

Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Çocukların Ebeveynlerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi

The Health Literacy Level of the Parents of Children Admitted to a University Hospital

Emine Ahsen Bertizlioğlu* (0000-0002-7015-5812), Raziye Şule Gümüştakım** (0000-0003-0195-0895),
Büşra Karabekiroğlu* (0000-0003-0988-5039)

*Kahramanmaraş Onikişubat İlçe Sağlık Müdürlüğü, Kahramanmaraş, Türkiye

**Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş



Öz

Giriş: Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık hizmetlerinden verimli yararlanmaları ve sağlık harcamalarındaki azalmanın ilişkisinin bulunması ile birlikte popülerleşen bir çalışma konusu olmuştur. Ebeveynlerin sadece kendilerinin değil çocuklarının sağlıkları üzerine de karar verici konumda olmaları sebebiyle ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri büyük önem taşımaktadır. Literatürde ebeveynlerin sağlık okuryazarlığının çocukların yaşları ve başvurdukları poliklinikler arasındaki ilişkiyi inceleyen ve yetişkinlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Bizim bilgilerimize göre çalışmamız çocukların yaş aralığının ve başvurdukları polikliniklerin sınırlamaya tabi tutulmadan değerlendirildiği ilk çalışmadır. Çalışmamızda ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeylerini etkileyebilecek kendileri ve çocukları ile ilgili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran 0-18 yaş aralığındaki 360 çocuğun ebeveynlerinden biri dahil edilmiştir. Çalışmaya gönüllü olarak katılan ebeveynler sosyodemografik form ve TSOY-32 ölçeğinden oluşan 73 soruluk anket formunu doldurmuşlardır. Ebeveynlerin sosyodemografik ve klinik verileri ile TSOY-32 ölçeğinden aldıkları puanlar ve sağlık okuryazarlık düzeyleri karşılaştırılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda ebeveynlerin yaş ortalaması $34,95 \pm 7,39$, TSOY-32 genel indeks puan ortalamaları ise $32,62 \pm 10,73$ olarak bulunmuş olup literatürle uyumlu şekilde sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisindedir. Ebeveynlerin yaşları, eğitim düzeyleri, meslekleri, gelir durumları, hane halkı sayısı, çocuk sayısı, refakat edilen çocuğun yaşı ile ebeveynin sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Sonuç: Literatürle uyumlu olarak ebeveynlerin yaşları, eğitim düzeyleri, meslekleri ile ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve genel indeks puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin iyileştirilmesi çocukların akut ve kronik hastalıklarının doğru yönetimine, sağlık hizmetlerini verimli kullanmalarına ve kişi başına düşen sağlık harcamasının azaltılmasına katkı sağlayacaktır. Bu doğrultuda toplumun sağlık okuryazarlık düzeylerini yükseltmek için yapılabilecek çalışmaların yanında özellikle ebeveynleri hedefleyen kamu spotları ve eğitimlerin düzenlenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler

Sağlık okuryazarlığı, TSOY-32 ölçeği, ebeveynler, çocuklar

Keywords

Health literacy, TSOY-32 scale, parents, children

Geliş Tarihi/Received : 06.06.2023

Kabul Tarihi/Accepted : 17.11.2023

DOI:10.4274/jcp.2023.79058

Yazışma Adresi/Address for Correspondence:

Dr. Raziye Şule Gümüştakım,
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Kahramanmaraş, Türkiye
Tel.: +90 505 957 78 82
E-posta: sulesu82@gmail.com

Abstract

Introduction: Health literacy has become an increasingly popular study subject with the relationship between individuals' efficient use of health services and the decrease in health expenditures. Since parents are in a decision-making position not only on their health but also on their children's health, parents' health literacy levels have great importance. There are studies in the literature that examine the relationship between parents' health literacy, children's ages and the outpatient clinics their children apply to, and the health literacy levels of adults. To our knowledge, our study is the first study in which the age range of children and the outpatient clinics they applied to were evaluated without limitations. Our study, it was aimed to evaluate the factors related to parents and their children that may affect the health literacy levels of parents.

Materials and Methods: One of the parents of 360 children aged 0-18 who applied to the outpatient clinics of KSU Health Practice and Research Hospital was included in our study. Parents who voluntarily participated in the study were asked to fill out a 73 question questionnaire including a sociodemographic form and a TSOY-32 scale. The sociodemographic and clinical data of the parents, their scores on the TSOY-32 scale and their health literacy levels were compared. Statistical analysis of the data was made with the SPSS 22.0 package program.

Results: In our study, the mean age of the parents was found to be 34.95 ± 7.39 years. The mean TSOY-32 general index score is 32.62 ± 10.3 , and it is in the problematic-limited health literacy category in line with the literature. A significant difference was found between the age, education level, occupation, income status, number of households, number of children, age of the accompanying child, and the health literacy levels of the parents.

Conclusion: Consistent with the literature, a significant difference was found between the ages, education levels, occupations of the parents, and the health literacy levels and general index scores of the parents. Improving the health literacy levels of parents will contribute to the correct management of children's acute and chronic diseases, efficient use of health services, and reducing per capita health expenditure. In this direction, it is thought that besides the studies that can be done to increase the health literacy levels of the society, it will be beneficial to organize public service announcements and training, especially targeting parents.

Giriş

Bireylerin modernleşen dünyada ilerleyen teknoloji ve sosyal olarak gelişmeleri ile birlikte kendi sağlıklarına yönelik bilgi edinme istekleri artmaktadır. Bu istek zamanla sağlık okuryazarlığı kavramını doğurmuş ve kişilerin sağlık konusundaki bilgilere ulaşma, bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanmaları bileşenlerini de içermesine sebep olmuştur. Sağlık okuryazarlığı, kişilerin ve toplumların sağlığını geliştirme ve iyileştirme çabaları arasında evrilmiş yeni bir kavramdır ve son yıllarda önem kazanmış bir konudur. Sağlık okuryazarlığı, insanların ruhen ve bedenen iyi hissetme çabalarının vazgeçilmez bir parçasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafında sağlık okuryazarlığı, "sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal beceriler" olarak belirtilmektedir (1). Günümüzde sağlık okuryazarlığı kavramının birbirini kapsar nitelikte birçok farklı tanımı mevcuttur. Bu tanımların genel kapsamı bireylerin iyilik hallerini korumaları, hayat kalitelerini iyileştirmeleri, oluşabilecek hastalıkların önüne geçmeleri ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinebilmeleri için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve

uygulamaları için bireylerin sahip olduğu bilgi, beceri ve motivasyonudur (2,3).

Ottawa'da düzenlenen ilk Uluslararası Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansında "bireyler sağlıklarını belirleyen durumların kontrolünü ele almadıkça sağlık potansiyellerini gerçekleştiremezler" maddesi benimsenmiştir. Bu madde kapsamınca bireylerin sağlığına etki edebilecek durumların kontrolünü ele almak için modernleşen dünyada karmaşık sağlık sistemi ve sağlıksız bilgi bombardımanı altında ancak yeterli sağlık okuryazarlığı ile mümkün olacağı belirtilmektedir (4).

Yapılan çalışmalarda kişinin yaşı, cinsiyeti, okuryazar olma durumu ve eğitim düzeyi, yaşadığı yer, mesleği, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı ve süresi, ilaç kullanımı, ameliyat öyküsü, gibi etkenlerin sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediği belirtilmektedir (5).

Dünya'da sağlık okuryazarlığı seviyelerinin araştırıldığı çalışmalarda; Amerika nüfusunun yaklaşık üçte birine yakınında temel düzey ve altında sağlık okuryazarlığının bulunduğu, Kanada'da yapılan bir çalışmada ise toplam nüfusun %60'ında yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi saptandığı belirtilmektedir (3,6). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu (2012) sekiz Avrupa ülkesinden yaklaşık 8000 katılımcı ile

yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu (2012) çalışmasında yaklaşık her iki katılımcıdan birinde (%47) sağlık okuryazarlığının sınırlı düzeyde olduğu belirtilmiştir (7).

Ülkemizde 23 ilden 4924 kişinin katıldığı bir çalışmada katılımcıların %64,6'sının yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, yaklaşık 53 milyona yakın erişkin nüfusunun, yaklaşık 35 milyonunun yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu göstermektedir (8).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınırlı veya yetersiz olmasının bireylerin sağlığını koruma ve geliştirme ile ilgili bilgi eksikliğine veya uygulama hatalarına, sağlığı koruma ve geliştirme için hizmetlerden yararlanmaya ilişkin sorunlara, öz-bakımda yetersizliğe, hastalık algısının artmasına, fiziksel hastalıkların ortaya çıkmasına, verilen sağlık eğitimlerini ve talimatları anlamada güçlükler, kronik hastalıkların tedavisinin etkili yapılamamasına ve tedaviye uyum sağlamada güçlüğü, ilaç kullanım hatalarına, hastaneye yatış gereksiniminde artışa ve beraberinde sağlık giderlerinde artışa neden olduğu gösterilmiştir (9-11).

Çocuklar bakımları için ailelerine muhtaçtır. Özellikle yaşı küçük olan çocuklar sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında ve sürdürülmesinde bakım verenlerine bağımlıdır. Hastalık durumunda çocuk ile ilgilenen ve tedavisi için uygun adımları planlaması ve gereken adımları atması gereken ebeveynlerdir. Ayrıca hastalık durumunda sağlık kuruluşlarına başvurmanın yanında ebeveynlerin önerilen tedavileri anlama ve gerektiğinde evde uygulama gibi görevleri de bulunmaktadır. Ebeveynlerin çocuklarına yönelik sağlık kararları verme becerileri sağlık okuryazarlığı becerilerinden büyük ölçüde etkilenmektedir. Sağlık okuryazarlığının düşük olmasının, çocuklarında hastalıkları önleme, akut hastalık bakımı ve kronik hastalık bakımı gibi konular üzerine etkisi bulunmaktadır. Bu yüzden ebeveynlerin sağlık okuryazarlığının çocuğun sağlığı üzerine etkisi görülmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip ebeveynlerin daha az sağlık bilgisine sahip olduğu, kronik hastalık varlığında hastalık yönetiminde sorunlar yaşadığı, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan ebeveynler ile karşılaştırıldığında bu ebeveynlerin çocukları için koruyucu sağlık uygulamalarına daha az başvurdukları belirtilmektedir (12-15).

Geleceğin yetişkin bireylerini oluşturacak olan çocukların ebeveynlerinin, çocukların sağlığı ile ilgili konularda karar verici ve uygulayıcı konumunda olmaları sebebiyle sağlık okuryazarlık düzeylerinin iyileştirilmesinin toplumun sağlığında iyileşme sağlayacağı aşikardır. Sağlık hizmetlerinden en verimli şekilde yararlanma, toplumun sağlık düzeyinin artırılması, kronik hastalık komplikasyonlarının azaltılarak gelecek nesillerin yaşam kalitesinin artırılmasında büyük payı ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması oluşturmaktadır.

Çalışmamız Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran 18 yaş altı çocukların ebeveynlerinden birine TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği-32) ölçeği uygulanarak sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve bunun sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmamız; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olup Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 17.08.2021 tarihli 2021/26 numaralı oturumun 05 sayılı kararı ile onay alınmıştır. Bu çalışma üniversite hastanesi polikliniklerine 1 Eylül-30 Eylül 2021 tarihleri arasında başvuran 0-18 yaş aralığındaki çocuklara refakat eden ebeveynlerinden birinin katılımı sağlanarak 360 ebeveyn ile gerçekleştirilmiştir. Hastanede kullanılan bilgi ve işletim sistemi üzerinden yapılan araştırmada bir ay içerisinde hastaneye başvuran 0-18 yaş aralığındaki çocuk sayısı 5211 olarak bulunmuştur. Çalışmanın evren büyüklüğü %10'luk bir kayıp ile 4690 kişi olarak hesaplanmıştır. Örneklem sayısı Russ Lenth'in java modülü kullanılarak rastgele örneklem hesaplama metoduyla %95 güven aralığında ve $\alpha=0,05$ ile 356 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda 364 anket formu doldurulmuş olup eksik ve hatalı veri nedeniyle 4 anket çalışma dışı bırakılarak 360 anket değerlendirmeye alınmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Katılımcılar çalışmaya dahil edilmeden önce bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılım onamı verenler çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmamızda araştırmacılar tarafından oluşturulan anket toplam 73 sorudan ve 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde literatür taranarak oluşturulmuş anket aracılığıyla ebeveynin ve refakat ettiği çocuğun sosyodemografik ve klinik özellikleri sorgulanmıştır. İkinci bölümde 32 önermeden oluşan 5'li Likert tipi TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır. Çalışmaya katılmaya kabul eden ebeveynlere yüz yüze veya internet aracılığıyla anket formu uygulanmıştır. Sosyodemografik-klinik veri formunda kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, eve giren aylık toplam gelir, gelir-gider dengesi, yaşadığı yer, evde yaşayan toplam kişi sayısı, çocuk sayısı gibi kişilerin sosyodemografik özelliklerinin yanında ebeveynin kronik hastalık varlığı, mevcut kronik hastalıkların ne olduğu, süresi, ilaç kullanma durumu, sigara içme ve egzersiz alışkanlığı sorgulanmıştır. Ayrıca ebeveynin refakat ettiği çocuğun sıralaması, yaşı, cinsiyeti, kronik hastalık varlığı, kronik hastalıklarının neler olduğu, süresi, ilaç kullanma durumu, hastanede yatarak tedavi görme ve acil başvuru durumu ile ilgili bilgiler sorgulanmıştır.

TSOY-32 ölçeği: Çalışmaya katılan ebeveynlere geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Abacıgil ve ark. (16) tarafından 2016 yılında yapılmış olan TSOY-32 ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçek 5'li Likert tipi 32 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılardan bu sorulara "Çok kolay", "Kolay", "Zor", "Çok zor" ve "Fikrim yok" seçeneklerinden birini işaretleyerek cevap vermeleri istenmiştir. "Çok kolay" seçeneği 4 puan ve "Fikrim yok" seçeneği 0 (sıfır) puan olarak hesaplanmıştır. İndeks hesaplaması aşağıdaki formül ile yapılmıştır:

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

Bu hesaplama sonrasında 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 puan en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

Puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı;

(0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33): Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42): Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50): Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

İstatistiksel Analiz

Analizler SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) paket programında değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal

dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise ortalama \pm standart sapma (ort \pm SS), ortanca (min-maks) değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Pearson ki-kare, Fisher's Exact) uygulanmıştır. İkili kategorilerin ölçümsel karşılaştırılmaları için Mann-Whitney U analizi, 2'den fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi yapılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Üç ve daha fazla bağımsız grup arasında saptanan anlamlı farkların kaynağını saptamaya yönelik post-hoc çoklu karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan 360 kişinin %65'ini kadınlar, %95 gibi büyük çoğunluğunu ise evliler oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması $35,0 \pm 7,4$ 'tür (min: 20-maks: 63). Çalışmamıza katılan ebeveynlerin %40,3'ü üniversite ve üzeri mezunuyken, %40,8'i ev hanımıdır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin sahip olduğu ortalama çocuk sayısı $2,3 \pm 1,1$ (min=1-maks=6) olup iki çocuğu olanlar çoğunluğu oluşturmaktaydı (%37,5). Çalışmamıza katılan ebeveynlerin aynı evi paylaştıkları kişi sayısı ortalaması ise $4,3 \pm 1,2$ (min=1-maks=9) idi.

Ebeveynlerin %16,9'unun en az bir kronik hastalığı bulunmaktayken en sık karşılaşılan kronik hastalık %4,4 ile astım, %2,8 ile diabetes mellitus ve kalp hastalıkları, %2,5 ile hipertansiyon ve %2,2 ile tiroid hastalıklarıdır. Kronik hastalığı olan ebeveynlerin kronik hastalık süresi $12,52 \pm 9,83$ (min=1-maks=40) yıldır. Kronik hastalığı sebebiyle ilaç kullanan ebeveynlerin sayısı 41 (%11,4) iken 20 (%5,6) ebeveyn ilaç kullanmamaktaydı. Çalışmamıza katılan ebeveynlerin %18,6'sı sigara içmekte olup sigara içme süresi $14,94 \pm 7,23$ (min=1-maks=34) yıldır. Ebeveynlerin %28,1'i düzenli egzersiz yapmaktaydı. Ebeveynlerin 27'si (%7,5) her gün, 52'si (%14,4) haftada 1-2 gün egzersiz yaparken 0-30 dakika egzersiz yapanlar 57 (%15,8) kişi ve 30-60 dakika egzersiz yapanlar 34 (%9,4) kişiydi.

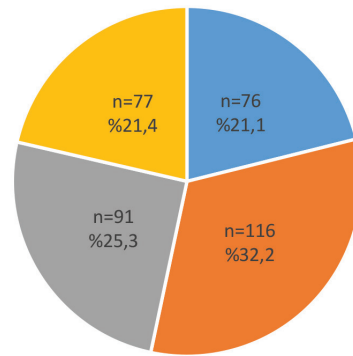
| Tablo 1. Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve mesleklerine göre dağılımı | | | |
|--|--------------------------------------|----------|------|
| | | Sayı | % |
| Yaş, ort ± SS | | 35,0±7,4 | |
| Cinsiyet | Kadın | 234 | 65,0 |
| | Erkek | 126 | 35,0 |
| Medeni durum | Evli | 342 | 95,0 |
| | Bekar | 18 | 5,0 |
| Eğitim durumu | Herhangi bir okul mezunu | 15 | 4,2 |
| | İlkokul/ortaokul mezunu (ilköğretim) | 123 | 34,2 |
| | Lise | 77 | 21,4 |
| | Üniversite ve üzeri | 145 | 40,3 |
| Meslek | Ev hanımı | 147 | 40,8 |
| | İşçi | 55 | 15,3 |
| | Doktor | 20 | 5,6 |
| | Memur | 52 | 14,4 |
| | Serbest meslek | 42 | 11,7 |
| | Sağlık Çalışanı | 22 | 6,1 |
| | Diğer | 22 | 6,1 |
| Haneye giren aylık gelir | 3000 TL ve altı | 106 | 29,0 |
| | 3000-6000 TL arası | 115 | 32,0 |
| | 6000 TL ve üstü | 139 | 39,0 |
| Gelir-gider karşılama oranı | Gelir giderden az | 185 | 51,0 |
| | Gelir gidere denk | 123 | 34,0 |
| | Gelir giderden fazla | 52 | 15,0 |
| Yaşanılan yer | Mahalle/köy | 78 | 21,7 |
| | İlçe merkezi | 97 | 26,9 |
| | İl merkezi | 185 | 51,4 |

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, %: Yüzde

Katılımcıların refakat ettikleri çocuklarının yaş ortalaması 6,4±5,2 (min=0-maks=18) olup refakat edilen çocukların %53,9'u erkektir. Refakat edilen çocukların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin TSOY-32 ölçeği ile belirlenen genel indeks puan ortalaması 32,62±10,73 (min: 0-maks: 50) olarak bulunmuş ve TSOY-32 ölçek puanlarına göre sağlık okuryazarlık düzeyleri Şekil 1'de verilmiştir. Ebeveynlerin %21,1'i yetersiz, %32,2'si sorunlu-sınırlı, %25,3'ü yeterli ve %21,4'ü mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir.

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin genel indeks puanının sosyodemografik ve klinik verilere göre ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3'te sunulmuştur.



■ Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ■ Sınırlı-Sorunlu Sağlık Okuryazarlığı
■ Yeterli Sağlık Okuryazarlığı ■ Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı

Şekil 1. TSOY-32 ölçeğine göre ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri.

| Tablo 2. Refakat edilen çocukların sosyodemografik ve klinik özellikleri | | | |
|---|-------------------|-------------|------|
| | | Sayı | % |
| Refakat ettiğiniz çocuğun yaşı, ort ± SS | | 6,4±5,2 | |
| Refakat ettiğiniz çocuk kaçınıcı çocuk? | İlk çocuk | 168 | 46,7 |
| | 2 ve sonrası | 192 | 53,3 |
| Refakat ettiğiniz çocuğun cinsiyeti | Kız | 166 | 46,1 |
| | Erkek | 194 | 53,9 |
| Refakat ettiğiniz çocuğunuzun kronik bir hastalığı var mı? | Evet | 50 | 13,9 |
| | Hayır | 310 | 86,1 |
| Çocuğun kronik hastalığı nedir? | Astım | 8 | 2,2 |
| | Allerji | 7 | 1,9 |
| | Serebral palsi | 4 | 1,1 |
| | Hidronefroz | 9 | 2,5 |
| | Kalp hastalıkları | 4 | 1,1 |
| | Diğer | 23 | 6,4 |
| Çocuğun kronik hastalık süresi (yıl), ort ± SS | | 5,00±4,37 | |
| Refakat ettiğiniz çocuk ilaç kullanıyor mu? | Evet | 29 | 58,0 |
| | Hayır | 21 | 42,0 |
| Çocuğunuz ilaçlarını düzenli kullanıyor mu? | Evet | 27 | 93,1 |
| | Hayır | 2 | 6,9 |
| Çocuğunuzu düzenli olarak kontrole getiriyor musunuz? | Evet | 45 | 90,0 |
| | Hayır | 5 | 10,0 |
| Çocuğunuz mevcut kronik hastalığı sebebiyle hastanede yatarak tedavi gördü mü? | Evet | 28 | 56,0 |
| | Hayır | 22 | 44,0 |
| Hastaneye yatış sayısı, ort ± SS | | 14,29±44,08 | |
| Son 1 yılda hastaneye yatış sayısı, ort ± SS | | 3,41±5,97 | |
| Çocuğunuz mevcut kronik hastalığı sebebiyle hastanede yatarak tedavi gördü mü? | Evet | 28 | 56,0 |
| | Hayır | 22 | 44,0 |
| Hastaneye yatış sayısı, ort ± SS | | 14,29±44,08 | |
| Son 1 yılda hastaneye yatış sayısı, ort ± SS | | 3,41±5,97 | |
| Çocuğunuz kronik hastalığı sebebiyle acile başvurdu mu? | Evet | 25 | 50,0 |
| | Hayır | 25 | 50,0 |
| Acil servise başvuru sayısı, ort ± SS | | 6,24±7,76 | |
| Son 1 yılda acil servise başvuru sayısı, ort ± SS | | 2,00±0,94 | |
| Çocuğunuz hastanede yatarak tedavi gördü mü? | Evet | 83 | 26,9 |
| | Hayır | 225 | 73,1 |
| Hastaneye yatış sayısı, ort ± SS | | 1,86±1,49 | |
| Son 1 yılda hastaneye yatış sayısı, ort ± SS | | 1,37±0,85 | |
| Çocuğunuz acil servise başvurdu mu? | Evet | 144 | 46,8 |
| | Hayır | 164 | 53,2 |
| Acil servise başvuru sayısı, ort ± SS | | 4,74±4,25 | |
| Son 1 yılda acil servise başvuru sayısı, ort ± SS | | 2,27±1,56 | |
| Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, %: Yüzde | | | |

Çalışmamıza katılan kadınların, evlilerin ve ilçe merkezinde yaşayanların puan ortalamaları daha yüksek olmasına rağmen anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Ebeveynlerin yaşları arttıkça genel indeks puan ortalamasında anlamlı bir düşüş saptanmıştır ($p<0,001$). En yüksek puana sahip olan grup 20-24

yaş grubudur. Eğitim durumuna göre genel indeks puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmiş ($p<0,001$) olup yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testleri ile bu farkın lise ve üzeri mezunlarının ilköğretim mezunlarından daha yüksek puana sahip olmasından kaynaklandığı

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre genel indeks puan ortalamaları

| | | Genel indeks puanı, ort \pm SS | p |
|---------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| Yaş | 20-24 yaş | 39,34 \pm 8,97 | <0,001* |
| | 25-29 yaş | 35,00 \pm 11,09 | |
| | 30-34 yaş | 33,54 \pm 11,78 | |
| | 35-39 yaş | 30,38 \pm 9,59 | |
| | 40 yaş ve üzeri | 30,48 \pm 9,42 | |
| Cinsiyet | Kadın | 32,82 \pm 11,24 | 0,498** |
| | Erkek | 32,26 \pm 9,73 | |
| Medeni durum | Evli | 32,64 \pm 10,81 | 0,755** |
| | Bekar | 32,32 \pm 9,34 | |
| Eğitim durumu | Herhangi bir okul mezunu değil | 29,55 \pm 11,25 | <0,001* |
| | İlkokul/ortaokul mezunu (ilköğretim) | 28,04 \pm 10,53 | |
| | Lise mezunu | 34,12 \pm 10,35 | |
| | Üniversite ve üzeri | 36,04 \pm 9,19 | |
| Meslek | Ev hanımı | 31,22 \pm 11,66 | 0,023* |
| | İşçi | 29,52 \pm 9,91 | |
| | Doktor | 36,82 \pm 10,55 | |
| | Memur | 34,86 \pm 8,24 | |
| | Serbest meslek | 34,39 \pm 10,41 | |
| | Sağlık çalışanı | 36,58 \pm 11,28 | |
| | Diğer | 33,36 \pm 8,50 | |
| Gelir durumu | 3000 TL ve altı | 29,92 \pm 11,69 | <0,001* |
| | 3000-6000 TL | 32,24 \pm 9,87 | |
| | 6000 TL ve üzeri | 36,58 \pm 9,07 | |
| Gelir-gider durumu | Gelir giderden az | 31,11 \pm 11,07 | 0,02* |
| | Gelir gidere denk | 33,89 \pm 10,51 | |
| | Gelir giderden fazla | 35,01 \pm 9,25 | |
| Yaşanılan yer | Mahalle/köy | 31,72 \pm 11,63 | 0,796* |
| | İlçe merkezi | 33,12 \pm 10,14 | |
| | İl merkezi | 32,74 \pm 10,67 | |
| Evdeki kişi sayısı | 3 ve daha az | 36,84 \pm 9,12 | <0,001* |
| | 4 kişi | 32,09 \pm 11,08 | |
| | 5 ve daha fazla | 30,22 \pm 10,61 | |
| Çocuk sayısı | 2 ve daha az | 34,32 \pm 10,75 | <0,001** |
| | 3 ve daha fazla | 29,83 \pm 10,11 | |

*Kruskal-Wallis testi, **Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

bulunmuştur. Geliri 6000 TL ve üzerinde olanların, 2 ve daha az çocuğu olanların puan ortalamalarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Aynı zamanda evdeki kişi sayısı arttıkça genel indeks puan ortalamasında anlamlı bir düşüş yaşandığı saptanmıştır ($p<0,001$). (Tablo 4). Ebeveynlerin genel indeks puan ortalamaları meslekler ve gelir-gider durumu arasında anlamlı farklılık göstermekteyken ($p<0,05$) Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testleri yapıldığında meslek grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlık düzeyleri literatür ile uyumlu olması açısından yetersiz-sorunlu-sınırlı ve yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı şeklinde dikotomize edilmiştir. Çalışmamıza katılan ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin karşılaştırılmış sonuçları Tablo 5'te verilmiştir. Sağlık okuryazarlığı yeterli olanların yaş ortalaması yetersiz olanların ortalamasından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Puan ortalamalarındakine benzer şekilde

eğitim düzeyinin artmasıyla yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olma oranının arttığı görülmüştür ($p=0,001$). Cinsiyet, medeni durum ve meslek açısından arada anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık okuryazarlık düzeyi ve ebeveynlerin gelir durumu karşılaştırıldığında sağlık okuryazarlığı yeterli olanların gelirleri yetersiz olanlarınkinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,004$). Sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli-mükemmel olan katılımcıların evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı ($p=0,001$) ve çocuk sayısı ($p<0,001$) yetersiz-sorunlu-sınırlı olanlardan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

Kronik hastalığı olanların, 10 yıl ve daha uzun süre kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı sebebiyle ilaç kullanmayanların, sigara içenlerin, günde 1 paketten fazla sigara içenlerin, 15 yıl ve daha uzun süredir sigara içenlerin, düzenli egzersiz yapmayanların genel indeks puanı daha düşük olup anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Egzersiz sıklığı azaldıkça genel indeks puanı artmaktayken ($p>0,05$), egzersiz süresi fazla olanların da genel indeks puanı

Tablo 4. Refakat edilen çocuğun klinik ve sosyodemografik verilerine göre ebeveynin genel indeks puan ortalaması-1

| | | Genel indeks puanı, ort \pm SS | p |
|--------------------------------------|---------------------|----------------------------------|--------------------|
| Çocuğun sıralaması | İlk çocuk | 34,88 \pm 10,66 | <0,001* |
| | 2 ve sonrası | 30,63 \pm 10,44 | |
| Yaşı | 0-3 yaş | 34,78 \pm 10,70 | <0,001** |
| | 4-6 yaş | 34,23 \pm 9,85 | |
| | 7-9 yaş | 28,60 \pm 10,40 | |
| | 10-12 yaş | 28,02 \pm 11,89 | |
| | 13-15 yaş | 30,94 \pm 10,32 | |
| | 16-18 yaş | 32,34 \pm 9,20 | |
| Cinsiyeti | Kız | 32,57 \pm 11,30 | 0,938* |
| | Erkek | 32,66 \pm 10,24 | |
| Kronik hastalık durumu | Evet | 30,53 \pm 10,54 | 0,154* |
| | Hayır | 32,96 \pm 10,73 | |
| Kronik hastalık süresi | 5 yıldan az | 31,66 \pm 9,19 | 0,589* |
| | 5 yıl ve daha fazla | 29,95 \pm 11,67 | |
| İlaç kullanma durumu | Evet | 31,83 \pm 11,04 | 0,275* |
| | Hayır | 28,75 \pm 9,79 | |
| İlacını düzenli kullanma | Evet | 31,10 \pm 10,86 | 0,167* |
| | Hayır | 41,67 \pm 11,79 | |
| Düzenli olarak kontrole gelme | Evet | 31,18 \pm 10,26 | 0,293* |
| | Hayır | 24,69 \pm 12,45 | |

*Mann-Whitney U, **Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

düşüktür ($p>0,05$). Aynı grupların sağlık okuryazarlık düzeyleri de genel indeks puanlarıyla paraleldir ve arada anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

İlk çocuğa ve 3 yaş altındaki çocuğa refakat etmenin anlamlı olarak genel indeks puanlarını ve sağlık okuryazarlığını arttırdığı gözlenmiştir ($p<0,001$). Çocuğun cinsiyeti, çocuğun kronik hastalık varlığı, kronik hastalık süresi, ilaç kullanımı, düzenli ilaç kullanımı ve düzenli kontrol ile arada anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Çocuğun kronik hastalığının bulunup bulunmamasına göre hastanede yatışları ve acil servis başvuruları değerlendirildiğinde kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin genel indeks puan ortalaması ile çocukların acil servise başvurma durumları arasında anlamlı farklılık olduğu ve acil servise başvuran çocukların ebeveynlerinin genel indeks puan ortalamasının daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0,008$). Diğer açılardan anlamlı fark bulunamamıştır.

Acil servis başvurusu bulunan çocukların ebeveynlerinin 17'si (%11,6) yetersiz, 49'u (%33,3) sorunlu-sınırlı, 46'sı (%31,3) yeterli ve 35'i (%23,8) mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahipken acil servis başvurusu bulunmayanların ebeveynlerinin 46'sı (%28,2) yetersiz, 49'u (%30,1) sorunlu-sınırlı, 32'si (%19,6) yeterli ve 36'sı (%22,1) mükemmel sağlık

okuryazarlık düzeyine sahiptir. Çocuğu acil servise başvuran ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin yeterli-mükemmel olma oranı başvurmayanların oranından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,019$).

Tartışma

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin TSOY-32 ölçeği genel indeks puanı ortalaması $32,62\pm 10,73$ bulunmuş olup çalışmaya katılan bireylerin %21,1'i yetersiz, %32,2'si sorunlu-sınırlı, %25,3'ü yeterli ve %21,4'ü mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan yaklaşık her iki ebeveyninden birinin yetersiz ya da sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık kategorisinde yer aldığı saptanmış olup ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin %48,2 ile %68,2 arasında değişen oranlarda yetersiz veya sorunlu-sınırlı düzeyde olduğu belirtilmektedir. İzmir'de 402 kişinin katılımı ile TSOY-32 ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi %68,2, Kahramanmaraş'ta Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Türkçe kullanılarak yapılan çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi %48,2, Düzce'de yapılan çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi %62,9, Türkiye genelinde yapılan ve 4924 kişinin katıldığı çalışmada

Tablo 5. Refakat edilen çocuğun klinik ve sosyodemografik verilerine göre ebeveynin sağlık okuryazarlık durumu

| | Yetersiz-sorunlu-sınırlı | | Yeterli-mükemmel | | p | |
|--|--------------------------|-----|------------------|-----|----------------|-------------------|
| | Sayı | % | Sayı | % | | |
| Refakat ettiğiniz çocuğun yaşı, ort \pm SS | 7,1 \pm 5,1 | | 5,7 \pm 5,2 | | 0,004** | |
| Refakat ettiğiniz çocuk kaçınıcı çocuk? | İlk çocuk | 72 | 42,9 | 96 | 57,1 | <0,001* |
| | 2 ve sonrası | 120 | 62,5 | 72 | 37,5 | |
| Refakat ettiğiniz çocuğun cinsiyeti | Kız | 87 | 52,4 | 79 | 47,6 | 0,745* |
| | Erkek | 105 | 54,1 | 89 | 45,9 | |
| Refakat ettiğiniz çocuğunuzun kronik bir hastalığı var mı? | Evet | 31 | 62,0 | 19 | 38,0 | 0,186* |
| | Hayır | 161 | 51,9 | 149 | 48,1 | |
| Çocuğunuzun kronik hastalığının süresi, ort \pm SS | 5,32 \pm 4,75 | | 4,47 \pm 3,73 | | 0,771** | |
| Refakat ettiğiniz çocuk ilaç kullanıyor mu? | Evet | 16 | 55,2 | 13 | 44,8 | 0,242* |
| | Hayır | 15 | 71,4 | 6 | 28,6 | |
| Çocuğunuz ilaçlarını düzenli kullanıyor mu? | Evet | 16 | 59,3 | 11 | 40,7 | 0,192* |
| | Hayır | 0 | 0 | 2 | 100,0 | |
| Çocuğunuzun düzenli olarak kontrole getiriyor musunuz? | Evet | 28 | 62,2 | 17 | 37,8 | 0,923* |
| | Hayır | 3 | 60,0 | 2 | 40,0 | |

*Ki-kare analizi, **Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, %: Yüzde

ise sağlık okuryazarlık düzeyi %64,6 oranında yetersiz veya sorunlu-sınırlı olarak bulunmuştur (17-20). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %53,3'ünün yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar elde edilmesinin sebebinin evren ve örneklem seçiminde farklılıklar olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızdaki yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine yakın bulguları olan çalışmalar literatürde görülmekle birlikte, ülkemizde yapılan birçok çalışmaya göre yetersiz veya sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyinin daha düşük çıktığı görülmüştür. Çalışmamızın daha yeni tarihli ve katılan ebeveynlerin yaş ortalamasının diğer çalışmalara göre daha küçük olmasının etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamıza katılan ebeveynlerin %65,0'nun kadınlardan oluşması da bu sonuçta etkili olabilir.

Çalışmamızda yaş arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinde düşüş görüldüğü, özellikle 20-24 yaş aralığındaki ebeveynlerin 35 yaş ve üzerindeki ebeveynlere göre daha yüksek genel indeks puanına sahip olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Ülkemizde 2019 yılında yapılan bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların yaş ortalamaları arttıkça sağlık okuryazarlık düzeylerinin azaldığı bulunmuştur (21). Sağlık-Sen tarafından yapılan geniş kapsamlı çalışmada da genç yaş gruplarında genel indeks puan ortalaması ve sağlık okuryazarlık düzeyleri daha yüksektir (8). Liu ve ark. (22) tarafından Çin'de yapılan sağlık okuryazarlık, sağlık alışkanlıkları ve sağlık durumu ile ilgili çalışmada genel indeks puanı ile ölçülen sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha genç yaş gruplarında daha yüksek görüldüğü bildirilmiştir. Sørensen ve ark. (7) tarafından yapılan ve 8 Avrupa ülkesinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin değerlendirildiği çalışmada da benzer şekilde genç yaştaki erişkinlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu, yaşla birlikte sağlık okuryazarlık düzeylerinin azaldığı belirtilmiştir. Bu sonuçlarda ileri yaşlarda doğru bilgiye ulaşmak için veri kaynaklarının verimli kullanılmaması, yaşla birlikte azalan sosyal etkileşim düzeyi, modernleşme ve branşlaşma sebebiyle karmaşıklaşan sağlık sistemini anlama ve kullanmada görülen sorunların katkısı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlık genel indeks puan ortalamaları kadınlarda daha yüksek

bulunmuş ancak cinsiyetler arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Literatürde sağlık okuryazarlık düzeyleri ve cinsiyet ilişkisini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar mevcuttur. Ülkemizde çalışmamıza benzer şekilde cinsiyetler ile genel indeks puan ortalamaları arasında fark saptanmayan çalışmalar olduğu gibi erkeklerin genel indeks puan ortalamalarının daha yüksek bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (16,21,23,24). Avrupa'da sekiz ülkede yürütülen çalışmanın sonuçları; cinsiyetin sağlık okuryazarlığı için zayıf bir belirleyici olduğunu ancak kadınlarda daha iyi bir düzeyde olduğunu göstermiştir (7). Çalışma sonuçlarımızın katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğunu kadınların oluşturması ve yaş ortalamalarının erkeklerden düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda bireylerin medeni durumu ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş ve medeni durum ile sağlık okuryazarlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak evli bireylerin genel indeks puan ortalamaları bekar ebeveynlerden daha yüksek bulunmuştur. Türkiye ve Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmalarında sağlık okuryazarlık ile medeni durum arasındaki ilişkiye yer verilmemiştir. Türkoğlu'nun (25) yaptığı bir çalışma evli bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin bekar olanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bununla birlikte medeni durum ile sağlık okuryazarlık arasında çalışmamıza benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (26). Bekar ebeveynlerin daha düşük genel indeks puanına sahip olmasında ebeveynlerden birinin kaybı/boşanma sonrası çocuğun sorumluluğunun çoğunluğunun tek ebeveynde olması sebebiyle bireyin kendini geliştirmek için yeterli zamana ve enerjiye sahip olamamasının etkisi olduğu söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığı kavramının temel bileşenlerinden olan bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama süreçleri için kişilerin belirli bir bilişsel yeteneğe sahip olması gerekmektedir. Bu yeteneklerin kazanımında da örgün eğitimin önemi büyüktür. Çalışmamızda ebeveynlerin eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ($p<0,05$) ve çalışmaya dahil edilen ebeveynlerin eğitim durumu lise ve üzeri olanların, ilköğretim mezunlarına göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Literatürde sağlık okuryazarlığının eğitim düzeyi yükseldikçe iyileştiğini gösteren çalışmalar mevcut olduğundan bu sonuç beklenen bir durumdur (27,28). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin ilkokul ve altında olanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (23). Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin ve genel indeks puanlarının yükseldiği görülmektedir (16,20,22,29). Bu sonuçlar eğitim düzeyi arttıkça kişilerin eğitim materyallerine ve sağlıklarıyla ilgili bilgiye daha kolay ulaşmaları ile açıklanabilir. Eğitim düzeyindeki artışla birlikte bireylerin daha fazla araştırma yaptığı ve buldukları bilgiyi değerlendirerek daha doğru tercihlerde buldukları düşünülmektedir.

Bireylerin meslekleri ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin incelendiği çalışmalar sınırlıdır. Literatürde kişilerin sahip oldukları mesleklerin sağlık okuryazarlık düzeyine etkilediği ve farklılığa neden olduğunu bildiren çalışmalar olmakla birlikte (30-32) bizim çalışmamızda ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile meslekleri arasında anlamlı fark bulunmamış olup genel indeks puan ortalamaları ile meslekler arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Ancak meslek gruplarının ikili karşılaştırmalarında gruplar arasında anlamlı fark yoktur. Bu durum örneklemin homojen olmamasından kaynaklanabilir. Çalışmamızda doktor ve sağlık çalışanı olan ebeveynlerin genel indeks puan ortalaması diğer meslek gruplarından daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde Bakan ve Yıldız (33) tarafından 2019 yılında yapılan 21-64 yaş arası bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilgili çalışmada sağlık eğitimi almış olanların genel indeks puan ortalaması ve sağlık okuryazarlık düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Doktorlar ve sağlık çalışanları ile sağlık ve ilgili kavramların ayrı düşünülemez olması, almış oldukları eğitim, çalıştıkları alandaki güncel değişiklikleri sürekli takip etmeleri ve hastalarla iletişim halinde olmaları bu meslek gruplarının genel indeks puan ortalamalarının diğer meslek gruplarından yüksek olmasını açıklayabilir.

Çalışmamızda gelir durumu ve sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0,05$) olup geliri 6000 TL ve üzeri olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin 6000 TL altı olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda

yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlık sahip kişilerin %37,5'inin 6000 TL ve üzeri gelire sahip olması gelir durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır. Çalışmamızda aylık gelir-gider dengesi ile sağlık okuryazarlık arasında da anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ancak yapılan ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durum örnekleminizin gelir-gider durumu açısından homojen olmaması ile ilişkilendirilebilir. Literatürde sağlık okuryazarlık düzeyinin gelir durumu ile pozitif bir ilişkisinin olduğu; gelir durumu yükseldikçe sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseldiği bildirilmiştir (32,34-35). Matsumoto ve Nakayama (31) tarafından yapılan bir çalışmada ise sağlık okuryazarlık düzeyi ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ifade edilmiştir. Gelir düzeyinin bireylerin yaşamında çoğu alanı etkilediği gibi sağlık okuryazarlığını da etkilemesi beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda ebeveynlerin genel indeks puan ortalaması ve sağlık okuryazarlık düzeyleri ile yaşadıkları yer arasında anlamlı farklılık izlenmedi ($p>0,05$). Literatürde bulgularımıza benzer şekilde çalışmalar olduğu gibi kırsal bölgede yaşayanların puan ortalamasının kentsel bölgede yaşayanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (8,36). Çalışmamızda anlamlı bir farklılık bulunmamasının sebebi örneklemin küçük olması ve homojen dağılmaması olabilir.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli-mükemmel olan ebeveynlerin hane halkı ve çocuk sayısı yetersiz-sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip ebeveynlerden anlamlı şekilde düşük ($p<0,05$) olmakla birlikte ebeveynlerin genel indeks puan ortalamasına bakıldığında evde yaşayan kişi sayısı 3 ve altında olanların anlamlı şekilde daha yüksek ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca çocuk sayısı 2 ve daha az olan bireylerin genel indeks puan ortalamalarının 3 veya daha çok çocuğu olan bireylerden daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Ülkemizde yapılan bir çalışmada katılımcıların çocuk sayısı arttıkça sağlık okuryazarlık düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (21). Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin kontrasepsiyon hakkında bilgisinin daha az olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (37). Çalışmamızda bulduğumuz sonuçların çalışmaya dahil edilen katılımcıların büyük çoğunluğunu kadınların oluşturması, bu bireylerin

çocuk sayısı arttıkça çocuk bakımı ile ilgilenmekten kendilerini geliştirecek fırsatlar bulamaması gibi etkenlerin rol oynayabileceği gibi bireylerin kontraseptif yöntemler hakkında bilgi eksikliğinden de kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların hastaneye getirdikleri çocuklarının cinsiyeti ve yaşı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$) çocuğun yaşı ve sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($p<0,05$). Refakat edilen çocuğun ailenin ilk çocuğu olduğu ve çocuğun 3 yaş altında olduğu ebeveynlerin genel indeks puan ortalamasının ve yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olma yüzdesinin anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu bulgular ilk ve daha küçük yaştaki çocuğuna refakat eden ebeveynlerin çoğunluğunun yaş grubunun daha genç olması ve eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin kronik hastalığının olması, mevcut kronik hastalık sayısı, kronik hastalığının süresi ve kronik hastalığı sebebiyle ilaç kullanması ile ebeveynlerin genel indeks puanı ve sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kronik hastalık ve ilaç kullanım durumlarının sağlık okuryazarlık düzeyi üzerine etkisi incelenmiş kronik hastalığı bulunanların ve düzenli ilaç kullananların sağlık okuryazarlık düzeyleri kronik hastalığı bulunmayan bireylere göre daha düşük bulunmuştur (21,23). 2012'de yapılmış olan geniş çaplı bir çalışmada ise sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olanların kronik hastalığa sahip olma oranı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (38). Mevcut sonuçlar ışığında kronik hastalık sahibi olmanın sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkisinin düzenli olarak sağlık kontrollerine gitmeye ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip olmaya bağlı olduğu söylenebilir. Yapılan bu çalışmalarla mevcut çalışmamızın arasındaki sürede kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı konusunda bilinçlenmeye başladığından söz edilebilir.

Çalışmamızda ebeveynlerin tütün ürünü kullanımı, kullanım süresi ve miktarı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir ($p>0,05$). Dünya'da yapılan çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde tütün ürünleri kullanımı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (7,39). Bu sonucun tütün ve benzeri ürünleri kullanımının bir

bağımlılık davranışı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Çalışmamız kişilerin tütün kullanımını terk etme davranışları ile sağlık okuryazarlık düzeyinin ilişkisinin araştırılması açısından yol gösterici olabilir.

Düzenli ve doğru egzersiz alışkanlığı kişinin sağlığını ve yaşam kalitesini korumasında veya gelişebilecek kronik hastalıkların (hipertansiyon, diyabet, kolesterol vb.) önlenmesinde ya da hastalıkların doğru yönetiminde doğru beslenme ile birlikte önemli bir yer tutmaktadır. Çalışmamızda ebeveynlerin egzersiz alışkanlıkları, süreleri ve sıklıkları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş ancak anlamlı farklılık izlenmemiştir ($p>0,05$). Bulgularımızın aksine 2012'de yapılmış olan Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu fiziksel egzersiz ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında güçlü bir korelasyon bulmuştur (7). Çalışmamızın fiziksel egzersiz ile sağlık okuryazarlık düzeyleri ilişkisi açısından yapılan çalışmalardan farklı sonuç içermesinin nedeni olarak ülkelere göre bireylerin egzersiz alışkanlıklarının farklı olması ve son 2 yılda yaşanan COVID-19 pandemisi nedeniyle bireylerin zamanın büyük bir kısmını evde geçirmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ebeveynin refakat ettiği çocuğunun kronik hastalık varlığı, süresi, hastalığa bağlı ilaç kullanımı ve düzenli kontrole getirilmesi ile ebeveynlerin genel indeks puan ortalaması ve sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen çocuğunda herhangi bir kronik hastalık olmayan ebeveynlerin olanlara, çocuğu kronik hastalık nedeniyle ilaç kullanan ebeveynlerin kullanmayanlara ve düzenli kontrole getiren ebeveynlerin getirmeyen ebeveynlere göre genel indeks puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Bakan ve Yıldız (33) tarafından 2019 yılında yapılan 21-64 yaş arası bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilgili çalışma TSOY-32 ölçeği genel indeks puan ortalamasını ailesinde hasta birey bulunanlarda istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olarak bulmuştur. Ebeveynlerin çocuklarında kronik hastalık sebebiyle ilaç kullanıyor olmalarının ebeveynleri mevcut durumlarıyla ilgili olarak araştırmaya, bilgi edinmeye ve dolayısıyla sağlık okuryazarlık düzeylerinde artışa sebep olduğu söylenebilir. Çocuklarını düzenli olarak kontrole getiren ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin

daha yüksek saptanması ise ebeveynlerin eğitim durumu ile ilişkilendirilebilir.

Ebeveynlerin kendisinde veya bir yakınında kronik hastalık olması durumunda sağlık okuryazarlık düzeylerinin, mevcut hastalık, sağlık birimlerinin kullanılması, sağlık çalışanları ile daha uzun vakit geçirme gibi etkenler nedeniyle daha yüksek olması ve bu sebeple hastalık yönetiminin ve sağlık sisteminin gerekli ve verimli kullanılmasının artması beklenebilir (40). Çalışmamızda ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile kronik hastalığı olan çocuklarının hastanede yatarak tedavi görmesi, acil servise başvuru durumları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Aynı zamanda kronik hastalığı olan çocukların toplam ve son 1 yılda hastanede yatış ve acil servis başvuru sayıları ile ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı fark izlenmemiştir ($p>0,05$). Bu durum ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyinden bağımsız olarak kronik hastalığı olan çocukların acil ve yatarak tedavi ihtiyacının normal popülasyondan daha fazla olması ile açıklanabilir. Ayrıca kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerine çocukların bakımı, tedavilerinin düzenlenmesi ve uygulanması ile ilgili eğitim verilebilmesi, poliklinik ve kliniklerde yeterli zaman ayrılabilmesi için sağlık politikalarında yapılacak değişiklikler ile gereksiz başvuruların önüne geçilebilir.

Kronik hastalığı olmayan çocuklardan hastanede yatarak tedavi görenlerin ebeveynlerinin genel indeks puan ortalamaları ile yatarak tedavi görmemiş olan çocukların ebeveynlerinin ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak aynı çocuklardan acil servise başvuranların ebeveynlerinin genel indeks puan ortalaması acil servis başvurusu olmayan çocukların ebeveynlerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çocukların toplam ve son 1 yılda hastanede yatış ve acil servis başvuru sayıları ile ebeveynlerin genel indeks puan ortalamaları arasında anlamlı fark izlenmemiştir ($p>0,05$). Acil servise başvuran çocukların ebeveynlerinin yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olma oranı anlamlı olarak yüksek ($p<0,05$) bulunmakla birlikte hastanede yatarak tedavi görme, toplam ve son 1 yıldaki yatış ve acil başvuru sayısı ile anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızın yapıldığı merkezin 3. basamak bir sağlık kuruluşu olması sebebiyle acile başvuran çocukların dış merkezden sevkle gelebilmeleri, acil servise hangi nedenle

başvurduklarının, tetkik ve tedavinin yapıldığı acil alanının bilinmemesinin bu sonuca neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışma Kısıtlılıkları

Çalışmamızın yönteminin kesitsel ve örneklem sayısının az olması, 3. basamak bir sağlık kuruluşunda yapılması, ebeveynlerin çoğunluğunu annelerin oluşturması çalışmanın sınırlılıklarıdır. Çalışmamıza katılan ebeveynlerin anlık durumları değerlendirilmiştir. Sonraki süreçte gözlenebilecek değişiklikler saptanmamıştır. Çalışmamız Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne ayaktan başvuran sınırlı bir ebeveyn grubu ile yapıldığından örneklemin çeşitliliği kısıtlanmakta ve bütün ebeveynlere genellenmesinin önüne geçmektedir. Katılımcı sayısı ve araştırma merkezi artırılarak yapılacak çalışmalar ile bu araştırma ve sonuçları genişletilebilir.

Sonuç

Araştırmamız sonucunda ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin yaş, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi ile ilişkili olduğu ve ebeveynlerin çoğunluğunun yetersiz sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığına etki eden faktörlerin belirlenmesinin ve bunlara yönelik iyileştirme politikalarının benimsenmesinin toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini iyileştireceği düşünülmektedir.

Toplumların sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması sağlık sistemindeki iş yükünün azalmasına, toplumun ve gelecek nesillerin sağlık düzeylerinin iyileşmesine, sağlık hizmetlerinin verimli kullanılmasına katkı sağlayacaktır. Çocuklarının sağlık bakımlarını üstlenen ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeylerindeki artışın sağlık hizmetlerinde mevcut ve gelecek iş yükünü azaltacağı ve gelecek neslin yaşam kalitesini artıracığı ön görülebilir. Bu nedenle toplumun geneline sağlık okuryazarlığı ile ilgili eğitim verilirken özellikle ebeveynleri hedefleyen materyallerin ve kamu spotlarının hazırlanması gerekmektedir.

***Bilgilendirme:** Bu çalışma 12-15 Mayıs 2022 tarihinde düzenlenen 21. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuş olup Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile

Hekimliği Anabilim Dalı'nda yapılan bir tezden üretilmiş makaledir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Araştırmamız; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olup Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 17.08.2021 tarihli 2021/26 numaralı oturumun 05 sayılı kararı ile onay alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A. Health literacy: WHO Regional Office for Europe 2013.
- Ross Adkins N, Corus C. Health literacy for improved health outcomes: effective capital in the marketplace. Journal of Consumer Affairs 2009;43:199-222.
- Rootman I, Gordon-El-Bihbety DA vision for a health literate Canada. Ottawa, ON: Canadian Public Health Association 2008.
- Ottawa Sözleşmesi. 1986. Erişim: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health 2015;15:678.
- Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. National Center for Education Statistics 2006. <https://eric.ed.gov/?id=ed493284>
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health 2015;25:1053-8.
- Tanrıöver MD, Yıldırım H, Ready ND, Çakır B, Akalın E. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık-Sen Yayınları 2014;6:42-7.
- Osborne, M.E. Health Literacy from A to Z: Jones & Bartlett Publishers 2012.
- Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. J Epidemiol Community Health 2007;61:1086-90.
- Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. Ann Fam Med 2009;7:204-11.
- DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. Pediatrics 2009;124 Suppl 3:S265-74.
- Abrams MA, Klass P, Dreyer BP. Health literacy and children: introduction. Pediatrics 2009;124 Suppl 3:S262-4.
- Sanders LM, Federico S, Klass P, Abrams MA, Dreyer B. Literacy and child health: a systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med 2009;163:131-40.
- Yin HS, Johnson M, Mendelsohn AL, Abrams MA, Sanders LM, Dreyer BP. The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. Pediatrics 2009;124 Suppl 3:S289-98.
- Abacıgil F, Harlak H, Okyay P. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayınları 2016:45-73.
- İşler A. 18-65 yaş arası kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinin değerlendirilmesi [Uzmanlık tezi]. İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi 2019.
- Özdemir Y. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği 2018.
- Gamsızkan Z, Sungur MA. Düzce Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okur yazarlık düzeyi: Kesitsel bir çalışma. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2020;24:117-25.
- Durusu Tanrıöver M, Yıldırım H, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın E. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık-Sen Yayınları 2012;6:422-7.
- Oğulluk ZA. Sosyodemografik özellikler ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık anksiyetesi üzerine etkisinin araştırılması. 2019.
- Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. Int J Environ Res Public Health 2015;12:9714-25.
- Ulusoy E, Yılmaz TE, Çıfci A, Yılmaz T, Kasım İ, Özkara A. Sağlam çocuk takibinde ebeveynlerin rolü ve sağlık okuryazarlığı. Ankara Medical Journal 2020;20:588-604.
- Değerli H, Tüfekçi N. Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi 2018;6:467-88.
- Türkoğlu Ç. Sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi: Isparta ili örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta 2016.
- Biçer EB, Malatyalı İ. Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2018;17:1-15.
- Ölmez EH, Barkan OB. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi Ve Hasta Hekim İlişkisinin Değerlendirilmesi. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi 2015;4:121-7.
- Shah LC, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore RT. Health literacy instrument in family medicine: the "newest vital sign" ease of use and correlates. J Am Board Fam Med 2010;23:195-203.
- Haerian A, Moghaddam MH, Ehrampoush MH, Bazm S, Bahsoun MH. Health literacy among adults in Yazd, Iran. J Educ Health Promot 2015;4:91.
- Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, von Wagner C. Cognitive Function and Health Literacy Decline in a Cohort of Aging English Adults. J Gen Intern Med 2015;30:958-64.

31. Matsumoto M, Nakayama K. Development of the health literacy on social determinants of health questionnaire in Japanese adults. *BMC Public Health* 2017;17:30.
32. Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2014;13:321-6.
33. Bakan AB, Yıldız M. 21-64 Yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum* 2019;29:33-40.
34. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013;13:948.
35. Morris NS, Maclean CD, Littenberg B. Change in health literacy over 2 years in older adults with diabetes. *Diabetes Educ* 2013;39:638-46.
36. Şeref Özdođan P. Radyoterapi alan hasta ve yakınlarının sağlık okuryazarlığı ve gereksinimlerine yönelik öğretim materyali geliştirilmesi: Bařkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2014.
37. Volandes AE, Paasche-Orlow MK. Health literacy, health inequality and a just healthcare system. *Am J Bioeth* 2007;7:5-10.
38. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80.
39. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Educ Couns* 2009;75:411-7.
40. May M, Brousseau DC, Nelson DA, Flynn KE, Wolf MS, Lepley B, et al. Why Parents Seek Care for Acute Illness in the Clinic or the ED: The Role of Health Literacy. *Acad Pediatr* 2018;18:289-96.