır. Türkçe anketler Proje ekibinin dışında kişilere yüz yüze uygulanmış, anket sonrasında uygulamada karşılaşılan sorunlar ve öneriler konusunda birebir görüşmeler yapılmıştır. Bu pilot çalışmalar (n=50 kişi) sonrasında Sağlık Okuryazarlığı Anketi- Avrupa Birliği (SOYA-AB) ve SOYA-AB-DEMOGRAFİK anketleri Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda kullanılmak üzere hazır hale getirilmiştir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında kullanılan ve HLS-EU anketini de içeren anket 4 ana bölümden oluşmaktadır. Anket bölümleri ve soru gruplarını içeren bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Sağlık Okuryazarlığı Anketi- Avrupa Birliği (SOYA-AB) kullanımı-
mında tutarlılık testleri ve farklı indekslerin karşılaştırmalarının yapıl-
ması amacıyla bu araştırmada ikinci bir indeks olarak En Yeni Yaşamsal
Bulgu (EYYB, Newest Vital Sign/NVS) testi kullanılmıştır. Esasen birin-
ci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere tasarlanmış, fonk-
siyonel ve temel okuryazarlığın değerlendirilmesinde geçerliliği kanıt-
lanmış, kısa sürede uygulanabilen ve kültürel farklılık yaratmayacak bir
ölçek olması Avrupa çalışmasında olduğu gibi Türkiye Sağlık Okurya-
zarlığı Araştırması'nda da tutarlılık değerlendirmelerinde EYYB testinin
tercih edilmesine neden olmuştur (42, 66). Bu test, temel olarak bir don-
durma etiketini okuyabilme, anlayabilme ve bazı sorular doğrultusunda
bu dondurmanın içeriğini algılayabilme temeline dayanmaktadır. En
Yeni Yaşamsal Bulgu testi de SOYA-AB anketine benzer basamaklardan
geçilerek Türkçeleştirilmiştir.

Çalışmada ayrıca, Türkiye'nin sağlık sistemine özgü bazı verilerin
ve katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık okuryazarlığının
değerlendirilmesinde karıştırıcı rol oynayabilecek bazı kişisel özellikler-
in saptanması için araştırma ekibi tarafından çalışmaya özel olarak ge-
liştirilen SOYA-TR-DEMOGRAFİK anketi kullanılmıştır.

Çalışmada veri toplanmasında yüzyüze görüşme tekniği kullanıl-
mış, anket formları görüşmeciler tarafından katılımcılara kağıt üzerin-
den okunarak uygun şekilde doldurulmuştur. Anketin yapısal gerekli-
liği nedeniyle, EYYB anketinin dondurma etiketi katılımcıya verilerek
okuması istenmiştir. Anketin bu kısmında sadece okuma yazması olan
kişilerin anketleri doldurulmuştur.

2.3. Evren ve Örneklem

Araştırmada Türkiye'de yaşayan erişkin grubu temsil eden yeter
sayıda bir örnek ile çalışılması hedeflenmiştir. Çalışmada gerekli mini-
mum örnek hacmi hesaplamasında sağlık okuryazarlık düzeyi “yeter-
siz” olanların beklenen prevalansı % $12,4 \pm 2,2$ olarak alınmış, istenen
alfa hata payı 0,05 ve beta= 0,85 olarak kabul edilmiştir (22). Prevalans
hesaplamalarının Türkiye geneli ve cinsiyete özel olarak yapılabilmesi

Tablo 1. Çalışmada Kullanılan Anketler ve Yapısal Özellikleri

Anket adı	Anket içeriği	İlk soru	Son soru
SOYA-AB	Sağlık okuryazarlığı anketi-Avrupa Birliği	S1.1	S1.47
SOYA-AB-DEMOGRAFIK	Sağlık okuryazarlığı anketi-Avrupa Birliği-Demografik	S2	S16
EN YENİ YAŞAMSAL BULGU	En yeni yaşamsal bulgu anketi-Türkçe	S17	S23
SOYA-TR-DEMOGRAFIK	Sağlık okuryazarlığı anketi - Türkiye-Demografik	D1 T1 İ1 A1 H1 K1	D18 T5 İ2 A7 H12 K3

hedeflenmiştir. Buna göre yeterli minimum örneklem hacmi 3446 olarak hesaplanmıştır. İmkanlar doğrultusunda, cevaplanamama oranı da göz önüne alınarak, 5000 kişiye erişilmesi hedeflenmiştir. Örnek hacmi hesaplamaları OpenEpi istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışma sonu itibarıyla toplam 4979 kişinin verisi elde edilmiş olup kalibrasyon sonrası 4924 kişinin verisi analizlerde kullanılmıştır. Bu büyüklükteki bir çalışma %12,4'lük bir prevalans ve %2,6 mutlak hata ile 4 alt gruba özel (cinsiyet ve yaş) çalışmak için yeterli güce sahiptir. Dolayısıyla ulaşılan kişi sayısı ile orijinal planlamadakinden daha detaylı hesaplamalar ve alt grup analizleri yapılması mümkün olmuştur.

Katılımcıların seçilmesinde Türkiye İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırılması 1 (İBBS-1) esas alınmıştır. İBBS-1 özelinde hız hesaplaması hedeflenmemiş ancak bu bölgeler dahilinde yaşayan kişilerin sosyo-demografik ve kültürel özellikleri ve sağlık hizmeti sunumu, dolayısıyla sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından birbirlerinden farklı olabileceği düşünülmüş, bölge içinde ise sağlık okuryazarlığı düzeyinin benzer olduğu varsayılmıştır. Bu sınıflamaya göre seçilen 12 bölge şu şekildedir: İstanbul, Batı Marmara, Ege, Doğu Marmara, Batı Anadolu, Akdeniz, Orta Anadolu, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu. Bölge özelinde heterojenliğin artırılması için her bölgeden Düzey 2'ye göre rastgele iller seçilerek, İstanbul bölgesinden bir, diğer bölgelerden iki olmak üzere toplam 23 il çalışmaya dahil edilmiştir. Bu iller; İstanbul, Tekirdağ, Balıkesir, İzmir,

Aydın, Nevşehir, Bursa, Kocaeli, Ankara, Konya, Antalya, Adana, Ordu, Diyarbakır, Kayseri, Zonguldak, Samsun, Trabzon, Erzurum, Ağrı, Malatya, Van, Gaziantep. Seçilen illerden görüşülecek kişi sayısı il nüfusuna orantılı olarak seçilmiş olup, örneğe çıkacak kişiler illerin haritası üzerinden rastgele örneklem ile mahalleler belirlenmesi ve her mahalleden rastgele bir bina seçilerek, o binadan bir kişi ile görüşülmesi şeklinde yapılmıştır. Bu şekilde, hanelerde yaşayanlara ulaşılabilirdiği gibi, iş yerinde çalışanlardan da örneğe alınanlar olmuştur.

Görüşmeyi gerçekleştirecek olan anketörler, çalışmaya dahil edilen illerdeki Sağlık-Sen üyeleri arasından seçilmiştir. Ankara'da 05.02.2014 tarihinde düzenlenen bir günlük bir merkezi ve standart eğitim toplantısı sonrasında anketörler saha çalışmasına başlamıştır. Sahada düzenli olarak denetimler yapılmış olup, gerekli durumlarda merkez ile iletişime geçilerek anketörlerin sorularının yanıtlanması sağlanmıştır. Çalışma merkezine ulaşmış olan anketlerden %10'luk örneklemeler alınarak, anket yapılan katılımcılara telefon ile ulaşılarak anketin ve verilerin doğruluğu denetlenmiştir. Doğruluğu hakkında şüphe olan anketler başka katılımcılarla aynı il içerisinde tekrar ettirilmiştir.

Sahada veri toplama süreci 3 ay sürmüştür.

2.4. Veri Yönetimi, İstatistiksel Analizler ve Sağlık Okuryazarlığı İndekslerin Hesaplanması

Veriler Excel paket programına girildikten sonra istatistiksel analizler için SPSS ver. 15.0 paket programı veri tabanına aktarılmış, önceden tanımlanmış istatistiksel yöntemler uygulanarak bulgulara ulaşılmıştır. Görüşme yapılarak anket bilgileri doldurulan katılımcıların yaş gruplarına (18-64 yaş ve 65 yaş üstü), cinsiyetlerine ve eğitim durumlarına (okuryazar değil, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, yüksekokul/fakülte, yüksek lisans/doktora) göre dağılım frekansları hesaplanmıştır. Çalışmada ulaşılan yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyine göre dağılımlar ilgili Türkiye dağılımları ile karşılaştırıldığında (32 grup) farklılıklar olduğu gözlemlendiği için Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2011 yılına ait yaş, cinsiyet ve eğitime göre dağılımları esas alınarak araştırma sonrası ('post-survey') kalibrasyon yapılmıştır (57). Kalibrasyon aşamasında sorun yaşanma-

ması için eğitim, yaş veya cinsiyet verilerinden herhangi biri eksik olan kişiler analizlere dahil edilmemiştir (n=55). Bu paralelde, çalışma grubunu tanımlamaya yönelik tablolar dışındaki prevalans hesaplamaları ve ilişki göstermeye yönelik analizlerin tümü ilişkili olarak hesaplanan ağırlıklar kullanılarak tamamlanmıştır. Cinsiyet (2), yaş (2: 18-64, 65 ve üzeri) ve eğitim düzeyi (8) kategorilerine uygun olarak toplam 32’li bir matrikste veriler ağırlandırılarak Türkiye toplumunu temsil açısından uygun hızların hesaplanması esas alınmıştır.

Çalışma grubunu tanıtmaya yönelik tablolarda mutlak sayılar ve yüzdeler kullanılmıştır. Türk toplumuna ait sağlık okuryazarlığı prevalans değerlerinin ve ilgili risk faktörlerinin tartışılmasında, istatistiksel analizlerin ağırlıklı yapılması nedeniyle, ham sayılar ve ağırlıksız yüzde değerler yorumlamalar için uygun değildir. Bu nedenle, ilgili tablolarda, verilerin toplandığı kişi sayılarına ait mutlak sayılar tablo başlıklarında sunulmuş, yorumlamalar için kullanılacak değerler tablolarda ağırlıklı yüzdeler olarak verilmiştir.

Çalışma örneklem seçiminde kullanılan çok aşamalı tabakalı (12 bölge) küme (şehir) örneklem tasarımı ve araştırma sonrası kalibrasyona uygun olarak standart sapma (SS) ve %95 güven aralığı değerlerinin hesaplanması SPSS ver. 15 paket programında ‘Complex Samples’ modülü kullanılarak yapılmıştır.

SOYA-AB anketindeki 47 sorunun her biri 1 ile 4 arasında puanlanan bir ölçekte (1= çok zor, 2= zor, 3= kolay, 4= çok kolay) değerlendirilmiştir. Bu ölçek, her bir soruda belirtilen davranışın ne kadar “kolay” ya da “zor” olduğunun kişinin kendi algısına göre değerlendirilmesi ilkesine dayandırılmıştır. SOYA-AB konsepti çerçevesinde sağlık okuryazarlığı parametrelerinin ortalama değerlerine dayanan alt indeksler oluşturulmuştur. SOYA-AB anketine verilen cevaplar genel indeks ve bu alt indeksler kapsamında değerlendirilerek hesaplamalar yapılmıştır. Sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi alanlarındaki sağlık okuryazarlığı, bilgiye erişme, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama konularında bir matriks dahilinde analiz edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. SOYA-AB-S47 Matriksi Soru Numaraları

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	Bilgiye erişim	Bilgiyi anlama	Bilgiyi değerlendirme	Bilgiyi uygulama	TOPLAM
Sağlık hizmeti	1-4	5-8	9-12	13-16	1-16
Hastalıktan korunma	17-20	21-23	24-28	29-31	17-31
Sağlığın iyileştirilmesi	32-36	37-40	41-43	44-47	32-47

Orijinal metodoloji gereği, bir sorunun indeks hesaplamalarında kullanılabilmesi için o soruya katılımcının en az %80 oranında cevap vermiş olması şartı aranmıştır. Bu bağlamda, genel ve üç ana alt indeksin değerlendirilmesi için gerekli asgari cevap sayısı ve geçerli soru numarası Tablo 3’de özetlenmiştir. Genel ve üç ana alt indeks hesaplanırken, gereken en az cevap sayısına ulaşamayan anketler analizlere dahil edilmemiştir.

Tablo 3. Genel ve Alt Sağlık Okuryazarlığı İndekslerinin Hesaplanması İçin Kullanılan Sorular, Cevaplandırılması Gereken En Az Soru Sayısı, Geçerli Olan En Düşük ve En Yüksek Ölçek Puanı

	Genel SO indeksi	Sağlık hizmeti SO indeksi	Hastalıktan korunma SO indeksi	Sağlığın iyileştirilmesi SO indeksi
Soru	S1.1-S1.47	S1.1-S1.16	S1.17-S1.31	S1.32-S1.47
İndeks hesaplaması için cevaplanması gereken en az soru sayısı				
	43	15	14	14
Soru sayısı				
En düşük	0	0	0	0
En yüksek	50	50	50	50
SO: Sağlık Okuryazarlığı				

İndeksler 0 ila 50 arasında bir ölçekte 0 en düşük sağlık okuryazarlığı, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını gösterecek şekilde aşağıdaki formülde belirtildiği şekilde standardize edilmiştir.

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

İndeks: Hesaplanan kişiye özgün indeks

Ortalama: Her kişi için cevaplandırılan her maddenin ortalaması

1: Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin en düşük 0 olması-na neden olur)

3: Ortalamanın aralığı

50: Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Sağlık okuryazarlığı düzeyi –Avrupa çalışması ile karşılaştırılabilir olması amacıyla- elde edilen indeks değerlere göre dört kategoride değerlendirilmiştir:

(0-25) puan yetersiz,

(>25-33) sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) mükemmel sağlık okuryazarlığı

Avrupa Birliği Araştırması Raporunda genel sağlık okuryazarlığı, alt indekslerle korelasyon gösterdiği için öncelikle 47 soruluk anketin tüm parametrelerini içeren genel sağlık okuryazarlığı indeksi hesaplanmış ve diğer değişkenlerle ilişkilerin saptanmasında kullanılmıştır.

Sağlık okuryazarlığı indekslerinin güvenilirliği için Cronbach alfa katsayısı belirlenerek iç tutarlılık değerlendirilmiştir. Güvenilirlik aralıkları aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır:

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirliktedir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirliktedir.

İşlevsel ve temel sağlık okuryazarlığının objektif, valide edilmiş bir yöntemi olan, Özdemir ve arkadaşları tarafından 2009 yılında Türkiye’de de kullanılan EYYB anketi bu çalışmada SOYA-AB-47’nin validasyonu

ve karşılaştırılması için kullanılmıştır (38). Katılımcıların ankete verdiği doğru yanıtlar hem sayısal olarak 0 ila 6 arasında olacak şekilde, hem de kategorik olarak aşağıda belirtilen şekilde sınıflandırılmıştır.

(0-1) puan – yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarlığı

(2-3) puan – sınırlı sağlık okuryazarlığı olasılığı

(4-6) puan – yüksek olasılıkla yeterli sağlık okuryazarlığı

Sürekli değişkenlerin incelenmesinde ortalama ve SS, kategorik değişkenlerin tanımlanmasında ise sayı ve yüzde dağılımları incelenmiştir. Gruplara ait indeks puanlarının karşılaştırılmasında iki gruplu karşılaştırmalarda t testi, üç ve daha fazla grup içeren karşılaştırmalarda ANOVA (F) testi uygulanmıştır.

Katılımcıların ekonomik durumlarını belirleyen 3 sorudan, regresyon faktör puanları elde edilerek bir mali yoksunluk indeks değeri bulunmuştur. Puanlar, ortalaması 0 ve standart sapması 1 olan z değerleridir. “Haneye giren aylık ortalama gelir” sorusu katılımcıların yaklaşık %30’u tarafından cevaplandırılmadığı için mali yoksunluk indeksine dahil edilmemiştir.

BÖLÜM 3

3. BULGULAR

3.1. Veri Setinin Standardizasyonu ve Temel Tanımlayıcı Değişkenler

Çalışma süresince görüşülen ve anketleri tamamlanan toplam katılımcı sayısı 4979 kişidir. Araştırma sonrası kalibrasyonda kullanılan yaş, cinsiyet ve eğitim durumu verilerinden en az bir tanesi eksik olan katılımcılar analiz dışında bırakıldığı için ağırlıklı analizler toplam 4924 kişinin (%98,9) verisi üzerinden yapılmıştır. Çalışma topluluğunu oluşturan kişilerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 4’de özetlenmiştir.

Tablo 4. Çalışma Katılımcılarının Temel Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı(n=4924)

Özellik		Sayı	Yüzde
Yaş (yıl)		41,4 ± 0,3*	
Cinsiyet	Kadın	2276	46,2
	Erkek	2648	53,8
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	137	2,8
	Okuryazar	105	2,1
	İlkokul	975	19,8
	İlköğretim/ortaokul	570	11,6
	Lise	1452	29,5
	Ön lisans	633	12,9
	Lisans	918	18,6
	Yüksek lisans/doktora	134	2,7
* ortalama ± standart sapma			

Veriler cinsiyet (2), yaş (2) ve eğitim düzeyine (8) göre TÜİK 2011 Türkiye nüfus verilerine göre kalibre edildikten sonra elde edilen matris aşağıda sunulmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırma Sonrası Kalibrasyon ile Elde Edilen Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerinin Yüzde Dağılımı(n=4924)

Yaş grubu	Eğitim düzeyi	Cinsiyet		
		Kadın	Erkek	Toplam
65 yaş altı	Okuryazar değil	3,1	0,6	3,7
	Okuryazar	3,5	1,5	5,0
	İlkokul mezunu	17,4	12,4	29,7
	İlköğr./ortaokul mezunu	6,9	9,8	16,7
	Lise mezunu	2,3	3,6	6,0
	Ön lisans	11,0	15,0	26,0
	Lisans	5,0	6,8	11,9
	Yüksek lisans/doktora	0,5	0,7	1,1
65 yaş üstü	Okuryazar değil	23,6	5,7	29,2
	Okuryazar	11,3	7,4	18,7
	İlkokul mezunu	16,8	22,6	39,4
	İlköğr./ortaokul mezunu	0,1	0,3	0,4
	Lise mezunu	1,4	2,3	3,7
	Ön lisans	1,8	2,7	4,5
	Lisans	0,9	2,7	3,7
	Yüksek lisans/doktora	-	0,3	0,3

3.2. SOYA-AB ve EYYB Testi Bulguları ve Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı projesinde kullanılan, geçerliliği kanıtlanmış ölçeğin Türkçeleştirilmiş versiyonu olan SOYA-AB anketindeki 47 sorunun yanıtlarıyla raporun metodoloji bölümünde belirtilen şekilde her katılımcı için genel bir sağlık indeksi, üç ana alt indeks ve dört süreç indeksi hesaplanmıştır. EYYB testinin sonuçları da hem kendi başına hem de SOYA-AB indekslerinin iç geçerliliğinin saptanması için kullanılmıştır. Genel sağlık okuryazarlığı ve alt indeksler ile EYYB testinin iç güvenilirliği için hesaplanan Cronbach alfa değerleri, tüm indekslerin 0,80 üzerinde bulunması ile yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Genel Sağlık Okuryazarlığı, Alt İndeksleri ve En Yeni Yaşamsal Bulgu Testinin İç Güvenirlilik Katsayıları

Sağlık okuryazarlığı ve alt indeksleri	Cronbach's Alpha
Genel Sağlık İndeksi	0,970
Sağlık Hizmeti	0,916
Hastalıktan Korunma	0,921
Sağlığın İyileştirilmesi	0,930
Erişim	0,924
Anlama	0,874
Değerlendirme	0,898
Uygulama	0,873
En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi	0,867

Katılımcıların SOYA-AB sorularının her birine verdikleri cevapların “çok zor ve zor” ya da “çok kolay ve kolay” olarak sınıflandırılması ile 47 soru için elde edilen sayılar Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. SOYA-AB 47 Sorularına Verilen “Zor veya Çok Zor” Cevaplarına ait Yüzde Dağılımları, Türkiye ve Avrupa Karşılaştırması

HLS-EU matrksi ile iliski	Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte, aşığdakilerin ne kadar kolay olduğunu söylersiniz?	AB	Türkiye
		Yüzde	Yüzde
Sağlık hizmeti/ bulgıye ulaşma	S1.1. Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	22,8	32,2
	S1.2. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	26,9	32,3
	S1.3. Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	21,8	39,1
Sağlık hizmeti/ bulgıye anlama	S1.4. Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak	11,9	19,4
	S1.5. Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	15,3	22,5
	S1.6. İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak	28,0	42,9
	S1.7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak	21,7	42,0
Sağlık hizmeti/ bulgıye değerlendirme	S1.8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	6,5	11,9
	S1.9. Doktorunuzdan gelen bilgıyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek	18,0	19,6
	S1.10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	42,6	43,1
	S1.11. İkinci bir dokordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	38,6	32,3
	S1.12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek	49,7	48,2
	S1.13. Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	23,1	28,4
Sağlık hizmeti/ bulgıye uygulama	S1.14. İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	6,8	11,9
	S1.15. Acil durumda ambulans çağırarak	8,8	13,0
	S1.16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	5,6	8,7
Hastalıklardan korunma/ bulgıye ulaşma	S1.17. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceğı konusunda bilgi bulmak	14,7	30,3
	S1.18. Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	33,5	41,1
	S1.19. Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak	24,0	38,4
	S1.20. Fazla kilo olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	18,1	34,1
	S1.21. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	10,3	21,0
Hastalıklardan korunma/ bulgıye anlama	S1.22. Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	16,6	22,6
	S1.23. Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak	10,4	20,5

Tablo 7 (devamı). SOYA-AB 47 Sorularına Verilen “Zor veya Çok Zor” Cevaplarına ait Yüzde Dağılımları, Türkiye ve Avrupa Karşılaştırması

HLS-EU matrisi ile ilişki	Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte, aşağıdakilerin ne kadar kolay olduğunu söylersiniz?	AB		Türkiye	
		Yüzde		Yüzde	
Hastalardan korunma bilgisi değerlendirmek	S1.24. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	14,4		31,2	
	S1.25. Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	16,3		27,8	
	S1.26. Hangi aşılara ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	32,7		47,2	
	S1.27. Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	25,1		45,9	
	S1.28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini	42,1		49,2	
	S1.29. Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	26,2		33,4	
	S1.30. Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığınız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	22,2		28,9	
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiye ulaşma	S1.31. Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	36,9		36,0	
	S1.32. Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	14,3		27,8	
	S1.33. Akıl sağlığımız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak	22,6		34,0	
	S1.34. Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak	40,3		33,6	
	S1.35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak	53,2		50,9	
	S1.36. İşinizde sağlığımızı iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	34,8		36,5	
	S1.37. Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	13,0		16,7	
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi anlamak	S1.38. Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	36,2		32,9	
	S1.39. Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak	23,3		30,8	
	S1.40. Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	26,1		31,7	
	S1.41. Nerede yaşadığınızın sağlığınız ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek	24,6		27,5	
	S1.42. Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	19,5		19,7	
	S1.43. Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek	12,6		21,3	
	S1.44. Sağlığınızı iyileştirecek kararlar vermek	21,7		21,7	
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi uygulamak	S1.45. İsteddiğinizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	24,1		44,3	
	S1.46. Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek	25,5		38,6	
	S1.47. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	38,9		44,7	

Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuştur (Tablo 8/a/b). Kategorik değerlendirmede toplumun %64,6'sının "yetersiz" (%24,5) veya "sorunlu" (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır (Şekil 3). Türkiye'de 18 yaş ve üstünde 53.827.088 kişi olduğu göz önüne alındığında, yaklaşık 35 milyonluk bir erişkin nüfusun "yetersiz ve sorunlu" sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilebilir. Üç ana ve dört alt süreç indeksi ortalamaları ve sağlık okuryazarlığı kategorilerindeki yüzde dağılımları Tablo 8/a ve Tablo 8/b'de özetlenmiştir.

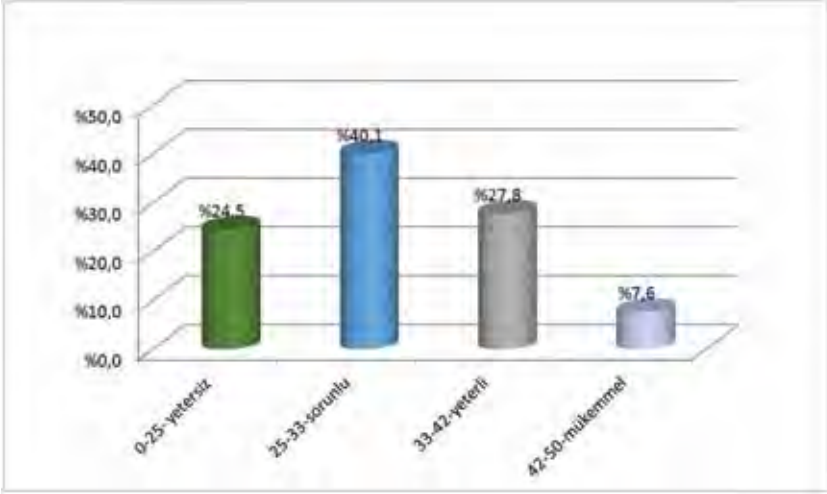
Tablo 8/a. Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve Alt Okuryazarlık İndekslerinin Ortalama Değerleri ve İlgili %95 Güven Aralıkları

	Ortalama indeks puanı	%95 güven aralığı	
Genel SO indeksi	30,4	30,03	30,66
Sağlık hizmeti SO indeksi	31,1	30,80	31,43
Hastalıktan korunma SO indeksi	29,8	29,41	30,10
Sağlığın iyileştirilmesi SO indeksi	29,9	29,52	30,20
Sağlık bilgisine erişim SO indeksi	29,0	28,66	29,35
Sağlık bilgisini anlama SO indeksi	31,2	30,87	31,49
Sağlık bilgisini değerlendirme SO indeksi	29,2	28,86	29,50
Sağlık bilgisini uygulama SO indeksi	31,1	30,79	31,42
SO: Sağlık Okuryazarlığı			

Tablo 8/b. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Alt Okuryazarlık İndekslerinin Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri İçin Hesaplanan Prevalans Değerleri

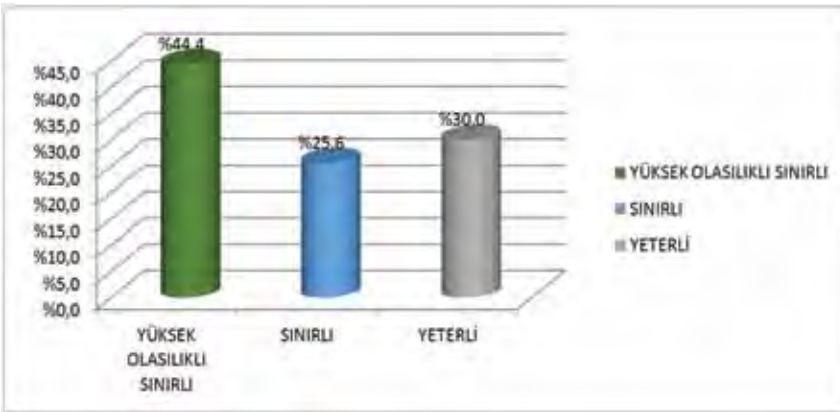
	Yetersiz SO (%)	Sorunlu SO (%)	Yeterli SO (%)	Mükemmel SO (%)
Genel SO	24,5	40,1	27,8	7,6
Sağlık hizmeti SO	21,9	36,1	32,8	9,2
Hastalıktan korunma SO	29,2	33,8	27,4	9,6
Sağlığın iyileştirilmesi SO	30,8	31,1	28,8	9,3
Sağlık bilgisine erişim SO	32,2	30,0	29,0	8,8
Sağlık bilgisini anlama SO	20,9	35,2	33,0	10,9
Sağlık bilgisini değerlendirme SO	34,0	30,6	28,0	7,3
Sağlık bilgisini uygulama SO	22,2	34,1	32,2	11,5
SO: Sağlık Okuryazarlığı				

Şekil 3. Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Kategorileri (n=4924)

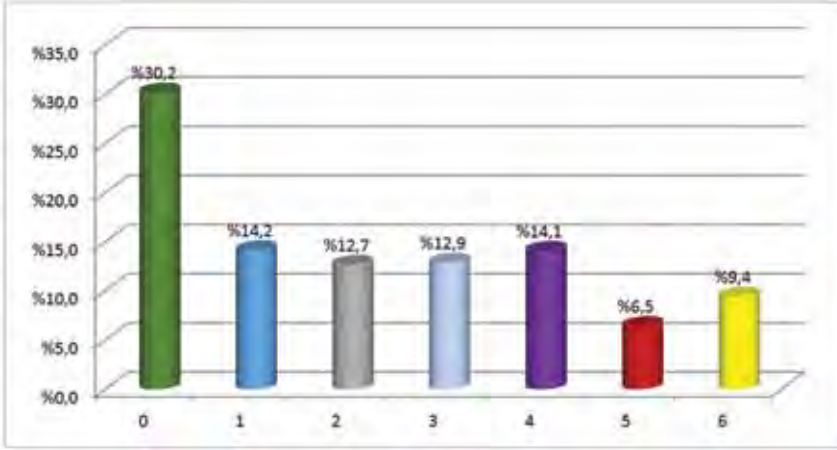


En Yeni Yaşamsal Bulgu testinde ortalama puan maksimum 6 puan üzerinden toplum geneli için ortalama puan $2,2 \pm 0,04$ olarak hesaplanmıştır. Kategorik değerlendirme sonuçlarına göre toplumun %44,4'ü yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer almıştır (Şekil 4). Altı puan üzerinden alınan puanların dağılımları Şekil 5'de verilmiştir.

Şekil 4. En Yeni Yaşamsal Bulgu Anketi Puanı Kategorilerine Göre Dağılım (n=3708)



Şekil 5. En Yeni Yaşamsal Bulgu Anketi Puan Dağılım Yüzdeleri (n=3708)



Genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları ve EYYB anketi puanları arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır. EYYB anketi puanı 0'dan 6'ya doğru arttıkça genel sağlık okuryazarlığı indeks puan ortalamaları da artmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. En Yeni Yaşamsal Bulgu Anketi Puanlarına Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Ortalamaları

EYYB anket puanı	Genel SO indeksi ortalaması ± SS
0	29,0 ±0,32
1	30,2 ±0,41
2	31,0 ±0,37
3	31,8 ±0,41
4	32,1 ±0,49
5	32,9 ±0,57
6	34,5 ±0,46

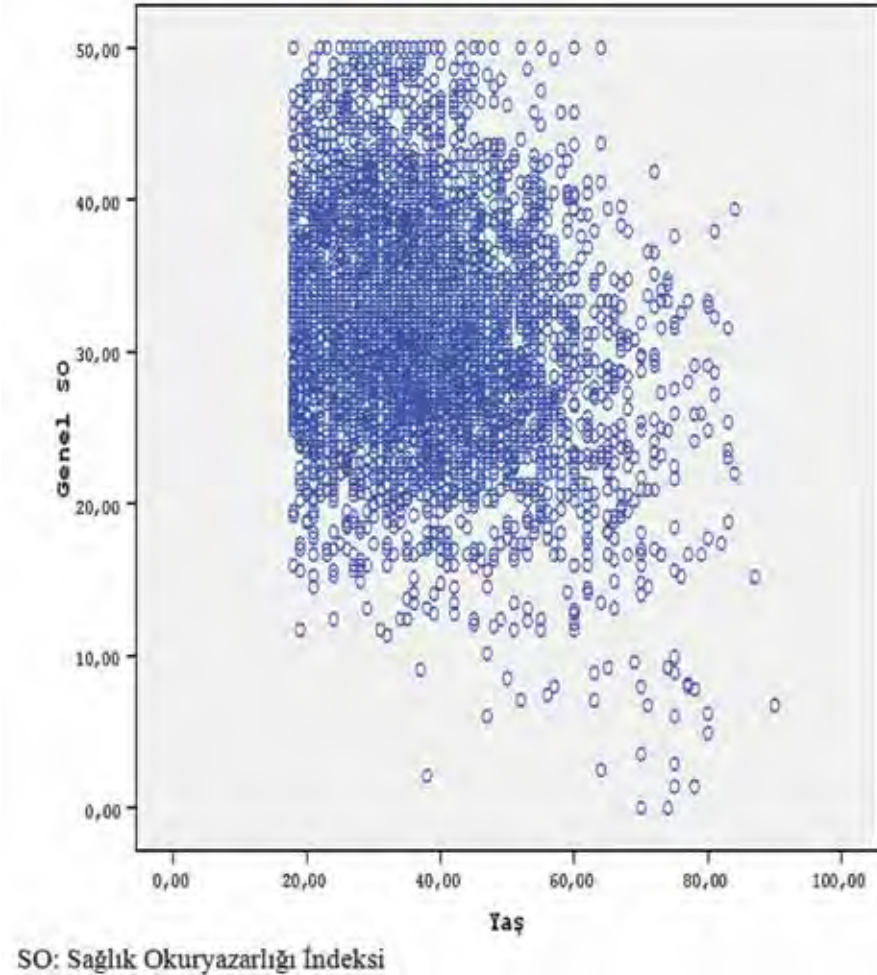
EYYB:En Yeni Yaşamsal Bulgu; SO:Sağlık Okuryazarlığı; SS:Standart Sapma

Cinsiyet ve yaş gruplarına göre genel sağlık okuryazarlığı indeksi ve EYYB anketi puanları ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermiştir (Tablo 10). Hem genel indeks hem de EYYB anketi puanı ile ölçülen sağlık okuryazarlığı daha genç yaş gruplarında daha yüksektir (Şekil 6) ve her 10 yaş grubunda giderek azalmaktadır (Şekil 7).

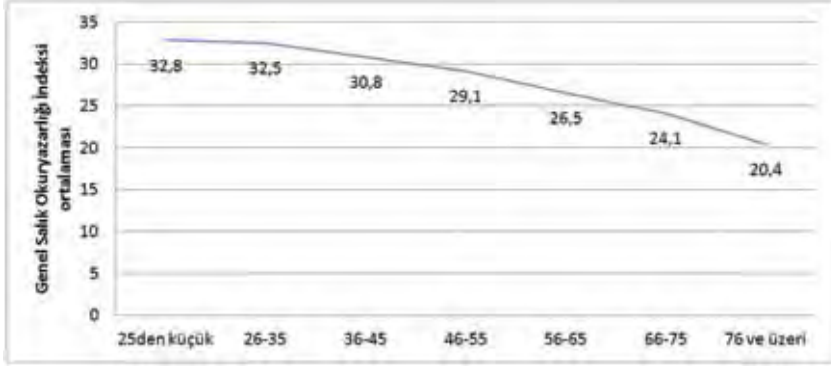
Tablo 10. Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve En Yeni Yaşamsal Bulgu Anketi Puanları Ortalamaları ve Standart Sapmaları

	Genel SO indeksi ± SS	p değeri	EYYB anketi puanı± SS	p değeri
Kadın	30,0 ± 0,24		2,12 ± 0,06	
Erkek	30,7 ± 0,21	< 0,001	2,3 ± 0,06	< 0,001
65 yaş altı	31,1 ± 0,15		2,3 ± 0,04	
65 yaş üstü	23,5 ± 0,71	< 0,001	1,3 ± 0,22	< 0,001

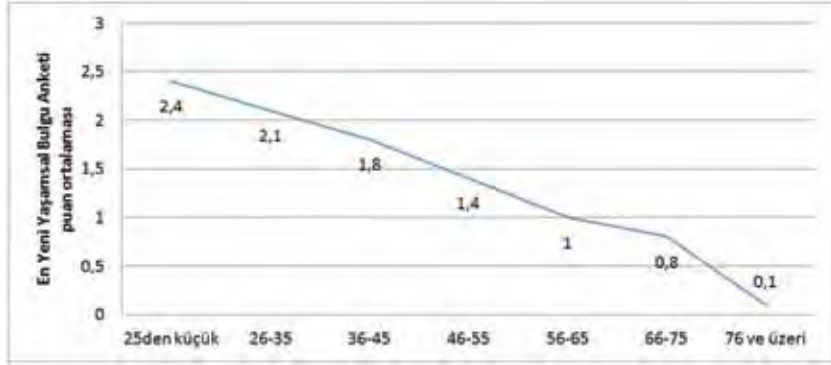
Şekil 6. Yaş ve Genel Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi Dağılımını Gösteren Çizim



Şekil 7. Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksinin Yaş Gruplarıyla İlişkisi

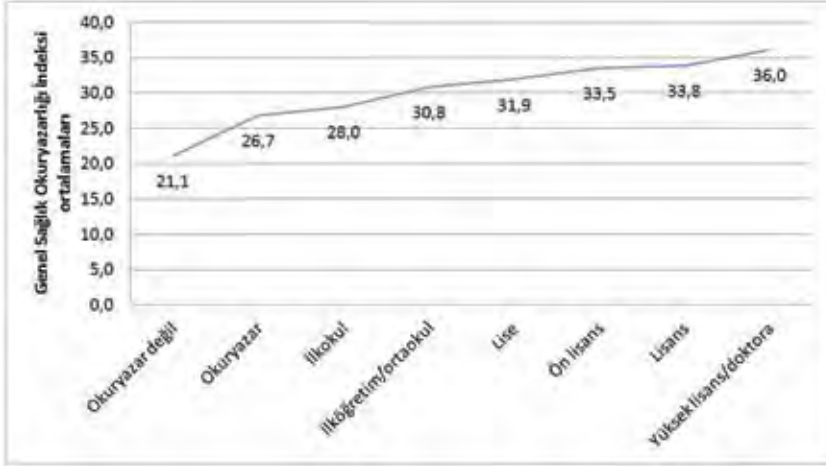


Şekil 8. En Yeni Yaşamsal Bulgu Anketi Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarıyla İlişkisi

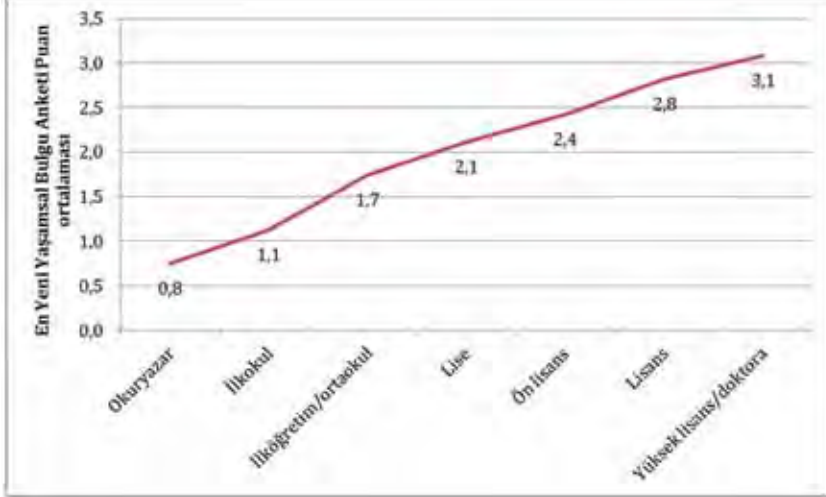


Sekiz eğitim düzeyi kategorisinin her birinde yer alan kişilerin genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamalarına bakıldığında, eğitim düzeyi arttıkça indeksin de 21,1 den 36,0'a doğrusal bir şekilde arttığı görülmüştür (Wald F, 70,429; $p < 0,001$) (Şekil 9). En Yeni Yaşamsal Bulgu anketinin puanları eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında benzer şekilde 1,1 puandan 3,5 puana uzanan doğrusal ilişki görülmüştür (Wald F, 92,139; $p < 0,001$) (Şekil 10).

Şekil 9. Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Ortalamaları ile Kişinin Bitirdiği En Son Eğitim Kurumunun Düzeyinin İlişkisi



Şekil 10. En Yeni Yaşamsal Bulgu Anketi Puan Ortalamaları ile Kişinin Bitirdiği En Son Eğitim Kurumunun Düzeyinin İlişkisi



3.3. Sosyo-Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özellikler

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nın kapsamında çok sayıda sosyo-demografik özellik hakkında veri toplanmış ve Avrupa Sağlık Okuryazarlık Projesi bulguları ile karşılaştırılabilir standart bir bulgu kümesi oluşturmak için analiz edilmiştir. Detaylı tablolar ve açıklamalarına Ek 2'de ulaşılabilir.

- Bölge ve il bazında sağlık okuryazarlığı indeksleri ve mali yoksunluk indeksi frekansları (Tablo Ek 1)
- Eğitim düzeyine göre mali yoksunluk indeksi ortalamaları (Tablo Ek 2)
- Aile yapısı, sosyal statü algısı ve okuma alışkanlıkları (Tablo Ek 3)
- Sosyal statü algısı ile genel sağlık okuryazarlığı indeksi ilişkisi (Şekil Ek 1)
- Sosyal statü algısı ile EYYB anketi puanı ilişkisi (Şekil Ek 2)

Araştırma verilerinin toplandığı dönemde, katılımcıların kendi ifadelerine göre %86,5'i Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından, %3,1 hem SGK hem de özel sigorta kurumu tarafından, %1,3 ise sadece özel sigorta kurumu tarafından sigortalıdır. Hiç bir sosyal güvencesi olmayanların payı %6,9 olarak saptanmıştır. Sosyoekonomik özelliklere ait dağılımlar Tablo 11'de sunulmuştur.

3.4. Kişisel Sağlık Algısı, Sosyal Destek ve Topluma Katılım

Araştırmaya katılanların kişisel sağlık algıları, sağlık hizmetini alırken sosyal bir desteğe ihtiyaçları olup olmadığı ve kronik durumları ile ilgili bazı sorulara ait dağılımlar ile ilgili detaylı tablolar ve açıklamalarına Ek 2'de ulaşılabilir.

- Kişisel sağlık algısı ve kronik hastalık hikayesi (Tablo Ek 4)
- Sağlık hizmeti alırken sosyal destek ve toplumsal katılım (Tablo Ek 5)

Tablo 11. Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile İlişkili Olabilecek Bazı Sosyoekonomik Özelliklerin Dağılımı (n=4924)

	Yüzde
Sağlık giderlerini karşılayabilme durumu	
Çok kolay	20,1
Kısmen kolay	45,2
Kısmen zor	21,5
Çok zor	11,4
Bilmiyor/cevaplandırmadı	1,8
Sağlık giderlerini tamamen kendisi karşılayacak/karşıyor olsaydı karşılıyorsa, ilaç masraflarını ödeyebilme durumu	
Çok kolay	5,7
Kısmen kolay	18,1
Kısmen zor	20,6
Çok zor	52,6
Bilmiyor/cevaplandırmadı	3,0
Son 12 ay boyunca, ayın sonunda faturaları ödemede zorluklar yaşama durumu	
Çoğu zaman	24,8
Zaman zaman	47,4
Hemen hemen hiç/hiç	23,4
Bilmiyor/cevaplandırmadı	4,4

3.5. Tıbbi Öykü, Riskli Sağlık Davranışları ve Alışkanlıklar

Katılımcıların kendi beyanları doğrultusunda edinilen bilgilerle tıbbi öykü, riskli sağlık davranışları ve alışkanlıklar değerlendirilmiştir. Akılcı ilaç kullanımı çerçevesinde yapılan değerlendirmede, katılımcıların yaklaşık yarısı doktor önerisi olmadan ilaç kullanabildiğini, çoğunlukla da kendi bilgisine dayanarak ya da eczacıya danışarak ilaç kullanmaya karar verdiğini belirtmiştir. Detaylı tablolar ve açıklamalarına Ek 2'de ulaşılabilir.

- Sigara ve alkol kullanım alışkanlıkları (Tablo Ek 6)
- İlaç kullanma (Tablo Ek 7) ve evde ilaç bulundurma alışkanlıkları (Tablo Ek 8)

3.6. Sağlık Hizmetlerini Kullanma Özellikleri ve Sağlık Sonuçları

Katılımcılara Sağlık Bakanlığı'nın ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olup olmadıkları sorulduğunda sadece %13,5'i "haberdar" olduklarını belirtmiştir. Bu gruptaki sorulara örnek olarak, Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılını "Sağlıklı Yaşam ve Hareket Yılı" olarak ilan ettiğinin hatırlatılması üzerine %14,6'sı bu kampanyayı hatırladıklarını ifade etmiş ve bunların %27'si bu kampanya çerçevesinde kendilerine bir program yaptıklarını belirtmiştir. Bunun dışında kişilerin dile getirdiği kampanyalar "Dumansız Hava Sahası", "Obezite ile Mücadele", "Aşı" ve "Organ Bağışı" Kampanyaları olmuştur.

Sağlık bilgisine erişmek için kişilerin yarısından fazlası öncelikle doktora danışmayı tercih ederken, üçte biri ise öncelikle televizyon ve internetten bilgiye erişmeye çalıştığını belirtmiştir (Tablo 12). Aile hekimini tanıyanların grup içindeki oranı %73,1 olarak saptanmıştır. Toplumun %50,3'ü son bir yıl içerisinde aile hekimlerini ziyaret ettiklerini ve %4'ü ise son bir yıl içerisinde aile hekimleri tarafından ziyaret edildiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 12. Sağlık Bilgisine Erişim (n=4900)

Genel olarak sağlık bilgisine <u>ilk olarak</u> nereden erişirsiniz?	Yüzde
Televizyon	10,9
Radyo	0,3
Gazete, dergi	1,0
İnternet	19,9
Doktor	57,7
Hemşire	4,1
Eczacı	1,9
Diğer sağlık çalışanı	1,9
Diğer	2,2

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi'nde yer alan sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıkları ile karşılaştırma yapabilmek için başvuru sayıları kategorize edilerek acil servis ve diğer sağlık hizmetlerinin kullanıma yaygınlıkları katılımcıların beyanları doğrultusunda değerlendirilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Başvuru Sayılarının Kategorilerine Göre Sağlık Hizmet Kullanım Yaygınlıkları

		Yüzde
Son 2 yıl içerisinde acil servise başvuru sayısı	Yok	47,3
	1-2	26,6
	3-5	17,7
	6 ve üzeri	8,4
Son 12 ay içerisinde herhangi bir doktora başvurusu sayısı	Yok	19,0
	1-2	26,3
	3-5	28,1
	6 ve üzeri	26,7
Son 12 ay içerisinde hastane hizmetlerini kullanım sayısı	Yok	19,0
	1-2	26,3
	3-5	28,1
	6 ve üzeri	26,7
Son 12 ay içerisinde diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, diş hekimi veya optisyen gibi herhangi bir (doktor dışı) sağlık profesyonellerine başvuru sayısı	Yok	54,5
	1-2	31,2
	3-5	10,0
	6 ve üzeri	4,3

Grubun %71,1'i acil servislere kullanılmakta olan triyaj uygulamasından haberdar olmadıklarını belirtmişlerdir. Triyaj renk kodları sorulduğunda ise yaklaşık yarısı (%50,6) bilmediğini, dörtte biri (%24,0) de hatırlamadığını ifade etmişlerdir. Buna karşılık %88,8'i acil hizmetler (ambulans) numarası olan 112'yi bildiğini, %15,3'ü şimdiye kadar en az bir kez ambulans çağırdığını belirtmiştir.

Kişilerin sağlık sorunları nedeniyle genel olarak ilk başvurdıkları sağlık kurumu Devlet Hastaneleri olarak saptanmıştır. Kronik hastalık takibi (%18,9) ve koruyucu uygulamalar (%10,7) nedeniyle yapılan başvuruların tüm başvurular içindeki payı oldukça düşüktür (Tablo 14).

Tablo 14. Sağlık Hizmetleri Kullanım Alışkanlıkları

Genel olarak <u>ilk başvuru</u> olan sağlık kuruluşu (n=4914)	Yüzde
Aile hekimliği	23,4
Devlet hastanesi	63,9
Üniversite hastanesi	3,5
Özel hastane	8,3
Muayenehane	0,6
Diğer (...)	0,2
Genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarına (sağlık hizmetlerine) en sık başvuru nedeni (n=4833)	
İlaç yazdırmak	28,7
Kronik hastalık takibi	18,9
Koruyucu sağlık hizmetleri	10,7
Akut durumlar	33,6
Diğer (...)	8,1

Sağlık sistemini kullanma özellikleri ile ilgili daha detaylı tablolara Ek 2’de ulaşılabilir.

- Kişilerin hastalık durumundaki davranışları (Tablo Ek 9)
- Sağlık hizmetlerinden ve sağlık çalışanlarından memnuniyet (Tablo Ek 10)

3.7. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Erişkinler için önerilen koruyucu sağlık taramaları araştırma kapsamında yaş ve cinsiyet göz önüne alınarak ayrı olarak irdelenmiştir. Son bir yıl içinde genel sağlık muayenesinden geçme oranı %50, kan basıncı ölçüm oranı ise %63 olarak tespit edilmiştir (Tablo 15). Kolon kanseri taraması ise ancak %8,5 düzeyinde olmuştur.

Tablo 15. Yaş ve Cinsiyete Göre Tanımlanan Koruyucu Hekimlik Önerilerine Uyum Oranı

Sağlık aktivitesi	Yüzde
Son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçme (n=4924)	49,5
Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanı tarafından tansiyon ölçümü (n=4924)	63,3
2013-14 sezonunda grip aşısı (n=4924)	8,7
2013-14 sezonunda grip aşısı (65 yaş üstü kişiler arasında) (n=511)	10,2
Kendi kendine meme muayenesi (18 yaş ve üstü kadınlarda) (n=2432)	40,9
Mamografi yaptırmak (40 yaş ve üzeri kadınlarda son iki yıl içinde, 50 yaş ve üzerinde son bir yıl içinde) (n=1192)	28,7
Serviks kanseri (pap smear) testi yaptırmak (21-65 yaş arası kadınlarda son üç yıl içinde) (n=2026)	18,0
Kendi kendine testis muayenesi (18 yaş üstü erkeklerde) (n=2377)	20,4
Kolon kanseri taraması için kolonoskopi, sigmoidoskopi veya dışkıda gizli kan (50 yaş üstü) (n=1288)	8,5
Osteoporoz taraması (65 yaş üstü kadınlar) (n=268)	32,5
Son bir yıl içinde herhangi bir nedenle diş hekimine gitme (n=4924)	38,2



BÖLÜM 4

4. TARTIŞMA

Toplumun yaşlanması ile birlikte yaygınlığı artan kronik hastalıkların ve bunların komplikasyonlarının yükü; sağlık sistemlerinin artan hacmine karşın, hastaya ayrılan zamanda ve hizmet kalitesindeki azalma; modern sağlık hizmeti sunumunda hasta otonomisini gerektiren hasta merkezli bakım kavramının sağlık sunum algoritmalarında yaptığı değişiklikler toplumdaki bireylerin kendi sağlıkları ve hastalıkları hakkında bilgili olma, karar sürecinde yer alma ve sorumluluk alma zorunluluklarını doğurmuştur (31). Ancak daha yüksek kaliteli ve maliyet bilinçli bir sistem için hastayı sisteme ve karar mekanizmasına dahil etmek hedeflenirken hastaların kendilerine verilen bu sorumlulukla başa çıkmak için ne kadar hazır oldukları çoğu durumda bilinmemektedir (51). Bu konuda yeterince hazır olmayan kişi/hastalara bu sorumlulukları yüklemek hastayı ve sistemi korumak yerine tam tersi hasta güvenliğini ve sistemin sürdürülebilirliğini tehdit edebilme potansiyeline sahiptir. Bu nedenle toplumlarda kişilerin sağlık sistemine katılımı, kendi sağlığı konusunda söz ve sorumluluk alma becerisi ve motivasyonu değerlendirilirken öncelikle kişilerin ve toplumların sağlık okuryazarlık düzeylerinin saptanması gereklidir.

Sınırlı ya da yetersiz sağlık okuryazarlığının yanlış sağlık kararları, daha riskli sağlık davranışları, daha kötü sağlık parametreleri ve sağlık sisteminin daha fazla kullanılması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sağlık okuryazarlığı hakkındaki araştırmalar genelde bir ülkeye, belirli bir hasta topluluğuna ya da hizmet sunum alanına sınırlı kalmıştır, bu nedenle topluma genellenebilmesi mümkün olmamıştır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi bu anlamda geniş toplulukları temsil eden ilk çalışmadır (22). Bu çalışmayı izleyen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Türkiye'deki sağlık okuryazarlığı düzeyini ve bu düzeyi etkileyen değişkenleri saptamak amacıyla yapılan ilk saha çalışmasıdır.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçekleri temel alınarak yapılan çalışmada Türkiye toplumunun %64,6'sının "sorunlu veya yetersiz" sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı izlenmektedir (Tablo 16). Genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalama puanı 30,4 olan Türkiye, sağlık okuryazarlığında Avrupa ortalamasının oldukça gerisinde kalmaktadır (Tablo 17). "Yeterli ve mükemmel" sağlık okuryazarlığı kategorisi içerisinde yer alan kişilerin payı %35,4'tür, başka bir ifade ile toplumda her üç kişiden sadece birinin sağlık okuryazarlık durumu yeterli veya daha iyi düzeydedir. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının Türkiye'de sorunlu bir alan olduğunu ve sağlık sistemindeki her türlü iyileştirme ve kalite geliştirme çalışmasında başarı için öncelikle ve hızlı bir şekilde toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılmasına yönelik girişimlerde bulunulmasına ihtiyaç duyulduğuna dikkat çekmektedir.

Tablo 16. Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri İçin Türkiye ve Avrupa Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Türkiye toplumunda yüzde	Avrupa toplumunda yüzde
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	24,5	12,4
Sorunlu sağlık okuryazarlığı	40,1	35,2
Yeterli sağlık okuryazarlığı	27,8	36,0
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	7,6	16,5

Tablo 17. Genel ve Alt Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri İçin Türkiye ve Avrupa Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Türkiye ortalama ± SS	Avrupa ortalama ± SS
Genel SO indeksi	30,4 ± 0,16	33,8 ± 8,0
Sağlık hizmeti SO indeksi	31,1 ± 0,16	34,7 ± 8,3
Hastalıktan korunma SO indeksi	29,8 ± 0,18	34,2 ± 8,8
Sağlığın iyileştirilmesi SO indeksi	29,9 ± 0,17	32,5 ± 9,1
SO: Sağlık Okuryazarlığı; SS: Standart Sapma		

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda, EYYB testinde elde edilen ortalama puan $2,2 \pm 0,04$ olarak hesaplanmıştır. Buna göre, kategorik değerlendirmede katılımcıların sadece %30'u "yeterli" sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer almıştır. Avrupa genelinde ortalama puan $3,5 \pm 2,1$; "yeterli" okuryazarlık kategorisinde olanların payı ise % 55,3'tür. Türkiye'de de daha önce Özdemir ve arkadaşlarının birinci basamak sağlık sistemini kullanan 456 hastada uyguladıkları EYYB testinin ortalama puanı $2,60 \pm 0,08$ olup, kadınlarda, düşük ekonomik durumu olanlarda, ilkökul mezunlarında ve yaşlılarda diğer gruplara kıyasla daha düşük bulunmuştur (38). Ancak, bu çalışma sadece belirli bir toplulukta birinci basamak sağlık hizmeti almak için başvuran hastalarda yapılan kısıtlı bir çalışma olduğu için, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda yapılan karşılaştırmalarda uluslararası belirlenmiş eşik değerler esas olarak alınmıştır. Temel sağlık okuryazarlığının standart bir ölçütü olan EYYB testi ile genel sağlık okuryazarlığı indeksi arasında korelasyon vardı ve özellikle 2'nin altında puan alanlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi olma olasılığı yüksek olduğu için, klinisyenlerin bu gruptaki hastalarla iletişim kurarlarken bu noktayı göz önüne almaları gerekmektedir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda kullanılan temel ölçek SOYA-AB anketinin iç geçerliliği ve sağlık okuryazarlığı indekslerinin güvenilirliği bu çalışmada kanıtlanmıştır. Özellikle sınırlı sağlık okuryazarlığı olan kişilerde EYYB testinin TOFHLA'dan daha duyarlı olduğu; EYYB testinde 4'ün üzerinde puan alanların TOFHLA'da yeterli sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı belirtilmiştir. Türkiye Sağ-

lık Okuryazarlığı Araştırması'nda kullanılan bu anketler ile, hem Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması bulgularıyla karşılaştırma yapmak hem de bundan sonra Türkiye'de yapılacak başka sağlık okuryazarlığı çalışmaları için güvenilir ölçekler oluşturmak mümkün olmuştur.

Avrupa çalışması ile Türkiye çalışmasının anket cevapları arasında dikkati çeken başlıca iki alanda fark vardır:

- 1) Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak ve ne yapılacağını anlamak;
- 2) Riskli davranışlar, alışkanlıklar ve koruyucu hekimlik uygulamaları alanında bilgiye ulaşmak, bilgiyi anlamak ve değerlendirme aşamaları.

Bu soru gruplarında Türkiye verilerinde yer yer iki katını geçen oranlarda daha fazla 'zor' veya 'çok zor' cevabı verilmiştir. Bu bulgular Türkiye çalışmasında ortaya konan yüksek sıklıktaki acil servis başvuruları ve düşük düzeydeki koruyucu sağlık uygulamaları ile bağdaşmaktadır. Bunların yanında hem Avrupa hem de Türkiye çalışmasında, katılımcılardan sık olarak 'Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak' sorusunu "zor" olarak cevaplandırmışlardır.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nın planlanması aşamasında birçok ölçek gözden geçirilmiş ve Türk toplumunun sağlık okuryazarlık düzeyini ölçebilmesi için geçerli olup olmayacağı değerlendirilmiştir. Örneğin, ABD'de kullanılmakta olan TOFHLA, okur-yazarlığın daha kapsamlı değerlendirilmesi ve düşük okur-yazarlığın sağlık durumuna etkisini anlamaya yarayacak kavramsal bir çerçeve oluşturulması amacıyla "Sağlık Hizmetleri Projesi" kapsamında geliştirilmiş bir ölçektir (3, 39). Testin ölçmeye çalıştığı okur-yazarlık bireyin, sağlık sistemini anlayıp onunla düzgün iletişim kurma becerisiyle ilişkili olup özellikle sayısal ve sözel anlama becerileri üzerine yönelmektedir. Uluslararası literatürde sağlık okuryazarlığını saptamadaki değeri üzerine birçok çalışma olsa da (20), bu anket Amerikan sağlık sistemine özgü birçok soru içerdiği ve sadece İngilizce ve İspanyolca için validasyonu yapılmış olduğu için Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda kullanılmamıştır.

Avrupa genelinde de -geniş farklılıklar olmakla birlikte- yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı prevalansı oldukça yüksektir ve sadece azınlık grupların sorunu olarak görülemeyecek derecede büyük bir sorundur (22). Amerika Birleşik Devletleri verilerine göre de toplumun yaklaşık dörtte biri sınırlı sağlık okuryazarlığına sahiptir ve bu nedenle sağlık sistemini kullanmakta, sağlık kararları vermekte ve kaliteli bir sağlık hizmeti almakta zorlanmaktadır (64). Avustralya'da halkın yarısından azı günlük temel işlevleri yerine getirecek asgari oranda okuryazarlığa ve matematik bilgisine sahiptir (2). Sağlık okuryazarlığının, genellikle okuryazarlık ve sayısal becerilerden de düşük düzeyde olduğu göz önüne alınırsa toplumlar ve sağlık sistemleri için ne kadar ciddi bir sorun olduğu anlaşılabilir.

İleri yaş sınırlı sağlık okuryazarlığı için bilinen bir risk faktörüdür. Bu çalışma sonuçları da en yüksek sağlık okuryazarlık düzeylerinin en genç yaş gruplarında kümelendiğini, yaşla beraber doğrusal olarak sağlık okuryazarlığının azaldığını göstermiştir. Sequeira ve meslektaşları bilişsel işlev bozukluğu olmayan 65 yaş üstü kişiler arasından sağlık okuryazarlığı sınırlı olanların sadece bir yıllık bir sürede dahi hızlı bir şekilde işlevlerinde kayıplar yaşadıklarını göstermişlerdir (50). İleri yaş gibi adolesan dönem de düşük sağlık okuryazarlığı için bir risk faktörü olarak görülmektedir. Türkiye SOYA çalışmasında, on sekiz yaşın altında adolesan yaş grubunda katılımcı olmadığı için, sağlık okuryazarlığında 16 yaş civarında beklenen düşüş görülememiş ancak en genç yaş grubunda indeksin artış ivmesinin kesilmesi dolaylı bir bulgu olarak bu lehte değerlendirilmiştir.

Sekiz eğitim düzeyi kategorisinin her birinde yer alan kişilerin genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamalarına bakıldığında, eğitim düzeyi arttıkça indeksin de doğrusal bir şekilde arttığı görülmüştür. Eğitim düzeyinin düşük olması ve toplam okul yılı sınırlı sağlık okuryazarlığı için bir risk faktörü olsa da, yüksek eğitim düzeyi yeterli sağlık okuryazarlığı için tek başına yeterli değildir. Ciccarelli-Shah ve meslektaşlarının çalışmasında EYYB testi ile yüksekokul/üniversite eğitimi almış Amerikalı bireylerin %38 kadarında sınırlı sağlık okuryazarlığı saptanmıştır (13).

Sınırlı sağlık okuryazarlığının, toplumun bazı kesimlerinde daha sık olduğu (30) ve daha kötü sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (18). Avrupa Birliği çalışmasında, ortalama sağlık okuryazarlığı maddi sıkıntısı olmayan gençlerde, yüksek sosyal statü algısı ve eğitim düzeyi olanlarda ve kadınlarda daha yüksektir. Çok değişkenli modellere konulduğunda da bu beş değişken anlamlı olarak etken olmaya devam etmiştir (22, 52). Sosyoekonomik durum ve sağlık okuryazarlığı arasında iki yönlü bir ilişki bulunmaktadır: 1) Bu çalışmada da saptandığı üzere sosyoekonomik düzey düştükçe sağlık okuryazarlığı düzeyi de düşmüştür. 2) Diğer taraftan sınırlı sağlık okuryazarlığı artmış sağlık harcamaları ile de ilişkilidir. Sınırlı sağlık okuryazarlığının her yıl kişi başına 143-7798 dolar sağlık harcaması ya da toplam sağlık harcamasının %3-5'inden sorumlu olduğu saptanmıştır (19). Görüleceği üzere hâlihazırda daha kötü ekonomik parametrelere sahip olan bir kişinin düşük sağlık okuryazarlık düzeyi, hem mikroekonomik hem de makroekonomik açıdan kişiyi ve sistemi kısır bir döngüye sokmaktadır. Çalışmamızda toplumda sosyal güvencesi olmayan halen %7 oranında bir grup olması da bu bağlamda üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur.

Özellikle büyük şehirlerde ayrımı iyice silikleşen yaşam alanlarında, 30 büyükşehir belediyesinin kurulması ile ilgili kanundan sonra da kent-kır ayrımının tamamen anlamını yitirdiği, büyükşehirlerde kır oranının % 3'e düştüğü bilinmektedir (58). Bu nedenle ülkemizde sağlık okuryazarlığını değerlendirirken kır-kent ayrımı yapmak yanıltıcı olabilir.

Bu araştırmanın en çarpıcı sonuçlarından birisi ise halkın sadece %13,5'inin Sağlık Bakanlığı'nın kampanyalarından haberdar olmasıdır. Oysaki, kronik hastalıklarla ve riskli yaşam tarzı alışkanlıkları ile mücadelede öncelikle farkındalık olmalıdır ki, sorunu çözmek için eğitim ve davranış değişikliği oluşturma gibi çözümler başarılı olabilsin. Kronik hastalıklarla mücadelede hem Dünya Sağlık Örgütü'nün hem de Sağlık Bakanlığı'nın stratejileri doğrultusunda atılan ciddi adımlar mevcuttur. Sağlık okuryazarlığının artırılması da bu stratejilerin bir parçası olma-

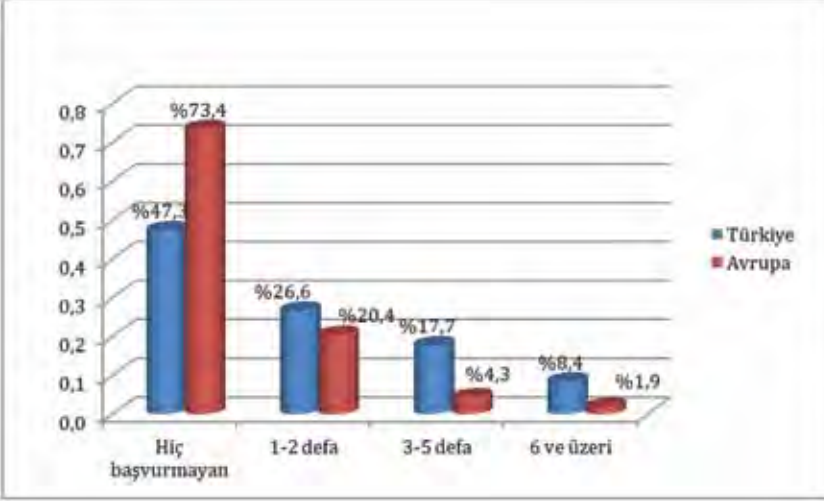
lıdır. Sadece birinci basamakta değil sağlık hizmetinin sunulduğu her alanda, öncesağlık çalışanlarının sonra da halkın sağlık okuryazarlığı konusundaki farkındalığı arttırılmalıdır (55). Sonrasında, diyetisyen, eczacı, fizyoterapist gibi diğer sağlık branşlarının da dahil olduğu çok yönlü yaklaşımlar daha etkin davranış değişikliklerine yol açacaktır (17).

Sağlık okuryazarlığının ilaç kullanım alışkanlıkları ve doğru ilaç kullanımıyla ilişkili olduğunu gösteren ilk çalışmalardan biri Williams ve arkadaşlarına aittir. Bir astım kliniği ve acil servis dahilinde yapılan çalışmada, REALM ile yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi ile yanlış hastalık bilgisi ve ölçülü doz inhaler astım ilaçlarını yanlış kullanımı arasında güçlü bir ilişki gösterilmiştir (68).

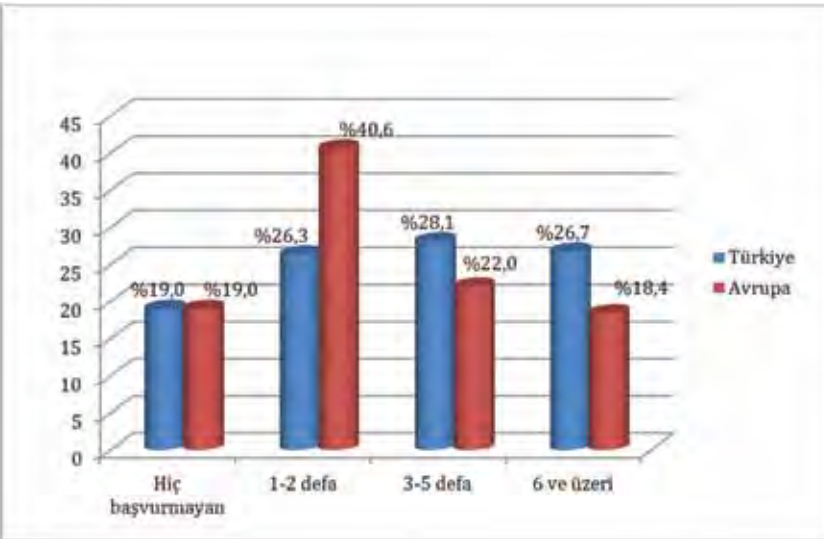
Avrupa çalışmasında genel sağlık okuryazarlığı ortalaması ile doktor ziyaretleri, acil servis kullanım frekansı ve hastane hizmetleri kullanım frekansı arasında düşük dereceli bir ilişki saptanmıştır (22). Acil servis kullanımı ile ilgili benzer bir etkileşim acil servise ateş nedeniyle getirilen çocukların bakımından sorumlu kişilerin sağlık okuryazarlık derecesi ile acil servise acil olmayan başvurular arasında da gösterilmiştir (33). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda, Türk toplumunun ortalama Avrupa topluluğundan çok daha fazla acil servis hizmetlerini kullandığının görülmesi, daha düşük sağlık okuryazarlığının daha sık acil servis kullanımı ile ilişkili olduğunu dolaylı olarak göstermektedir (Şekil 11). Doktor ve hastane hizmetlerinden yararlanma frekansları Avrupa verilerinden daha yüksek olmakla birlikte (Şekil 12 ve 13), diyetisyen, optisyen v.b. sağlık personelinin hizmet alım frekansı daha azdır (Şekil 14). Sağlık okuryazarlığı ile sürdürülebilir ve kaliteli bir sağlık sistemi arasındaki çok yönlü etkileşim göz önüne alınmalıdır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini ve hizmetleri kullanma özelliklerini de etkilemektedir. Kişi sağlık sistemi içerisinde ne kadar çok zaman geçiriyorsa, aslında sağlık sisteminden o kadar az kaliteli hizmet alıyor demektir. Yani, kalite uçurumları derin olan bir sistem içerisinde, her ne kadar hizmet hacmi büyük ve sağlık hizmetine erişim kolay olsa da, kişi 'değer' anlamında daha düşük kaliteli bir hizmet almakta ve bu nedenle çözülemeyen sorunlar, komplikasyonlar gibi nedenlerle sistem içerisinde daha çok zaman geçirmektedir. Sağlık

okuryazarlığında eş zamanlı iyileşmeler olmadan kalite gelişimi, maliyetlerin düşürülmesi ve hakkaniyetsizliklerin azaltılması çabaları yersiz kalacaktır.

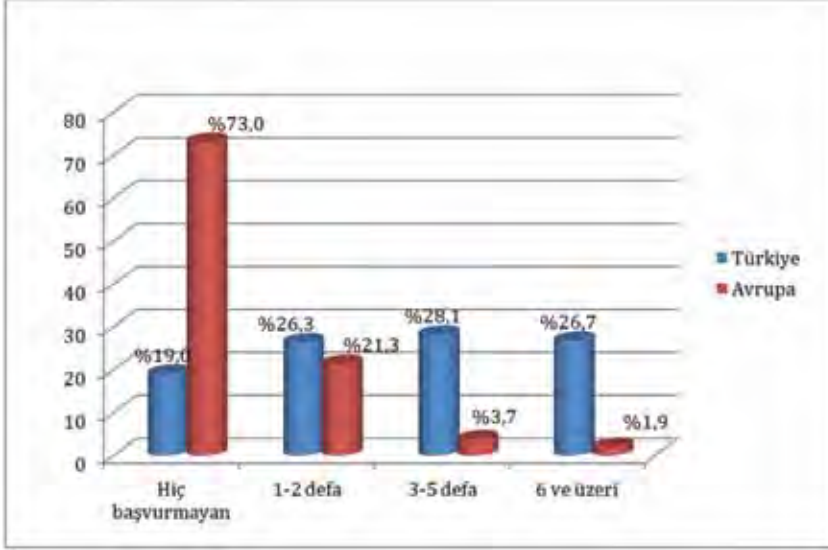
Şekil 11. Son 2 Yıl İçerisinde Acil Servise Başvuru Sayısı



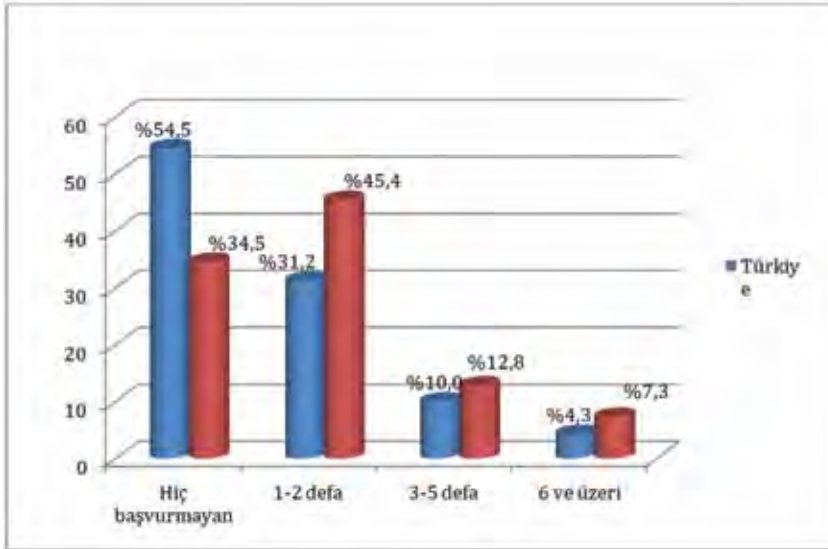
Şekil 12. Son 12 Ay İçerisinde Doktora Başvuru Sayısı



Şekil 13. Son 12 Ay İçerisinde Hastane Hizmetlerini Kullanım Sayısı



Şekil 14. Son 12 Ay İçerisinde Diğer Sağlık Personellerine Başvuru Sayısı



Genel olarak ve yaşa ve cinsiyete özgü olarak irdelenmiş koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlığı oldukça düşük çıkmıştır. Çalışmanın yapıldığı sezonda grip aşısı yapılanların oranı sadece %8,7 iken, 65 yaş üstü riskli kişilere bakıldığında bile sadece %10 dolaylarında bulunmuştur. Kolon kanseri, taranması gereken toplumun %10'undan azında taranan bir kanser olarak ülkemizde kanser tarama programlarının yetersizliğini gözler önüne sermiştir. Literatürde koruyucu sağlık uygulamaları ve sağlık sisteminden yararlanma hakkında yazılmış geniş bir sistematik değerlendirmenin sonuçları da bu bulguları desteklemektedir. Daha düşük sağlık okuryazarlığı daha az mamografi taramaları ve influenza aşısı, uygunsuz ilaç kullanımı ve ilaç etiketlerini anlayamama, acil servislere daha fazla başvuru ile ilişkili bulunmuştur (8). Sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığı diyabetik hastalarda daha yüksek hemogloblin A1C düzeyleri, daha kötü glisemik kontrol, daha fazla retinopati ile ilişkili iken (48) yaşlılarda artmış mortalite ile ilişkili olduğu bilinmektedir (6). Oysa ki, örnek olarak sağlık okuryazarlığını geliştirmek adına pnömokok aşılmasında hasta eğitimini sağlayan bir sayfalık, basit bir dille yazılmış bir bilgilendirme broşürünün bile aşılama oranlarını beş katına kadar arttırabildiği gösterilmiştir (26). Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde çok önemli bir role sahip olan erişkin aşılamasında da, Türkiye olarak oldukça gerisinde olduğumuz aşılama hedeflerine ulaşmak için sağlık okuryazarlığını geliştirecek adımlar atılması gerekmektedir.

BÖLÜM 5

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, toplumun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, Türkiye'deki erişkin nüfusun 35 milyonunun yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı anlamına gelmektedir (Tablo 18). Yaş gibi değiştirilemeyen bir faktörle beraber, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey iyileştirilebilecek faktörler olarak sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri olarak ön plana çıkmaktadır.

Tablo 18. Her Bir Sağlık Okuryazarlık Düzeyindeki Erişkinlerin Oranı ve Sayısı

Sağlık okuryazarlığı düzeyi	Her bir düzeydeki erişkinlerin oranı (yüzde)	Karşılık gelen erişkin nüfus (milyon)
Yetersiz	24,5	13,2
Sorunlu	40,1	21,6
Yeterli	27,8	15,0
Mükemmel	7,6	4,1

Günümüz sağlık sistemlerinde kişilerin;

- Yaşam şekillerinde değişiklikler yapmaları,
- Tedavileri ve bakımları için karar verme sürecinin içinde yer almaları,
- Her ne kadar karmaşık olursa olsun, tedavileri ile ilgili yönlendirmeleri eksiksiz yerine getirmeleri,
- Yani, genel olarak hem sağlıkları hem de hastalıkları hakkında bilgi ve sorumluluk sahibi olmaları beklenmektedir.

Bu nedenle sınırlı sağlık okuryazarlığının hem kişi hem de sağlık sistemi üzerinde pek çok olumsuz etkisi vardır. Bunlar:

- Daha sağlıksız yaşam (8),
- Hipertansiyon, diyabet ve astım gibi kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği, verilen eğitimleri anlamada güçlük (48),
- Kronik hastalık yönetim programlarında başarısızlık (4, 21, 68),
- Sağlıklı kalma ve koruyucu sağlık hizmetlerini ile ilgili bilgi eksikliği ve bu hizmetleri kullanmada sorunlar (49),
- Verilen tedaviye uymada güçlük ve ilaç uygulama hatalarında artma,
- Hastaneye yatışlarda ve acil servis kullanımında artma (5),
- Sağlık harcamalarında artma (65) ve
- Kanseri taraması, riskli sağlık davranışlarını önleme gibi sağlık geliştirme programlarında başarısızlık olarak özetlenebilir.

Organizasyonlar bazında sağlık okuryazarlığını geliştirici adımlar atılması için devletin başlatacağı girişimler ve oluşturacağı politikalar mutlaka yol gösterici ve destekleyici olacaktır (69). Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için 3 ana gelişim noktası belirlemiştir (24):

- Toplum ve toplumun kültürü,

- Sağlık sistemi ve
- Eğitim sistemi.

Açıktır ki sadece sağlık sistemini temel ve hedef alan çabalar Türkiye'nin sağlık okuryazarlık düzeyini yükseltmek için yetersiz kalacaktır. Bu nedenle, potansiyel müdahale alanlarının tümünün hedef alınarak sağlık okuryazarlığını geliştirme stratejilerinin belirlenmesi gerekmektedir (Şekil 1).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (TR-SOYA), ülkemizde sağlık okuryazarlığı kavramı çerçevesinde yapılan ülkeyi temsil eden ilk ve tek araştırmadır. Ülke temsiliyeti olan bu çalışmanın sonuçlarının kıymetli olduğuna ve bundan sonraki araştırma ve süreç geliştirme çalışmalarına temel sağlayacağını düşünmekteyiz.

5.2. Öneriler

Devletlerin ve kurumların sağlık okuryazarlığını destekleyecek hastane ortamları oluşturabilmeleri, politikalar belirleyebilmeleri (44) ve doktorların hastalarına sağlık okuryazarlığı kazandırabilmeleri için gerekli olan esas ilkeler aşağıda özetlenmiştir (9, 10):

- Herkesin güvenilir, anlaşılabilir bilgiye ulaşma ve sağlık okuryazarlık düzeyini iyileştirme fırsatı olmalıdır.
- Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için oluşturulacak politikalarda toplumun kültürel alt yapısı, sağlık sistemi ve eğitim sistemini içine alacak çok boyutlu ve çok sektörlü bir araştırma ve geliştirme ajandasına gereksinim vardır.
- Sağlık ve bilim, temel eğitimin (12 yıllık) bir parçası olmalıdır.
- Toplumun sağlık okuryazarlığının yeterli düzeye yükseltilebilmesi için öncelikli hedefler arasında toplumun eğitim düzeyinin ve ekonomik parametrelerinin iyileştirilmesi yer almalıdır.
- Kişinin eriştiği basılı, görsel/işitsel ve sosyal medyadaki dokümanların -kaynağı ne olursa olsun-içeriği güvenilir ve kolaylıkla anlaşılabilir olmalıdır.
- Kurumlar, sağlık okuryazarlığını misyon, yapı ve süreçlere dahil

edecek liderliğe sahip olmalıdır,

- Öncelikle sağlık işgücü sağlık okuryazarı olmalıdır.
- Kişiler arası iletişimde sağlık okuryazarlığı stratejileri kullanılmalı ve karşdakinin anladığından emin olunmalıdır.
- Bakım geçişleri ve ilaçların anlatılması gibi yüksek riskli durumlarda sağlık okuryazarlığı değerlendirilmelidir.
- Sağlık okuryazarlığının planlanması ve ölçütlerin değerlendirilmesi hasta güvenliği ve kalite gelişimi süreçlerine dahil edilmelidir.
- Sağlık bilgileri ve servislerinin tasarımı, uygulanması ve değerlendirilmesinde onları kullanacak olan kişiler sürece dahil edilmelidir.
- Sağlık bilgilerine, sağlık hizmetlerine ve yer/yön bulma yardımına erişimdekolaylık sağlanmalıdır.
- Sağlık okuryazarlığı kazandırılması için kişinin sağlık hizmeti aldığı her alan çok kıymetlidir ve özellikle her doktor-hasta etkileşimi bir fırsattır. Sağlık çalışanlarına serbestçe ve rahatça soru sorabilme fırsatı olmalıdır.
- Doktorun hastasına uygun şartlarda, yeterli zaman ayırabilmesi ve kaliteli hizmet sunabilmesi için ‘hastabaşı’ ödemeye dayalı niteliksel bir performans sisteminden ‘kaliteye’ dayalı niteliksel bir ödeme sistemine geçilmelidir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçekleri temel alınarak yapılan bu çalışmada **Türkiye’deki erişkin toplumun %64,6’sının sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı** saptanmıştır. Bir diğer deyişle; **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, toplumun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Daha kaliteli sağlık hizmeti sunumuna ulaşabilmek için, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini iyileştirecek ciddi adımların en kısa zamanda atılması gerekmektedir.**

Sağlık bilgilerini anlamak ve alacağı sağlık hizmetinin karar sürecinde aktif rol ve sorumluluk almak her bireyin hakkıdır.



KAYNAKLAR

1. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. (1999). Health Literacy. Report of the Council on Scientific Affairs, Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. JAMA, 281(6): 552-557.
2. Adams RJ, Appleton SL, Hill CL, Dodd M, Finlay C and Wilson DH. (2009). Risks Associated with Low Functional Health Literacy in an Australian Population. The Medical Journal of Australia, 191(10): 530-534.
3. Al Sayah F, Williams B and Johnson JA. (2013). Measuring Health Literacy in Individuals with Diabetes: A Systematic Review and Evaluation of Available Measures. Health Education and Behavior, 40(1): 42-55.
4. Bailey SC, Brega AG, Crutchfield TM, Elasy T, Herr H, Kaphingst K, Karter AJ, Moreland-Russell S, Osborn CY, Pignone M, Rothman R and Schillinger D. (2014). Update on Health Literacy and Diabetes. The Diabetes Educator (doi: 10.1177/0145721714540220, published ahead).
5. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J and Peel J. (2002). Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. American Journal of Public Health, 92(8): 1278-1283.
6. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA and Huang J. (2007). Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons, Archives of Internal Medicine, 167(14): 1503-1509.
7. Başkent Üniversitesi. (2004). Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Raporu, TC Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Başkent Üniversitesi, Ankara.
8. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ and Crotty K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Annals of Internal Medicine, 155(2): 97-107.
9. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, Schyve P, Lemerise AJ and Schillinger D. (2012). Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. Discussion Paper, Institute of Medicine (IOM), Washington, DC.
10. Brach C, Dreyer BP and Schillinger D. (2014). Physicians' Roles in Creating Health Literate Organizations, Journal of General Internal Medicine, 29(2): 273-275.
11. CBM. (2004). Understanding Health Literacy and its Barriers. Current Bibliographies in Medicine 2004-1. US National Library of Medicine. 2004-1. (<http://nnlm.gov/outreach/consumer/hlthlit.html>, erişim: 01.06.2014).

12. CDC. (2009). Improving Health Literacy for Older Adults. Expert Panel Report. US Department of Health and Human Services Centre for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov/healthliteracy, erişim: 02.06.2014).
13. Ciccarelli-Shah L, West P, Bremmeyer K and Savoy-Moore RT. (2010). Health Literacy Instruments in Family Medicine: The “Newest Vital Sign” Ease of Use and Correlates. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(2): 195-203.
14. Council of Scientific Affairs. (1999). Health Literacy: Report of the Council of Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA*, 281: 552-527.
15. Davis TC, Long S, Jackson RH, Mayaux EJ, George RB, Murphy PW and Crouch MA. (1993). Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: a Shortened Screening Instrument. *Family Medicine*, 25(6): 391-395.
16. Davis TC, Michielutte R, Askov EN, Williams MV and Weiss BD (1998). Practical Assessment of Adult Literacy in Health Care, Health Education and Behavior, 25(5): 613-624.
17. Dennis S, Williams A, Taggart J, Newall A, Denney-Wilson E, Zwar N, Shortus T and Harris MF. (2012). Which Providers Can Bridge the Health Literacy Gap in Lifestyle Risk Factor Modification Education: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *BMC Family Practice*, 13: 44 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/44>, erişim: 01.07.2014).
18. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN and Pignone MP. (2004). Literacy and Health Outcomes: a Systematic Review of the Literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12): 1228-1239.
19. Eichler K, Wieser S, Brügger U. (2009). The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review. *International Journal of Public Health*, 54(5): 313-324.
20. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, Fehrenbach SN, Ren J and Koplan JP. (1999). Health Literacy Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. *JAMA*, 281(6): 545-551.
21. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J and Baker DW. (2003). Health Literacy and Knowledge of Chronic Disease. *Patient Education Counseling*, 51(3):267-75.
22. HLS-EU CONSORTIUM. (2012). Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (<http://www.health-literacy.eu>, erişim: 02.01.2014).
23. Howard D, Gazmararian JA and Parker R. (2005). The Impact of Low Health Literacy on the Medical Costs of Medicare Managed Care Enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118(4): 371-377.

24. IOM. (2004). Health Literacy – A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine (IOM), The National Academies Press, Washington, DC.
25. Jackson HE and Stevens-Ratchford R. (2009). Health Literacy and the Role of the Speech-Language Pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18: 180-191.
26. Jacobson TA, Thomas DM, Morton FJ, Offutt G, Shevlin J and Ray S. (1999). Use of a Low-Literacy Patient Education Tool to Enhance Pneumococcal Vaccination Rates: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 282: 646-650.
27. Jordan JE, Buchbinder R, Briggs AM, Elsworth GR, Busija L, Batterham R and Osborne RH. (2013). The Health Literacy Management Scale (HeLMS): A Measure of an Individual's Capacity to Seek, Understand and Use Health Information within the Healthcare Setting. *Patient Education and Counseling*, 91(2): 228-235.
28. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovich V and Marinkovich J. (2009). Functional Health Literacy among Primary Health-Care Patients: Data from Belgrade Pilot Study. *Journal of Public Health*, 31(4): 490-495.
29. Kabakçı G. (2005). Türkiye Hipertansif Hastalarda İnme Riski Araştırması (THINK), Türk Kardiyoloji Derneği. 21. Ulusal Kardiyoloji Kongresi. 27 Kasım 2005, Antalya.
30. Kondilis BK, Soteriades ES and Falagas ME (2006) Health Literacy Research in Europe: a Snapshot. *European Journal of Public Health*, 16(1): 113.
31. Kramer MH, Bauer W, Dicker D, Durusu-Tanriover M, Ferreira F, Rigby SP, Roux X, Schumm-Draeger PM, Weidanz F and van Hulsteijn JH; on behalf of the Working Group on Professional Issues, European Federation of Internal Medicine (EFIM) (2014). The Changing Face of Internal Medicine: Patient Centred Care. *European Journal of Internal Medicine*, 25(2):125-127.
32. Kutner M, Greenberg E, Jin Y and Paulsen C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. *Education*, 6: 1-59.
33. Morrison AK, Chanmugathas R, Gorelick MH, Hoffmann RG and Brousseau DC. (2014). Caregiver Low Health Literacy and Nonurgent Use of the Pediatric Emergency Department for Febrile Illness. *Academic Pediatrics*, (In press, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2014.05.001>).
34. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM and Kindig DA. (2004). Health Literacy: A Prescription to end Confusion. Committee on Health Literacy. Institute of Medicine of the National Academies. The National Academies Press. Washington, DC.
35. Nutbeam D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4): 349-364.

36. 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.
37. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. (2013). The Grounded Psychometric Development and Initial Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13: 658.
38. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y and Bilgel N. (2010). Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. *Health Education Research*, 25(3): 464-77.
39. Parker RM, Baker DW, Williams MV and Nurss JR. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients Literacy Skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10): 537-541.
40. Peerson A. and Saunders M. (2009). Health Literacy Revisited: What Do We Mean and Why Does it Matter? *Health Promotion International*, (2009) 24(3): 285-296.
41. Pleasant A and Kuruvilla S. (2008). A Tale of Two Health Literacies: Public Health and Clinical Approaches to Health Literacy. *Health Promotion International*, 23(2): 152-159.
42. Rowlands G, Khazaezadeh N, Oteng-Ntim E, Seed P, Barr S and Weiss BD. (2013). Development and Validation of a Measure of Health Literacy in the UK: the Newest Vital Sign. *BMC Public Health*, 13: 116.
43. Rudd RE, Kirsch I and Yamamoto K. (2004). Literacy and Health in America. Policy Information Report. Policy Information Center. Educational Testing Service. Princeton.
44. Rudd RE and Anderson JE (2006). The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers. National Center for the Study of Adult Learning and Literacy and Health And Adult Literacy and Learning Initiative, Harvard School of Public Health (<http://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/healthliteracyenvironment.pdf>, erişim: 01.04.2014).
45. Sağlık Bakanlığı. (2006). Kronik Hastalıklar Raporu. TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara. 16 Şubat 2006.
46. Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, Salman F, Baştar İ, Sargın M, Dinççağ N, Karşıdağ K, Uygur S, Kalaça S, Özcan C, King H, Tütüncü Y ve TURDEP Grubu. (2003). Türkiye’de Diyabet ve Risk Faktörlerinin Popülasyon Bazlı Araştırması: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Araştırması (TURDEP) Sonuçları. *Calamus* 1: 1-10.
47. Satman İ, Alagöl F, Ömer B, Kalaca S, Tütüncü Y, Çolak N, Boztepe H, Genç S, Çakır B, Tuomilehto J ve TURDEP Çalışma Grubu. (2011). TURDEP II Sonuçları (www.turkendokrin.org/TURDEP_2, erişim: 03.05.2014).

48. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan GD and Bindman AB. (2002). Association of Health Literacy with Diabetes Outcomes. JAMA, 288: 475-482.
49. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV and Baker DW (2002). Health Literacy and Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. Medical Care, 40(55): 395-404.
50. Sequeira SS. (2013). Limited Health Literacy and Decline in Executive Function in Older Adults, Journal of Health Communication, 18 Suppl 1: 143-157.
51. Smith CD. (2012). Teaching High-Value, Cost-Conscious Care to Residents: the Alliance for Academic Internal Medicine–American College of Physicians Curriculum. Annals of Internal Medicine, 157(4): 284-286.
52. Sørensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z and Brand H. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health. 12: 80.
53. Sørensen K, Broucke SV, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Kondilis B, Stoffels V, Osborne RH, Brand H. (2013). Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating the Design and Development Process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q), BMC Public Health, 13: 948.
54. Steckelberg A, Hülfenhaus C, Kasper J, Rost J, Mühlhauser I. (2009). How to Measure Critical Health Competences: Development and Validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice, 14: 11–22.
55. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, Denney-Wilson E and Harris MF (2012). A Systematic Review of Interventions in Primary Care to Improve Health Literacy for Chronic Disease Behavioral Risk Factors. BMC Family Practice, 13: 49 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/49>, erişim: 01.07.2014).
56. The Center for Health Care Strategies and National Academy on an Aging Society. (1998). Health Literacy Fact Sheet. The Center for Health Care Strategies and National Academy on an Aging Society. 202: 842-1275.
57. TÜİK. (2011). Türkiye Nüfus İstatistikleri 2011 (www.tuik.gov.tr, erişim: 05.04.2014).
58. TÜİK. (2014). <http://www.ihh.com.tr/haber-tuik-baskani-kent-kir-ayrimi-anlamini-yitirdi-ekonomi-348577/>
59. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2012). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması- 2. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php, erişim: 07.06.2014).

60. UNDP. (2012). <http://www.tr.undp.org/content/turkey/en/home/countryinfo/> (erişim: 04.05.2014).
61. UNESCO. (2014). Country Profile: Turkey (<http://www.uis.unesco.org/DataCentre/Pages/country-profile.aspx?code=TUR®ioncode=40530>, erişim: 04.07.2014).
62. US Department of Health and Human Services.(2000). Healty People 2010: Understanding and Improving Health. US Department of Health and Human Services. 2nd ed. Washington, DC.
63. Vernon John A, Trujillo A, Rosenbaum S and DeBuono B. (2007). Report on The Low Health Literacy: Implications for National Health Policy. University of Connecticut.
64. Wallston KA, Cawthon C, Rothman RL, Osborn CY and Kripalani S. (2014). Psychometric Properties of the Brief Health Literacy Screen in Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 29(1): 119-126.
65. Weiss BD and Palmer R. (2004). Relationship Between Health Care Costs and Very Low Literacy Skills in a Medically Needy and Indigent Medicaid Population. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 17(1): 44-47.
66. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, Mockbee J and Hale FA. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6): 514-522.
67. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC and Nurss JR. (1995). Inadequate Functional Health Literacy Among Patients at Two Public Hospitals, *JAMA*, 274(21): 1677-1682.
68. Williams MV, Baker DW, Parker RM and Nurss JR. (1998). Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease. A Study of Patients with Hypertension and Diabetes. *Archives of Internal Medicine*, 158(2): 166-172.
69. Willis CD, Saul JE, Bitz J, Pompu K, Best A and Jackson B. (2014). Organizational Capacity to Address Health Literacy in Public Health: A Rapid Realist Review. *Public Health* (doi: 10.1016/j.puhe.2014.01.014).



TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI

EKLER

EK 1. ANKETLER

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI (SOYA) ANKETİ

Merhaba ben..... (kurum)..... (görevi) olarak görev yapmaktayım.

Sağlık Bakanlığı'nın desteği ile Sağlık-Sen adına bir saha çalışması yapmaktayız. Sizinle sağlık okuryazarlığı hakkında konuşup, bir anket doldurmak istiyorum. Yaklaşık 40 dakika sürecektir bu anketin sonunda size sağlık okuryazarlığı ile ilgili bilgiler içeren bir broşür vereceğim ve varsa sorularınızı cevaplayacağım. Çalışmaya katılmayı kabul edip etmemek sizin seçiminizdir. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz isim ve başka kişisel bilgilerinizi kaydetmeyeceğim ve vereceğiniz tüm bilgiler sadece çalışma amaçları için kullanılacak; ileride siz ve sizin gibi bir çok kişiye yönelik sağlık hizmetlerinin planlanması ve etkili şekilde sunulmasında sağlık çalışanlarına katkı sağlayacaktır. Şimdi izin veriyorsanız, size bazı sorular sormak istiyorum.

Anket Bilgisi

Görüşme tarihi:

Görüşme başlangıcı zamanı:

İl/ ilçe:

Görüşmecinin adı, soyadı:

Görüşmecinin telefonu:

Anket numarası:

Anketör adı soyadı:

SOYA-AB-Q47						
©HLS-EU Konsorsiyum						
Şimdi size bazı sorular soracağım ve çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte bu sorduklarımin sizin için ne kadar kolay ya da zor olduğunu söylemenizi isteyeceğim.						
HLS-EU matriksi ile ilişki	Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte, aşağıdakilerin ne kadar kolay olduğunu söylersiniz?	Çok zor	Zor	Kolay	Çok kolay	Bilmiyor
Sağlık hizmeti/ bilgiye ulaşma	S1.1. Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiye ulaşma	S1.2. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiye ulaşma	S1.3. Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiye ulaşma	S1.4. Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi anlama	S1.5. Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi anlama	S1.6. İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi anlama	S1.7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi anlama	S1.8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair	1	2	3	4	5

	doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak					
Sağlık hizmeti/ bilgisi değerlendirme	S1.9. Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgisi değerlendirme	S1.10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgisi değerlendirme	S1.11. İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgisi değerlendirme	S1.12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgisi değerlendirme	S1.13. Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgisi değerlendirme	S1.14. İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgisi değerlendirme	S1.15. Acil durumda ambulans çağırmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgisi değerlendirme	S1.16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgisi ulaşma	S1.17. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıklı davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgisi ulaşma	S1.18. Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgisi ulaşma	S1.19. Sizin için yapılması gereken aşılar ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgisi ulaşma	S1.20. Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgisi ulaşma	S1.21. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgisi ulaşma	S1.22. Aşılara neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgisi ulaşma	S1.23. Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgisi değerlendirme	S1.24. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgisi değerlendirme	S1.25. Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgisi değerlendirme	S1.26. Hangi aşılara ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgisi değerlendirme	S1.27. Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgisi değerlendirme	S1.28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgisi değerlendirme	S1.29. Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgisi değerlendirme	S1.30. Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığınız tavsiyeler	1	2	3	4	5



TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI

korunma/ bilgiyi uygulama	doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek					
Hastalıktan korunma/ bilgiyi uygulama	S1.31. Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiye ulaşma	S1.32. Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiye ulaşma	S1.33. Akıl sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiye ulaşma	S1.34. Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (Yönlendirme: gürültü ve kirliliğin azaltılması, yeşil alanlar yaratmak, boş zaman aktiviteleri)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiye ulaşma	S1.35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, hükümet değişikliği, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiye ulaşma	S1.36. İşinizde sağlığını iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi anlama	S1.37. Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi anlama	S1.38. Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi anlama	S1.39. Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi anlama	S1.40. Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi değerlendirme	S1.41. Nerede yaşadığınızın sağlığını ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek (Yönlendirme: içinde bulunduğunuz topluluk, yaşadığınız çevre)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi değerlendirme	S1.42. Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi değerlendirme	S1.43. Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi uygulama	S1.44. Sağlığınızı iyileştirecek kararlar vermek	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi uygulama	S1.45. İsteddiğinizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi uygulama	S1.46. Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi uygulama	S1.47. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	1	2	3	4	5
Şimdi size sağlığınız, hastalıklarınız, sağlık hizmetini kullanımınız ve yaşam koşullarınızla ilgili bazı sorular soracağım. Gerekli olduğu yerlerde size açıklamalar yapıp sizi yönlendireceğim.						
Kişisel sağlık algıları	S2. Genel olarak sağlığınız nasıldır?	1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü 6. Bilmiyor/Kabul etmedi				

	S3. Uzun süreli bir sağlık sorununuz veya hastalığınız var mı? <i>(Uzun süre ile en az altı ay sürmüş veya sürmesini beklediğiniz problemleri kastediyoruz).</i>	1. Evet, birden fazla 2. Evet, bir 3. Hayır 4. Bilmiyor/Kabul etmedi
	S4. Son 6 ayda, sağlık sorunlarınız genel olarak aktivitelerinizi/faaliyetlerinizi nasıl sınırladı?	1. Ciddi bir şekilde sınırladı 2. Sınırladı ancak ciddi bir şekilde değil 3. Sınırlamadı 4. Bilmiyor/Kabul etmedi
Sağlık sonuçları / çıktıları	S5. Ne tür bir sağlık sigortanız var?	1. SGK 2. SGK ve özel 3. Özel 4. Hiçbiri 5. Bilmiyor/Kabul etmedi
	S6.1. Son 2 yıl içinde acil servise kaç kez başvurmak zorunda kaldınız? <i>(Yönlendirme: ambulans, acil servis, mesai dışı klinikler. Sayı olarak açık bir şekilde yazınız)</i>	
	S6.2. Son 12 ay içerisinde doktora kaç kez başvurdunuz? <i>(Sayı olarak açık bir şekilde yazınız)</i>	
	S6.3. Son 12 ay içerisinde hastane hizmetlerini kaç kez kullandınız? <i>(Sayı olarak açık bir şekilde yazınız)</i>	
	S6.4. Son 12 ay içerisinde diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, diş hekimi veya gözlükçü(optisyen) gibi diğer sağlık profesyonellerinden kaç kez hizmet aldınız? <i>(Sayı olarak açık bir şekilde yazınız)</i>	
	S7. Sigara, puro veya pipo içme ile ilgili olarak yandakilerden hangisi size uygundur?	1. Şu anda sigara içiyorsunuz <i>(.....yıldıradet/gün)</i> 2. Daha önceleri sigara içiyordunuz, ancak sigarayı bıraktınız 3. Hiç sigara içmediniz 4. Bilmiyor/Kabul etmedi
	S9. Son 12 ay içinde herhangi bir alkollü içecek içtiniz mi? <i>(bira, şarap, sert alkollü içecekler, elma şarabı veya diğer yerel alkollü içecekler)</i>	1. Evet 2. Hayır 3. Cevap vermedi
	S15. Doktor randevunuza giderken size refakat edecek bir aile mensubu veya arkadaşınız var mı?	1. Evet 2. Hayır 3. Cevap vermedi
S16. Aktif bir şekilde toplumsal faaliyetlere katılıyor musunuz? <i>(örneğin, gönüllü olarak aktivitelerde veya başka bir şekilde rol almak)</i>	1. Neredeyse her gün 2. Haftada birkaç kez 3. Ayda birkaç kez 4. Yılda birkaç kez 5. Hiç bir zaman 6. Bilmiyor/Kabul etmedi	

TALİMATLAR: GÖRÜŞMECİYE EL ETİKETİNİ VERİN VE OKUMALARI İÇİN BİR DAKİKA SÜRE TANIYIN – BU SÜRE GÖRÜŞME SÜRESİNE DAHİL DEĞİLDİR. DOLAYISIYLA GÖRÜŞMECİNİN İHTİYACI KADAR BU SÜREYİ UZATABİLİRSİNİZ.

OKUYUN: Anketin bu bölümü gıda ambalajı üzerindeki sağlık bilgileri ile ilgilidir. Bu etiket az önce bir süpermarketten aldığınız bir dondurma kabının üzerinde bulabileceğiniz bilgiyi size vermektedir.

Sizin bu etikete bakmanızı istiyorum. Daha sonra cevaplamanız için size bazı sorular soracağım. Lütfen etiketi iyice okuyunuz. Okumayı bitirdiğinizde bana söyleyiniz ve sorulara geçeceğiz.



TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI

ETİKET ÜZERİNDEKİ BİLGİLER HAKKINDA HERHANGİ BİR SORUYA CEVAP VERMEYİN.
GÖRÜŞMECİ HAZIR OLDUĞUNDA, OKUYUN:

OKUYUN: Cevaplamanız için size bu etiket üzerinde yer alan beslenme bilgileri/değerleri ile ilgili olarak bazı sorular soracağım. Size soracağım soruları elinizde bulunan etiket üzerindeki bilgileri kullanarak cevaplayabilirsiniz.

Eğer tüm sorulara cevap veremez iseniz endişelenmeyin. Bazı sorular zor olacak şekilde tasarlanmıştır, bu yüzden herkes tüm soruları doğru olarak anlayabilir/alamayabilir. Lütfen her bir soruyu cevaplamak için ihtiyaç duyduğunuz kadar zaman ayırın. Anlamadığınız herhangi bir soruyu tekrarlayabilirsiniz.

EĞER GÖRÜŞMECİ ZORLANIYORSA, “soruyu tekrarlamamı ister misiniz?” DEYİN

EĞER GÖRÜŞMECİ CEVAPLAMADA GERÇEKTEN ZORLANIYORSA, “bu soruyu cevaplayamıyorsanız endişelenmeyin, bazı sorular diğerlerinden daha zor olacak şekilde tasarlanmıştır, bir sonraki soruyu deneyelim” DEYİN.

BÖLÜM SONUNDAN ÖNCEKİ BİR ANDA HATA YAPTILARINI FARK ETTİKLERİNDE GÖRÜŞMECİLERİN GERİYE DÖNÜP BİR CEVABI DEĞİŞTİRMELERİNE İZİN VERİLİR. ANCAK BU DURUMU ONLAR TALEP ETMEDİKÇE KENDİLERİNE SÖYLEMEYİNİZ.

Şimdi size bir etiket vereceğim ve bu etikete bakarak bazı soruları cevaplandırmanızı rica edeceğim. (Eğer kişinin oku yazarlığı yoksa veya cevaplandırmak istemiyorsa ilerlemeyin ve not edin. Yönlendirmeyi yavaş ve anlaşılır bir şekilde okuyunuz. Cevabı bilmediği durumlarda nazikçe diğer sorulara geçebilirsiniz).

☐ Kişi okur yazar değil ☐ Kişi cevaplandırmak istemedi

En Yeni Yaşamsal Bulgu	S17. Eğer tüm kutuyu yerseniz kaç kalori yemiş olursunuz? (Lütfen ‘kcal’ ifadesini ‘kilokalori olarak değil, kalori olarak okuyun. Cevap şıklarını okumayın. Kişinin cevabını uygun seçenek şeklinde işaretleyin)	1. 1,000 kcal 2. 1,000 kalori 3. Başka bir cevap 4. Bilmiyor 5. Kabul etmedi
	S18. Eğer tatlı için 60 gramdan fazla karbonhidrat yememeniz önerilirse, sahip olmanız gereken maksimum dondurma miktarı nedir? (Cevap şıklarını okumayın. Kişinin cevabını uygun seçenek şeklinde işaretleyin)	1. İki porsiyon (veya iki porsiyona kadar herhangi bir miktar) 2. Kutunun yarısı (veya kutunun yarısına kadar herhangi bir miktar) 3. 200 ml (veya 200 ml’ye kadar herhangi bir miktar) 4. Başka bir cevap 5. Bilmiyor 6. Kabul etmedi
	S19. Doktorunuzun diyetinizdeki doymuş yağ miktarını azaltmayı tavsiye ettiğini hayal edin. Günlük olarak genellikle 42 gram doymuş yağ yiyorsunuz, bunun bir kısmını bir porsiyon dondurmadan alıyorsunuz. Eğer dondurma yemeyi bırakırsanız, her gün kaç gram doymuş yağ almış olursunuz? (Cevap şıklarını okumayın. Kişinin cevabını uygun seçenek şeklinde işaretleyin)	1. 33 gr 2. Başka bir cevap 3. Bilmiyor 4. Kabul etmedi
	S20. Eğer genel olarak her gün 2500 kalori yiyorsanız, bir porsiyon dondurma yediğinizde bu günlük kalori alımınızın (kcal) yüzde kaç olur? (Lütfen ‘kcal’ ifadesini ‘kilokalori olarak değil, kalori olarak okuyun. Cevap şıklarını okumayın. Kişinin cevabını uygun seçenek şeklinde işaretleyin)	1. 1/10 (onda bir) 2. %10 3. Başka bir cevap 4. Bilmiyor 5. Kabul etmedi

Bu ifadeyi okuyun: Aşağıdaki maddelere alerjiniz olduğunu varsayın: penisilin, yerfıstığı, lateks eldiven, arı sokması.	
S21. Bu dondurmayı yemek sizin için güvenli midir? (Cevap şıklarını okumayın. Kişinin cevabını uygun seçenek şeklinde işaretleyin)	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor 4. Kabul etmedi
Eğer soru 22'nin yanıtı "hayır" ise soru 22'yi okuyun.	
S22. Neden değil? (Cevap şıklarının okumayın. Kişinin cevabını uygun seçenek şeklinde işaretleyin)	1. Çünkü yerfıstığı yağı / yerfıstığı / kabuklu meyis içermektedir (Anketi Bitiriniz) 2. Çünkü alerjik bir reaksiyonum olabilir (Soru 23'ü sorun) 3. Diğer 4. Bilmiyor 5. Kabul etmedi
Eğer soru 22'nin cevabı "2" ise soru 23'ü sorun.	
S23. Neden bir alerjik reaksiyon oluşabilir? (Cevap şıklarını okumayın. Kişinin cevabını uygun seçenek şeklinde işaretleyin)	1. Çünkü fıstık yağı / fıstık / fındık içermektedir 2. Diğer 3. Bilmiyor 4. Kabul etmedi

Orijinal anketteki S8.1, 8.2, S10-14 sorular Türkiye çalışmasında sorulmamıştır.

D. SOSYO - DEMOGRAFİK BİLGİLER

Bu bölümde sizinle ilgili bazı sorular soracağım. Lütfen sizin için en uygun cevabı veriniz.

1. Cinsiyetiniz [] Kadın [] Erkek	2. Yaşınız	3. Medeni durumunuz [] Evli [] Bekar [] Ayrılmış/boşanmış [] Bilmiyor/kabul etmedi
4. Aile tipi [] Çekirdek aile (anne, baba ve çocuk) [] Geniş aile (anne, baba, çocuk ve diğer akrabalar) [] Parçalanmış aile (anne ve baba ayrı yaşıyor)	5. Hanede yaşayan kişi sayısı	6. Oturduğunuz ev [] Kira [] Kendi evi [] Diğer.....
7. Ev özellikleri [] Apartman [] Gecekondu [] Müstakil [] Diğer.....	8. Haftada kaç gün gazete okursunuz?	9. Bir yılda kaç kitap okursunuz?
10. Mesleğiniz ve işiniz (yazınız)/.....	11. Eğitim durumunuz [] Okur-yazar değil [] Okur-yazar [] İlkokul [] İlköğretim/Ortaokul [] Lise [] Ön lisans [] Lisans [] Yüksek Lisans/Doktora Toplam okul yılı (hesaplayınız).....	12. Doktor masraflarınızı karşılayabiliyor musunuz? [] Çok kolay [] Kısım kolay [] Kısım zor [] Çok zor [] Cevap yok/Bilmiyor/kabul etmedi
13. Eğer sağlık giderlerinizi tamamen kendiniz karşılayacak/karşılayıyor olsaydınız/karşıyorsanız, ilaç masraflarınızı ödeyebilir miydiniz/ödeyebilir	14. Son 12 ay boyunca, ayın sonunda faturalarınızı ödemede zorluklar yaşadığınızı söyleyebilir misiniz? [] Çoğu zaman [] Zaman zaman [] Hemen hemen hiç/hiç	15. (Kişiyi görsel skalayı veriniz ve kişinin belirttiği sayısal değeri aşağıdaki boşluğa not ediniz.) Bu skalada aşama 1, toplumdaki en düşük düzeye karşılık gelir; aşama 10 ise, toplumdaki en yüksek



TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI

musunuz? ☐ Çok kolay ☐ Kısmen kolay ☐ Kısmen Zor ☐ Çok zor ☐ Bilmiyor/kabul etmedi	☐ Kabul etmedi	düze karşılık gelir. Kendinizi nerede konumlandığınızı söyler misiniz? ☐ ☐ Bilmiyor/Kabul etmedi
16. Haneye giren toplam aylık geliriniz		

T. TIBBİ ÖYKÜ VE ALIŞKANLIKLAR

1. Hastalıklar ☐ Kalp-damar hastalığı ☐ Hiperlipidemi ☐ Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ KOAH ☐ Astım ☐ Böbrek hastalığı ☐ Karaciğer hastalığı ☐ İnme/felç ☐ Romatolojik hastalık ☐ Kanser ☐ Psikiyatrik hastalık ☐ Demans ☐ Diğer..... ☐ Yok	2. Antropometrik bulgular Boy: Kilo: 3. Alışkanlıklar, sıklık ☐ Çay bardak/gün ☐ Kahve fincan/gün ☐ Su bardak/gün	4. Egzersiz ☐ Yürüyüş ☐ Yüzme ☐ Toplu sporlar ☐ Spor salonunda egzersiz ☐ Diğer..... 5. Zayıflama, hipertansiyon, diyabet gibi bir nedenle şu anda uyguladığınız bir diyet var mı? ☐ Diyetisyen tarafından verilen diyeti uyguluyor ☐ Kendi bilgilerine dayanarak diyet yapıyor ☐ Diyet yapmıyor
---	---	---

İ. İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARI

1. İlaç kullanma alışkanlığınızla ilgili olarak sizin için uygun olan sıklığı belirtiniz	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman
1.1. Doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanır mısınız?	1	2	3	4	5
1.2. Çevre tavsiyesiyle ilaç kullanırım	1	2	3	4	5
1.3. Kendi ilaç bilgime dayanarak ilaç kullanırım	1	2	3	4	5
1.4. Eczaneme danışarak ilaç kullanırım	1	2	3	4	5
1.5. İnternette araştırarak ilaç kullanırım	1	2	3	4	5
1.6. Kendime iyi geldiğini düşündüğüm bir ilacı başkasına tavsiye ederim	1	2	3	4	5
1.7. Evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat ederim	1	2	3	4	5
1.8. İlaçlarımı doktorumun önerdiği <u>miktarda</u> kullanırım	1	2	3	4	5
1.9. İlaçlarımı doktorumun önerdiği <u>süreye</u> uygun şekilde kullanırım	1	2	3	4	5

2. Aşağıdaki ilaçlardan hangisini ya da hangilerini evinizde bulundursunuz?

İlaç türü	Var	Yok
Ağrı kesici	☐	☐

Antibiyotik	☐	☐
Soğuk algınlığı ilacı	☐	☐
Mide ilaçları	☐	☐
Vitamin	☐	☐
Cilt kremleri	☐	☐
Allerji ilaçlar	☐	☐
Antidepresan	☐	☐
Uyku ilaçları	☐	☐
Diğer.....	☐	☐

A. ACİL HİZMETLER KULLANIM ALIŞKANLIKLARI

1. Son bir yıl içinde kaç kez herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurdunuz? /
2. Başvurularınızın kaçında hastanenin acil bölümüne gittiniz? /
3. Hastane acillerindeki Triyaj uygulamasını biliyor musunuz? (Trijaj, klinik önceliğin hangi hastada olduğunun belirlenmesidir. Başka bir ifade ile triyaj hastanın hangi öncelikle ve acil servisin hangi bölümünde (canlandırma, muayene odası, pansuman odası vb) hizmet alacağını saptanmasıdır)
☐ Evet ☐ Hayır
4. Acil servise girişte renk kodunuz hangi renkti?
☐ Kırmızı ☐ Sarı ☐ Yeşil ☐ Hatırlamıyorum ☐ Bilmiyorum
5. Acil hizmetler (ambulans) numarasını biliyor musunuz?
ARAŞTIRMACI DİKKATİNE:(Burada araştırmacı kişinin 112'yi bilme durumuna göre uygun seçeneği işaretleyecektir.)
☐ Kişi acil numarasını bildi
☐ Kişi acil numarasını bilemedi
6. Şimdiye kadar hiç ambulans çağırdınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır (7. Soruyu atlayınız)
7. Ambulansı en son neden çağırmıştınız?(Daha önce ambulans çağırılanlar cevap verecektir)
.....

H. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIM ALIŞKANLIKLARI

1. Hasta olduğunuzda genelde ilk olarak ne yaparsınız?
☐ Doktora giderim



TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI

- ☐ Evdeki ilaçları kullanırım
- ☐ Çevremdekilere danışırım
- ☐ Eczaneme danışırım
- ☐ Hastaneye giderim
- ☐ Acile giderim
- ☐ Bir şey yapmam
- ☐ Diğer.....

2. Size en yakın erişkin kişi (eşiniz, anne-babanız vb) hastalandığında ilk olarak ne yaparsınız?

- ☐ Doktora götürürüm
- ☐ Evdeki ilaçlardan veririm
- ☐ Çevremdekilere danışırım
- ☐ Eczaneme danışırım
- ☐ Hastaneye giderim
- ☐ Acile giderim
- ☐ Bir şey yapmam
- ☐ Diğer.....

3. Çocuğunuz hastalandığında ilk olarak ne yaparsınız? (çocuğu olanlara sorulacaktır)

- ☐ Doktora götürürüm
- ☐ Evdeki ilaçlardan veririm
- ☐ Çevremdekilere danışırım
- ☐ Eczaneme danışırım
- ☐ Hastaneye giderim
- ☐ Acile giderim
- ☐ Bir şey yapmam
- ☐ Diğer.....

4. Genel olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?

- ☐ Aile Hekimliği ☐ Devlet Hastanesi ☐ Üniversite Hastanesi
- ☐ Özel Hastane ☐ Muayenehane ☐ Diğer

5. Genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarına (sağlık hizmetlerine) en sık başvuru nedeniniz nedir?

- ☐ İlaç yazdırmak ☐ Kronik hastalıkların takibi ☐ Koruyucu sağlık hizmetleri
- ☐ Akut durumlar ☐ Diğer.....

6. Genel olarak sağlık bilgisine ilk olarak nereden ulaşırsınız?

- ☐ Televizyon
- ☐ Radyo
- ☐ Gazete, Dergi
- ☐ İnternet
- ☐ Doktor
- ☐ Hemşire
- ☐ Eczacı
- ☐ Diğer sağlık çalışanları
- ☐ Diğer.....

7. Hekim seçme hakkınızın olduğunu biliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır (10. soruya geçiniz)

8. Şu ana kadar hiç hekim seçme hakkınızı kullandınız mı?

[] Evet [] Hayır (10. soruya geçiniz)

9. Hekiminizi neye göre seçtiniz?(Hekim seçme hakkını kullananlar cevap vereceklerdir)

- [] Daha önceden gidip memnun kaldığım için
 [] Çevrem önerisi üzerine / tavsiye üzerine
 [] Akademik unvanına göre (Yrd. Doç., Doçent, Profesör)
 [] Bekleme süresinin az olmasına göre
 [] Diğer.....

10. Hastalığınızla ilgili ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissedersiniz?

[] Evet [] Hayır [] Bazen

11. Hangi sebep ya da sebeplerden dolayı ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissedersiniz?(Hastalığıyla ilgili ikinci görüş alma ihtiyacı hissedenden cevaplandıracaktır)

- [] Doktoru anlamadığım için
 [] Doktor yeterince bilgi vermediği için
 [] Doktora güven duymadığım için
 [] Doktorun teşhisini ikinci bir doktor tarafından onaylatmak için
 [] Çevrem başka bir doktoru önerdiği için
 [] Diğer.....

12. Genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarından aldığınız sağlık hizmetlerinden memnun musunuz?

- [] Hiç memnun değilim [] Memnun değilim [] Kısmen memnunuz
 [] Memnunuz [] Çok memnunuz

13. Genel olarak sağlık çalışanlarından memnun musunuz?

- [] Hiç memnun değilim [] Memnun değilim [] Kısmen memnunuz
 [] Memnunuz [] Çok memnunuz

K. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

1. Aile hekiminizi tanıyor musunuz?

[] Evet [] Hayır (4. soruya geçiniz)

2. Son bir yılda aile hekiminizi kaç defa ziyaret ettiniz?

- [] Hiç etmedim
 [] defa ziyaret ettim

3. Son bir yılda aile hekiminiz tarafından ziyaret edildiniz mi?

- [] Hiç edilmedim
 [] defa ziyaret edildim

4. Aşağıdaki sağlık aktivitelerinden geçerli olanı işaretleyiniz (Görüşmecinin cinsiyetini dikkate alarak soruları sorunuz)

Sağlık aktivitesi	Var	Yok
Son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçme	[]	[]
Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanı tarafından tansiyon ölçümü	[]	[]



TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI

2013-14 sezonunda grip aşısı	☐	☐
Kendi kendine meme muayenesi (18 yaş ve üstü kadınlarda)	☐	☐
Mamografi çekirmek (40 yaş ve üzeri kadınlarda son iki yıl içinde, 50 yaş ve üzerinde son bir yıl içinde)	☐	☐
Serviks kanseri (pap smear) testi yaptırmak (21-65 yaş arası kadınlarda son üç yıl içinde)	☐	☐
Kendi kendine testis muayenesi (18 yaş üstü erkekler)	☐	☐
Kolon kanseri taraması için kolonoskopi, sigmoidoskopi veya dışkıda gizli kan (50 yaş üstü)	☐	☐
Osteoporoz taraması (65 yaş üstü kadınlar)	☐	☐
Son bir yıl içinde Diş Hekimine gitme	☐	☐

5. Sağlık Bakanlığı'nın ulusal sağlık kampanyalarından haberiniz var mı?

☐ Evet var ☐ Hayır yok (7. soruya geçiniz)

6. Bu kampanyaların adlarını belirtir misiniz?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Sağlık Bakanlığı 2014 yılını "Sağlıklı Yaşam ve Hareket Yılı" olarak ilan etmiştir. Bu kampanyadan haberiniz var mı?

☐ Evet var ☐ Hayır yok (anketi bitiriniz)

8. Sağlık Bakanlığının "Sağlıklı Yaşam ve Hareket Yılı" çerçevesinde kendinize bir program yaptınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Anketin sonlanma tarih ve saati:

İmza:

EK 2. ARAŞTIRMANIN ALT GRUP ANALİZLERİ VE YAN BULGULARI

Tablo Ek 1. Bölge ve İl Bazında Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri ve Mali Yoksunluk İndeksi Frekansları

Bölge	İl	Genel SO indeksi		EYYB anketi puanı		Mali yoksunluk indeksi
		Ortalama	Standart sapma	Ortalama	Standart sapma	Ortalama
Ortadoğu Anadolu	Malatya	29,4	1,25	3,6	0,23	
	Van	22,0	1,55	2,3	0,42	
	Bölge geneli	25,4	1,03	3,2	0,22	0,043
Doğu Marmara	Bursa	29,7	0,72	1,7	0,19	
	Kocaeli	32,6	0,69	2,5	0,18	
	Bölge geneli	30,7	0,54	1,9	0,16	0,257
Ege	İzmir	33,2	0,59	2,4	0,17	
	Aydın	29,9	0,84	1,7	0,21	
	Bölge geneli	32,2	0,49	2,1	0,14	-0,188
Batı Karadeniz	Samsun	26,8	0,70	1,8	0,16	
	Zonguldak	31,5	0,81	2,9	0,27	
	Bölge geneli	27,8	0,61	2,0	0,15	0,029
Güneydoğu Anadolu	Diyarbakır	25,4	0,95	2,3	0,24	
	Gaziantep	33,1	0,64	2,3	0,21	
	Bölge geneli	29,5	0,64	2,3	0,16	0,209
Akdeniz	Adana	29,0	0,44	2,5	0,20	
	Antalya	31,8	0,46	1,7	0,17	
	Bölge geneli	30,3	0,34	2,1	0,14	0,065
İstanbul	İstanbul	30,9	0,26	2,2	0,07	
	Bölge geneli	30,9	0,26	2,2	0,07	0,091
Doğu Karadeniz	Ordu	25,7	1,23	3,8	0,31	
	Trabzon	31,6	0,66	3,4	0,21	
	Bölge geneli	28,8	0,74	3,6	0,19	-0,023
	Nevşehir	26,9	0,66	1,9	0,25	
	Bölge geneli	29,5	0,67	2,1	0,21	0,052
Batı Anadolu	Ankara	29,9	0,49	2,1	0,13	
	Konya	27,8	0,80	2,8	0,16	
	Bölge geneli	29,3	0,42	2,4	0,10	0,076
Kuzeydoğu Anadolu	Ağrı	27,9	1,93	0,5	0,19	
	Erzurum	33,7	0,83	2,1	0,48	
	Bölge geneli	31,4	0,96	1,2	0,24	0,130
Batı Marmara	Balıkesir	28,8	0,84	2,3	0,20	



TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI

	Tekirdağ	31,0	1,43	1,8	0,34	
	Bölge geneli	29,5	0,74	2,1	0,18	0,180
SO: Sağlık Okuryazarlığı; EYYB:En Yeni Yaşamsal Bulgu						

Bölgeler arasında sağlık okuryazarlığı kategorileri arasında belirgin fark bulunmamaktadır. Genel sağlık okuryazarlığı indeksi kent ortalaması $30,7 \pm 0,17$ iken, kırsal bölge ortalaması $29,1 \pm 0,41$ olarak bulunmuştur ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0,001$). En Yeni Yaşamsal Bulgu Anketi puan ortalaması ise sırasıyla $2,3 \pm 0,04$ ve $2,1 \pm 0,10$ 'dur ($p < 0,001$).

Tablo Ek 2. Eğitim Düzeyine Göre Mali Yoksunluk İndeksi Ortalamaları

Eğitim	Mali yoksunluk indeksi ortalaması	Standart sapma
Okuryazar değil	0,446	0,095
Okuryazar	0,297	0,096
İlkokul	0,305	0,032
İlköğretim/ortaokul	0,170	0,043
Lise	-0,015	0,030
Ön lisans	-0,229	0,038
Lisans	-0,332	0,037
Yüksek lisans/doktora	-0,550	0,089

Tablo Ek 3. Çalışmaya Katılanların Aile Yapısı, Sosyal Statü Algısı ve Okuma Alışkanlıkları

		Yüzde
Medeni durum (n=4886)	Evli	70,2
	Bekar	25,9
	Boşanmış	3,2
	Cevaplandırmadı	0,7
Aile yapısı (n=4796)	Çekirdek aile	86,5
	Geniş aile	11,6
	Parçalanmış aile	1,8

Yaşanılan ev (n=4866)	Kendi evi	69
	Kira	27,4
	Diğer	3,6
Sosyal statü algısı (n=3725)	1-3, çok düşük	25,8
	4, düşük	13,9
	5, düşük orta	16,7
	6, orta	9,0
	7, yüksek orta	5,4
	8, yüksek	2,7
	9-10, çok yüksek	2,2
	Bilmiyor/cevaplandırmadı	24,3

Hanedeki ortalama kişi sayısı $4,0 \pm 0,03$, haneye giren aylık toplam gelir ortalaması 2120,5 $\pm$ 32,3 TL olarak bulunmuştur.

Sosyal statü algısı on birimlik bir skala üzerinden ortalama $4,4 \pm 0,04$ olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcılar yılda ortalama $3,5 \pm 0,1$ kitap ve haftada $2,8 \pm 0,1$ gün gazete okumaktadırlar.

Tablo Ek 4. Kişisel Sağlık Algısı, Sosyal Destek ve Katılım (n=4924)

	Yüzde
Genel olarak sağlık algısı	
Çok iyi	11,5
İyi	48,8
Orta	32,9
Kötü	5,4
Çok kötü	0,5
Bilmiyor/cevaplandırmadı	0,9
Uzun süreli sağlık sorunu veya hastalık varlığı*	
Evet, birden fazla	15,5
Evet, bir	24,5
Hayır	60,0



TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI

Son 6 ayda sağlık sorunları yüzünden aktivitelerin /faaliyetlerini ne kadar sınırladığı (n=4924)	
Ciddi şekilde sınırladı	10,4
Sınırladı ancak ciddi bir şekilde değil	23,6
Sınırlamadı	58,3
Bilmiyor/cevaplandırmadı	7,6

*Uzun süre ile en az altı ay sürmüş veya sürmesi beklenen problemler kastedilmiştir

Tablo Ek 5. Sağlık Hizmeti Alırken Sosyal Destek ve Toplumsal Katılım (n=4924)

Doktor randevusuna giderken kişiye refakat edecek bir aile mensubu veya arkadaşın varlığı	Yüzde
Var	79,3
Yok	18,1
Bilmiyor/cevaplandırmadı	2,7
Aktif bir şekilde toplumsal faaliyetlere katılım*	
Neredeyse her gün	2,8
Haftada birkaç kez	10,7
Ayda birkaç kez	15,8
Yılda birkaç kez	21,7
Hiç bir zaman	41,9
Bilmiyor/cevaplandırmadı	7,1

*Örneğin, gönüllü olarak aktivitelerde veya başka bir şekilde rol almak

Tablo Ek 6. Sigara ve Alkol Kullanım Alışkanlıkları

	Yüzde	Genel SO İndeksi Ortalama ± standart sapma	P değeri	EYYB puanı Ortalama ± standart sapma	P değeri
Tütün kullanmahikayesi*(n=4812)					
Halen kullanıyor	30,4	30,6±,25	<0,001	2,3±,06	<0,001
Daha önce kullanıyormuş, bırakmış	12,4	29,1±,44		2,1±,10	

Hiç kullanmamış	54,9	30,3±,23		2,2±,05	
Cevaplandırmadı	2,3				
Son 12 ay içinde alkol kullanımı (n=4817)					
Alkol tüketiyor	15,9	32,3±,33	<0,001	2,78±,08	<0,001
Alkol tüketmiyor	82,0	29,9±,17		2,11±,04	
Cevaplandırmadı	2,2				

*sigara, puro, pipo

Günlük ortalama çay tüketimi $6,8 \pm 0,10$, kahve tüketimi $0,7 \pm 0,02$ ve su tüketimi $6,7 \pm 0,09$ bardaktır.

Tablo Ek 7. İlaç Kullanım Alışkanlıkları Yüzdeleri

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman
Doktor önerisi olmadan/reçetesiz ilaç kullanımı (n=4903)	48,3	24,2	22,7	4,2	0,7
Çevre önerisi ilaç kullanımı (n=4897)	65,1	16,8	15,4	2,2	0,5
Kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanımı (n=4886)	45,4	22,4	25,3	5,5	1,4
Eczaneye danışarak ilaç kullanımı (n=4886)	46,2	20,8	23,8	7,0	2,1
İnternette araştırarak ilaç kullanımı (n=4871)	81,4	9,4	7,3	1,6	0,3
Kendine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına önerme (n=4876)	52,3	18,4	20,3	6,0	3,1
Evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme (n=4880)	4,9	5,7	7,7	21,2	60,4
İlaçları doktorun önerdiği <u>miktarda</u> kullanım (n=4890)	1,4	2,1	5,5	23,2	67,8
İlaçları doktorun önerdiği <u>süreye</u> uygun şekilde kullanım (n=4897)	2,1	3,1	7,7	23,7	63,5

Tablo Ek 8. Evde İlaç Bulundurma Alışkanlıkları (n=4924)

İlaç türü	Yüzde
Ağrı kesici	94,0



Antibiyotik	52,9
Soğuk algınlığı ilacı	71,1
Mide ilaçları	52,7
Vitamin	30,1
Cilt kremleri	48,1
Allerji ilaçlar	18,7
Antidepresan	9,8
Uyku ilaçları	6,7
Diğer	6,9

Tablo Ek 9. Hastalık Durumunda Sağlık Hizmetleri Kullanım Alışkanlıkları

Kişi kendi hasta olduğunda <u>ilk davranışı</u> (n=4921)	Yüzde
Doktora gitmek	54,7
Evdeki ilaçları kullanmak	16,8
Çevredekilere danışmak	1,7
Eczaneye danışmak	0,8
Hastaneye gitmek	12,9
Acile gitmek	5,3
Hiç bir şey	5,9
Diğer	2,0
Kişiye en yakın erişkin (eş, anne-baba, vb) hasta olduğunda <u>ilk davranışı</u> (n=4893)	
Doktora götürmek	66,2
Evdeki ilaçlardan vermek	7,0
Çevredekilere danışmak	0,9
Eczaneye danışmak	0,4
Hastaneye gitmek	16,0
Acile gitmek	7,2
Hiç bir şey	1,1

Diğer	1,2
Çocuğuhasta olduğunda ilk davranışı (n=3759)	
Doktora götürmek	69,7
Evdeki ilaçlardan vermek	4,5
Çevredekilere danışmak	0,5
Eczaneye danışmak	0,3
Hastaneye gitmek	15,1
Acile gitmek	8,2
Hiç bir şey	0,4
Diğer	1,4

Tablo Ek 10. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet

Genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarından alınan sağlık hizmetlerinden memnuniyet (n=4910)	Yüzde
Hiç memnun değil	4,1
Memnun değil	6,2
Kısmen memnun	33,6
Memnun	48,5
Çok memnun	7,6
Genel olarak sağlık çalışanlarından memnuniyet (n=4894)	
Hiç memnun değil	4,0
Memnun değil	6,1
Kısmen memnun	29,7
Memnun	49,6
Çok memnun	10,7



Katılımcıların %80,1'i hekim seçme hakkı olduğunu biliyordu ve bilenlerin %53,7'si bu hakkını en az bir kez kullanmıştır.

Hekimini seçerken seçim nedenleri şu şekilde sıralanmıştır; daha önceden hizmet almış ve memnun kalmış olma (%55,8), öneri üzerine (%27,4), akademik unvanına göre (%11,7), bekleme süresinin az olması nedeniyle (%2,8).

Kişilerin %77,5'i hastalığı ile ilgili ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissettiğini söylemiştir. İkinci görüş almak için en sık nedenler “doktorun teşhisini ikinci bir doktor tarafından onaylatmak” isteği (%49,6), “doktor yeterince bilgi vermediği için ek bilgi almak” (%21,7), “güven duymadığı ya da anlamadığı” için (%20,3) ya da “çevre önerisi ile bir başka doktor görüşü almak” şeklinde sıralanmıştır.

EK 3. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI ÖZET BULGULAR

• Bu araştırma sağlık okuryazarlığı alanında Türkiye’de yapılmış ilk geniş ölçekli saha çalışmasıdır.

• Çalışmada ortalama yaşı 41,4 olan 4924 katılımcının verisi analiz edilmiştir.

• Avrupa Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından kullanılan ankette katılımcıların çok zor veya zor olarak nitelendirdikleri önermeler “Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek”, “Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek”, “Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini”, “Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak”, “Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak” olarak gözükmektedir.

• Genel sağlık okuryazarlığı indeksi 50 puanlık bir ölçek üzerinden ortalama 30,4 olarak hesaplanmıştır. İndeks ortalaması Avrupa’da 33,8’dir ve aradaki fark anlamlıdır.

• Halkın %64,6’sının yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür. Bu rakam 35 milyonluk bir erişkin nüfusa karşılık gelmektedir. Başka bir deyişle toplumun sadece %35,4’ü yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Bu oran Avrupa çalışmasında %52,5 olarak bulunmuştur.

• Sağlık okuryazarlığının ölçmek için kullanılan bir başka araç olan En Yeni Yaşamsal Bulgu Anketinde toplumun %30’unun yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

• Genel sağlık okuryazarlığı kadınlarda (indeks=30,0) ve 65 yaş üstünde (indeks=23,5) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

• Yaş arttıkça ve eğitim düzeyi düştükçe sağlık okuryazarlığının doğrusal olarak azaldığı görülmüştür.

• Katılımcıların sadece %13,5’i T.C. Sağlık Bakanlığı’nın ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olduklarını belirtmiştir.

• Sağlık bilgisine erişmek için kişilerin yarısından fazlası öncelikle doktora danışmayı tercih ederken, üçte biri ise öncelikle televizyon ve internetten bilgiye erişmeye çalıştığını belirtmiştir.

• Toplumun %50,3’ü son bir yıl içerisinde aile hekimlerini ziyaret ettiklerini ve %4’ü ise son bir yıl içerisinde aile hekimleri tarafından ziyaret edildiklerini belirtmişlerdir.

• Genel olarak ilk başvurulacak sağlık kuruluşu %63,9 ile Devlet Hastaneleri olmuştur.

• Sağlık kuruluşlarına en sık başvuru nedeni ise %33,6 ile akut durumlarıdır.



- Son iki yıl içinde acil servise en az bir defa başvuru oranı %52,7 iken bu oran Avrupa'da %26,6'dır.
- Katılımcıların %49,5'i son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçtiğini belirtmiştir.
- Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanı tarafından tansiyon ölçüm oranı %63,3 olarak bulunmuştur.
- 2013-14 sezonunda grip aşısı yaptıranların oranı %8,7 iken, 65 yaş üstünde bu oran %10,2'de kalmıştır.
- Tarama yaşındaki kadınlarda mamografi çekirme oranı %28,7 iken serviks kanseri (pap smear) testi yaptırmak %18'de kalmaktadır.
- Tarama yaşındaki erişkinlerde kolon kanseri tarama oranı sadece %8,5'dir.
- 65 yaş üstü kadınlarda osteoporoz taraması yaptıranların oranı ise %32,5'dir.
- Bölgesel açıdan değerlendirildiğinde, Ortadoğu Anadolu Bölgesi en düşük genel sağlık okuryazarlığı indeksine sahip bölge olarak bulunmuştur (indeks=25,4). En yüksek genel sağlık okuryazarlığı ise (indeks=32,2) Ege Bölgesi'dir.
- Halkın %51,7'si doktor önerisi olmadan veya reçetesiz ilaç kullandığını belirtmiştir.
- Halkın yaklaşık üçte biri zaman zaman ilaçlarını doktorun önerdiği miktara ve süreye uygun şekilde kullanmadığını belirtmiştir.
- Hastalık durumunda kişilerin sergilemiş olduğu ilk davranış %72,9 ile doktora veya sağlık kurumuna başvurmadır.
- Çocuğu hastalandığında bu oran %93'e çıkmaktadır.
- Genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarından memnuniyet oranları ise şu şekildedir: Memnun olmayanlar %10,3, kısmen memnun olanlar %33,6 ve memnun olanlar ise %56,1 olarak hesaplanmıştır.
- Genel olarak sağlık çalışanlarından memnuniyet oranları ise şu şekildedir: Memnun olmayanlar %10, kısmen memnun olanlar %29,7 ve memnun olanlar ise %60,3 olarak hesaplanmıştır.
- Katılımcıların %80,1'i hekim seçme hakkı olduğunu bildiğini belirtmiştir ve bunların %53,7'si bu hakkını en az bir kez kullanmıştır.
- Kişilerin %77,5'i hastalığı ile ilgili ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissettiğini söylemiştir.

EK 3. SAHA ÇALIŞMASINI GERÇEKLEŞTİREN ANKETÖRLERİN İSİMLERİ

İSİM	ŞEHİR
GÜL KAYA	ADANA
ŞEMSETTİN KAYA	ADANA
OĞUZHAN ŞEKER	ADANA
İLHAN ALPTEKİN	AĞRI
ALAATTİN USTA	ANKARA
SADETTİN ÜNLÜ	ANKARA
MURAT UYGUR	ANKARA
ORHAN ÖZÇELİK	ANKARA
MUSTAFA ATALAY	ANKARA
AHMET GÖK	ANKARA
RECEP ULUSOY	ANKARA
GÜLSÜM İĞDE	ANKARA
BÜLENT ŞAHİN	ANKARA
KIYASETTİN ÖZBİL	ANTALYA
BİLGİN GÜLGÜN	ANTALYA
TURAN AĞAN	ANTALYA
AYDIN AKDAĞ	AYDIN
ERDEM ÖZCAN	AYDIN
MUHAMMET MEHTİ ÖNALAN	BALIKESİR
M.FUAT ÇÖKEN	BALIKESİR
NİHAT ERZİ	BALIKESİR
HÜSEYİN AYDIN	BURSA
ALAATTİN DEMİR	BURSA
SEDAT KOÇ	BURSA
EVİN ÇİM	DİYARBAKIR
NİHAT YELENÇ	DİYARBAKIR
TURAN ÖZKAN	ERZURUM
METİN DUMAN	ERZURUM
ATILLA KARAOĞLU	GAZİANTEP
YUSUF BAL	GAZİANTEP
METİN GÜNDOĞAN	GAZİANTEP
OKAN BEYHAN	İSTANBUL
İSMAİL SOLMAZ	İSTANBUL
KENAN KAYA	İSTANBUL
YUNUS EMRE KIRGEÇ	İSTANBUL
ÖMER LAPAHTA	İSTANBUL
FERHAT AZKESGİN	İSTANBUL
TOLGA SÜNTER	İSTANBUL
OSMAN YILMAZ	İSTANBUL
KAZIM KOÇ	İSTANBUL
RECEP HOROZCU	İSTANBUL
HÜSEYİN ÇAKAL	İSTANBUL



TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI

SADETTİN ALBAYRAK	İSTANBUL
ERCAN BEYDEŞ	İZMİR
NAZLI ÖZCAN	İZMİR
ADİLE DEMİRCİ	İZMİR
SEVGİ SAK	İZMİR
MEHTAP OĞUZ	İZMİR
GÜLSÜM KIZAK	İZMİR
MURAT NACİ USLU	KAYSERİ
ABDURRAHMAN KUBİLAY	KAYSERİ
BAYRAM TEMEL	KOCAELİ
MEHMET DEMİR	KOCAELİ
TANER DURAN	KONYA
TAHSİN YALDIZ	KONYA
MURAT DEVELER	MALATYA
BÜLENT ARICA	MALATYA
RASİM SAĞLAM	NEVŞEHİR
GÜVENÇ KORKMAZ	ORDU
GÖNÜL GÖRGÜLÜ	ORDU
YASEMİN TAŞKÖPRÜ	SAMSUN
KERİME SARAÇ	SAMSUN
GAYE GÜNAYDIN	SAMSUN
HANİFE GÜL KURT	SAMSUN
GİZEM COŞKUN	SAMSUN
YASEMİN KESKİN	TEKİRDAĞ
SELMAN DEMİR	TRABZON
CEMAL ARSLAN	VAN
TANER EVİŞ	VAN
M.NESİM TAŞKIRAN	ZONGULDAK