

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ COVID-19 AŞI
OKURYAZARLIĞINA ETKİSİ: AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE
BAŞVURAN HASTALAR ÜZERİNDE BİR UYGULAMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sümevra AKIN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Fuat YALMAN

Düzce, 2022

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ COVID-19 AŞI
OKURYAZARLIĞINA ETKİSİ: AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE
BAŞVURAN HASTALAR ÜZERİNDE BİR UYGULAMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sümevra AKIN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Fuat YALMAN

Düzce, 2022

JÜRİ ÜYELERİ İMZA SAYFASI

T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne, Bu çalışma jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında oy birliği ile **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Fuat YALMAN
Düzce Üniversitesi

Jüri Üyeleri

Dr. Öğr. Üyesi Fuat YALMAN
Düzce Üniversitesi

Doç. Dr. Yusuf ÖCEL
Düzce Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Nurperihan TOSUN
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi 25/07/2022

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın tüm aşamalarında emeği geçen, tecrübeleriyle yol gösteren, değerli görüşlerini, yardımlarını, bilgilerini esirgemeyen, her zaman beni yönlendiren ve bana yardımcı olan saygıdeğer tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Fuat YALMAN'a sonsuz teşekkür ederim.

Tez çalışmamın veri analizleri ve bulguları kısmında yardımcı olan Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ'e ve öğretim hayatım boyunca her daim gerek teorik gerekse görüş ve önerileriyle bana çok şey katan sayın hocam Doç. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN'a teşekkür ederim.

Tez çalışmamın anket formu için ölçek çalışmalarını kullanmama izin veren Prof. Dr. sayın Filiz ABACIGİL'e ve Dr. Öğr. Üyesi sayın Ayhan DURMUŞ'a teşekkür ederim. Çalışmamda bana yardımcı olarak, veri toplama sürecimin başarıyla gerçekleşmesine katkı sağlayan Bursa Panayır 404 Nolu Aile Hekimi Merkezi tüm çalışanlarına ve katılımcılara teşekkür ederim.

Hayatım boyunca bana her zaman inanan, yanımda duran ve destekleyen kıymetli aileme her şey için en içten teşekkürlerimi sunarım.

Sümevra AKIN

ÖZET

AKIN, Sümeyra. Sağlık Okuryazarlığının COVID-19 Aşı Okuryazarlığına Etkisi: Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastalar Üzerinde Bir Uygulama Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Düzce, 2022

Bu araştırmanın temel amacı, sağlık okuryazarlığı düzeyinin COVID-19 aşı okuryazarlığına olan etkisini tespit etmektir. Araştırmanın evrenini; 2022 yılı Şubat-Mart aylarında Bursa Panayır Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş üstü hasta ve hasta yakınları oluşturmaktadır. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada; betimleyici istatistikler, açıklayıcı faktör analizi, farklılık testleri, path (yol) analizi teknikleri kullanılmıştır. Toplamda 410 kişiden elde edilen veriler, IBM SPSS Statistic Base 23V ve AMOS paket programları ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın değişkenlerini oluşturan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı”(32) ve “COVID-19 Aşı Okuryazarlığı” (12) ölçekleri ile toplamda 44 sorunun Cronbach Alpha katsayıları sırasıyla 0,945, 0,833, 0,936 olarak bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ölçeğine yönelik uygulanan açıklayıcı faktör analizi sonucunda toplam varyansın %61,868’ini temsil eden 6 faktör bulunmuştur. COVID-19 aşı okuryazarlığı ölçeğinin açıklayıcı faktör analizi sonucunda ise toplam varyansın %56,784’ünü temsil eden 2 faktöre ulaşılmıştır. Sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşı okuryazarlığı ölçekleriyle elde edilen faktörlere ilişkin; “Bağımsız Örneklemeler T Testi” ve “Tek Yönlü ANOVA” testleri yapılmıştır. Bağımsız örneklemeler t-testi sonucunda katılımcıların medeni durumu, katılımcıların çevre tavsiyesi ile ilaç kullanım durumu, katılımcıların hekim tarafından reçete edilen ilaçların düzenli kullanım durumu değişkenleriyle ölçek faktörleri arasında yapılan değişkenlerin bazı kategorilerinde anlamlı bir farklılığa ulaşılmıştır. Cinsiyet, herhangi bir sağlık problemi olup olmama ve herhangi bir kronik hastalık olup olmama değişkenleriyle ölçek faktörleri arasında T-testi yapılmış ancak cinsiyet, herhangi bir sağlık problemi olup olmama ve herhangi bir kronik hastalık olup olmama değişkenlerinin tüm kategorilerinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Katılımcıların meslek grubu, katılımcıların sağlık problemi olduğunda ilk başvuru kurum durumu, katılımcıların eğitim grubu değişkenleriyle ölçek faktörleri arasında yapılan ANOVA testi sonucunda bu değişkenlerin bazı kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğuna ulaşılmıştır. Yaş ve gelir düzeyi değişkenleriyle ölçek faktörleri arasında

ANOVA testi yapılmış ancak yaş ve gelir düzeyi değişkenlerinin tüm kategorilerinde anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Araştırmanın path (yol) analiz sonuçlarına göre; Katılımcıların tedavi ve hizmet düzeyini; COVID-19 aşısı okuryazarlığı faktörü olan iletişim becerileri özelliğinin anlamlı düzeyde ve pozitif yönde; fonksiyonel beceriler özelliklerinin ise pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı etkilemediği tespit edilmiştir. Katılımcıların hastalıklardan korunma sağlığının geliştirilmesi düzeyini; COVID-19 aşısı okuryazarlığı faktörü olan iletişim becerileri özelliğinin, anlamlı düzeyde ve pozitif yönde; fonksiyonel beceriler özelliklerinin ise pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı etkilemediği tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma düzeylerini; COVID-19 aşısı okuryazarlığı faktörü olan iletişim becerileri özelliğinin, anlamlı düzeyde ve pozitif yönde; fonksiyonel beceriler özelliğinin ise anlamlı düzeyde ve negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiyi anlama düzeyleri; COVID-19 aşısı okuryazarlığı faktörü olan iletişim becerileri özelliğinin anlamlı düzeyde ve pozitif yönde; fonksiyonel beceriler özelliklerinin ise anlamlı düzeyde olmadığı ve negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme düzeyi; COVID-19 aşısı okuryazarlığı faktörü olan iletişim becerileri özelliğini anlamlı düzeyde ve pozitif yönde; fonksiyonel beceriler özelliğinin anlamlı düzeyde olmadığı ve pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme/kullanma düzeyi; COVID-19 aşısı okuryazarlığı faktörü olan iletişim becerileri özelliğini anlamlı düzeyde ve pozitif yönde; fonksiyonel beceriler özelliğinin anlamlı düzeyde olmadığı ve negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, COVID-19, COVID-19 Aşısı Okuryazarlığı

ABSTRACT

AKIN, Sumeyra. The Effect of Health Literacy on COVID-19 Vaccine Literacy: A Practice Example on Patients Applying to Family Health Center, Master Thesis, Düzce, 2022

The main purpose of this research is to determine the effect of health literacy level on COVID-19 vaccine literacy. The universe of the research; It consists of patients over the age of 18 and their relatives who applied to Bursa Panayır Family Health Center in February-March 2022. Convenience sampling method was used in the research. In the research; descriptive statistics, explanatory factor analysis, difference tests, path analysis techniques were used. Data obtained from a total of 410 individuals were evaluated with IBM SPSS Statistic Base 23V and AMOS package programs. The Cronbach Alpha coefficients of 44 questions in total were found to be 0.945, 0.833, 0.936, respectively, with the scales of “Turkey Health Literacy” (32) and “COVID-19 Vaccine Literacy” (12), which constitute the variables of the study. As a result of the explanatory factor analysis applied for the health literacy scale, 6 factors representing 61,868% of the total variance were found. As a result of the explanatory factor analysis of the COVID-19 vaccine literacy scale, 2 factors representing 56,784% of the total variance were reached. Regarding the factors obtained with health literacy and COVID-19 vaccine literacy scales; “Independent Samples T-Test” and “One-Way ANOVA” tests were performed. As a result of the independent samples t-test, a significant difference was reached in some categories of the variables made between the marital status of the participants, the environmental advice of the participants and the use of drugs, the regular use of the drugs prescribed by the physicians of the participants and the scale factors. T-test was performed between the scale factors with gender, having any health problems and having any chronic disease variables, but no significant difference was found in all categories of gender, having any health problem and having any chronic disease. As a result of the ANOVA test conducted between the participants' occupational group, the status of the first resort when the participants had a health problem, the education group variables of the participants and the scale factors, it was found that there was a statistically significant difference in some categories of these variables. ANOVA

test was performed between age and income level variables and scale factors, but no significant difference was determined in all categories of age and income level variables. According to the path analysis results of the research; The treatment and service level of the participants; The communicative skills feature, which is the COVID-19 vaccine literacy factor, is significantly and positively; On the other hand, it was determined that functional skills characteristics did not affect positively and statistically significantly. Participants' level of disease prevention and health promotion; The communicative skills feature, which is the COVID-19 vaccine literacy factor, is significantly and positively; On the other hand, it was determined that functional skills characteristics did not affect positively and statistically significantly. Participants' level of access to health-related information; The communicative skills feature, which is the COVID-19 vaccine literacy factor, is significantly and positively; it has been determined that functional skills feature has a significant and negative effect. Participants' level of understanding of health-related information; The communicative skills feature, which is the COVID-19 vaccine literacy factor, is significantly and positively; it was determined that functional skills characteristics were not at a significant level and had a negative effect. Participants' level of evaluation of health-related knowledge; Significantly and positively, the communicative skills feature, which is the COVID-19 vaccine literacy factor; It has been determined that the functional skills feature is not at a significant level and has a positive effect. Participants' level of evaluation/use of health-related information; Significantly and positively, the communicative skills feature, which is the COVID-19 vaccine literacy factor; It has been determined that the functional skills feature is not at a significant level and has a negative effect.

Keywords: Health Literacy, COVID-19, COVID-19 Vaccine Literacy

İTHAF

Sevgili yeğenim Esmâ Baltacı'ya ithafen...



İÇİNDEKİLER

<i>JÜRİ ÜYELERİ İMZA SAYFASI</i>	<i>ii</i>
<i>ÖNSÖZ</i>	<i>iii</i>
<i>ÖZET</i>	<i>iv</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>vi</i>
<i>İTHAF</i>	<i>viii</i>
<i>İÇİNDEKİLER</i>	<i>ix</i>
<i>TABLolar LİSTESİ</i>	<i>xiii</i>
<i>ŞEKİLLER LİSTESİ</i>	<i>xiv</i>
<i>BİRİNCİ BÖLÜM</i>	<i>1</i>
<i>GİRİŞ</i>	<i>1</i>
1.1 Araştırmanın Problemi	<i>3</i>
1.2 Araştırmanın Amacı	<i>4</i>
1.3 Araştırmanın Önemi	<i>5</i>
1.4 Araştırmanın Sayıtları	<i>6</i>
1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları	<i>7</i>
1.6 Tanımlar	<i>7</i>
<i>İKİNCİ BÖLÜM</i>	<i>9</i>
<i>SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI</i>	<i>9</i>
2.1 Sağlık Okuryazarlığının Tanımı.....	<i>9</i>
2.2 Sağlık Okuryazarlığının Tarihçesi	<i>15</i>
2.2.1. Dünya’da Sağlık Okuryazarlığı Çalışmaları	<i>16</i>
2.2.2 Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Çalışmaları	<i>18</i>
2.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	<i>20</i>
2.3.1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi.....	<i>20</i>

2.3.2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	21
2.3.3 Kritik Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	22
2.4 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	24
2.4.1 Demografik Faktörler.....	25
2.4.2. Kültürel Faktörler.....	27
2.5 Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi.....	28
2.5.1 REALM (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü).....	29
2.5.2 TOFHLA (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)	30
2.5.3 NVS (En Yeni Yaşamsal Bulgular Testi)	30
2.5.4 YSOÖ Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	31
2.5.5 ASOY-TR Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması.....	31
2.5.6 TSOY- 32 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32.....	32
<i>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</i>	33
<i>COVID-19 AŞI OKURYAZARLIĞI</i>	33
3.1 COVID-19 Pandemisi	33
3.2 COVID-19 Aşı Çalışmaları.....	36
3.3 Aşı ve Aşı Okuryazarlığı Kavramları	40
3.3.1 Dünya’da Aşı Okuryazarlığı Kavramı ve Çalışmaları	45
3.3.2 Türkiye’de Aşı Okuryazarlığı Kavramı ve Çalışmaları	46
3.4. COVID-19 Aşı Okuryazarlığı ve Çalışmaları.....	48
3.4.1 Dünya’da COVID-19 Aşı Okuryazarlığı	48
3.4.2 Türkiye’de COVID-19 Aşı Okuryazarlığı	51
3.5 COVID-19 Aşı Okuryazarlığının Ölçülmesi	55
3.5.1 COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeği	56
3.5.2 Koronavirüs Anksiyete Ölçeği.....	56

3.5.3 COVID-19 Aşıları İle İlgili Tutum, Algı ve İnançlar	57
3.5.4 COVID-19 Aşılarının Algıları ve Tutumlar.....	57
3.5.5 COVID-19 Değerlendirme Puan Kartı	58
3.5.6 COVID-19 Korkusu Ölçeği	59
<i>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....</i>	<i>61</i>
<i>SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ COVID-19 AŞI OKURYAZARLIĞINA ETKİSİ: AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN HASTALAR ÜZERİNDE BİR UYGULAMA ÖRNEĞİ.....</i>	<i>61</i>
4.1 ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ	61
4.1.1 Araştırmanın Yöntemi ve Araştırmanın Tasarımı	61
4.1.2 Araştırmanın Kavramsal Modeli.....	65
4.1.2.1 Araştırma Hipotezlerinin Geliştirilmesi.....	65
4.1.2.2. Araştırma Birimi, Evren ve Örnekleme.....	66
4.1.3 Veri Toplama Yöntemi	67
4.1.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler	68
4.1.4.1 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32).....	70
4.1.4.2 COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeği	70
4.1.5 Verilerin Analizi	71
4.2 ARAŞTIRMANIN BULGULARI	71
4.2.1 Araştırma Verilerinin Normallik Dağılımı	72
4.2.2 Araştırma Verilerinin Güvenilirliği	74
4.2.3 Demografik Bulgular	75
4.2.4 Faktör Analizlerine İlişkin Bulgular	77
4.2.4.1 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Yönelik Faktör Analizi.....	77
4.2.4.2 COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeğine Yönelik Faktör Analizi	80

4.2.5 Sağlık Okuryazarlığı ve COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Faktörleri İle İlgili Betimleyici İstatistikler	81
4.2.6 Farklılık Analizlerine İlişkin Bulgular	82
4.2.7 Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) ile ilgili Bulgular	89
4.2.7.1 Yapısal Modele (Path Analizi) Ait Sonuçlar	92
4.2.8 Hipotezlerin Kabul ve Ret Durumları	99
<i>BEŞİNCİ BÖLÜM</i>	<i>101</i>
<i>SONUÇ VE ÖNERİLER</i>	<i>101</i>
5.1 Betimsel Sonuçlar	101
5.2 Path (yol) analiz sonuçları.....	105
5.3 Metodolojik Sonuçlar.....	106
5.4 Öneriler	107
<i>KAYNAKÇA</i>	<i>109</i>
<i>EKLER (Anket ve Gönüllü Olur Formu)</i>	<i>133</i>

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Sağlık Okuryazarlığı Tanımları	10
Tablo 2: Klinik Aşı Çalışma Evreleri.....	37
Tablo 3: COVID-19 Aşı Yaklaşımlarının Gruplandırılması.....	39
Tablo 4: Türkiye’de Aşı İle İlgili Yapılan Çalışmalar	47
Tablo 5: Sağlık Bakanlığı Aşı Uygulanacak Grup Sıralaması.....	53
Tablo 6: Araştırmada Kullanılan Ölçekler	69
Tablo 7: Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	73
Tablo 8: Güvenilirlik Testi.....	74
Tablo 9: Sağlık Okuryazarlığı ve COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeklerinin Faktörlerine İlişkin Güvenilirlik Katsayısı.....	75
Tablo 10: Katılımcıların Demografik Bulguları	76
Tablo 11: Sağlık Okuryazarlığı Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	78
Tablo 12: COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	80
Tablo 13: Faktörlere İlişkin Betimleyici İstatistikler	81
Tablo 14: Katılımcıların Medeni Durumuna Göre T-Testi Sonuçları	83
Tablo 15: Katılımcıların Çevre Tavsiyesi ile İlaç Kullanıp Kullanmama Durumu T-Testi Sonuçları	83
Tablo 16: Katılımcıların Hekim Tarafından Reçete Edilen İlaçların Düzenli Kullanılıp Kullanılmama Durumu Göre T-Testi Sonuçları	84
Tablo 17: Katılımcıların Meslek Grubuna Göre ANOVA Sonuçları	85
Tablo 18: Katılımcıların Sağlık Problemi Olduğunda İlk Başvurulan Kurum Durumuna Göre ANOVA Sonuçları.....	86
Tablo 19: Katılımcıların Eğitim Grubuna Göre ANOVA Sonuçları	88
Tablo 20: Uyum İyiliği İndeksleri ve Eşik Değerleri.....	90
Tablo 21: İyileştirilmiş Ölçüm Modeline İlişkin Path Analizi Sonuçları	94
Tablo 22: Araştırma Modeli YEM Sonuçları.....	95
Tablo 23: Yapısal Modele Ait Sonuçlar	97
Tablo 24: Araştırma Hipotezlerinin Kabul ve Ret Durumları	99

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları.....	11
Şekil 2: Bazı Önemli Aşıların Zaman Haritası	42
Şekil 3: Aşılarla İlişkin Tutum ve Niyetler	43
Şekil 4: Araştırmanın Deseni	62
Şekil 5: Araştırma Modeli.....	64
Şekil 6: Sağlık Okuryazarlığı ve COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Path Diagramı (Yapısal Model) ve Uyum İyiliği Sonuçları	93



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Günümüzde sağlık okuryazarlığı kavramına olan ilgi, hızlı bir şekilde artmaktadır (Baccolini vd., 2022). Sağlık sistemlerinin karmaşık sağlık bilgilerini anlamak, kullanmak ve sağlık sunucuları ile etkili bir iletişim kurabilmek için sağlık okuryazarlığına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, “bireylerin bilinçli sağlık kararları vermek için sağlıkla ilgili bilgileri elde etme, anlama, değerlendirme ve iletişim kurma becerisi” olarak ifade edilmektedir (Choukou vd., 2022). Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığını fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, etkileşimli sağlık okuryazarlığı, kritik sağlık okuryazarlığı olarak üç düzeyde sınıflandırmıştır (Cheng ve Nishikawa, 2022). Sağlık sistemlerinin gelişimi için bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri önemli bir faktör olarak görülmektedir (Biasio vd., 2021). Sağlık okuryazarlığının gelişimi, sağlık sistemi üzerindeki yükün azalmasına yardımcı olarak maliyetleri iyileştirmektedir. Sağlık okuryazarlığının azalması sonucunda hastaneye yatış oranı, yanlış ilaç kullanma ihtimali ve yatan hasta harcamaları artarak yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerinin ve bireylerin refah seviyelerinin geliştirilmesi için önemli bir faktör olarak görülmektedir (Naveed ve Shaukat, 2022). Modern toplumlarda karmaşık sağlık bilgileri için bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilmesi gerektiği kabul edilmektedir (Cheng ve Nishikawa, 2022).

Koronavirüs enfeksiyonu salgını olan COVID-19, 2019 yılında Çin’de başladıktan kısa bir süre içerisinde sağlık sektöründe acil bir küresel sorun haline gelmiştir (Chakraborty ve Maity, 2020). Dünya Sağlık Örgütü, 30 Ocak 2020’de COVID-19’u bulaşıcı hastalık olarak ilan etmiştir (Sohrabi vd. , 2020). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu verilere göre Türkiye’de ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde tespit edilmiştir. COVID-19 ile birlikte, bütün dünyayı etkileyen bir pandemiyle karşı karşıya kalınmıştır (Budak ve Korkmaz, 2020). Dünya

Ticaret Örgütü (DTÖ) ve Ekonomi Örgütü İşbirliği ve Kalkınma (OECD), COVID-19 pandemisinin, küresel ekonomiye yönelik tehdit oluşturduğunu bildirmiştir (Chakraborty ve Maity, 2020). Pandemi dönemlerinde ölüm oranlarının tüm dünyada artması ile sağlık sistemleri olumsuz olarak etkilenmektedir (İzci vd. , 2021).

COVID-19 pandemisi halk sağlığı için bir tehdit oluşturmaktadır. COVID-19 pandemisinin sağlıkla ilgili olumsuz etkilerinden kaçınmanın en uygun ve maliyetli yolu “aşılama” olarak kabul edilmektedir. Bu doğrultuda aşı okuryazarlığı, “hem aşılar hakkında bilgi sahibi olmak hem de iyi bir sağlık sistemi geliştirmek” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, düşük aşı alımını neden olarak aşılama olumsuz etkilemektedir (Correa-Rodríguez vd., 2022). COVID-19 pandemi döneminde dünya çapından ciddi ölüm kayıpları yaşanmıştır. Aşı okuryazarlığının sağlanması ile aşılama oranları artarak, hastalıklar azalmaktadır. Aşı okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığının bir parçası olarak bilinmektedir ve aşılama oranları, sağlık okuryazarlığının düşük olmasından etkilenmektedir. (Badua vd., 2022).

Bir pandemi döneminde oluşan sağlık koşulları öncelikle bireylerin endişe duymasına sebep olmaktadır. Sağlık okuryazarlığının düşük olması, COVID-19 aşı olma isteğini ve hastalıkları olumsuz etkilemektedir (Choukou vd., 2022). COVID-19 pandemi döneminde sağlık, sosyal ve ekonomik alanlar olumsuz olarak etkilenmiştir. Aşıların geliştirilmesi ile COVID-19 virüsü önlenmekte ve olumsuz etkiler ortadan kaldırılmaktadır (Biasio vd., 2021). Yapılan bazı araştırmalar, yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinin aşılama isteğini arttırdığını öne sürmektedir. Yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, COVID-19 aşısını yaptırma konusunda daha az tereddüt, belirsizlik veya reddetme bildirdiği kabul edilmiştir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı, bireylerin COVID-19 aşısına yönelik tutumlarını etkilemesi yönüyle dikkat çekmektedir (Zhang vd., 2022).

COVID-19 pandemi döneminde, küresel sağlık okuryazarlığındaki eksikler ve eşitsizlikler ciddi şekilde görülmektedir. Bu doğrultuda sağlık okuryazarlığı, insanların sağlıkla ilgili bilgileri eleştirel bir şekilde değerlendirerek COVID-19 pandemiden etkilenme oranlarını belirlemektedir. Çeşitli hastalıkların sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması ile arttırdığı bildirilmiştir. Sağlık okuryazarlık

düzeşinin yükselmesi, aşılama isteğini arttırarak, aşılamaşı pozitif aşıdan etkilemektedir (Cheng ve Nishikawa, 2022). COVID-19 pandemisinin hızlı bir şekilde yayılması ile bireşlerin sağlık okuryazarlık düzeyine odaklanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, COVID-19 ile mücadele döneminde oldukça önemli etkilere sahip olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı kavramı, bireşlerin sağlıkla ilgili eğitimini içermekte ve sağlık iletişimi için gerekli görölmektedir. Sağlık okuryazarlığı, COVID-19 pandemisinde bireşlerin tıbbi bilgileri edinme ve anlama becerisini ifade etmektedir. Ayrıca dünya çapında bulaşıcı hastalık krizinin ortaya çıkması, sağlık okuryazarlığına olan ihtiyacı arttırmıştır. (Naveed ve Shaukat, 2022).

Literatür incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının COVID-19 aşı okuryazarlığına olan etkisi ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu tez çalışması, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan katılımcıların COVID-19 aşı okuryazarlığı düzeyine olan etkisini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda tez çalışmasının ikinci bölümünde sağlık okuryazarlığı, üçüncü bölümünde COVID-19 aşı okuryazarlığı ile ilgili genel bilgiler yer almaktadır. Çalışmanın dördüncü bölümünde araştırmanın metodolojisi ve bulgular anlatılmıştır. Beşinci bölümde bulgulara ilişkin sonuçlar ve öneriler yer almaktadır.

1.1 Araştırmanın Problemi

Günümüzde yaşanan salgın hastalıklar, sağlık sektörünü ciddi boyutlarda etkilemektedir. Tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 virüsünün önüne aşılama ile geçilmektedir. Bireşlerin algı ve tutumuna göre COVID-19 aşılama isteği farklılaşmaktadır. COVID-19 aşı okuryazarlığı, dünyadaki tüm sağlık sektörler için önemli bir konu haline gelmiştir. Aynı zamanda COVID-19 aşı okuryazarlığının, sağlık okuryazarlığına dayanması sebebi ile sağlık okuryazarlığına olan ilgi artmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19 pandemi döneminde, sahte/yanlış haberciliğin virüsten daha tehlikeli olduğunu bildirmiştir. Birçok ülkede görölen sahte/yanlış haberler, bireşlerin COVID-19 aşı olma isteğini olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla pandemi döneminde, sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşı okuryazarlığının önemli olduğu kabul edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşı okuryazarlığı, bireşlerin hem kendi sağlıkları hem de toplumun tümünün sağlık

durumunu etkilemektedir. Ayrıca, COVID-19 virüsünün ölümcül sonuçları sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşı okuryazarlığına dikkat çekmektedir. Sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşı okuryazarlığının geliştirilmesi, pandemi ile mücadele edilmesinde önemli rol oynamaktadır (Cheng ve Nishikawa, 2022).

Bireylerin sağlık hakkında bilgilerinin yetersiz olması, COVID-19 virüsünün daha çok yayılmasına yol açmaktadır. Araştırmacılar, COVID-19 virüsünün olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşı okuryazarlığı arasındaki ilişkiye odaklanmıştır (Chaniaud vd., 2022). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının COVID-19 aşı okuryazarlığına olan etkisi oldukça önemli bir konu olması sebebiyle dikkat çekmektedir. Dolayısıyla bu araştırmanın problemi, sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin COVID-19 aşı okuryazarlık düzeylerine etkisinin olup olmadığı ortaya koymaktadır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, sağlık okuryazarlığı düzeyinin COVID-19 aşı okuryazarlığına olan etkisini tespit etmek ve bu etkilerden yola çıkarak path (yol) analizi ile model geliştirmektir. Araştırmanın temel amacının yanında, araştırma kapsamında ele alınabilecek çeşitli alt amaçlar belirlenmiştir. Söz konusu alt amaçlar:

1. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile COVID-19 aşı okuryazarlığı arasındaki etkiye yönelik teorik çalışmaları gözden geçirmek,
2. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bireylerin COVID-19 aşı okuryazarlığına olan etkisini belirlemek,
3. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin ile COVID-19 aşı okuryazarlığına etkisine yönelik kavramsal bir çerçeve oluşturmak,
4. Aile hekimliği merkezine başvuran katılımcıların sağlık okuryazarlığının COVID-19 aşı okuryazarlığına yönelik düşüncelerinin güvenilir ve geçerli ölçekler ile faktör analizi uygulamak,
5. Aile hekimliği merkezine başvuran sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin;
 - a) Yaş,
 - b) Cinsiyet,
 - c) Eğitim,

- d) Medeni durum,
- e) Meslek,
- f) Gelir düzeyi,
- g) Herhangi bir sağlık problemi olup olmama durumu,
- h) Herhangi bir kronik hastalık olup olmama durumu,
- i) Sağlık problemi olduğunda başvuru yapılan ilk kurum,
- j) Çevre tavsiyesi ile ilaç kullanım durumu,
- k) Hekim tarafından reçete edilen ilaçların düzenli kullanım durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır? olarak belirlenmiştir.

1.3 Araştırmanın Önemi

Sağlık hizmetleri, insanların ve halkın sağlığını geliştirmek için sağlık hizmeti sunucuları, kurumlar ve kaynakları içeren geniş bir sistem olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetleri, bireylerin kendi sağlıkları hakkında söz sahibi olması ile diğer sistemlerden farklılaşmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetleri, bireylerin davranışlarından oldukça etkilenmektedir. İhtiyacı olan herkesin sağlık hizmeti kullanma hakkı bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, toplumların refahı için önemli kabul edilmektedir (Tao ve Liu, 2019: 2).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgileri ile ilgili anlayışları, sağlık davranışları ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiye dayanmaktadır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesi, sağlık sistemleri ve toplumu etkilemektedir. Ayrıca bireylerin demografik özellikleri, hastalıklarla ilgili bilgileri, meslekleri, kültürleri, eğitim ve okuryazarlık düzeyleri sağlık okuryazarlığı üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Dolayısıyla sağlıkla ilgili bilgilere aşina olan bireyler, sağlık hizmetleri kullanımında daha optimal davranışlar sergilemektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı becerileri ile sağlık sonuçları arasında doğrudan bir ilişki olduğu kabul edilmiştir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için sağlık okuryazarlığı önemli bir faktör olmaktadır (Squiers vd., 2012).

COVID-19 aşı okuryazarlığı, COVID-19 salgınının tüm dünyaya yayılması ile önem kazanan yeni bir okuryazarlık türü olarak kabul edilmektedir. Aşılar, bulaşıcı hastalıkları önleyen önemli girişimler içerisinde yer almaktadır. Aşıların, bireylerin

aşılama isteğini artırdığı kabul edilmektedir. Dolayısıyla aşı okuryazarlığı, aşı tereddüdün önüne geçmek için bireylerin güvenlerini sağlamaya dayanmaktadır. Aşı okuryazarlığının, aşuya ilişkin yanıltıcı bilgilerin negatif etkilerini azaltmada yardımcı olduğu bildirilmiştir. Tüm dünyaya yayılan COVID-19 salgını, aşuların geliştirilmesi ve pozitif etkilerinin anlaşılması için bir fırsat olarak görülmektedir. Küresel salgınların çözümünde, aşuların önemli olduğu kabul edilmiştir (Badua vd., 2022).

Sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşı okuryazarlığına olan ilgi, COVID-19 pandemi döneminde artmıştır. Özellikle sağlık okuryazarlığının aşı olma isteği ve virüsten korunmak için önleyici tedbirlere uyma arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı kavramına dayanan “aşı okuryazarlığı”, bireylerin aşılama ile ilgili bilgileri bulma, anlama ve değerlendirme becerilerine ilişkin olarak ele alınmaktadır. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin, aşı okuryazarlığının yüksek olduğu kabul edilmektedir (Zhang vd., 2021). Dolayısıyla COVID-19 pandemi döneminde sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşı okuryazarlığı önem kazanan alanlar olmuştur.

Bu araştırma;

- Yerli ve yabancı literatürde, sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan katılımcıların COVID-19 aşı okuryazarlık düzeyine olan etkisini tartışan araştırmaların sayısı azdır. Dolayısıyla bu araştırmanın gerçekleştirilmesi, hem ulusal hem de uluslararası literatüre spesifik anlamda özgün bilgiler sunacaktır.
- Ülkemizde ve dünyada sağlık sektörüne olan harcamaların boyutu ekonomik anlamda önemlidir. Dolayısıyla bu araştırma, sağlık sektörü uygulayıcılarına ve sağlık gelişmelerine katkı sağlayarak farkındalık oluşturmaktadır.
- Bu araştırma koruyucu sağlık hizmetlerinin önemine dikkat çekerek toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi açısından önemli kabul edilmektedir.

1.4 Araştırmanın Sayıltıları

Bilimsel çalışmalarda herhangi bir problemin çözümü için bazı sayıltılar geliştirilmektedir. Söz konusu bu sayıltılar; araştırma konusunun kapsamı, içeriği, literatür incelemesi ve araştırmacının uzmanlık alanına göre oluşturulmaktadır. Bu araştırmanın teorik sayıltıları aşağıda gösterilmiştir:

“H₁: Sağlık okuryazarlığının COVID-19 aşı okuryazarlığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.”

“H₂: Hastaların demografik özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlığı düzeyleri anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.”

“H₃: Hastaların demografik özelliklerine göre COVID-19 aşı okuryazarlığı düzeyleri anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.”

1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

Sınırlılıklar, araştırmada yapılmak istenen ancak maliyet ve zaman gibi çeşitli nedenlerle gerçekleştirilmeyen durumlar olarak tanımlanmaktadır. Sınırlılıklar araştırmacıdan kaynaklanabileceği gibi birtakım zorunluluklardan da kaynaklanabilir (Oral ve Çoban, 2020: 19).

Bu araştırma 2022 yılında Bursa ili Panayır mahallesi aile hekimliği merkezine başvuran bireylere yönelik oluşturulmuştur. 18 yaş altında bulunan katılımcılar, araştırmanın dışında tutulmuştur. Ayrıca bazı katılımcıların soruları uzun olması sebebiyle cevaplama aşamasında aceleci davranması ve katılmayı reddetmesi araştırmanın diğer sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

1.6 Tanımlar

Sağlık hizmetleri: Sağlık hizmetlerinin en yaygın tanımı “Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, erken teşhis ve tedavinin sağlanması, sakatlıkların önlenmesine yönelik tıbbi ve sosyal hizmetlerin sunulması” olarak ifade edilmiştir (Kalkan vd., 2015).

Pandemi: “Uluslararası Epidemiyoloji Derneği’nin Epidemiyoloji Sözlüğü” pandemiyi ; tüm dünyada birçok insanı etkileyen bir salgın” olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü ise, yeni bir hastalığın tüm dünyaya yayılması” olarak ifade etmektedir. Başka bir ifade ile pandemi, hastalıkların geniş bir coğrafyaya yayılması olarak kabul edilmiştir (Singer ve Bonsall, 2021).

COVID-19: Koronavirüs hastalığı, SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu bulaşıcı bir hastalık olarak ifade edilmiştir. Virüsten korunmak için belirlenmiş temel kurallara

uyulması gerekmektedir. Özellikle yüksek riskli kişileri olumsuz etkileyen COVID-19 virüsü, bazı kişilerde hafif semptomlara bazı kişilerde ciddi semptomlara yol açmaktadır (World Health Organization, 2022).

Sağlık Okuryazarlığı: Amerikan Tabipler Birliğine göre sağlık okuryazarlığı “Doğru sağlık kararları almak ve tedavi süreçlerini takip etmek için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama becerisi” olarak tanımlanmıştır (Sørensen vd., 2012).

COVID-19 Aşı Okuryazarlığı: Sağlık okuryazarlığının bir parçası olan COVID-19 aşı okuryazarlığı, COVID-19 virüsünün yayılmasını etkilemektedir. COVID-19 aşı okuryazarlığının yüksek olmasının, COVID-19 bulaşıcı hastalığının olumsuz etkilerini azalttığı kabul edilmektedir (Budiyanti vd., 2021; Costantini, 2021).

Aile Hekimliği Merkezi: Ülkemizde aile hekimliği, 2010 yılından beri uygulanmaktadır. Aile hekimliği merkezlerinde sağlık sunucuları tarafından, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI

2.1 Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

Okuryazarlık, küresel bir konu olarak kabul edilmektedir. UNESCO'nun 50 yıldır amacı bireylerin ve toplumun okuryazarlığını arttırmaktır (Saboga-Nunes vd., 2021: 1). Okuryazarlık basitçe düzyazı, doküman ve sayısal becerileri günlük hayata uygulayabilmek olarak ifade edilmektedir (Ishikawa ve Kiuchi, 2010; Sungur vd., 2021). Okuryazarlık sadece okuma ve yazmadan ibaret değildir ve temel okuma ve yazmadan daha çok şey ifade etmektedir. Aynı zamanda okuryazarlık ekonomik, sosyal ve günlük olayları takip edebilmek için önemli bir kavram olarak kabul edilmektedir (Nutbeam, 2008). Genel olarak okuryazarlık okuma, yazma ve konuşma yeteneği olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma dayanan sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlığın yanında sağlık bilgisini de kapsamına almaktadır. Bireylerin yeterli düzeyde sağlık okuryazarı olabilmek için temel okuryazarlık bilgisine de sahip olması gerekmektedir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalar, sağlık okuryazarlığı ve okuryazarlık arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Ishikawa ve Kiuchi, 2010). Son olarak okuryazarlık düzeyi çevresel faktörlerden oldukça etkilenmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar okuryazarlık düzeyinin aile bireylerinin genetik yapısından çok, yaşanılan çevreden etkilendiğini öne sürmüştür. Ayrıca bireylerin eğitimi, gelir durumları, kültürel ve sosyal yaşamları hem okuryazarlığı hem sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (Finn ve O'Fallon, 2018: 200).

Sağlık okuryazarlığı ise bireylerin sağlıklarıyla ilgili uygun kararları verebilmek için sağlık bilgilerini anlama, kullanma ve değerlendirme derecesi olarak ifade edilmektedir. Başka bir ifade ile sağlık okuryazarlığı, sağlığın korunarak sürdürülmesini sağlamaktadır (Hergenç, 2011; Hesselink vd., 2021). Sağlık

okuryazarlığının, sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi açısından önemli bir kavram olduğu vurgulanmaktadır (Peerson ve Saunders, 2009; Praveen vd., 2021).

Toplumlarda sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde sağlık okuryazarlığı kavramı önemli bir rol oynamaktadır (Yazıcı Topçu ve Aktaş, 2022). Sağlık okuryazarlığı sadece sağlık alanıyla sınırlı değildir, özünde eğitim ve birçok farklı alan bir arada bulunmaktadır (Galvin vd., 2022; Türkoğlu, 2016). Sağlık okuryazarlığının ilk tanımı 1970’lerde yapılmasına rağmen yeterli ilgi görememiştir. 1974 yılında “Health Education as Social Policy” (Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi) makalesinde kavram ilk kez Scott Simond tarafından tanımlanmıştır (Tanasugarn, 2021). 1990’lı yıllarda kavrama gösterilen ilgi giderek artmaya başlamış ve 2000’li yıllarda daha fazla artış göstermiştir (Güven, 2016). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili birçok kurum ve/veya kişi tarafından farklı tanımlar yapılmıştır. Bazı tanımların kronolojik sıralamalarına göre sınıflandırması Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Sağlık Okuryazarlığı Tanımları

Yıl	Yazar	Tanım
1998	DSÖ	Temel sağlık bilgileri ile uygun sağlık hizmeti almak için gereken hizmetleri elde etmek, işlemek ve anlamak için alınan kararlar.
1999	Amerikan Tabipler Birliği	Doğru sağlık kararları almak ve tedavi süreçlerini takip etmek için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama becerisi.
2000	Nutbeam	Sağlığı geliştirmek ve sürdürmek için bireylerin kişisel, bilişsel ve sosyal becerileri ile sağlığa erişme yetenekleri.
2004	Tıp Enstitüsü	Bireylerin uygun sağlık kararlarını vermek için ihtiyaç duyulan temel sağlık bilgi ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesi.
2005	Kickbusch	Toplumun kişisel becerileri ile çevresindeki riskleri anlama ve bunları sağlık sektöründe kullanma becerileri.
2003 2005 2006	Zarcadoola s, Pleasant ve Greer	Bireylerin sağlık risklerini azaltmak ve kaliteyi arttırmak için sağlık bilgilerini bilinçli seçimler ile kullanması.
2006	Paasche-Orlow ve Wolf	Bireyin sağlıkla ilgili kararlar vermek için gerekli becerilere sahip olması.
2008	Rootman ve Gordon-Elbihbety	Yaşam boyu sağlığı iyileştirebilmek için bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve kullanma yeteneği.
2008	Ishikawa ve Yano	Bilgi, beceri ve yeteneklerin sağlık sistemi ile etkileşimi.
2009	Freedman vd.	Bireylerin topluma faydalı sağlık kararları alabilmek için gereken bilgileri elde etme, anlama, değerlendirme ve kullanma süreci.

Tanımlara göre sağlık okuryazarlığı ve okuryazarlık kavramı birbiriyle ilişkili iki kavram olarak ele alınmaktadır. Ancak bazı araştırmacılar, sağlık okuryazarlığını temel okuryazarlık olarak değerlendirirken bazıları kavrama çeşitli işlevler eklemektedir (Rootman ve Gordon-El-Bihbety, 2008: 12). Konuyla ilgili literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlığı ile ilgili birçok farklı tanıma ulaşılmıştır. Ayrıca literatür incelemesinde sağlık okuryazarlığına olan ilginin gün geçtikçe daha da arttığı dikkat çekmektedir (Saboga-Nunes vd., 2021: 17). Sørensen ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmaya göre sağlık okuryazarlığının en sık atıf yapılan tanımı Amerikan Tabipler Birliği Enstitüsüne ait olarak öne sürülmüştür. Literatürde yapılan tanımların ortak özelliğine göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin çeşitli beceriler ile sağlık durumlarını yönlendirmeleri şeklinde ifade edilmektedir (Sørensen vd., 2012). Literatürde kavramla ilgili yapılan yeni bir tanıma göre sağlık okuryazarlığı, “Bir toplumda yaşayan bireylerin, kararlarını ve eylemlerini optimal sağlık hizmeti için kullanması” olarak belirtilmiştir (Parker ve Ratzan, 2019).



Şekil 1: Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları

(Kaynak: Batterham vd., 2016)

Şekil 1 incelendiğinde sağlık okuryazarlığı sonuçlarının iki ifade biçimine ayrılarak dört temel sebep ile ilişkilendirildiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım ile sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla etkileşim kurma yolları klinik hizmetlerle ilgili iken kişinin kendi veya başkaları için birebir etkileşimde bulunduğu diğer iki temel sebep toplumla alakalı olarak belirtilmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi

yüksek olan bireylerin, sağlık hizmetlerinde aktif rol alarak hasta etiketleri, formlar, prosedürler ve diğer ilgili yazılı talimatlar hakkında okuma, anlama ve karar verme yeteneğine sahip olduğu öne sürülmektedir (Levic vd., 2021; Paasche-Orlow ve Wolf, 2007; Peerson ve Saunders, 2009).

Sağlık okuryazarlığının çeşitli özelliklerine göre değişen farklı tanımlamalarına aşağıda yer verilmiştir;

Örgütsel Sağlık Okuryazarlığı: Örgütsel sağlık okuryazarlığı, sağlık kurum ve kuruluşlarının bireyler için eşit erişim sağlamasına yönelik bir kavram olarak ifade edilmektedir (Reynolds vd., 2022). Örgütsel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli rol oynayan karmaşık süreçlerden oluşmaktadır. Hastaları, kendi sağlık durumlarına dahil eden bu yaklaşım sağlık sunucuları ve hizmeti alanlar ile aileleri arasında etkileşimi güçlendirmektedir. Ayrıca bireylerin sağlık durumlarını etkileyen bu kavram, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylere çözüm sunmaya yönelik olarak oluşturulmuştur. Düşük sağlık okuryazarlığı ile hastaların karar alma süreçlerine dahil olmamaları sonucunda sağlık sunucuları ile iletişimde zorluklar yaşamaları hastaneye yatış ve acil ziyaret oranlarını arttırmaktadır. Son olarak sağlık okuryazarlığının bu tanımına göre, sağlık sistemi uygulamaları yüksek sağlık hizmeti sunarak sağlık okuryazarlığını geliştirmektedir (Farmanova vd., 2018).

Kişisel Sağlık Okuryazarlığı: Sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık okuryazarlığı kavramı önemli görülmektedir. Kişisel sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerine erişim, anlama ve uygulama kabiliyetlerini bir arada değerlendiren bir okuryazarlık kavramı olarak ifade edilmektedir (Reynolds vd., 2022). Başka bir ifade ile kişisel sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendileri ve başkaları için sağlık bilgilerini kullanma becerisine sahip olması şeklinde tanımlanmaktadır (Pitts ve Freeman, 2021). Sağlık hizmetlerinde sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin dahi bazen güçlük çektiği görülmektedir. Özellikle tıbbi terimlere aşina olmayan bireyler, sağlık hizmeti kararı sırasında sayıları ve riskleri yorumlama konusunda güçlük çekmektedir. Ayrıca kritik bir hastalığa yakalanan bireylerin korku, kaygı ve stres yaşamaları sağlık durumlarını ciddi şekilde etkilemektedir. Dolayısıyla sağlık sunucularının, kuruma gelen her hastaya ihtiyacı doğrultusunda tedavi ve sağlık hizmeti vermesi gerektiği kabul edilmektedir (Brach ve Harris, 2021; U.S. Department, 2018).

Bireylerin temel okuryazarlık seviyesi, sağlık okuryazarlığı faktörünü direkt etkilemektedir. Ayrıca bireylerin okuryazarlık düzeyinin azalması ile bireysel, sosyal ve kültürel gelişimlerinin kısıtlandığı öne sürülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011). Yapılan çalışmalar ile birçok ülkede düşük sağlık okuryazarlığı, öz bakım ve eğitim yetersizliği ile ilişkilendirilmiştir. Düşük sağlık okuryazarlığı, toplumların refahını ve sağlık sistemlerini etkilediğinden dolayı üzerinde durulması gereken önemli bir konu olarak görülmektedir (Nutbeam, 2008).

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri, bireylerin sağlıkları ile ilgili bilgileri anlama ve kullanma becerilerini doğrudan etkilemektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı, sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyerek hastalık yüküne katkıda bulunmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerin, sağlıklı davranışlara olan eğilimleri azalarak, tedavilere uyumsuzluk gösterdiği bildirilmiştir (Reynolds vd., 2022). Çeşitli faktörlerle ilişkilendirilen düşük sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık durumunun yetersizliği olarak ifade edilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin, sağlık kurumlarına erişmekte zorluk yaşadığı, kurum içindeki işaretleri anlamakta güçlük çektiği ve sağlık sunucularından çekinerek utandığı gözlemlenmiştir (Von Wagner vd., 2009). Düşük sağlık okuryazarlığı sonucunda mortalite ve hastaneye yatış oranlarında artış yaşanırken, koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının azaldığı görülmektedir. Tüm ifadeler ek olarak sağlık sunucuları ile etkili iletişim kurmak güçleşmekte ve maliyetler artmaktadır (Osborne vd., 2013; Shih vd., 2021; Sungur vd., 2021; Westerlinck ve Coucke, 2021). Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen bir başka unsur hekim-hasta iletişimi olarak açıklanmıştır. Hekim-hasta iletişimi, sağlık sunucuları ve hastaların etkileşimi olarak ifade edilmiştir. Hekim ve hastaların etkili iletişim kurması, sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesini sağlamaktadır (Andrus ve Roth, 2002; Levic vd., 2021). Sağlık okuryazarlığının etkili olabilmesi için sağlık kurumlarının sahip olması gereken bazı nitelikler aşağıda verilmiştir (Abrams vd., 2015);

- Sağlık okuryazarlığı için öncü lidere sahip olmak.
- Sağlık okuryazarlığını planlama, değerlendirme, güvenlik ve kalite gibi birçok birimle bütünleştirmek.

- Çalışan tüm personelin sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmek.
- Hastaların kendi sağlık durumlarıyla ilgili kararlara katılımını sağlayarak, aktifleştirmek.
- Hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için uygun bakım ortamı sunmak.
- Hasta ile olan iletişimde sağlık okuryazarlığını ön plana çıkartmak.
- Erişimi kolaylaştırmak.
- Herkesin anlayabileceği basit tasarım sunmak.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin, daha sağlıklı davranışlar benimseyerek uygun kararlar alması kendileri ve çevreleri için yoksullaşma riskini azaltmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bir bireyin göstermiş olduğu bazı davranışlar aşağıda listelenmiştir;

- Yeterli ve dengeli beslenme ile uygun besinleri tüketmektedir.
- Anneler “ilk 6 ay anne sütü” konusunda bilinçli olmaktadır.
- İstenmeyen gebeliklerden ve HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıklardan korunmaktadır.
- Sağlık için gerekli olan temel ilaçlara kolay erişim sağlamaktadır.
- Hekimlerle ve sağlık sunucuları ile etkili bir iletişim kurmaktadır.
- Öz bakımını uygun bir şekilde gerçekleştirmektedir.
- Herhangi bir sağlık talebi oluşumunda sağlık kurumuna kolaylıkla ulaşmaktadır.
- Telefon, sosyal medya gibi kitle iletişim araçlarından gelen bilgilerin doğruluğunu değerlendirebilmektedir.
- Temel gıda malzemelerinin üzerindeki talimatları değerlendirmektedir (World Health Organization, 2021).

Temel okuryazarlık düzeyi yüksek olan her bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olmadığı öne sürülmüştür. Okuryazar olan veya okuryazar olmayan bireylerin, sağlık bilgilerini anlayabilmek için yavaş konuşma ve sade bir dil kullanma gibi bazı yaklaşımlara uyması gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin yazılı iletişimde yer alan prosedür, belge, broşür ve etiketlerin herkes tarafından anlaşılabilir basit bir formda oluşturulması gerektiği öne sürülmektedir (Mabachi vd., 2016).

Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı birbiriyle ilişki içerisinde olan iki kavram olmasına rağmen bazı farklılıklar barındırmaktadır. Okuryazarlık, bireylerin günlük yaşamda temel okuma, yazma ve konuşma becerilerini içeren bir kavram olarak ifade edilmektedir. Sağlık okuryazarlığı ise sağlık ve okuryazarlık kelimelerinin birleşiminden oluşarak her iki kelimenin anlamını içermektedir. Okuryazarlık kavramı, bireylerin ve toplumun kaliteli bir yaşam, sağlık durumunu koruma ve iyileştirmeye yönelik davranışlar sergilemesi açısından önemli bir kavram olarak ele alınmaktadır (Isselhard vd., 2022; Karakoç ve Demir, 2020). Sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olan bireylerin gıda etiketleri, kan şekeri ölçme, ilaç kullanma talimatlarına düzenli olarak uyduğu ve etkili bir iletişim yeteneğine sahip olduğu bildirilmiştir (Berkman vd., 2011; Buja vd., 2021). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili problemler incelendiğinde, literatürde en çok temel sağlık okuryazarlığı düşüklüğünün ele alındığı dikkat çekmektedir. Özellikle sağlıkla ilgili belgelerin, dokümanların, etiketlerin bireyler tarafından kolaylıkla okunması beklenmektedir. Bu doğrultuda bireylerin sağlık okuryazarlığını okuma düzeylerini ölçen araçlar geliştirilmiştir.

2.2 Sağlık Okuryazarlığının Tarihçesi

Geçmişten günümüze sağlık, sosyal, kültürel ve birçok alanda değişimler yaşandığı görülmektedir. Zamanla hastalıklar ve bunlardan korunma yöntemleri ve farkındalık düzeyleri değişim göstermiştir. Ayrıca bireylerin hijyen, beslenme, iletişim süreçlerinin değişimi ile hastalıkları tedavi etme yöntemleri değişerek gelişmiştir (Sezgin, 2014).

Sağlık okuryazarlığının tarihi geçmişe dayanmaktadır. Günümüzde de varlığını sürdüren bu alan, zamanla popülerliğini arttırmaktadır (Levic vd., 2021; Ozdemir vd., 2010). Sağlık okuryazarlığı kavramının tanıtımı tarihsel olarak ilk kez 1970 yıllarında başlamıştır (Sørensen vd., 2012). Daha sonra 1974 yılında Simonds, “Health Education as Social Policy” (Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi) makalesinde sağlık okuryazarlığının tanımını yapmıştır. Makalede; sağlık okuryazarlığı kavramının, eğitim veren kurumların tüm düzeylerinin belli bir seviyeye kadar sağlık eğitimi içermesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Tanasugarn, 2021). 1990’lı yıllara gelindiğinde yeniden önem kazanmaya başlayan sağlık okuryazarlığı kavramı, yapılan araştırma ve programların artması sonucunda farklı iki yaklaşım olarak ele alınmıştır.

Birinci yaklaşım olan klinik bakım, sağlık hizmeti sunucuları ile hastaları kapsamaktadır. İkinci yaklaşım olan halk sağlığı ise toplumun bütün kesimine eğitim olanakları sağlamaya odaklanmıştır. Bunun yanında klinik bakım yaklaşımı Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa ülkelerinde görülürken, halk sağlığı yaklaşımı gelişmekte olan ülkelerde kullanılmaktadır (Gözlü, 2018). Sağlık okuryazarlığı bileşenleri ilk kez 2003 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde yaşayan bireylerin sağlık konusundaki okuryazarlık becerilerini “Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL)” ile değerlendirilmiştir. Ayrıca bu değerlendirmede sağlıkla ilgili birçok materyaller kullanılmıştır (White ve Dillow, 2005).

Evrensel önlemlerin teşvik edilmesiyle birlikte son zamanlarda sağlık okuryazarlığı alanında büyük değişim yaşandığı öne sürülmüştür. Alternatif ödeme modelleri, kişiye özel ilaçlar, hasta ve aile merkezli bakım, tıbbi bakımın kalitesi gibi birçok yenilikler söz konusu değişimlerin içinde yer almaktadır. “Sağlık Okuryazarlığı (Health Literacy) 2.0” eğitim, sağlık hizmetleri, işletmelerde dahil olmak üzere birçok sektöre yönelik olarak geliştirilmiştir. Ayrıca bu eğitim aşısı, sağlık hizmetlerine erişim, iklim değişikliği gibi küresel acil konulara odaklanarak hastalıkların önlenmesini amaçlamaktadır. Evrensel önleme dayalı bu yaklaşım risk altında bulunan yetersiz sağlık okuryazarı bireyleri için tarama çalışmalarını da içermektedir (Hadden ve Kripalani, 2019; Parker ve Ratzan, 2019).

2.2.1. Dünya’da Sağlık Okuryazarlığı Çalışmaları

Sağlık okuryazarlığı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan “Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğünde “Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyon ve yeteneği belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler" olarak tanımlanmıştır (World Health Organization, 1998). Sağlık okuryazarlığı İngiltere, ABD, Kanada ve Avustralya gibi sanayisi gelişmiş ülkelerde sağlık eşitsizliklerinin önemli bir nedeni olarak görülmektedir (Hesselink vd., 2021; Rowlands vd., 2013). İngiltere’de yapılan bir çalışmanın sonucunda katılımcıların %11.4’ ünün sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur. Söz konusu yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı düzeyi, eğitim düzeyinin düşmesi ve yaşın artması ile ilişkilendirilmiştir (Von Wagner vd., 2007).

Amerika Birleşik Devletleri ve Çin gibi birçok ülke, sağlık okuryazarlık düzeylerini iyileştirmek için ulusal stratejiler ve hedefler geliştirmektedir (Westerlinck ve Coucke, 2021). Amerika Birleşik Devletlerinde okuma yazma bilmemek sağlık hizmetleri için büyük bir sorun olarak görülmektedir. Okuryazarlık, kaliteli sağlık hizmetinin sağlanması için önemli bir kavram olarak görülmektedir. Dünya geçmişine bakıldığında 1993 yılında okuryazarlık kavramı, Ulusal Yetişkin Okuryazarlık Anketi (NALS) ile değerlendirilmiştir. Bu anketin amacı gündelik yaşamda, temel okuma yazma ile beraber yorumlama ve sayısal becerilerin etkilerini değerlendirmektir (Andrus ve Roth, 2002). Amerika’da bireyler için sağlığın anlaşılması ve korunması için sağlık okuryazarlığı kavramı üzerinde önemle durulmaktadır. Bu doğrultuda yapılan araştırmalar neticesinde düşük sağlık okuryazarlığının hasta-hekim iletişimde büyük problemlere yol açtığı görülmektedir. Ayrıca olumsuz problemler sonucunda sağlık kurumlarında yatış oranlarının artarak gereksiz acil servis kullanımının gerçekleştiği bildirilmiştir (Kutner vd., 2006). Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışma sonucunun NALS (National Adult Literacy Survey) raporuna göre bireylerin çoğunun sağlık okuryazarlık düzeyinin orta seviyede olduğu belirtilmiştir. Cinsiyete göre okuryazarlık seviyelerine bakıldığında Amerika’da kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaş değişkeni incelendiğinde, gençlerin yaşlılardan daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu öne sürülmüştür (İşler, 2019).

Avrupa’da sağlığın kötüye gitmesi sonucunda 2010-2012 yılları arasında Bulgaristan, İspanya, Avusturya, Almanya, Yunanistan, Polonya, İrlanda ve Hollanda ile toplamda 8 Avrupa ülkesinin katılımı ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması yapılmıştır. Yapılan araştırma sonucunda en yüksek sağlık okuryazarlığı %58.3 ile İspanya’da, en düşük %28.7 ile Hollanda’da bulunmuştur (Saboga-Nunes vd., 2021: 26).

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri, sağlık hizmet kullanımını etkilemektedir. Hollanda’da yapılan bir araştırmaya göre etnik gruplar, yerli nüfusa oranla sağlık kurumlarına daha çok başvurmaktadır. Ayrıca Hollanda’da etnik grupların dahil edilmesi ile çalışmanın diğer yapılan birçok çalışmadan farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Araştırma sonucunda özellikle Türk nüfusunun bazı değişkenlerde yerli

halktan daha düşük sonuçlar aldığına ulaşılmıştır (Van Der Gaag vd., 2017). Hollanda’da yapılan başka bir çalışmaya göre eczaneye başvuran bireylerin en çok ilaç etiketlerini ve dozlarını anlamakta güçlük çektiği ileri sürülmüştür. Aynı çalışmaya göre eğitim düzeyi düşük bireylerin ve yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Ayrıca katılımcıların yarısından fazlası verilen bilgilerden memnun kalmadıklarını ifade etmiştir (Koster vd., 2015).

Kanada’nın ekonomik ve sosyal ferahı için sağlık okuryazarlığı önemli bir faktör olarak ele alınmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düşük kişiler sağlık durumlarıyla ilgili konularda savunmasız kaldıkları için dezavantajlı değerlendirilmektedir (Murray vd., 2008: 15). Yakın tarihte yapılan bir çalışmaya göre ABD, Kanada, Avustralya ülkelerinde sağlık okuryazarlık düzeyi %29-%62 aralığında bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığının sınırlı olması düşük yaşam kalitesi, gereksiz acil servis ziyaretleri, öz bakım yetersizliği ve eksikliği ile ilişkilendirilmiştir. Bu olumsuz sonuçların genellikle hekim-hasta iletişim eksikliğinden kaynaklanmakta olduğu ifade edilmiştir (Hesselink vd., 2021). İran, Pakistan ve ABD ülkelerinde diyabet hastalarına yönelik yapılan bir çalışmada yüksek diyabetli hastaların yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmektedir (Momeni vd., 2020).

Dünya’da hızla yayılmaya devam eden COVID-19 pandemi döneminde, COVID-19 korkusu ile sağlık okuryazarlığı düzeyini inceleyen bir araştırmanın sonuçlarına göre COVID-19 korkusu ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki kurulamadığı ancak cinsiyete göre kadın katılımcıların ve özellikle kronik hastalığa sahip olanların COVID-19 korkusunun yüksek olduğu bildirilmiştir. Yaşa bağlı olarak yapılan başka çalışmaların sonuçlarına Çin’de ve Kanada’da yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olduğu dikkat çekmektedir (Ayaz-Alkaya ve Dülger, 2022).

2.2.2 Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Çalışmaları

Türkiye’de "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından sağlık okuryazarlığı "Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri

temsili" olarak tanımlanmıştır (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü). Ülkemizde son zamanlarda sağlık okuryazarlığına olan ilgi artmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve birçok bakanlık tarafından sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi amacıyla yapılan çalışmaların sayısı artış göstermektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, 2012 yılında “Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı” düzenlemiştir (Copurlar ve Kartal, 2016).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanmasının ardından, Sağlık Bakanlığı tarafından TSOY-32 ölçeği kullanılarak yapılan çalışma sonucunda bireylerin %30.9’u yetersiz, %7.7’sinin çok iyi düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireyler daha çok kadın ve yaşlı bireylerden oluşmaktadır. Son olarak araştırmaya göre sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin hastane tercihleri incelendiğinde özel hastaneleri daha çok tercih ettikleri tespit edilmiştir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2018).

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyine yönelik olarak yapılan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırmasında” yaşlıların %24’ünün orta, %65’inin yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu öne sürülmüştür (Ayaz-Alkaya ve Dülger, 2022). Sağlık okuryazarlığı düzeylerini gösteren başka bir çalışma sonucunda Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeylerinin genel olarak eşit olduğu ifade edilmiştir. Yapılan çalışmada katılımcıların %41.3’ü yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve bu durumun yaş, eğitim düzeyi, etnik köken, coğrafi durum ve gelir düzeyi ile ilişkilendirildiği bildirilmiştir. Ayrıca araştırmanın katılımcılarının çoğu kadınlardan, ilkokul mezunlarından ve gelir seviyesi düşük bireylerden oluşmaktadır (Ozdemir vd., 2010). Bozkurt ve Demirci (2019) yaptığı çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık okuryazarlık ve bilişsel işlevleri arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. 2016-2017 yıllarında Aile Hekimliği Merkezinde uygulanan bu çalışma sonucunda yaşlı nüfusun %85.1 yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu öne sürülmüştür. Ayrıca bu sonuca göre özellikle yaşlılara sağlık okuryazarlığı konusunda destek verilmesi gerektiğine ulaşılmıştır (Bozkurt ve Demirci, 2019).

Diyabet hastalarının sağlık okuryazarlık düzeylerine yönelik yapılan bir çalışma sonucunda, katılımcıların genel sağlık okuryazarlık düzeylerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmanın fonksiyonel sağlık okuryazarlığı sonuçlarına göre hastaların, ilgili doküman ve belgeleri anlamakta orta düzeyde sıkıntı çektiği

bildirilmiştir. Ayrıca interaktif sağlık okuryazarlığı sonuçlarına göre hastaların, sağlık sunucuları ile olan iletişimlerinin orta düzeyde olduğu öne sürülmüştür. Son olarak eleştirel sağlık okuryazarlığı sonucuna göre hastaların kendi sağlıklarıyla ilgili kararlara katılmaları için gerekli olan eleştirme düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur (Parlak ve Akgün Şahin, 2021).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Don Nutbeam, sağlık okuryazarlığını bir model ile üç şekilde sınıflandırmaktadır. Modelin sınıflandırması aşağıda gösterilmiştir;

- Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı
- İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı
- Kritik Sağlık Okuryazarlığı (Nutbeam, 2000).

2.3.1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Nutbeam (2000), fonksiyonel sağlık okuryazarlığını bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri toplama ve anlama yeteneği olarak tanımlamıştır (Bruselius-Jensen vd., 2017). Bu tanıma göre fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireylerin günlük yaşamda sağlık durumlarıyla ilgili temel okuma ve yazma becerilerini uygulamalarını içermektedir. Sağlık okuryazarlığının bu boyutu sağlık bilgilerinin temel olarak anlaşılması ve uygulanması olarak ifade edilmektedir. Başlangıçta model, yalnızca bu boyuttan oluşurken zamanla Nutbeam tarafından interaktif ve kritik düzeylerde eklenmiştir. Bu üç farklı boyut, sağlık durumunu farklı şekillerde etkilemektedir (Lin vd., 2022).

Bireylerin sağlıklarını iyileştirme ve sürdürmesinde rol alan fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile ilgili incelenen birçok çalışma sonucunda kişilerin farkındalığının arttığını öne sürülmüştür (Nyman vd., 2018). Bertram ve diğerlerinin (2021), 29 bin Danimarkalıya yönelik yapmış olduğu bir çalışmada yaklaşık 5 Danimarkalıdan birinin sağlıkla ilgili bilgileri anlamakta zorlandığı ve iletişim sorunları yaşadığı tespit edilmiştir. Nutbeam (2000), eğitim düzeyi yüksek kişilerin dahi sağlıkla ilgili bilgileri kullanmada problem yaşayacağını ileri sürerek, fonksiyonel sağlık okuryazarlığının temel okuma ve yazmanın ötesinde olduğunu ifade etmiştir (Bertram vd., 2021).

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin, sağlıkla ilgili bilgileri anlamakta güçlük çekerek, hastane yatış oranlarını ve sağlık harcamalarını arttırdığı birçok çalışmada kabul edilmiştir. Sağlık sistemini etkileyen bu durumların yaşanmaması için fonksiyonel sağlık okuryazarlığının sağlanması gerekmektedir (Türkoğlu, 2016). Ayrıca sayısal ve sözel yetenekleri bir arada barındıran bu düzey sırasıyla 0-59, 60-74 ve 75-100 puan aralığından oluşmaktadır. Test sonucunda alınan puanların azalması, sağlık okuryazarlığı düzeyini düşürmektedir (Lee vd., 2020; J. Walker vd., 2010). Testin 50 maddesi sözel, 17 maddesi sayısal olmak üzere iki kısımdan oluşur ve yaklaşık 20 dakika sürmektedir. Sağlık okuryazarlığına dayanan bu kavramın testi ayrıca İngilizce ve İspanyolca olarak uygulanabilmektedir (Cornett, 2009).

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığını geliştirmek için uygulanması gereken adımlar aşağıda yer almaktadır (Kaper vd., 2020);

- Bilgi düzeyini geliştirme,
- Sağlık okuryazarlığı düzeylerini inceleme,
- Sade bir dil kullanımı,
- Endişe, kaygı gibi duyguları kabullenme,
- Öğrenme ve bilgiye erişim sağlama.

2.3.2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

İnteraktif sağlık okuryazarlığı, değişen şartlarda yeni bilgileri uygulamak için gelişmiş sosyal etkileşim becerileri olarak ifade edilmiştir (Lin vd., 2022). İletişimsel sağlık okuryazarlığı olarak ifade edilen bu düzey sağlık sunucuları ile daha gelişmiş bilişsel iletişim becerilerinin kurulmasını sağlamaktadır (Barnes vd., 2019). Nutbeam'a (2000) göre interaktif sağlık okuryazarlığı, bireylerin günlük yaşamlarında değişen sağlık bilgilerini uygulama yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Bruselius-Jensen vd., 2017).

Bu sınıflandırma düzeyi, temel okuma yazma yeteneğine sahip olan fonksiyonel sağlık okuryazarlığından farklı olarak daha yüksek bilişsel becerileri içermektedir (Berkman vd., 2010). Bilgiyi yorumlama ve uygulama becerisine sahip

olmakla ilişkilendirilen interaktif sağlık okuryazarlığı, öz yönetim gerektirmektedir (Peerson ve Saunders, 2009). Ayrıca bu düzey, sağlık sisteminin geliştirilmesi için oldukça önemli bir kavram olarak ele alınmaktadır (Carthery-Goulart vd., 2009). Bu düzeydeki hastaların, karar alma süreçlerine dahil olma, sağlık kararlarına katılım sağlama, tedavi hakkında soru sorabilme, verilen kararların olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirme, sağlık sorunlarını tartışabilme gibi birtakım becerilere sahip olduğu ifade edilmiştir (Buot ve Dy, 2020; Kaper vd., 2020).

İnteraktif sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bireyler, sağlık sisteminde aktif bir rol oynamaktadır (Bertram vd., 2021). Kanser hastalarına yönelik yapılan bir araştırma sonuçları incelendiğinde, herhangi bir kanser hastasının sahip olduğu temel okuma yazma yeteneğinin, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı olarak ele alındığı tespit edilmiştir. Çalışmada, fonksiyonel sağlık okuryazarı olan bireylerin, reçete gibi basit yazılı belgeleri kolaylıkla okuyabildiği bildirilmiştir. Ancak hastalığın önlenmesi için fonksiyonel sağlık okuryazarlığının tek başına yeterli olmadığı öne sürülmüştür. Fonksiyonel okuryazarlık ile birlikte interaktif sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, kendilerini geliştirmeleri açısından sportif faaliyetlere katılım göstererek, sosyal desteklerden faydalandığı görülmektedir (Finn ve O’Fallon, 2018: 25; Saboga-Nunes vd., 2021: 19).

2.3.3 Kritik Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Kritik sağlık okuryazarlığı, eleştirel olarak analiz etme süreçleri ve gelişmiş bilişsel becerileri ifade etmektedir (Lin vd., 2022). Steckelberg vd. (2009) kritik sağlık okuryazarlığı becerilerini, tıbbi terimlerin anlaşılmasını içeren kanıta dayalı tıp ile eş değer görmektedir. Kritik sağlık okuryazarlığı, diğer boyutlara göre daha nadir olarak bilinmektedir (Chinn, 2011). Kritik sağlık okuryazarlığı, Nutbeam tarafından eleştirel olarak sağlık bilgilerini değerlendirme, kullanma yeteneği ve bireylerin, kendileri ve toplum için sağlık koşullarını değiştirmek için uyguladıkları yetenekler olarak ifade edilmiştir (Bruselius-Jensen vd., 2017).

Başka bir ifade ile kritik sağlık okuryazarlığı bireylerin, profesyonel sağlık ekipleri ile iletişim kurarak sağlıklarıyla ilgili karar verme yeteneğine sahip olması olarak açıklanmıştır (Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019). Bir diğer adı eleştirel sağlık

okuryazarlığı olan kritik sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmeti ve diğer sunuculardan edindikleri bilgileri doğru değerlendirerek yorumlaması şeklinde ifade edilmektedir (Sezgin, 2014). Sağlık kararlarında kullanılmak üzere daha ileri becerileri içeren bu düzey, eleştirel analiz süreçlerini içermektedir (Durusu Tanrıöver vd., 2014). Kritik sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerin, aileleri ve çevreleriyle sağlıkları hakkında tartışma içerisinde oldukları görülmektedir (Batterham vd., 2017). Eleştirel bakış açısı ile yaklaşma, ileri düzeyde bilgi birikiminin oluşmasına olanak sağlamaktadır. Ayrıca bu düzey, kişilerin hastalıkları ile ilgili olan çabalarının artması ile proaktif yaklaşım sergilediklerini öne sürmektedir (Bertram vd., 2021).

Sağlık okuryazarlığı alanında çok iyi bilinen başka bir sınıflandırma Zarcadoolas ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve 4 alt başlıktan oluşmaktadır. Başlıklar sırasıyla; Temel Okuryazarlık, Bilimsel Okuryazarlık, Yurttaşlık Okuryazarlığı ve Kültürel Okuryazarlık olarak sınıflandırılmıştır. Okuma, yazma, konuşma, sayılarla işlem yapma becerilerini içeren *temel okuryazarlık*, sağlık okuryazarlığı için büyük önem taşımaktadır. Temel okuryazarlığa sahip bireylerin, sağlıklarıyla ilgili bilgileri okuma, yorumlama ve uygulama konusunda rahat davranışlar sergiledikleri görülmektedir. Ayrıca temel okuryazarlık düzeyine sahip bireylerin, sayısal bilgileri okumakta zorluk çekmediği bilinmektedir. *Bilimsel okuryazarlık*, bireylerin sağlıkla ilgili bilim ve teknolojileri kullanma yeteneği olarak ifade edilmiştir (Balçık, 2014). Bilim ve teknoloji her sektörde gelişmeye devam ettiği gibi sağlık sektöründe de gelişmektedir. Sağlık teknolojisinde yaşanan gelişmeler karşısında bireylerin uyum sağlaması önemli kabul edilmektedir (Zarcadoolas vd., 2006). Bir diğer adı vatandaşlık olan *yurttaşlık okuryazarlığı*, aynı ülkede yaşayan bireylerin sağlıklarıyla ilgili kamusal hakların farkında olması ve bireylerin kamusal konular ile ilgili tartışmalara dahil olarak karar süreçlerine katılmasını içermektedir. Yurttaşlık okuryazarlığına sahip bireyler, bireysel ve toplumsal anlamda sağlık haklarını savunma yeteneğine sahip olmaktadır (Sørensen vd., 2012). Son olarak *kültürel okuryazarlık*, sağlık hizmeti sunucuları ve diğer bireyler tarafından sağlık ile ilgili toplumsal inançların ve geleneklerin anlaşılması ve kullanılması olarak ifade edilmektedir (Cesur vd., 2015).

Bu sınıflandırmaya göre Zarcadoolas ve diğerleri(2006) sayısal becerilerin, teknolojinin, sağlık iletişimde kültürün önemine dikkat çekmektedir. Ele alınan iki sınıflandırma türünde, sağlık okuryazarlığı kavramının temel okuma ve yazmanın dışında, daha geniş bir yapıya yayıldığı ortaya konulmuştur (Güven, 2016). Sağlık okuryazarlığının birçok farklı tanıma sahip olması sebebiyle, ortak bir noktada birleşilmesi zorlaşmakta ve geçerliliğe sahip sağlık okuryazarlığı ölçüklerinin geliştirilmesi güçleşmektedir (Mancuso, 2009).

2.4 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı, katılım ve öğrenmeyi gerektiren aktif bir kavram olarak bilinmektedir. Çevresel, sosyal ve ekonomik koşulların iyileştirilmesi, sağlık sistemini güçlendirerek bireylerin sağlık okuryazarlığını hedeflenen düzeyde tutmaktadır (Saboga-Nunes vd., 2021: 86). Toplumda sağlık okuryazarlığının yükselmesi ile insanların yaşam süresi ve gelecekteki nesillere olan katkıları artmaktadır (Sørensen vd., 2012).

Sağlık okuryazarlığının sonuçlarının bilinmesi için sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin bilinmesi gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı çalışmacılarından olan Sørensen vd. (2012) sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri birincil ve ikincil faktörler olarak ele almıştır. Cinsiyet, statü, aile ve çevre gibi etmenleri birincil faktör olarak ele alırken işitme, görme, hafıza, algı yetenekleri gibi kişisel etmenleri ve çevresel, sosyal faktörleri ikincil faktör olarak ele almıştır (Sørensen vd., 2012).

Sağlık okuryazarlığı yaş, kültür, çevre, sağlık sunucuları ile olan iletişimden etkilenerek değişebilmektedir (Bodur vd., 2017). Cinsiyet, statü ve ırk gibi demografik faktörler, yaşamı etkileyerek bireylerin sağlık okuryazarlıklarına karşı olan tutum ve davranışlarını değiştirmektedir (Finn ve O'Fallon, 2018: 101). Sağlık sistemini etkileyen sağlık okuryazarlığı demografik, kültürel ve psiko-sosyal faktörlerin yanı sıra bireysel özellikler ve daha önce yaşanan sağlık deneyimi faktörlerinden de etkilenmektedir (Sørensen vd., 2012).

2.4.1 Demografik Faktörler

Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini etkileyen demografik faktörler yaş, cinsiyet, ırk, medeni durum, sosyo-ekonomik düzey, eğitim ve statü olarak ele alınmaktadır. Cinsiyetle ilgili yapılan bazı çalışmalar erkeklerin kadınlara göre daha fazla sağlık okuryazarı olduğunu ileri sürerken bazılarında durum tam tersi olarak ifade edilmektedir. Cinsiyetin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisinde diğer birçok faktöründe etkili olduğu öne sürülmüştür. Eğitim seviyesi sağlık okuryazarlığını etkileyen bir faktör olarak bildirilmiştir ve gelişmiş ülkelerde eğitim seviyesinin artması sağlık okuryazarlığını arttırmaktadır (Momeni vd., 2020). Bireylerin gelir düzeyleri sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilemektedir. Düşük gelirli kişilere yönelik yapılan çalışmalar, ekonomik sıkıntı yaşayanların beslenmelerine dikkat etmediğini ve ilaçları güvensiz bulduğunu öne sürmüştür (Schulz ve Nakamoto, 2022).

Yapılan bazı araştırmalar gebelerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğunu öne sürmektedir. Gebelerin sağlık okuryazarlığının yükselmesi ile spor, beslenme gibi yaşam biçimlerine yönelik sağlıklı davranışlara eğilimli oldukları görülmektedir (Yazıcı Topçu ve Aktaş, 2022). Anne adayların sağlık okuryazarlığı düzeyi, doğum öncesi ve sonrasındaki sağlık durumlarını etkilemektedir. Gebeliğin planlanması, takipler, düzenli bakım, ek gıda ve takviyelerin alımı anne ve bebek için önemli kabul edilmektedir. Özellikle yeni doğan bebeklerin daha sağlıklı olması için ilk 6 boyunca sadece anne sütüyle beslenmesi gerektiği kabul edilmektedir. Anne adaylarının sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması sağlık bilgilerine erişimlerini zorlaştırmanın yanında hastaneye yatış oranlarını arttırarak sağlık kurumları maliyetlerinin artış göstermesine neden olmaktadır (Aslantekin Özçoban vd., 2021; Barnes vd., 2021).

Avrupa'da sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerin, sağlık sorunlarıyla daha çok karşılaştığı görülmektedir. Bu sorunların yaşın artması ve eğitimin düşmesi ile daha fazla yaşandığı tespit edilmiştir (Kaper vd., 2021). Temel sağlık bilgi ve hizmetlerini elde etme ve işleme yeteneği olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı, özellikle yaşlıların sağlık durumlarını iyileştirmek için önemli bir kavram olarak ele alınmaktadır. Yapılan araştırmalar yaşlıların, gelir durumu ve eğitim seviyesi düşüklüğünün sağlık okuryazarlık düzeylerini düşürdüğünü doğrulamaktadır ve sağlık

okuryazarlığının düşmesi bireylerin sağlık durumlarını olumsuz etkilemektedir (Felix vd., 2021; Schönfeld vd., 2021).

Yapılan başka araştırmalar sonucunda 66 yaş üstü bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri düşük bulunmuştur. Özellikle beyin fonksiyonlarını çalıştırmak için yaşlı bireylerin temel okuryazarlıklarını ihmal etmemesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Murray vd., 2008: 27-28). İki devlet hastanesinde Williams ve diğerlerinin yaptığı bir çalışmaya göre, katılımcıların %42'si ilaç talimatlarını, %26'sı randevu bilgilerini, %60'ı ise onam formlarını anlamakta güçlük çektiği bildirilmiştir. Ayrıca çalışmada katılımcıların çoğunun, anlayamadıkları durumları sormak için çekimser davranışlar sergilediğine ulaşılmıştır. Yapılan bu çalışmada özellikle yaşlı bireylerde okuryazarlık düzeyinin az olması sonucunda sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (McCray, 2005).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin mesleki ortamlarındaki becerilerini etkilemektedir. Sağlık okuryazarı olan bireylerin daha az mesleki yaralanma yaşadığı görülmektedir (Ehmann vd., 2021). Ayrıca sağlık kurumlarında hastalarla en çok iletişim halinde olan hemşirelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesi sağlık kurumları için önemli görülmektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik yapılan bir çalışmada; hemşirelerin yarısının yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu ve yaş, cinsiyet, eğitim seviyesinin bunu etkilediği ileri sürülmüştür. Hemşirelik lisans öğrencilerine yönelik yapılan başka bir çalışmada, eğitim yılı daha yüksek olan öğrencilerin daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir. Farklı ülkelerde çeşitli bölümleri kapsayarak yapılan başka çalışmalardan birinde hemşirelik öğrencilerinin en düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu öne sürülmüştür (Munangature vd., 2022). Kaliteli bir sağlık hizmeti sağlayan sağlık okuryazarlığı kavramı gittikçe önem kazanmaya başlamaktadır. 'Sağlıklı İnsanlar 2020' raporunun ana hedefi sağlık hizmetinden faydalananlar dışında sağlık hizmeti sunan bireylerinde sağlık okuryazarlığını arttırmaktır. Bu doğrultuda özellikle hastayla en çok iletişime geçen hemşirelerin sağlık okuryazarlık eğitimi almaları önemli bir durum olarak kabul edilmektedir (McCleary-Jones, 2012).

2.4.2. Kültürel Faktörler

Dil, göçmenlik ve inanç sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen kültürel faktörleri oluşturmaktadır. Temel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilemekle beraber ekonomik olarak refah ve kazancın artmasını sağlamaktadır. Etkili sağlık okuryazarlığı hedefine ulaşmak için dilin basitleştirilmesi gerekmektedir. Avrupa Komisyonu, 2010 yılında “Clear Writing” kampanyası ile tüm dillerdeki belgeleri basitleştirmeyi amaçlamıştır. Ayrıca İsveç, Almanya gibi gelişmiş ülkelerde sade dilin önemini vurgulamaktadır (World Health Organization, 2013). Sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen temel iletişim araçlarından biri dil olarak belirtilmiştir. Dil, bireylerin toplumla bütünleşmesini sağlamaktadır. Özellikle poster, röportaj gibi iletişim metotlarının anlaşılmaması karmaşıklık yaratmaktadır (Saboga-Nunes vd., 2021: 79). Ayrıca iletişim, sağlık okuryazarlığı düzeylerinden biri olan interaktif sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmaktadır (Sørensen vd., 2012).

COVID-19 pandemi döneminde İsviçre'de Almanca konuşan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine yönelik yapılan bir çalışmada; Almanca konuşan kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin özellikle pandemi döneminde artış gösterdiği tespit edilmiştir. Ek olarak katılımcıların günlük yaşamları ve özel sağlık durumlarını değerlendiren bu çalışma sonucuna göre Almanca konuşanların İsviçre nüfusuna oranla daha yüksek düzeyde sağlık okuryazarı olduğu ifade edilmiştir. Ancak sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan ve Almanca konuşan bireylerin de sağlık hizmeti kullanımında zorlandığı belirtilmiştir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde dil tek başına yeterli olmamaktadır (De Gani vd., 2022).

Son zamanlarda birçok ülkede göçmenlerin sağlık eşitsizliklerini azaltmak için göçmenlerin sağlık okuryazarlık düzeylerine dikkat çekilmiştir. Özellikle sağlık sunucuları ile göçmenler arasında yaşanan iletişim probleminde göçmenler zor durumda kalmakta ve bu durum aynı zamanda kültürel sıkıntı yaşanmasına sebep olmaktadır (Park ve Ahmed, 2021). Ayrıca yanlış inançlara sahip bireylerin, kendi doğrularını değiştirmeye çalışan bireylere karşı direniş gösterdiği ve bu durumun bireylerde kontrol kaybına yol açtığı öne sürülmüştür. Kendine güveni fazla olan bu bireyler gerekli talimatlara uymamakta ve zor durumlarla karşılaşmaktadır. Aynı zamanda yanlış inançlara bağlı kalan bireylerin sağlıksız seçimler yaptığı ve kötü

sağlık durumuna sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışmalarda bu durumun iyileştirilmesi için hastalarla iletişim halinde olan sağlık sunucularına sorumluluk düştüğü ifade edilmiştir (Schulz ve Nakamoto, 2022).

2.5 Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde birçok ölçüm türü bulunmaktadır. En yaygın ve geniş ölçüde kullanılan ve bilinen ölçekler REALM (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü), TOFHLA (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi) ve NVS (En Yeni Yaşamsal Bulgular Testi) olarak bilinmektedir (Park ve Ahmed, 2021; Von Wagner vd., 2009).

Farklı metotlara sahip ölçüm araçlarının hepsi bireylerin yetersiz sağlık okuryazarlığını değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Chew vd., 2008). Hasta bilgilerine odaklı sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendiren bu ölçeklerin, altın bir standarda sahip olmadığı ve ölçümünün zor olduğu kabul edilmektedir (Peerson ve Saunders, 2009). Sağlık okuryazarlığını ölçmek için kullanılan ölçeklerin bir kısmı aşağıda verilerek, en yaygın olan 3 tanesi ayrıca açıklanmıştır (Cesur vd., 2015).

- TOFHLA (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)
- STOFHLA (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığının Kısa Testi),
- REALM (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü)
- WRAT-3 (Geniş Kapsamlı Başarı Testi),
- NVS (En Yeni Yaşamsal Bulgular Testi)
- HLQ (Sağlık Okuryazarlığı Anketi)
- HLS-EU (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması)

Ülkemizde sağlık okuryazarlığına olan ilginin artmasıyla birlikte, yapılan çalışmaların sayısı da artmış göstermektedir. Sezer ve Kadioğlu tarafından “Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” geliştirilmiştir. Ayrıca 2005 yılında, Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfı ile birlikte Pfizer özellikle gençlere yönelik olarak sağlık bilgisinin geliştirilmesine yönelik eğitim çalışmaları düzenlemektedir (Çatı vd., 2018). Ülkemizde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için kullanılan bazı ölçekler aşağıda gösterilmiştir:

- YSOÖ Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
- ASOY-TR Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması
- TSOY- 32 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32
- SOY-SEN Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019).

2.5.1 REALM (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü)

Yaygın olarak kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeği olan REALM, tıbbi kelime tanıma ölçeği olarak bilinmektedir. Zorluk seviyesine göre sıralanan kelimelerden oluşan bu ölçekte, bireylerden kelimeleri yüksek sesle telaffuz etmeleri beklenmektedir (Andrus ve Roth, 2002).

1990'ların başında geliştirilen bu ölçek, sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için günümüzde de kullanılmaktadır. Bu testin amacı, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyleri belirleyerek sağlık sunucularına yardımcı olmaktır. Tıbbi terimlerin test edilmesini sağlayan REALM, kısa bir form ile hızlı bir değerlendirme sağlamaktadır. Bir sağlık profesyoneli eşliğinde hastalardan bazı kelimeleri yüksek sesle okumaları beklenmektedir. Davranış, egzersiz, menopoz, rektum, antibiyotik, anemi ve sarılık kelimeleri gibi tıbbi terim içeren bu kelimelerin 5 saniyeden fazla sürede hasta tarafından okunamaması, okunmamış olarak rapor edilmektedir (Finn ve O'Fallon, 2018: 25).

66 kelimedenden oluşan bu testin, doğru telaffuz edilen kelimelerin sayısı ile puanlaması oluşturulmaktadır. Ayrıca dokuzuncu sınıf okuma seviyesinin altı, düşük sağlık okuryazarlığı olarak ifade edilmektedir (Dewalt vd., 2007). REALM ölçeği, verilen doğru cevaplar üzerinden puanlanarak yorumlanmaktadır. *0-18 puan aralığı*, 3.sınıf ve altı olarak ele alınmaktadır. Bu puan aralığındaki bireyler basit reçeteleri dahi okumakta zorluk çektiğinden dolayı sağlık sunucuları basit materyaller ile bireylere yardımcı olmaya çalışmaktadır. *19-44 puan aralığı*, 4.ve 6.sınıf aralığı olarak ifade edilmektedir. Bu puan aralığına sahip bireylerin, sağlık sunucularının yardımları doğrultusunda zorluk çekmediği öne sürülmüştür. *45-60 puan aralığı*, 7.ve 8.sınıf aralığı olarak ifade edilmektedir. *61-69 puan aralığı*, 9.sınıf ve üstü olarak ele alınan bu puan aralığındaki bireylerin, sağlık sunucuları ile etkili iletişim kurduğu kabul edilmektedir (Murphy, 1993).

2.5.2 TOFHLA (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

Ölçek, kişilerin reçete ve ilaç etiketlerini kullanarak sağlık hizmetlerinde en sık karşılaştıkları kelimeleri okuma ve anlama yeteneğini ölçmek için 1995 yılında geliştirilmiştir (Carthery-Goulart vd., 2009). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçen bu test, boşluk tamamlama soruları içermektedir. Boşluk tamamlama kısmında bireylerden kendilerine uygun bir şekilde boşlukları tamamlaması beklenmektedir. Ayrıca bu test, kişilerin sağlık hizmetleri yeteneğini değerlendirmesi açısından hekimlere fayda sağlamaktadır. 50 madde sözel beceriler, 17 madde sayısal beceriler olmak üzere iki bölümden oluşan bu test, bireylerin kişisel özelliklerinin yanında sayısal yeteneklerini de değerlendirmektedir. Kan glikoz değerleri, reçetelerdeki talimatlar testin sayısal bölümünü oluşturmaktadır. 22-25 dakika süren bu test toplamda 67 maddeden oluşmaktadır (Andrus ve Roth, 2002).

TOFHLA'nın kullanım süresini azaltmak amacıyla kısa bir versiyonu da geliştirilmiştir. S-TOFHLA olarak geliştirilen kısaltılmış versiyon, yaklaşık 12 dakika sürmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda S-TOFHLA ile TOFHLA testinin benzer güvenilirlik ve geçerlilik oranlarına sahip olduğu bildirilmiştir (Carthery-Goulart vd., 2009).

2.5.3 NVS (En Yeni Yaşamsal Bulgular Testi)

Yapılan araştırmalar sonucunda düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, talimatlara uymakta zorluk çektiği öne sürülmüştür. Bu doğrultuda düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylere yönelik iyileştirmeler yapılması amaçlanmıştır. NVS (En yeni yaşamsal bulgular testi), düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireyleri belirlemek için yapılan basit ve hızlı bir test olarak geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığına katkı sağlayan bu test, düşük sağlık okuryazarlığı için çözüm sunmaktadır. Ayrıca test İngilizce ve İspanyolca olarak 3 dakika içinde uygulanabilmektedir (Pfizer, 2021).

Diğer bir ifade ile NVS, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık okuryazarlığını ölçmek için geliştirilmiş hızlı bir tarama testi olarak açıklanmaktadır. Bireylerin gıda etiketlerini okuma, anlama ve analiz etme yeteneğine dayanan bu test

6 sorudan oluşmaktadır. Test sonucunda 4'ün altında doğru cevaplayanların sağlık okuryazarlık düzeyinin sınırlı olduğu ifade edilmiştir (Finn ve O'Fallon, 2018: 24). Ayrıca desteğe ihtiyacı olan bireyleri saptamak için testin içerisinde "Tıbbi formları kendi başınıza doldurduğunuzdan ne kadar eminsiniz?" şeklinde tek soruluk madde yer almaktadır. Testin sonunda sağlık hizmet sunucuları bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirmektedir (Nakayama vd., 2015).

2.5.4 YSOÖ Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

18-65 yaş arasındaki yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirleyen bu ölçek Sezer ve Kadioğlu (2012) tarafından geliştirilmiştir. 22 soru ve 1 şekil içeren bu ölçekte, puan sayısı arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi artmaktadır (Akca, 2019).

Soruların 13 tanesi evet/hayır, 4 tanesi boşluk tamamlama, 4 tanesi çoktan seçmeli ve 2 tanesi ise eşleştirme biçiminden oluşmaktadır. Evet/hayır sorularının pozitif olarak cevaplanması durumunda 1 puan alınırken, negatif cevaplardan puan alınmamaktadır. Boşluk tamamlama sorularında doğru cevaplara 1 puan verilirken, yanlış cevaplara puan verilmemektedir. Çoktan seçmeli sorularda 2 ve üstü doğru cevaba 1 puan verilirken, 2'nin altındaki doğru cevaplara puan verilmemektedir. Son olarak eşleştirme sorularında 2'den fazla doğru cevap verenlere 1 puan verilirken 2'den az cevaplara puan verilmemektedir (Demirli, 2018).

2.5.5 ASOY-TR Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması

Abacıgil, Harlak ve Okyay (2016) tarafından geliştirilen bu ölçek, tedavi hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili hizmetleri içermektedir. ASOY-TR Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması, 15 yaş üstündeki bireylerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geliştirilmiştir (Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019; Sungur vd., 2021). Ayrıca Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyomu tarafından geliştirilen bu ölçek, farklı Avrupa ülkelerinde uygulanarak geçerliliği sağlanmıştır (Akca, 2019).

Ölçek, sağlıkla ilgili karar verme ile ilgili 3 alandan (sağlık bakımı, hastalık önleme, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi) ve 4 bilgi işleme alanından (erişim, anlama,

değerlendirme, uygulama) oluşmaktadır. 4 puanlı bu ölçek için 1=Çok zor, 2= Zor, 3=Kolay, 4=Çok kolay ve 5= Kararsızım ifadeleri kullanılmaktadır. Puanlama sonucunda ölçekten alınabilecek puan toplamda 47-188 arasında olmaktadır (Karabulut v Abi, 2022).

2.5.6 TSOY- 32 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32

Okyay, Abacıgil ve Harlak (2016) tarafından geliştirilen bu ölçek araştırma kapsamında kullanılacak olup ayrıntılı bir biçimde tekrar ele alınacaktır. Sørensen ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilen Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, 2016 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından Türkçeye uyarlanarak geliştirilmiştir (Aslantekin Özçoban vd., 2021; Güven, 2016).

32 maddeden oluşan bu ölçek 15 yaş üstü okuryazar bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemektedir. Ölçeğin matrisi dikey ve yatay olarak 2 boyuttan oluşmaktadır (Dikey boyutlar, sağlık bilgilerine erişim, sağlık bilgilerini anlama, sağlık bilgilerini değerlendirme ve sağlık bilgilerini kullanma; İki yatay boyut, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme). 0-50 puan arasında puanlanan bu ölçeğin her alt boyuttan alınacak puan min.0, max.50 olarak kabul edilmektedir (0= en düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, 50=en yüksek düzey). Ölçeğin tutarlılık katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Ayrıca puanlama aralıklarına aşağıda yer verilmiştir (Yazıcı Topçu ve Aktaş, 2022);

- 0-25 puan aralığı: yetersiz
- 25-33 puan aralığı: sınırlı
- 33-42 puan aralığı: yeterli
- 42-50 puan aralığı: mükemmel

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

COVID-19 AŞI OKURYAZARLIĞI

3.1 COVID-19 Pandemisi

Koronavirüs enfeksiyonu salgını olan COVID -19, Çin'in *Wuhan* kentindeki *Hunan* deniz ürünleri pazarında Aralık 2019'da başladıktan kısa bir süre içerisinde sağlık sektöründe acil bir küresel sorun haline gelmiştir (Chakraborty ve Maity, 2020). Dünya Sağlık Örgütü, 30 Ocak 2020'de resmi olarak COVID -19'u bulaşıcı hastalık olarak ilan etmiştir (Sohrabi vd., 2020). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu verilere göre Türkiye'de ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde tespit edilmiştir. COVID-19 ile birlikte, yerel yaşanan salgınlar dışında ilk kez tüm dünyayı etkileyen bir pandemiyle karşı karşıya kalınmıştır (Budak ve Korkmaz, 2020). COVID-19 bulaşıcı hastalığı enfekte olan bireylerde ateş, öksürük, enfeksiyon ve halsizlik gibi ortak semptomlar görülmekte ve aşı, maske, hijyen kuralları anahtar önlem olarak ele alınmaktadır. Koronavirüsler genomik bileşenlerine göre alfa koronavirüs, beta koronavirüs, gamma koronavirüs ve delta koronavirüs olarak 4 gruba ayrılmaktadır. Ek olarak beta koronavirüsler SARS-CoV (16 Kasım 2002), SARS-CoV-2 (Aralık 2019) ve MERS-CoV13 (Haziran 2012) şeklinde alt gruplara ayrılmaktadır (Duman vd., 2021; Turhan vd., 2021).

COVID-19 bulaşıcı hastalığının yayılması ile birlikte gelişmiş ülkelerde dahil olmak üzere çoğu ülke psikolojik ve ekonomik yönden etkilenmiştir. Özellikle yaşın artması ile etkilenen bağışıklık sistemi, COVID-19 için bir risk oluşturmaktadır. Yaşın yanı sıra COVID-19 ile enfekte olan yüksek tansiyon ve kanser hastalarında iyileşme süresi ağırlaşarak risk oluşturmaktadır. İnsan yaşamını etkisi altına alan COVID-19 depresyon, panik, stres gibi psikolojik durumlardan etkilenerek başta baş ağrısı, baş dönmesi ve zihinsel bozukluklara yol açmaktadır. Ek olarak sosyal hayatın

kısıtlanması ile insan iletişiminin sağlanmasında sosyal medya kullanım oranı artış göstermiştir. Özellikle karantina dönemlerinde eğlence, eğitim, haberleşme aracı olarak kullanılan sosyal medyanın insanlara avantajları olduğu kadar dezavantajları bulunmaktadır. Sağlık sektörü için yapılan sahtecilik ve yanlış haberler halk sağlığını tehdit ederek dezavantaj bir durum yaratmaktadır (Rezaei, 2022: 62-77). Yanlış bilgi, halk sağlığı için büyük bir tehdit oluşturmaktadır (Gusar vd., 2021). Sosyal, ekonomik ve sağlık gibi birçok alanı etkisi altına alan COVID-19 salgını başladığı ilk andan itibaren vaka ve ölüm sayılarında yanlış ve çelişkili bilgilerin medyada yer alması ile birlikte büyük bir belirsizlik hakimiyet göstermiştir. Belirsizliğin ortadan kaldırılması için aşılacak kesime bilimsel bilgi ışığında kanıta dayalı bilgiler verilmesi gerekmektedir. Ancak bu bilgileri sağlarken medyada kışkırtıcı fikirlerin ortaya çıkmasını kolaylaştıran ifadelerle karşı dikkatli olunması gerekmektedir (Biasio vd., 2021). Bu durum aşı tereddüdü kavramını ortaya çıkarmıştır. 3C modeli güven (confidence), gönül rahatlığı (complacency), kolaylık (convenience) olarak ifade edilen bir aşı tereddüdü modeli olarak kabul edilmektedir. COVID-19 pandemisi sırasında sağlık sistemine olan güvensizlik, aşı tereddüdünü arttıran bir faktördür. Özellikle sosyal medya da yer alan yanlış ve kışkırtıcı bilgiler, COVID-19 aşıları hakkında yanıltıcı olabilmektedir (Turhan vd., 2021).

DSÖ tarafından virüsten etkilenen ülkelerin gelir durumlarına bakılmadan aşı tedariki sağlanması için COVID-19 Aşılı Küresel Erişim (COVAX) programı kurulmuştur. Başlangıçta öncelikli grupları tanımlayarak işe başlayan COVAX, Batılı ülkeler tarafından sağlanan finansman ile adil bir aşı dağıtımını gerçekleştirmeyi amaçlamaktadır (Joshi vd., 2021). Salgından en çok etkilenen az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin aşılınmalarını sağlayabilmek adına DSÖ tarafından oluşturulan COVAX programı refah seviyesi daha yüksek düzeyde olan gelişmiş ülkelerin az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin aşılınmalarına yardım etmesi amacıyla oluşturulmuştur. Program DSÖ, Küresel Aşı İttifakı ve Epidemiyoloji Hazırlık İnovasyonları Koalisyonu ve BM Çocuklara Yardım Fonu tarafından yürütülmektedir. COVAX programına başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere Fransa, Almanya, İspanya İtalya gibi Avrupa ülkeleri destek sağlamıştır. Eşit ve adil bir aşılama sağlamaya yönelik olması amacıyla COVAX programı önemlilik arz etmektedir (Esen, 2021).

COVID-19 aşılarının geliştirilmesi ile birlikte aşı güvenliği kavramı önem kazanmıştır. Aşı güvenliği, Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) ve CDC Bağışıklama Güvenliği Ofisi, Aşı Güvenliği Veri Bağlantısı (VSD), Aşı Olumsuz Olayları Raporlama Sistemi (VAERS) ve Klinik Bağışıklama Güvenliği Değerlendirme (CISA) gibi çeşitli ortak projeler tarafından takip edilmektedir (Risma, 2021).

COVID-19 pandemisi dünya ülkelerinde farklı veya benzer stratejiler ile yönetilmektedir. Virüsün ortaya çıktığı ilk yer olan Çin, kendi aşısını üreterek 2021 yılı sonuna kadar nüfusunun %70'ini aşlamayı hedeflemiştir. Batı ülkelerinde öncelikli olarak yaşlıların hedef alınmasına karşın Çin'de öncelik 18-59 yaş arasındaki nüfus olmuştur (Chen vd., 2022). İtalya, aşılamaya çalışmalarına sağlık çalışanları, huzurevleri, yaşlılar ve temel işçilerden oluşan savunmasız nüfus ile başlamıştır ve nüfusun %85'i aşılanmıştır. Ayrıca İtalya'da Comirnaty (BioNTech / Pfizer) COVID-19 aşısı 16 Aralık 2021 tarihinden itibaren 5-11 yaş arasındaki çocukları da kapsamaya başlamıştır (Folcarelli vd., 2022; Santirocchi vd., 2022). Amerika Birleşik Devletleri aşılamaya, sağlık çalışanları ve 65 yaş üzeri bireylerle başlamıştır. 2021 yılında ABD'de bu popülasyonun aşılınması büyük ölçüde sağlanmıştır (Chen vd., 2022).

Tayland, Ocak 2020'den bu yana dünyada COVID-19'dan etkilenen ikinci ülke olarak bildirilmiştir. Tayland'da ilk COVID-19 vakası, Çinli bir turistten diğer insanlara bulaşması ile yayılmıştır (Rezaei, 2022: 339). Hindistan, nüfusunun fazla olmasından dolayı başka bir ülkeye karşı bağımlı olmamak adına kendi olanakları ile aşı üretimine başlamıştır. Hindistanda ilk çalışmalar, Oxford Üniversitesi ile işbirliği içinde Serum Enstitüsü tarafından üretilen Covishield ve ICMR ile işbirliği içinde Bharat Biotech'ten Covaxin tarafından yapılmıştır. Covishield aşı uygulanan kişilerde, Covaxin'e kıyasla (%46.7'ye karşı %31.2) biraz daha yüksek yan etkiler görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca Zydus Cadila (ZyCoV-D) ve Biological E'de Hintliler tarafından üretilen aşıları oluşturmaktadır. Hindistan'da görülen COVID-19 virüsü, öncelikle yaşlı ve kronik hastalığa sahip bireyleri olumsuz olarak etkilemiştir. İkinci dalgada, 25-45 yaş grubunda bulunan kişiler etkilenirken üçüncü dalganın çocukları etkilemesi beklenmektedir (Deb vd., 2021).

COVID-19 salgınının başladığı günden beri çeşitli önlemler ve aşılamaya rağmen salgın hala etkisini sürdürmektedir ve çoğu ülkede yeni varyantları görülmeye

başlamıştır (World Health Organization, 2019). Farklı ülkelerde farklı zamanlarda ortaya çıkan COVID-19 varyantlarından bazıları Alfa, Gama, Delta, Epsilon, Eta, Teta, Lambda, Kolombiya olarak bilinmektedir (Deb vd., 2021). COVID-19 vaka sayılarının artmasına neden olan varyantlar morbidite ve mortalite oranlarını yükseltmektedir. Novavax ve AstraZeneca aşılarının Alfa varyantına karşı etkileri sırasıyla %85 ve %74 olarak tespit edilmiştir. Beta varyantına Novavax, AstraZeneca ve Johnson's & Johnson's aşıları sırasıyla %49, %25 ve %57 oranlarında oldukça düşük etkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Son olarak Mrna-1273 aşısı Alfa (%88) ve Beta'ya (%61) karşı etkili bulunmuştur (Simnani vd., 2022).

3.2 COVID-19 Aşı Çalışmaları

DSÖ'nün 3 Şubat 2022'de açıklamış olduğu verilere göre 383.509.779 doğrulanmış COVID-19 vakasının 5.693.824'si ölümlle sonuçlanmıştır. Ayrıca DSÖ'nün yayınlamış olduğu son verilere göre 1 Şubat 2022 tarihi ile toplam da 10.040.763,359 aşı dozu uygulanmıştır. Dünya bölgelerine bakıldığında en düşük aşılama sayısının Afrika Bölgesinde olduğu öne sürülmüştür. En yüksek ilk üç bölge ise sırasıyla Avrupa, Amerika, Güneydoğu Asya olarak belirtilmiştir (World Health Organization, 2022).

Salgınlarda virüsün yayılmasını önlemek amacıyla ülkeler aşıya başvurmaktadır. Giderek artan COVID-19 bulaşıcı hastalığını kontrol altına almaya yönelik yapılan aşılamaya karşılık, aşıya olan şüphe ve güven sorunları da beraberinde gelmiştir. Ocak 2021 anket verilerine göre bir COVID-19 aşısı yaptırma olasılığı yetişkinlerde yaklaşık %62 olarak tespit edilmiştir. Yaşın artmasıyla birlikte COVID-19 riski de artmaktadır. Bulaşıcı bir hastalık olan COVID-19 aşı kararı sadece bireyi değil, ailesini ve çevresini de etkileyen önemli bir karar olarak kabul edilmektedir. Yapılan araştırmalar doğrultusunda bireylerin aşıya karşı tutumlarının televizyon, gazete, sosyal medya, sağlık sunucuları, aile, iş ve arkadaş çevresinden etkilendiği tespit edilmiştir (Costantini, 2021). Amerikalı bilim adamları dünya da hızla yayılmakta olan bu virüsü önlemek için aşılamayı teşvik etmeyi amaçlamıştır. Özellikle başlangıçta dezavantajlı gruplara yönelen aşılama çalışmalarının zamanla tüm topluma uygulanmaya başlanması gerekmektedir (Gusar vd., 2021).

2019 yılında başlayan ve hala devam eden ve insan hayatını olumsuz etkileyen COVID-19 bulaşıcı hastalığı için dünya çapında mücadele çalışmaları sürmektedir. Tüm dünyada özellikle ölüm riskinin en aza indirilmesi amacıyla birçok aşı çalışmaları geliştirilmiş ve geliştirilmektedir. Aşıların uygulanan bölgede ağrı, kızarıklık, iltihaplanma ve vücutta ateş, yorgunluk, baş ağrısı, kas ve eklem ağrısı biçiminde hafif düzeyde birkaç gün süren yan etkileri bulunmaktadır (Favaloro vd., 2022). Sağlık ve ekonomik faydaları yüksek olan aşılar, yüksek maliyetler ile üretilmektedir. Aşılar türlerine göre farklı depolanma şartlarına sahiptir ve aşı üreticileri tedarik yönetimi konusunda zorluklarla karşı karşıya gelmektedir. Yüksek riskli bireyler, çocuklar, yaşlılardan oluşan popülasyon uygulanan aşidan farklı şekilde etkilenmektedir (Thompson ve Badizadegan, 2022). Geliştirilen ve geliştirilmekte olan aşılardan avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Genelde aşılardan üretimi 10-15 yıl gibi uzun süreçlerden oluşmaktadır ancak COVID-19 acil bir durum olduğundan dolayı aşı üretimleri 12-18 aya düşürülerek süreç hızlandırılmıştır. COVID-19 aşılardan halen daha devam ettiği ve tüm dünyada klinik çalışmaların farklı evrelerde olduğu bildirilmiştir (Duman vd., 2021; Narendranath vd., 2022).

Tablo 2: Klinik Aşı Çalışma Evreleri

Evre	Tanım
Evre (Faz) 1	Klinik araştırmanın ilk aşamasıdır. Yan etki ve güvenlik konularına odaklanır. Genellikle 30 kişi üzerinde uygulanır. Uygulanan kişiler sağlık gönüllülerinden oluşmaktadır.
Evre (Faz) 2	Klinik araştırmanın ikinci aşamasıdır. Tedavinin güvenliği ve etkililiği değerlendirilir. 100-300 kişi üzerine uygulanarak katılımcı sayısı artırılır.
Evre (Faz) 3	Evre 2, güvenli ve etkili değerlendirme sonucuna ulaşırsa bu aşamanın çalışmaları başlatılır. Daha fazla katılımcı ile farklı ülkelerde uygulama yapılır. Bu evrede aşı etkili ve güvenli bulunursa üreticiler ruhsatlandırma için başvuru yapabilmektedir.
Evre (Faz) 4	Son evre pazarlama sonrası çalışmalar olarak bilinmektedir. Aşının riskleri, faydaları ve ek bilgilerini içerir.

Kaynak: Okyay, P. (2020: 230)

Tüm dünyayı etkisi altına almakta olan COVID-19 virüsü için pek çok aşı geliştirilmiştir. Geliştirilen bu aşılardan farklı türlerden oluşmaktadır. Aşağıda bazı aşı tipleri yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022).

RNA ve DNA Bazlı Aşılar: Teknolojik bir yaklaşım olan bu tipteki aşılar genetik olarak tasarlanmış RNA ve DNA parçacıkları içermektedir. Ayrıca birçok hastalığın tedavisinde kullanılan immunoterapi yöntemine benzer bir teknolojiye sahip olarak üretilmektedir. 1990'larda DNA aşıları ile birlikte ortaya çıkan bu aşılar birtakım endişeler sonucunda ilerleme kaydetmemiştir. Günümüz aşı çalışmalarında en yeni yaklaşımlardan olan RNA aşılarının üretimi düşük maliyetli ve güvenli olması sebebiyle avantajlı görülmektedir. Karmaşık süreçlerden oluşan DNA aşıları COVID-19 aşısı içinde kullanılmaktadır. Biontech/Pfizer, Moderna aşıları bu gruba girmektedir. Seri üretimi kolay olan DNA aşılarının masraflı, ek doz gerekmesi ve hassas olmasından dolayı dağıtımının güçleşmesi gibi dezavantajları bulunmaktadır. Hindistan'da geliştirilen ZyCov-D aşısı DNA bazlı bir aşıdır ve COVID-19'a karşı %67 koruma sağladığı bildirilmiştir (Balaban vd., 2021; Matić ve Šantak, 2022; Robertson vd., 2022; Simnani vd., 2022; Zhang vd., 2022).

Viral Vektör Bazlı Aşılar: Viral vektör bazlı aşılar, COVID-19 virüsünün RNA parçacıklarını taşıyan hastalık yapısı etkisi olmayan virüslerin kullanıldığı aşı tipi olarak ifade edilmektedir. Aşıların içerisinde, canlı ve zayıflatılmış mikroorganizmalar bulunmaktadır. Bu sebeple aşılanan kesimde hastalığa yol açmamaktadır. Saklanması kolay olan bu aşı tipi yeni aşı geliştirme tekniklerinden biridir ve maliyetinin düşük olması sebebiyle avantajlı görülmektedir. Sputnik-V ve Oxford/AstraZeneca aşıları (AZA-1222) bu tip aşı grubuna girmektedir. Ebola ve COVID-19 bulaşıcı hastalıkları için insanlara uygulanması kabul edilen bu aşılar, uzun vadeli koruma sağlamaktadır. Üretimi kolay olan bu aşıların, tez doz uygulanmasının yeterli olduğu kabul edilmiştir (Balaban vd., 2021; Duman vd., 2021; Robertson vd., 2022; Zhang vd., 2022).

İnaktive Edilmiş Aşılar: Kimyasal olarak tüm mikroorganizmaları içeren bu aşılar, bağışıklık sistemine zarar vermemektedir. Bu aşılar geçmişte çocuk felci, kolera, veba, kuduz gibi birçok aşıya karşı geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Diğer aşılarla kıyaslandığında üretiminin zor ve yavaş olduğu ancak etkisinin daha uzun sürdüğü bildirilmiştir. Aşı uygulandıktan 72 saat içerisinde olumsuz bütün reaksiyonlar ortadan kaybolmaktadır. SİNOVAC aşısı bu gruba girmektedir. Saklama koşulları ve

taşınması kolay olan bu aşı tipinin ikinci dozdan sonra etkinliği %83 bulunmuştur (Balaban vd., 2021; Duman vd., 2021; Robertson vd., 2022; Simnani vd., 2022).

Canlı Aşılar: Diğer adı atenüe olan canlı aşılar en etkili aşılar olarak kabul edilmektedir. Zayıflatılmış virüs içeren bu aşılar tüberküloz, kızamık, kabakulak, grip gibi aşılarla bulunmaktadır. Ayrıca ekonomik olan bu aşıların, uzun süreli bağışıklık sağladığı bildirilmiştir (Robertson vd., 2022; Simnani vd., 2022).

Protein Bazlı Aşılar: COVID-19 ile mücadelede üretimi yapılan bu tipteki aşıların üretim maliyeti düşüktür ve ek doz gerektirebilmektedir. DSÖ'nün aşı listesinde bulunan Novavaxın protein bazlı aşının COVID-19 virüsüne karşı etkinliği %96.4 olarak bulunmuştur. DSÖ'nün listesinde bulunan bir diğer protein bazlı aşı ZIFIVAX'dır ve etkinliğinin %92-97 arasında olduğu öne sürülmüştür (Balaban vd., 2021; Duman vd., 2021; Zhang vd., 2022).

Tablo 3: COVID-19 Aşı Yaklaşımlarının Gruplandırılması

Aşı Yaklaşımları	İsimleri	Menşei	Etkileri
mRNA Bazlı Aşılar	Pfizer – BioNTech (BNT162b2)	Almanya	Faz 3 çalışmalarından sonra 16 yaş ve üstünde 2 doz olarak uygulanan aşının %100 ve %95 koruma sağladığına ulaşılmıştır.
	mRNA-1273 aşısı (Moderna)	ABD	COVID-19 riskine karşı 1.dozdan sonra %97, 2.dozdan sonra %61 koruma sağlamaktadır. Ayrıca B.1.1.7 ve B.1.351 varyantlarına karşı 1.dozdan sonra %100, 2.dozdan sonra %96 koruma sağlamaktadır.
	Curevac (CVnCoV)	Almanya	Faz 3 çalışmalarında % 47 etkinlikle yetersiz sonuçlara ulaşılmıştır.
İnaktif Aşılar	Bharat Biyoteknolojisi ((Koaksiyel)	Hindistan	Faz 3 denemelerinde % 78 etkinlik oranına ulaşılmıştır.
	Sinovac – Corona Vac	Çin	Etkinlik oranları %50, %65, %78 ve %91 olarak açıklanmıştır.
	Sinopharm (BBIBP-CorV)	Çin	Faz 3 denemelerinden COVID- 19'a karşı % 79 koruma sağlamaktadır.
Protein Bazlı Aşılar	Novavax (NVX-CoV2373)	ABD	B.1.1.7 ve B.1.351 sırasıyla %96, %86 ve %60 koruyuculuğa sahiptir.
	Zifivax (ZF2001)	Çin	Faz 3 denemelerinden COVID-19'a karşı %81,76 bulunmuştur.
Viral Vektör Aşıları	Oxford/AstraZeneca aşısı (ChAdOx1-S)	Birleşik Krallık	Bir doz aşı COVID-19' a karşı % 60 -% 70 sağlar ve yaklaşık 80% hastaneye karşı koruma sağlamaktadır.

	Ad26.COV2.S Janssen/Johnson & Johnson)	ABD	1.dozdan sonra orta şiddette COVID-19 riskine karşı %67, yüksek şiddette COVID-19 riskine karşı %85 koruma sağlamaktadır.
	CanSino Biologics - Ad5-nCoV	Çin	1.dozdan sonra %65 ve ciddi hastalık risklerine karşı %90 koruma sağlamaktadır.
	Gam-COVID-Vac (Sputnik V)	Rusya	Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde %78 etkinlik sağlamaktadır. Ayrıca faz 3 denemesinden sonra ilk aşı dozu COVID-19 riskine karşı %91 koruma sağlamaktadır.

COVID-19 ile mücadelede birçok aşı geliştirilmiştir. Belirli hastalığa sahip bireylerde COVID-19 aşısı farklı etkiler göstermektedir. Özellikle dezavantajlı gruplara yönelik yapılan bir çalışmaya göre; kronik lenfositik lösemi (KLL) hastalarının, COVID-19 bulaşıcı hastalığı için yüksek risk altında olduğu öne sürülmüştür. Riskleri azaltmak amacıyla kilit önlemlere uyulması gerektiği ve aşılama sürecinde bu gruba öncelik verilmesi gerektiği bildirilmiştir. Çalışma sonucunda KLL hastalarında BioNTech aşısının güvenliği kanıtlanmıştır (Morawska, 2022).

3.3 Aşı ve Aşı Okuryazarlığı Kavramları

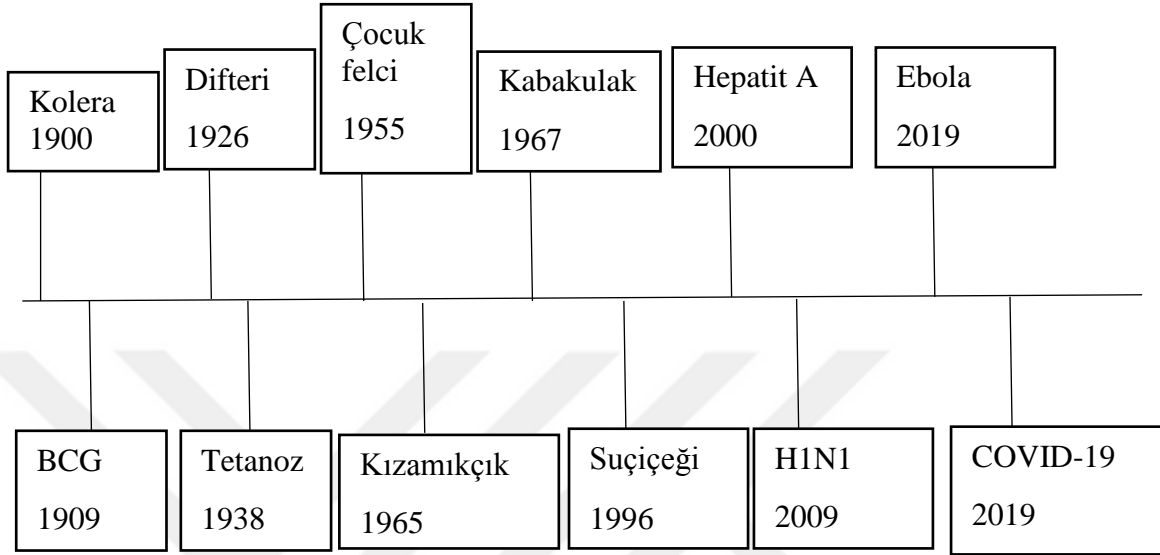
Yaşam boyu koruma sağlayan aşı, DSÖ'nün yapmış olduğu tanıma göre hastalık daha bulaşmadan koruma sağlayarak bazı enfeksiyonlara karşı direnç kazandırıp bağışıklık sistemini güçlendirmektedir. Aşılar, yalnızca öldürülmüş veya zayıflatılmış virüs veya bakteri içerdiğinden dolayı hastalığa yakalanma riskini azaltmaktadır. Bu doğrultuda aşı, tedavi etmekten ziyade herhangi bir mikropla karşılaşma anında insanların hastalanmasını engelleyen güvenli bir yol olarak kabul edilmektedir (World Health Organization, 2022). Ülkemizde Sağlık Bakanlığının yapmış olduğu tanıma göre aşı "bir enfeksiyona karşı bağışıklık sağlamak için hazırlanmış, vücuda çeşitli yollarla verilen biyolojik ürün" olarak ifade edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu, 2022). Virüs veya bakteri gibi mikropları tanıyan aşı, bağışıklık sistemini güçlendiren proteinlerin (antikor) üretilmesini sağlamaktadır. Böylelikle bağışıklık sistemi daha hastalığa yakalanmadan olası bir mikrop durumuna hazırlık yapmaktadır (World Health Organization, 2022).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan aşı sözlüğünde yer alan bazı terimler ve anlamları aşağıda gösterilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu, 2022).

- Bağışıklama: Uygulanan aşı ile enfeksiyon hastalığına karşı direnç veya bağışıklık sağlayan süreç.
- Bağışıklık (İmmunite): Vücudun belirli bir hastalık etkenine karşı göstermiş olduğu direnç.
- Bağışıklık Sistemi: İnsan vücudundaki hastalıklarla mücadele etmekten sorumlu sistem.
- Bakteri: Bir hücreden oluşan, canlı küçük organizma.
- Doz: Bir defada verilen ilaç/aşı miktarı.
- Enfeksiyon: Çeşitli yollardan vücuda giren bir bulaşıcı hastalık etkeninin çoğalması.
- Virüs: Genetik materyali bulunan ve sadece konak hücre içinde çoğalabilen; hücre zarı, çekirdek, sitoplazma ve organelleri olmayan varlık.

1798 yılından beri bulaşıcı hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltmak için aşı en etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Başlangıçta geleneksel yöntemlerle uygulanan aşılar, teknolojinin ve tıbbın gelişmesiyle birlikte farklı şekillerde uygulanmaya başlamıştır (J. M. Walker, 2016: 246). Aşılar uygulanırken yaş, geçmiş ve mevcut sağlık durumu, alerji, maliyet, belirli ülkeler için yapılması gereken zorunlu aşılar ve daha önce yapılmış aşılara karşı gelişen reaksiyonlar gibi faktörlere dikkat edilmesi gerekmektedir (World Health Organization, 2019). Tedavi etmekten daha çok koruyucu amaçlı kullanılan aşılar, ilaçlar gibi bazı alerjik reaksiyonlara neden olabilmektedir. Zamanla gelişen tıp dünyası ile aşılardan güvenilirliği artış göstermiş olsa da alerjik reaksiyonlar ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Ayrıca alerjik reaksiyonlar farklı çeşitler ve farklı belirtiler göstermekle birlikte bir hekim tarafından müdahale gerektirmektedir (Chung, 2014). Etkili ve güvenli bir koruma sağlayan aşı ile herkeste aynı sonuçlara ulaşamamaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda aşılama ile birlikte kızarıklık, şişlik, ödem gibi bazı lokal reaksiyonlar ve hafif ateş ile diğer semptomların yaygın görülürken, ciddi boyutta reaksiyonların daha nadir görüldüğüne ulaşılmıştır (World Health Organization, 2019). Daha önce yapılmış aşılara karşı gelişen reaksiyonlar özellikle çocukların yaşam standartlarını iyileştiren aşılar, küresel refahı arttırmaktadır

(UNICEF, 2020). Koruyucu sağlık hizmetleri içinde önemli bir yer tutan aşı, DSÖ'nün tahminine göre çocuklarda her yıl 4 milyondan fazla ölümü engellemektedir. Ayrıca dünya da hızla yayılabilen bulaşıcı hastalıklar için koruma, aşı sayesinde mümkün olabilmektedir (World Health Organization, 2022).



Şekil 2: Bazı Önemli Aşıların Zaman Haritası

Dünya'da yaygın görülen bazı bulaşıcı hastalıkların tarihleri Şekil 2'de gösterilmiştir. Kolera, Difteri, Ebola, Hepatit B, Kızamık, Suçiçeği, Tifo, Kızamık/Kızamıkçık, Sarıhumma, Tetanos, Zatürre, Kabakulak, Boğmaca ve COVID-19 Dünya'da yaygın görülen bazı bulaşıcı hastalıklar arasında yer almaktadır (World Health Organization, 2022).

Aşılama hem kişinin kendi sağlığı hem de toplumun tümünün sağlık durumunun iyileştirilmesi için ülkelerin üzerinde durması gereken önemli bir konu olarak kabul edilmektedir. Gerek bireylerin gerekse toplumun eğitim ve sosyoekonomik durumu gibi çeşitli faktörlerine göre değişen sağlık okuryazarlığı, aşılamayı da etkilemektedir. Basit bir ifadeyle sağlık okuryazarlığı bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili hizmete erişme ve kullanma yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık sonuçlarını birçok açıdan etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Hastaneye yatış sürelerinin uzaması, morbidite ve mortalite oranlarının artması yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığından kaynaklanmaktadır (Castro-Sánchez vd., 2016; Osborne vd., 2013).

Bu doğrultuda sağlık okuryazarlığı düzeyinin, aşılama için belirleyici bir faktör olduğu öne sürülmüştür. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, aşılanmamış kişi sayısını arttırarak koruyucu sağlık hizmetlerine olan talebi düşürmektedir (Castro-Sánchez vd., 2016). DSÖ tarafından yayınlanan kaynaklarda hekimlerin başta COVID-19 olmak üzere bulaşıcı hastalıklarla olan aşı mücadele çalışmalarında sağlık okuryazarlığı kavramı üzerine vurgu yaptığı dikkat çekmektedir (World Health Organization, 2019).

Aşılar, halk sağlığı için önemli ve etkili bir strateji olarak belirtilmektedir (Islam vd., 2021). Günümüzde aşı çalışmaları hızla iyileşmeye devam ediyor olsa da bireyler aşılama karşı farklı tutumlar sergilemektedir. Aşı tereddütü, aşının kabulünde gecikme ve aşı reddi olarak tanımlanmaktadır (Allington vd., 2021). Aşı tereddütü, aşı olma imkanı varken aşılama karşı olan kararsızlık ve aşı istekliliğinin düşük olması olarak ifade edilmektedir. Ayrıca aşı tereddütü, bireylerde aşya karşı olan güvenin düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Söz konusu bu güvensizlik yalnızca aşya karşı değil, sağlık sunucuları ve hükümete olan güvensizlik olarak bildirilmiştir. Dolayısıyla aşya karşı olan güvenin azalması aşı olma isteğini de etkilemektedir. Aşılama karşı olan tereddüt bireyin kendisini etkilerken aynı zamanda toplumu da etkisi altına almaktadır (Freeman vd., 2021; Wang vd., 2018). Özellikle sosyal medya ve yanlış bilgilendirmelerin hızla yayılmasını sağlayan dijital dünya bu konuda ciddi bir tehdit oluşturmaktadır (UNICEF, 2020).



Şekil 3: Aşılarla İlişkin Tutum ve Niyetler

(Kaynak: UNICEF, 2020:9-11)

Günümüzde aşı tereddüdü, en büyük 10 halk sağlığı sorunlarından birini oluşturmaktadır. DSÖ'ye göre global düzeyde artan ve halk sağlığını tehdit edici noktalara ulaşan aşı tereddüdü, güven ile önlenmektedir (Ditekemena vd., 2021; Pogue vd., 2020). Kamuya olan güvenin artırılması ile ilgili sağlık kampanyaları geliştirilerek bu sorunun önüne geçileceği öne sürülmüştür (Thaker, 2021). DSÖ'ye göre aşı tereddüdü kontrol altına alınmadığı sürece, önlemeye yönelik alınan çabaların etkisi azalacaktır (UNICEF, 2020). Şekil 3'de aşı talebi ve kabulüne olan çeşitli tutumlar gösterilmiştir. 'Aktif Talep' aktif olarak aşı arayan kişiyi ifade etmektedir. Bazı şüphe ve endişeleri olsa da tüm aşıları kabul eden kişiler 'Pasif Kabul' grubuna girmektedir. 'Aşı Kararsızlığı' altındaki grup ise bazı aşıları kabul ederken bazı aşıları geciktirebilir veya reddedebilmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda bu grupta yer alan kişilerin kararsızlığının altında birçok faktörün etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu söz konusu faktörler önyargılar, geçmiş deneyimler, kimlik, inançlar, değerler, güvensizlik, bireyin algısı, görüşleri ve korku olarak ifade edilmiştir (UNICEF, 2020).

Aşı okuryazarlığı, bireylerin ve toplumların sağlıklarıyla ilgili kararları anlayıp uygulaması olarak tanımlanmaktadır. Basitçe aşı okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı olarak ifade edilmektedir (Ratzan, 2020). Sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgilerini optimal düzeyde kullanmayı sağlamaktadır (Wang vd., 2018). Aşı okuryazarlığı da bu kavram üzerine inşa edilmiştir (Biasio, 2019). Aşılamanın tüm dünyada hedeflenen bir şekilde sürdürülmesi için aşı okuryazarlığına toplumun tümünün sahip olması gerekmektedir. Aşı okuryazarlığına sahip bir toplum, kendi refahını yönlendirerek belirleyebilmektedir (Ratzan, 2020).

Aşı okuryazarlığı, aşılama konusunda bilgi düzeyi içermesinin yanında hastalıkların yayılmasını engelleyici bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Correa-Rodríguez vd., 2022; Gusar vd., 2021). Aşılama da ekonomik maliyetler ve potansiyel faydalar sağlayan sağlık okuryazarlığı kavramı, aşı okuryazarlığı kavramını ön plana çıkarmaktadır. Aşıların etkili bir şekilde uygulanabilmesi için okuryazarlık kadar aşı okuryazarlığı da önemli bir faktör olarak ele alınmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile paralellik gösteren aşı okuryazarlığı, birlikte ele alınması gereken iki kavramdır. Yüksek sağlık okuryazarına sahip olan bir birey, aşılama ile ilgili doğru bilgi ve

tutumlara sahip olacağından dolayı aşı okuryazarlığının da yüksek olması beklenmektedir. Bu doğrultuda aşı okuryazarlığı kavramı, hem okuryazarlık hem de sağlık okuryazarlığı kavramını içermektedir (Costantini, 2021).

3.3.1 Dünya’da Aşı Okuryazarlığı Kavramı ve Çalışmaları

Global veya yerel ciddi boyuttaki hastalıkları önlemek için aşılama çalışmalarının önemli olduğu kabul edilmektedir. Aşılamaı etkileyen aşı okuryazarlığı kavramının üzerinde durulması gerekmektedir. Amerika’da yapılmış araştırmalar, bireylerin okuryazarlık düzeyinin aşılama kararlarını etkilemediği sonucuna ulaşarak okuryazarlık ve aşı okuryazarlığı arasında bir bağlantı olmadığını bildirmiştir. Aşı ile ilgili Avusturya’da yapılan bir araştırmada (Bauer vd. 2017), aşılama düzeyinin düşük olmasının korku kaynaklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gusar vd., 2021). Aşı okuryazarlığı, aşılamaya olan talebi arttırmaktadır. Hong Kong’da yapılan bir nicel çalışma sonucunda, sağlık okuryazarlığı ve aşı okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan çalışmada düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde aşılama ile ilgili bilgilerin yetersiz olduğu öne sürülmüştür. Ayrıca bu bireylerin aşının etkinliği, olası etkileri ve maliyeti konusunda endişe duyduğu bildirilmiştir (Michel ve Goldberg, 2021). Peru’da, savunmasız grup olarak nitelenen 60 yaş üstü bireyler, tespit edilen tüm vakaların% 60’ı ve ilgili tüm ölümlerin% 70’inden fazlasını oluşturmaktadır. Ayrıca COVID-19 pandemisi ile kişilerde yalnızlık, depresyon, uyku gibi psikolojik problemlerde artış yaşandığı görülmektedir (Caycho-Rodríguez vd., 2022).

Aşılama ile bireyler ve toplumda bulaşıcı hastalıkların önüne geçilmesi, aşı okuryazarlığının önemini açıkça göstermektedir. Aşı kabulünü arttırmada sağlık sunucuları önemli bir rol oynamaktadır (Biasio, 2019). Aşı okuryazarlığını arttırmak için doğru stratejiler uygulanması gerekmektedir. Özellikle güvenilirlik, aşılama için önemli bir faktördür. Aşının etkileri, olası yan etkileri ve faydaları hakkında bireylere uygun iletişim araçları ile net ve açık bir şekilde bilgi verilmesi gerekmektedir (Michel ve Goldberg, 2021). Aşıların erişilebilir, şeffaf ve kanıta dayalı, güvenilir ve güncellik gibi çeşitli özellikleri bir arada barındırması gerekmektedir (Ratzan, 2020). 13 ülkede yapılan bir meta-analiz çalışması sonucunda, pandeminin ilerlemesi ile aşı yaptırmak isteyenlerin yüzdesinin arttığı (%60) sonucuna ulaşılmıştır. Bu ülkelerden Fransa,

İngiltere, Almanya gibi ülkelerin nüfusları orta düzeyde yer alırken; Rusya, Güney Afrika, Mısır gibi ülkelerde sonuçların düşük olduğu bildirilmiştir. En düşük oranlara sahip ülkeler Kenya, Nijerya ülkeleri olarak tespit edilmiştir (Santirocchi vd., 2022).

Aşı okuryazarlığı, insanların uygun sağlık kararlarını verebilmek için temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme ve işleme yeteneği ile tanımlanan sağlık okuryazarlığı kavramıyla benzerlik göstermektedir. Aşı okuryazarlığı, aşılar hakkında bilgiye sahip olmanın yanında çeşitli özellikleri içeren geniş bir kavram olarak ifade edilmektedir (Ratzan, 2011). Aşı okuryazarlığı ile ilgili yapılmış birçok çalışmada, aşılama 5C psikolojik öncülleri modeli ile incelenmektedir. 5C (Confidence, Complacency, Constraints, Calculation and Collective Responsibility) modeli aşağıdakileri içermektedir (Gendler ve Ofri, 2021):

- Güven: Aşının etkinliği ve aşı sistemine olan güven
- Kayıtsızlık: Riski düşük değerlendirerek aşılama gereksiz görmek
- Kısıtlamalar: Fiyat ve erişilebilirlik
- Hesaplama: Bilgiye erişme
- Kolektif Sorumluluk : Toplum sağlığı için aşı olma isteği.

Aşı okuryazarı olan bireylerin aşı olma isteği artmaktadır (Michel ve Goldberg, 2021). Yetersiz sağlık okuryazarlığı, aşı tereddüdünün bir nedeni olarak gösterilmiştir. Aşı okuryazarlığı kavramı, sağlık okuryazarlığı kavramına dayanmaktadır. Aşı okuryazarlık düzeylerinin değerlendirilmesi ile toplum sağlığının geliştirilmesi açısından halkın 'aşı okuryazarı' olması önemli kabul edilmektedir (Biasio, 2019). Diğer ülkeler incelendiğinde Küba'da aşı sistemine olan güvenin yüksek olmasının sebebi, bireylerin yüksek sağlık ve aşı okuryazarlığı düzeylerine sahip olması ile ilişkilendirilmiştir (Macdonald ve Pickering, 2009).

3.3.2 Türkiye'de Aşı Okuryazarlığı Kavramı ve Çalışmaları

Türkiye'de aşı çalışmaları eski dönemlere kadar uzanmaktadır. Sosyo-ekonomik olarak ülkemizi etkisi altına alan birçok farklı salgınla mücadele çalışmaları yapılmıştır. Türkiye, bazı salgın türlerinde diğer ülkelerden az etkilenirken bazılarında büyük kayıplar yaşamıştır. Salgınlar karantina, hijyen ve maske kullanımı ile kontrol

altına alınmaya çalışılmıştır (Ketrez vd., 2020). Ayrıca yurt dışından gelen hekimlerden yardım alınmış ve ülkemizden de yurt dışına hekimler gönderilerek dünyadaki yenilikler ülkemizde uygulanmaya başlamıştır (Tekin, 2018). Türkiye’de geçmişten günümüze bazı salgın hastalıklar veba, kolera, çiçek, İspanyol gribi, verem, sıtma, HIV/AIDS, kuş ve domuz gribi ve koronavirüs olarak sıralanmaktadır. Cumhuriyetin ilk dönemlerinden beri salgınlarla mücadele çalışmaları devam etmektedir. 1923 öncesinde yaşanan savaşlar, toprak kayıpları o dönemde yaşanan salgınların kontrol altına alınmasını güçleştirmiştir. Ayrıca savaş dönemlerinde savaştan dönen askerler, ülkemize dışarıdan birçok salgının girmesine sebep olmuştur. Yurtdışından getirilen ilaçlar ve koruyucu aşı çalışmaları ile halka ücretsiz olarak sağlık hizmeti verilmiştir. Salgınlarla mücadelede özellikle 19.yy’da geliştirilen ve uygulamaya başlanan aşı çalışmaları ile önemli aşamalar kaydedilmiştir. Mortalite oranlarını azaltmayı hedef alarak başlanan çalışmalar ile köylere sağlık hizmeti sunularak, sağlık personellerine yönelik eğitimler verilmiştir. Bulaşıcı hastalıklarla olan mücadelesinde ülkemiz büyük maddi kayıplar yaşamasına karşın mücadelesini sürdürerek sağlık teşkilatına yeni bir boyut kazandırmıştır (Tekir, 2019).

Tablo 4: Türkiye’de Aşı İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Yıl	Çalışmalar
1885	Çiçek Aşısı Kanunu çıkarıldı.
1887	Kuduz aşısı için Kuduz Tedavi Müessesesi kuruldu.
1892	Çiçek Aşısı Üretim Merkezi (Telkihâne-i Şâhâne) kuruldu.
1893	Bakteriyoloji Enstitüsü (Bakteriyolojihâne-i Şâhâne) kuruldu.
1896-1897-1903	Difteri, sığır vebası, kızıl serumları Veteriner Hekim Mustafa Adil tarafından üretildi.
1911-1913	Tifo, kolera, dizanteri ve veba aşılı Türkiye’de ilk kez hazırlanarak uygulandı.
1923	İzmir Verem Savaş Derneği kuruldu.
1926	Sıtma Mücadelesi Kanunu çıkarıldı.
1927	Deri ve Tenasül Hastalıkları Muayene ve Tedavi Evi kuruldu ve verem aşısı üretimine başlandı.
1930	Umumî Hıfzıssıhha Kanunu çıkarıldı.
1938	Kolera salgını için Çin’e aşı gönderildi.
1947	Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kuruldu.
1950	İnfluenza Laboratuvarı, DSÖ tarafından Uluslararası Bölgesel İnfluenza (grip) Merkezi olarak tanınarak influenza aşısı üretimine geçildi.
1976	Kuru BCG aşısının deneysel üretimine başlandı.
1983	Kuru BCG aşısı üretimine geçildi.
2009	Beşli karma (DaBT-İPA-Hib) alımı yapıldı.
2010	Zatürre aşısı (KPA-Konjuge Pnömonokok) ülkemize getirildi.
2011	Dörtlü karma (DaBT-İPA) alımı yapıldı.
2020	Yerli Td aşısının üretimine başlandı.

(Kaynak: Sağlık Bakanlığı ve Tekir, 2019:407–430)

Ülkemizde aşı okuryazarlığı ile ilgili aşı tereddüdü, aşı güveni, aşı kabulü konularında sınırlı çalışmalar bulunmaktadır. Aşı tereddüdü COVID-19 aşı okuryazarlığını etkilemesi yönüyle önemli görülmektedir. Bireylerin, kendi ülkelerinde üretilen aşuya karşı daha fazla güven duyduğu bazı çalışmalarda bildirilmiştir. Ayrıca bazı çalışmalar, çocuk sahibi olan bireylerin ailelerini koruma hissiyle aşılama konusunu daha önemseydiğini öne sürmektedir (Uyar vd., 2019).

3.4. COVID-19 Aşı Okuryazarlığı ve Çalışmaları

COVID-19 pandemisi ülkelerin sağlık sistemlerini bozmaktadır. Aşılar ile COVID-19 virüsünün yayılması engellenerek mücadele edilmektedir. Son dönemlerde COVID-19 virüsünün özellikle yeni varyantlarının ortaya çıkması aşılanmanın önemine dikkat çekmektedir. COVID-19 pandemi öncesi normal yaşama dönebilmek için aşı okuryazarlığı kavramının göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Toplumların, kendileri ve ülkeleri için aşıların etkinliği hakkında optimal düzeyde hareket etmesinin önemli olduğu kabul edilmektedir. COVID-19 aşılarının hızlı üretimi, bireylerin aşı hakkında bilgi sahibi olmalarını güçleştirmektedir. Pandemi döneminde geliştirilen ve geliştirilmeye devam eden aşıların uygulanmasında, COVID-19 aşı okuryazarlığı kavramının üzerinde durulması gerekmektedir. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar, aşı okuryazarlığının yüksek olmasının bireylerde COVID-19 aşı olma isteğini arttırdığını öne sürmektedir (Masiello vd., 2020; Nath vd., 2021; Turhan vd., 2021; Vanderpool vd., 2020).

COVID-19 aşı okuryazarlığının, sağlık okuryazarlığının bir parçası olduğu ve sağlık okuryazarlığı hedefine ulaşmak için bir araç olarak kullanıldığı kabul edilmektedir. COVID-19 aşı okuryazarlığı birey, toplum ve nüfus arasında denge kuran bir sisteme dayanmaktadır. Sağlık okuryazarlığının ve aşının öneminin bilinmesine rağmen bu alanda yapılan çalışmaların sınırlı olduğu bildirilmiştir (Budiyanti vd., 2021; Costantini, 2021).

3.4.1 Dünya’da COVID-19 Aşı Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı ve aşı okuryazarlığı, COVID-19 pandemisinde olumsuz durumları azaltmada önemli bir rol oynamaktadır. Çin’de 2020 Aralık ayından itibaren COVID-19 aşısı uygulanmaktadır. COVID-19 aşı okuryazarlığı ile ilgili

yapılan bir çalışmada çoğu katılımcı, aşı güvenliği sağlanana kadar aşılınmayı ertelemek istediğini belirtmiştir. Aşı güvenliğinin yanında aşı geçmişi, doktor önerileri ve aşı fiyatları katılımcıların dikkate aldıkları unsurlar arasında yer almaktadır (Budiyanti vd., 2021). Çin’de aşı okuryazarlığı ile aşı sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemek için bir anaokulunun ebeveynleri üzerinde yapılan bir çalışma sonucunda aşı okuryazarlığı düzeyi yüksek olan ebeveynlerin kendi ülkelerinde üretilen aşıları daha güvenli bulduğu öne sürülmüştür. Çin ve İsrail’de yapılan başka bir çalışma, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin çocuklarını aşılama oranlarının düşük olduğunu bildirmiştir. Ancak bazı çalışmalar bu durumun tam tersi olarak eğitim düzeyinin artmasının aşılamayı arttırdığına yönelik sonuçlara ulaşmıştır.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile aşı okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemek için Hollanda’da yapılan bir çalışmaya göre, yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin aşının etkinliği ve yan etkileri konusunda endişe duydukları belirtilmiştir. Ancak Hindistan’da yapılan bir çalışma sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükselmesinin aşı okuryazarlığı düzeyini arttırdığına ulaşmıştır (Wang vd., 2018). İtalya’da yetişkinlere yönelik aşı ve sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için yapılan bir çalışmada COVID-19 aşı olma isteğinin, mevsimsel grip aşısı olmaktan daha yüksek orana sahip olduğu bulunmuştur (Biasio, Bonaccorsi, Lorini, Mazzini, vd., 2021). COVID-19 ilk vakalarının görüldüğü bir dönemde Avustralya’da yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre bireylerin %80’i COVID-19 aşısının virüsten korunmak için etkili olduğunu ifade etmiştir (Seale vd., 2020).

Bireylerin sağlık davranışlarını iyileştiren COVID-19 aşı okuryazarlığı kavramı, hastalığın yayılmasını azaltmaktadır. COVID-19 İtalyan yetişkin nüfusunun aşı okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmek için yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre COVID-19 aşı okuryazarlığı düzeyi en yüksek sağlık çalışanlarında bulunmuştur. Ayrıca cinsiyete göre değişen aşı okuryazarlığının kadınlarda erkeklerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Aşı okuryazarlığı ile benzerlik gösteren sağlık okuryazarlığı bireylerin aşı olma isteğini etkileyen bir kavram olarak değerlendirilmektedir. Buna yönelik olarak yapılan bir çalışmada yaşlıların aşı olma isteğinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Biasio vd., 2021).

COVID-19 bulaşıcı hastalığı için toplumların yetersiz aşı okuryazarlığına sahip olması ciddi bir engel olarak görülmektedir. Hırvat yetişkin nüfusu COVID-19 aşı okuryazarlığını değerlendiren bir çalışmada eğitim düzeyinin artmasının COVID-19 aşı okuryazarlığı düzeyini arttırdığı ancak bu düzeyin yaşla azaldığını tespit etmiştir. Ayrıca çalışmakta olan bireylerin, işsizlere oranla COVID-19 aşı okuryazarlığı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Ek olarak düzenli ilaç kullanan bireylerde, aşı okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Gusar vd., 2021). Dünya’da hızla yayılmakta olan COVID-19 virüsü için süren aşılama çalışmalarında bağışıklık sistemi önemli bir faktör olarak ele alınmaktadır. Ayrıca aşı okuryazarlığının düşük olması aşılama isteğini azaltmaktadır. İtalya’da Otoimmün (bağışıklık rahatsızlığı) hastalarında yapılan bir çalışmada hastaların yarısı aşı olduğunu bildirmiştir. Bu hastaların aşılama ile ilgili olumsuz ifadelerle karşı çıktığı tespit edilmiştir. Ayrıca erkeklerin, kadınlara göre COVID-19 aşı okuryazarlığının daha düşük olduğu öne sürülmüştür. Son olarak eğitim düzeyi ile yüksek aşı okuryazarlığı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Correa-Rodríguez vd., 2022).

Aşı okuryazarlığı; hem aşı okuryazarlığı hem de sağlık okuryazarlığı düzeylerine ilişkin olarak değerlendirilmektedir. COVID-19’ virüsünün yaşlı bireylerde daha ciddi etkilere sahip olduğu göz önüne alındığında Japonya’nın yüksek yaşlanma oranıyla risk altında olduğu görülmektedir. Yaşlanan nüfus, aşılama ile ilgili kararlarını aile üyeleri ile almaktadır. Dolayısıyla aşı kararlarını etkilemesi yönüyle aile üyeleri önemli bir grup olarak kabul edilmektedir. Costantini (2021) yapılan bir çalışmada yaşlı popülasyonun sağlık okuryazarlık düzeyinin aile üyelerinden daha düşük olduğu öne sürülmüştür. COVID-19 için yaşlıların risk altında olması aşı okuryazarlığının önemini göstermektedir (Costantini, 2021).

ABD’de yapılan bir çalışmada yetişkinlerin COVID-19 aşı isteksizliği %40 bulunmuştur. COVID-19 pandemisinde nüfusların aşılama için ‘aşı okuryazarlığı’ önemli bir kavram olarak ele alınmaktadır. Özellikle COVID-19 virüsü için nüfusların gerekli aşıyı elde etme yetenekleri COVID-19 aşı okuryazarlığı düzeyi ile sağlanmaktadır. Toplumsal sağlık hedeflerine ulaşmak için aşı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının sağlanması gerekmektedir (Masiello vd., 2020). Aşılama, COVID-19 pandemisinde en etkili strateji olarak kabul edilmektedir. Mevcut aşılama sürecinde,

gecikme davranışı gösterme veya reddetme olarak tanımlanan aşı tereddüdü, DSÖ tarafından sağlık tehdidi olarak bildirilmiştir. Birçok ülkede rastlanan bu durumun, özellikle COVID-19 aşı çalışmalarının artması ile birlikte COVID-19 aşı tereddüdü kavramını ortaya çıkaracağı bildirilmiştir.

Endonezya’da yapılmış bir çalışmada katılımcıların çoğunun şüpheleri olması nedeniyle aşığı reddettiğı öne sürülmüştür. Ayrıca bu şüphelerin aşığı olan inancın düşük olması, olası yan etkiler, dini nedenler ve korkudan kaynaklı olduğu belirtilmiştir. Hindistan’da aşı tereddütlerini inceleyen bir çalışma sonucunda tıp öğrencilerinin aşının güvenliği ve etkinliği hakkında endişelerinin devlet kurumlarına olan güvenin olmamasından kaynaklı olduğu öne sürülmüştür (Budiyanti vd., 2021).

İsraili ebeveynlerin aşı okuryazarlığı, algısı, tereddüdü ve davranışının üzerindeki etkisini değerlendirmeye yönelik bir çalışmada çocuklarına aşı yaptırmak isteyen ebeveynlerin (%70) aşı okuryazarlığı yüksek bulunmuştur. Ek olarak çocuklarına aşı yaptırmayı düşünen ebeveynlerin çoğunluğu sağlık çalışanından oluşmaktadır. Diğer çalışmalar incelendiğinde ebeveynlerin çocukları için COVID-19 aşı kabul edilebilirlik oranları Türkiye’de yaklaşık %40, ABD’de %60 ve İngiltere’de %80 üzerinde bulunmuştur (Gendler ve Ofri, 2021).

3.4.2 Türkiye’de COVID-19 Aşı Okuryazarlığı

Sosyal bir devlet, insanlara sağlık hakkı sunmaktadır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde yer alan sağlık hakkı ülkemizde Anayasanın 56.maddesi ile güvence altına alınmıştır. Anayasa Mahkemesine göre sağlık hakkı, “insanların sağlıklarının korunması, hastalandıklarında iyileşmeleri, tıbbi bakım görebilmeleri ve tedavi edilebilmeleri için devletin sağladığı her türlü imkandan yararlanma hakkıdır” (Afacan ve Avcı, 2020). Dünyada COVID-19 ile ilgili en erken tedbirler alan ülkelerden biri Türkiye olarak bildirilmiştir (Gül vd., 2020).

Sağlık Bakanlığı tarafından henüz ülkemizde vakanın olmadığı 10 Ocak 2020 tarihinde ‘Koronavirüs Bilim Kurulu’ oluşturulmuştur. Ülkemizde 11 Mart 2020 tarihinde görülen ilk vaka tespitinin ardından maske zorunluluğu getirilmiştir (Karataş Z., 2020). COVID-19’un hızlı yayılmasıyla beraber ulaşım, eğitim, ekonomik ve

sağlık sistemlerine yönelik sosyal izolasyon ve karantina tedbirleri alınarak özellikle 65 yaş üstü gibi yüksek riskli gruplara sokağa çıkma yasakları getirilmiş, eğitim süreçlerinde ‘evde kalın’ çağrısı yapılarak eğitimler online sisteme dönüştürülmüştür (Üstün ve Özçiftçi, 2020). Özellikle hastanelerin yatış oranlarının artması ile birlikte sağlık sunucularının iş yükleri artmış ve virüsün bulaşma riski yükselmiştir (Duygulu vd., 2020).

Normalde yeni aşı çalışmalarının geliştirilmesi, test edilmesi ve lisanslanması en az 10 yıl sürmektedir. Ancak tüm toplumları etkisi altına alarak birçok yönden olumsuz sonuçlara yol açan COVID-19 virüsünün önlemek için aşı çalışmaları hızlandırılmıştır. Bu zamana kadar yaklaşık 176 farklı aşı geliştirilmiştir. Geliştirilen aşılardan, birbirinden farklı teknolojilere sahip olduğu belirtilmiştir (Okyay, 2020: 234). Ciddi bir halk sağlığı tehdidiyle karşı karşıya olan Sağlık Bakanlığı, COVID-19 salgınına önlemek için ‘kitlesel aşılama’ yoluna gitmiştir. Toplum sağlığı için gerekli incelemeler doğrultusunda aşılacak kesim aşamalara ayrılmış ve aşılama çalışmaları belirli gruplar ile başlayarak tüm ülkeye uygulanmaya başlanmıştır. Ülkemizde, Aile Sağlığı Merkezlerinde veya hastanelerde uygulanabilen aşılardan olası etkilerine karşın kayıtları elektronik ortamlarda tutularak değerlendirme altına alınmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından yurtdışından temin edilen aşılardan topluma ücretsiz bir şekilde sunulmaktadır.

Sağlıklı bireylere uygulanarak başlatılan aşı çalışmaları, protokole uygun olarak yürütülmektedir (Okyay, 2020: 230). Şu ana kadar yapılan çalışmalar sonucunda aşılardan, belirli gruplara daha fazla koruma sağladığına ulaşılmıştır. Özellikle 40-50 yaş üstü bireyler ve kronik rahatsızlığı olan bireylerde aşılara verilen yanıtların azalmaya başladığı vurgulanmaktadır (Coffman vd., 2010). Özellikle yaşın artması ile birlikte bağışıklık sisteminin zayıflaması sonucunda aşının işlevlerinin zayıfladığı ifade edilmektedir (World Health Organization, 2019).

Tablo 5: Sağlık Bakanlığı Aşı Uygulanacak Grup Sıralaması

Aşama	Gruplar	Sıra	Alt Gruplar
1	A. Sağlık kurumunda çalışanlar	A	
	B. Yaşlı, engelli, koruma evlerinde kalanlar ve çalışanlar	B	
	C. 65 Yaş ve üstü bireyler	C1	90 yaş ve üstü bireyler
		C2	85-89 yaş arası bireyler
		C3	80-84 yaş arası bireyler
		C4	75-79 yaş arası bireyler
2	A. Hizmetin sürdürülmesi için öncelikli sektörler	A1	Milli Savunma Bakanlığı
		A2	İçişleri Bakanlığı
		A3	Kritik görevlerdeki kişiler
		A4	Zabıta, Özel Güvenlik
		A5	Adalet Bakanlığı
		A6	Cezaevleri
		A7	Eğitim sektörü (Öğretmenler ve öğretim üyeleri)
		A8	Gıda Sektörü
		A9	Taşımacılık (SGK kayıtlarına göre) sektöründe çalışanlar
B. 50-64 yaş arası bireyler	B1	60-64 Yaş arası bireyler	
	B2	55-59 Yaş arası bireyler	
	B3	50-54 Yaş arası bireyler	
3	A. Kronik Hastalığı Olan Kişiler	A1	45-49 Yaş arası bireyler
		A2	40-44 Yaş arası bireyler
		A3	18-39 Yaş arası bireyler
	B. Diğer Gruplar	B1	45-49 Yaş arası bireyler
		B2	40-44 Yaş arası bireyler
		B3	35-39 Yaş arası bireyler
		B4	30-34 Yaş arası bireyler
		B5	25-29 Yaş arası bireyler
		B6	17-24 Yaş arası bireyler

Türkiye, COVID-19 salgınında aşı bağışında bulunan ülkeler arasında yer almaktadır. Türkiye; Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Libya, Bosna-Hersek, Vietnam ve bazı Afrika ülkelerine SİNOVAC aşı bağışında bulunmuştur. Ayrıca hibe, satın alma ve ihrac izni olarak toplamda 155 ülkeye yardım etmiştir. Ülkemizde geliştirilen TURKOVAC aşısının dünyada tanınmasını sağlamak için Kırgızistan, Pakistan, Azerbaycan, Arjantin, Kolombiya ve Polonya ile birlikte birçok ülkede uygulanması için çalışmalar yapmaktadır (Esen, 2021). Türkiye’de TÜSEB ve TÜBİTAK proje desteği ile birçok üniversite tarafından geliştirilen COVID-19 aşı çalışmaları aşağıda verilmiştir (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, 2021).

- Ege Üniversitesi, Prof. Dr. Ercüment KARASULU, DNA-tabanlı aşı
- Selçuk Üniversitesi, Prof. Dr. Osman ERGANİŞ, İnaktif aşı
- Ankara Üniversitesi, Prof. Dr. Hakan AKBULUT, Adenovirüs-tabanlı aşı
- Erciyes Üniversitesi, Prof. Dr. Aykut ÖZDARENDELİ, Adenovirüs-5-tabanlı aşı
- İzmir Biyotıp ve Genom Merkezi, Prof. Dr. Mehmet ÖZTÜRK, Rekombinant S proteini alt birim aşısı
- Boğaziçi Üniversitesi, Prof. Dr. Nesrin ÖZÖREN, Protein alt birim aşısı
- Selçuk Üniversitesi, Doç. Dr. Nadir KOÇAK, mRNA-tabanlı aşı
- Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Prof. Dr. Mayda GÜRSEL, Virüs-benzeri-partikül teknolojik alt yapı aşı
- Akdeniz Üniversitesi, Prof. Dr. Tarlan MAMMEDOV, Protein alt birim aşısı
- Hacettepe Üniversitesi, Prof. Dr. Serhat ÜNAL, Peptid/Protein alt birim aşısı
- Atatürk Üniversitesi, Prof. Dr. Selahattin ÇELEBİ, Protein alt birim aşısı
- Marmara Üniversitesi, Prof. Dr. Kadir TURAN, Protein alt birim aşısı
- Yıldız Teknik Üniversitesi, Doç. Dr. Serap DERMAN, Peptid/Protein alt birim aşısı

COVID-19 pandemisinde geleneksel ve sosyal medyaya olan güvenin COVID-19 aşısına yönelik algı ve tutumlarını değerlendirmek için yapılan bir çalışmada (Genç, 2021) en güvenilir kaynağın hekimler olduğu öne sürülmüştür. Ayrıca geleneksel medyayı kullanan bireylerin aile üyelerine, siyasetçilere ve medya mensuplarına olan güveninin yüksek olduğu bildirilmiştir. Ancak sosyal medyayı kullanmakta olan bireylerin bu söz konusu kişi ve kurumlara olan güveni düşük bulunmuştur. COVID-19 aşı okuryazarlığı ve maske kullanımı, hijyen gibi değişkenleri değerlendirmek için yapılan bir çalışmada maske kullanımı düşük olan bireylerin aşı tereddüdünün yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca COVID-19 aşı okuryazarlığının düşük olması toplumların sağlık okuryazarlığını düşürerek sağlık yetkililerine karşı güvenin azalmasına neden olmaktadır (Turhan vd., 2021). Aşı tereddüdü, aşı olmaya karşı olan isteksizlik olarak ifade edilmektedir. Dünya’da bazı ülkelerde COVID-19 vaka sayıları artış gösterse de aşılama oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar

sonucunda Polonya, Avrupa Birliği (AB) ülkeleri arasında en düşük aşı seviyesinde yer almaktadır (Oleksy vd., 2022).

Sağlık Yönetimi ve İnsan Kaynakları Yönetimi bölümü öğrencilerinin COVID-19 aşısına yönelik tutumlarını değerlendirmek için yapılan bir çalışmada COVID-19 aşısı hakkında daha fazla bilgiye sahip Sağlık Yönetimi öğrencilerinin farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu öne sürülmektedir. Ayrıca yapılan çalışmada sağlık bilgisi eksikliğinin sağlık anksiyete düzeylerini etkilediğine ulaşılmıştır. Ek olarak sağlık eğitimi, COVID-19 aşısına yönelik tutumları etkileyen başka bir faktör olarak bulunmuştur. Çalışmada, sağlık eğitimi alan kişilerin aşuya karşı olan güven ve aşı olma istekleri daha yüksek bulunmuştur (Demir Uslu vd., 2021). Kilis'te COVID-19 aşısı olmamış 18-65 yaş arası bireylerde yapılmış olan bir çalışmaya göre bireylerin çoğu COVID-19 aşısı olmayı düşündüğünü ifade etmiştir. Bireylerin %34'ü aşının etkililiğine güvenmediği için aşı olmadığını öne sürülmüştür. Ayrıca yapılan bu çalışmada eğitim durumunun yükselmesinin aşuya yönelik olumlu tutumları arttırdığına ulaşılmıştır. COVID-19 aşı süreçlerinin hızlanması bireylerin endişe duyarak aşılarla karşı olan tutum ve algılarını değiştirmektedir (Elmaoğlu vd., 2021).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı 'COVID-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu'ndan aşılar ile ilgili bilgi paylaşımı yapmaktadır. 4 Şubat 2022 tarihi ile Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu verilere göre toplamda 141.869.005 kişi aşı olmuştur. 57.465.803 kişi 1.doz, 52.466.545 2.doz, 25.331.867 kişi 3.doz aşısını yaptırmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2022).

3.5 COVID-19 Aşı Okuryazarlığının Ölçülmesi

COVID-19 pandemisinin tüm dünyayı etkisi altına alması ile "COVID-19 Aşı Okuryazarlığı" literatürde kendine yer bulmuştur. Dünya'da yaygın bir şekilde kullanılan "COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeği" dışında bazı ilgili ölçeklerin isimleri aşağıda verilmiştir (Akkuzu vd., 2020; Artan vd., 2020; O. Bilgin, 2020).

- COVID-19 Değerlendirme Puan Kartı (COVID-SCORE)
- Koronavirüs Anksiyete Ölçeği
- COVID-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği
- COVID-19 Farkındalık Ölçeği

- Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu
- COVID-19 Korkusu Ölçeği

3.5.1 COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeği

Öncelikle bu ölçek Ishikawa ve arkadaşları tarafından kronik hastalıklarda sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Durmuş vd., 2021). Biasio ve arkadaşları tarafından İtalyan yetişkinlerin COVID-19 aşısıyla ilgili aşı okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek için geliştirilen bu ölçek 2021 yılında güncellenerek İtalyanca'yı akıcı bir şekilde konuşan, ana dili İngilizce olan bir profesyonel tarafından çevrilmiştir.

İşlevsel aşı okuryazarlığı altında dil yetenekleri ile ilgili 4 öge yer almaktadır. Ölçek soruları 4 puanlık derecelendirmeden oluşmaktadır (4-asla, 3-nadiren, 2-bazen, 1-sıklıkla) (Maneesriwongul vd., 2022). 12 ifadeden oluşan bu ölçek Fonksiyonel ve Eleştirel olmak üzere 2 boyuttan oluşmaktadır. Ülkemizde Durmuş ve diğerleri tarafından (2021) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizi oluşturulmuştur. İngilizceden Türkçeye çevrilen bu ölçek bağımsız akademisyenler tarafından değerlendirilmiştir. Tüm çalışmalar sonucunda ölçeğin Cronbach Alfa değeri %86 bulunmuştur.

3.5.2 Koronavirüs Anksiyete Ölçeği

Lee (2020) tarafından geliştirilen bu ölçek, COVID-19 pandemi döneminde hastalıkla birlikte bireylerin anksiyete semptomlarını tanımlamaya yönelik olarak geliştirilmiştir (Karaca vd., 2022). Yapılan çalışmalar, pandemi öncesi ve sonrasında kişilerde anksiyete düzeylerinde artış olduğunu saptamıştır. Kişilerin günlük yaşamlarını olumsuz etkileyebilen bu durum aynı zamanda intihara kadar giden ciddi psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Başlangıçta İngilizce olarak geliştirilen bu ölçek daha sonra Türkçe, İspanyolca, Portekizce, Korece gibi farklı dillere uyarlanmıştır. Ölçek, COVID-19 pandemi fobisi ile ilgili fizyolojik tepkileri değerlendirmektedir (Caycho-Rodríguez vd., 2022).

Ölçek, 0-20 arasında puanlanmaktadır. 9 puan ve üzeri kaygı/endişe vardır, 9 puan altı kaygı/endişe yoktur olarak ifade edilmektedir (Karaca vd., 2022). Cevaplar, 5 yanıt üzerinden oluşturulmaktadır (0=uygun değil, 4= son 2 haftadır neredeyse her

gün). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Biçer vd. (2022) tarafından oluşturulmuştur (Korkut, 2021). Evren vd. tarafından (2020) ölçeğin Cronbach alfa değerinin 0.79 ile 0.93 arasında olduğu belirtilmiştir (A. Bilgin vd., 2022). Işık vd. (2022) tarafından bu ölçeğin Türkçe versiyonu geliştirilmiştir. İki aşamalı olarak geliştirilen Türkçe versiyonun iç tutarlılığı 0.86 olarak bulunmuştur (Işık vd., 2022).

3.5.3 COVID-19 Aşıları İle İlgili Tutum, Algı ve İnançlar

COVID-19 aşıları ve mevcut aşılar olmak üzere 2 boyuttan oluşan bu ölçek toplamda 8 maddeden oluşmaktadır (Correa-Rodríguez vd., 2022). Katılımcılar için cevaplar Evet/Hayır biçiminde oluşturulmuştur (Biasio, Bonaccorsi, Lorini, Mazzini, vd., 2021). COVID-19 aşıları ile ilgili tutum, algı ve inançlar testinin içeriğinde yer alan sorular aşağıda gösterilmiştir (Biasio vd., 2021);

COVID-19 ile ilgili sorular:

- Güvenli ve etkili aşılar üretmek mümkün olacak mı?
- Mümkünse aşı yaptırır mısınız?
- Yetkililer tüm nüfusu aşılama başarılı olacak mı?
- Aşı olmak için bir ücret öder misiniz?
- Çocuklar da aşılanmalı mı?

Mevcut aşılar hakkında sorular:

- Geçen mevsim grip aşısı oldunuz mu?
- Bu yıl gribe karşı aşı olacak mısınız?
- Diğer bulaşıcı hastalıklara karşı aşı olmayı planlıyor musunuz?

3.5.4 COVID-19 Aşılarının Algıları ve Tutumlar

COVID-19 aşılarının algıları ve tutumları ölçeği, COVID-19 aşılarına karşı olan tutumu ölçmektedir. Ölçek, toplamda 10 maddeden oluşmaktadır. Cevaplar Evet/Hayır şeklinde 2 seçenekten oluşmaktadır. COVID-19 aşılarının algıları ve tutumları ölçeğinde yer alan sorular aşağıda gösterilmiştir (Biasio, Bonaccorsi, Lorini, Mazzini, vd., 2021):

- Şimdiye kadar geliştirilen aşular güvenli mi?
- Geliştirilen aşular etkili mi?
- Üretim tekniklerini dikkate almadan aşuların arka arkaya üretildiğini mi düşünüyorsunuz?
- COVID-19 aşısı yaptırmayı düşünüyor musunuz?
- Aşı seçenekleri olmasını ister misiniz?
- Ülkende COVID-19 aşuları herkes için ücretsiz mi?
- Aşı olmak için ücret öder misin?
- COVID-19 aşısı zorunlu olmalı mı?
- COVID-19 aşuları risk altındaki gruplara zorunlu olmalı mı?
- Çocuklar da aşılanmalı mı?

3.5.5 COVID-19 Değerlendirme Puan Kartı

COVID Değerlendirme Puan Kartı, ilk olarak Lazarus ve ark. (2020) tarafından geliştirilmiştir. Hükümetin COVID-19 pandemisi sürecinde izlediği yol ve yöntemlerine ilişkin kamuoyu algılarının nasıl ölçüleceğine dair bilgi içermektedir. Halk her bir maddeye yönelik, bir değerlendirme yapmaktadır (Soejanto vd., 2021).

Başka bir ifade ile COVID-19 Değerlendirme Puan Kartı, ülkelerin hükümetlere yönelik COVID-19 algılarını değerlendirmek için oluşturulmuştur ve toplamda 10 madde içermektedir. Cevaplar her bir madde için ‘Tamamen katılıyorum/Tamamen Katılmıyorum’ ifadeleri ile 1-5 arasında puan aralığından oluşmaktadır (5=çok destekleyici, 1= yanıt vermiyor). COVID Değerlendirme Puan Kartı maddelerine aşağıda yer verilmiştir (Lazarus, Binagwaho, vd., 2020; Lazarus, Ratzan, vd., 2020).

- Hükümet COVID-19 pandemisinde aileme ve bana günlük ihtiyaçlarımızı karşılamak için yardım yapmıştır.
- Hükümet sosyoekonomik düzey, göçmen, ırk, dil ayrımı yapmadan COVID-19 pandemisinde herkese eşit hizmet sunmuştur.
- Hükümetin COVID-19 vaka ve ölüm sayısı ile ilgili istatistiklerine güvenirim.
- Hükümet, COVID-19 pandemisini yönetmek için profesyonel sağlık uzmanlarına sahiptir.

- Hükümet, COVID-19 testlerini herkes için ücretsiz sunmuştur.
- Hükümet COVID-19 pandemisinde herkes için sağlık hizmetlerine erişim sağlamıştır.
- Hükümet evsiz ve göçmenlerden oluşan yüksek risk grubuna yardım sağlamıştır.
- Hükümet sağlık çalışanlarına COVID-19'dan korunmak için kişisel koruyucu ekipman sağlamıştır.
- Hükümet COVID-19 pandemisinden psikolojik olarak etkilenen kişilere yardım sağlamıştır.
- Hükümet DSÖ ve diğer ülkelerle işbirliği yapmıştır.

3.5.6 COVID-19 Korkusu Ölçeği

Ölçek, kişilerin korona korkusunu ölçmek ve kaygılarını azaltmak amacıyla Ahorso ve ark. tarafından 2020 yılında geliştirilmiştir. 7 maddeden oluşan bu ölçeğe, 1-5 arasında puanlama yapılmaktadır (Javad vd., 2021). Her bir soru için en düşük 1, en yüksek 5 puan alınmaktadır. Her bir maddeden alınan puanlar sonucunda toplam puan değeri hesaplanır (Ahuja vd., 2021). Yetişkin ve yaşlı bireylere uygulanabilen bu ölçekten alınan puan sayısının artması COVID-19 korku düzeyinin arttığını göstermektedir. (Ayaz-Alkaya ve Dülger, 2022; Gökkaya vd., 2022).

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, statü, ırk, kültürel faktörler, stres gibi birçok faktörden etkilenen sağlık okuryazarlığı kavramı, geçmişten günümüze değerini koruyarak sürdürmektedir. Sağlık okuryazarlığı hem bireysel hem topluma yönelik sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından önemli bir kavram olarak kabul edilmektedir. Tüm dünyaya yayılan COVID-19 pandemisi ülkelerin başta sağlık olmak üzere eğitim, ekonomi, sanat, ulaşım, turizm ve diğer alanlarını sarsıcı bir biçimde etkilemiştir. Dünya'da nüfusun yaşlanması, COVID-19 için bir risk oluşturmaktadır. Özellikle COVID-19 aşısı okuryazarlığı ile ilgili literatürde sınırlı çalışmalar bulunmaktadır. Hem literatüre olan katkısı hem de küresel halk sağlığının geliştirilmesi adına çalışma önemlilik arz etmektedir. Ülkemizde geliştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış COVID-19 Aşısı Okuryazarlığı Ölçeği ile birlikte Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18

yaş üstü hasta ve hasta yakınlarına anket uygulayarak sağlık okuryazarlığının COVID-19 aşısı okuryazarlığına olan etkisi incelenecektir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ COVID-19 AŞI OKURYAZARLIĞINA ETKİSİ: AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN HASTALAR ÜZERİNDE BİR UYGULAMA ÖRNEĞİ

4.1 ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

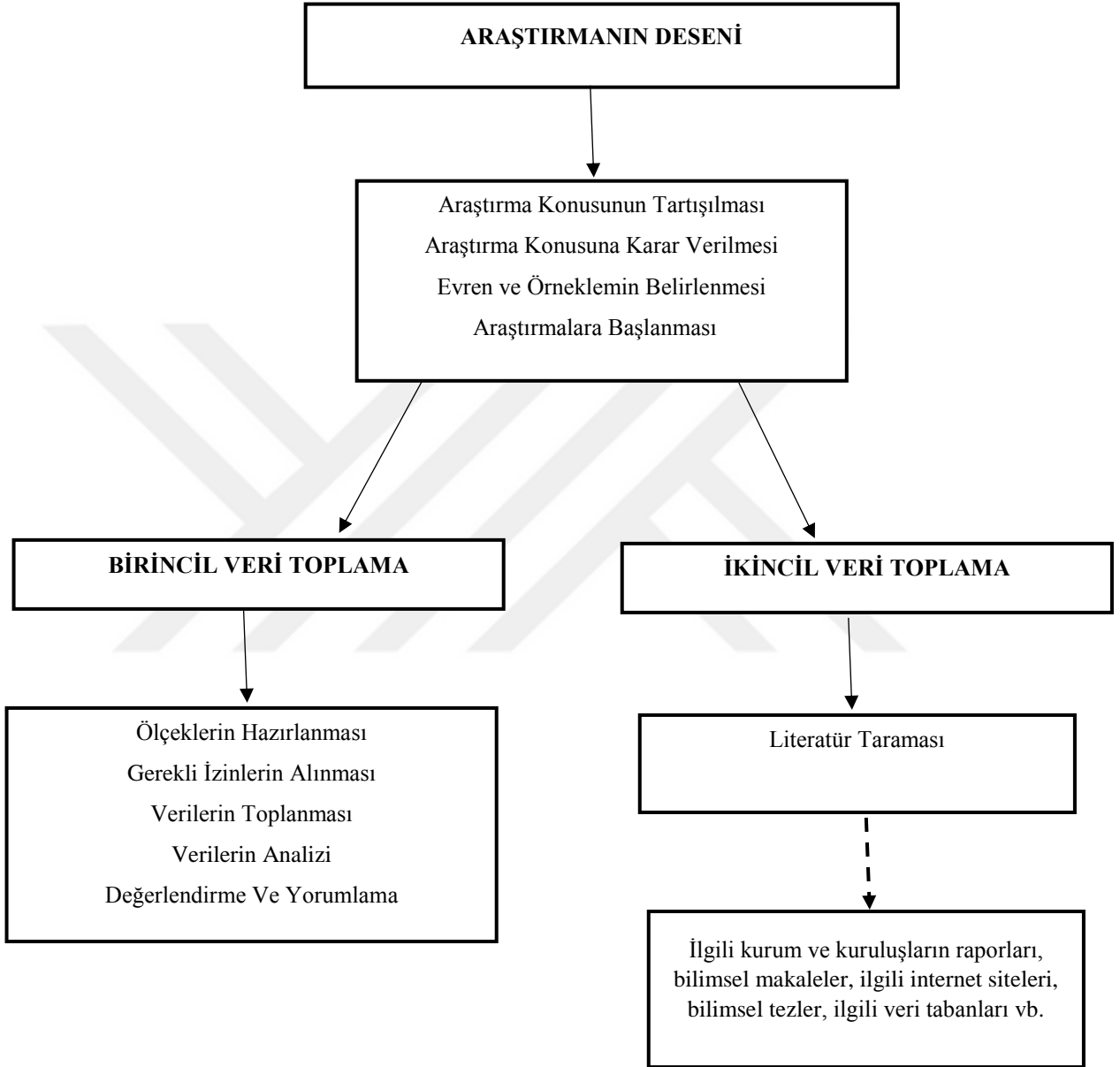
Araştırma tasarımı bölümünde, çalışmanın sonuçları kapsamlı, objektif ve sistemli bir biçimde ele alınmaktadır. Buna göre bu bölümünde araştırmanın modeli, evreni, örnekleme, veri toplama araçları ve analizleri ayrıntılı bir şekilde açıklanmaktadır.

4.1.1 Araştırmanın Yöntemi ve Araştırmanın Tasarımı

Yöntem, araştırmanın nasıl yürütüldüğüne dair detayların yer aldığı bölüm olarak ifade edilmektedir. Bu bölüm araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve veri analizi konularının detaylı bir şekilde incelenmesine yönelik oluşturulmaktadır (Karagöz, 2019: 995).

Bu araştırmada nicel araştırma yöntemine başvurulmuştur. Araştırmada nicel araştırma yönteminin kullanılması, araştırma sonuçlarının genelleştirilmesine kolaylık sağlamaktadır. Nicel araştırmalar pozitivizm, objektivizm ve realizm gibi felsefi akımlara dayanan, araştırılan konuyu ölçebilen ve neden-sonuç ilişkisi kurulabilen bir yöntem olarak ifade edilmektedir. Nicel araştırma yöntemleri, araştırmanın hipotezlere dayandırılarak hipotezlerin test edilmesi üzerinde durmaktadır. Bu araştırma yönteminde deneysel ve tarama yöntemleri en sık kullanılan

yöntemler olarak bilinmektedir (Ekiz, 2020: 109-119). Araştırma deseninin aşamaları aşağıda gösterilmiştir:

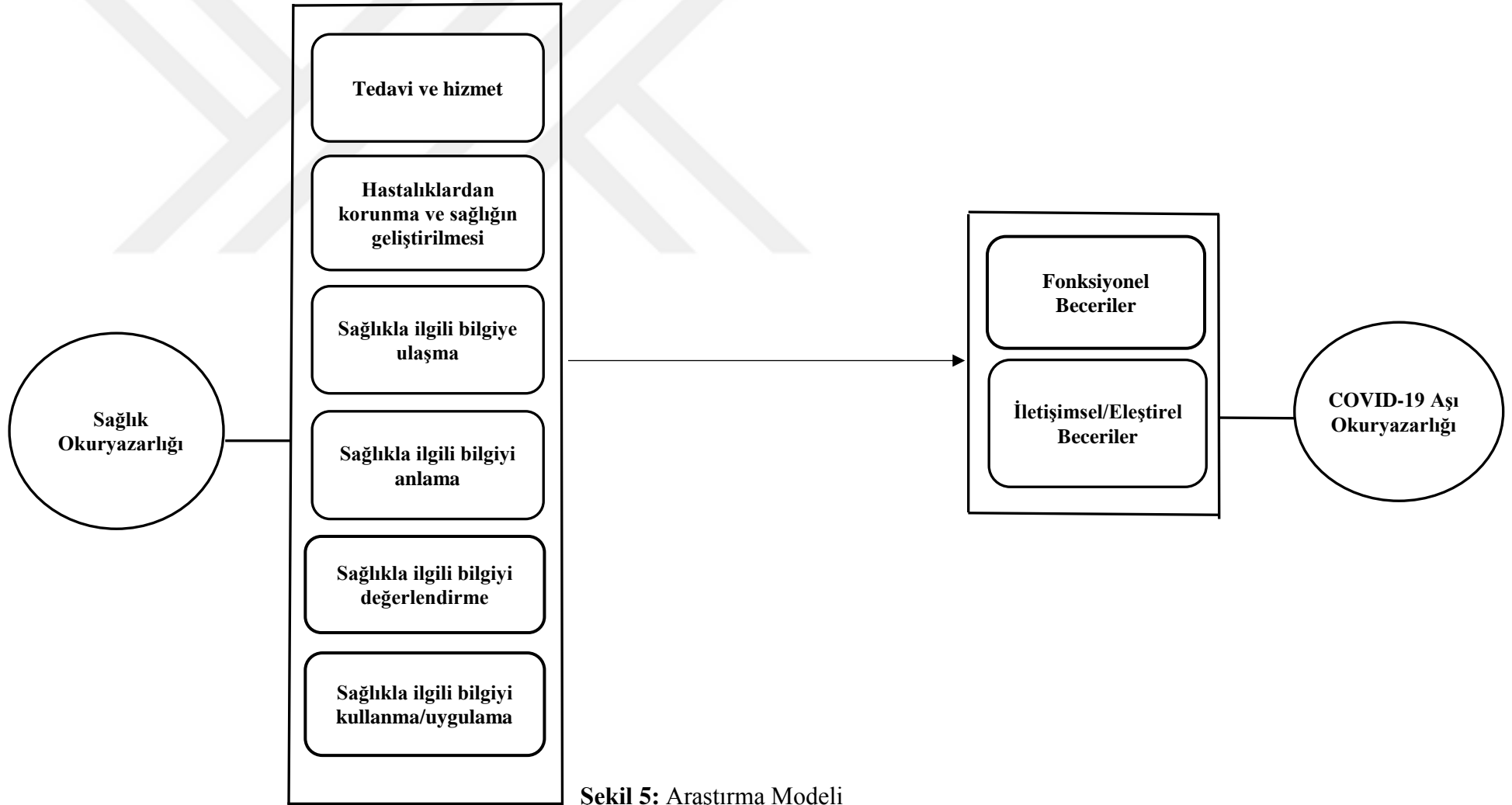


Şekil 4: Araştırmanın Deseni

Bilimsel araştırmaların planlanması ve yürütülmesinde güvenlik önemli bir faktör olarak görülmektedir. Araştırma tasarımı, katılımcıların zarar görmesini

engelleyen etik standartlara uygun şekilde oluşturulmaktadır. Bu araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin COVID-19 aşı okuryazarlığına olan etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Kullanılan yöntem, değişkenler arasında oluşturulan neden-sonuç ilişkisinin test edilmesine olanak sağlamaktadır. Nicel araştırmalarda veri toplama aşamasında yaygın olarak anketlerden yararlanılmaktadır. Anketlerin, maliyetinin düşük ve ulaşımının yüksek olması ile avantajlı olduğu ileri sürülmektedir. Özellikle yapılandırılmış anketler, analizlerin yapılmasını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca katılımcıların ankete olan tutumları, anket yanıtlarını etkilemektedir. Anket tekniği ile elde edilen bilgilerin geçerliliği, katılımcının cevaplara vermiş olduğu doğruluk düzeyine bağlı olarak belirlenmektedir (Ekiz, 2020: 119-127).

Bu araştırmada veriler, yüz yüze anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada Bursa Panayır Aile Sağlığı Merkezine başvuran katılımcıların demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin COVID-19 aşı okuryazarlığına olan etkisi deneysel araştırma yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Araştırmada kullanılan veriler, değiştirilmeden olduğu gibi alınmıştır. Araştırmanın modeli, aşağıdaki Şekil 5' de gösterilmiştir.



Araştırma modeli, sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşı okuryazarlığı ölçeklerine uygulanan açıklayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen alt boyutlar çerçevesinde oluşturulmuştur. Araştırmada Bursa Panayır Aile Sağlığı Merkezine başvuran katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan katılımcıların COVID-19 aşı okuryazarlığı düzeyine olan etkisi ortaya koyulmuştur.

4.1.2 Araştırmanın Kavramsal Modeli

Araştırmanın amacı belirlendikten sonra bu amaca yönelik bir araştırma modeli oluşturulması gerekmektedir. Araştırma modeli, araştırmanın hipotezlerini test etmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen bir plan ile oluşturulmaktadır (Karaca, 2021: 30; a)Büyükoztürk vd., 2020: 28).

Bu araştırmada deneysel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nicel araştırma yöntemi olan deneysel araştırma yöntemi, bilimsel çalışmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Deneysel araştırma, en kesin sonuçların elde edildiği bilimsel bir araştırma türü olarak ifade edilmektedir. Ayrıca bu araştırmalarda amaç, değişkenler arasında oluşturulan neden-sonuç ilişkisini test etmektir. Deneysel yöntemler klasik ve yarı-deneysel olarak 2'ye ayrılmaktadır. Klasik deneysel yöntem, deneysel araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Bu yöntemde deney ve kontrol grupları araştırmaya dahil edilerek sonuçlar her iki grupla karşılaştırılmaktadır. Araştırma katılımcıları üzerinde kontrol sağlama olanağı sınırlı olan yarı deneysel yöntemde ise kontrol grupları rastgele seçilmektedir. Ayrıca araştırma sonucunda klasik deneysel yönteminin içsel geçerliliğin yüksek, yarı-deneysel yöntemde ise dışsal geçerliliğin yüksek bulunduğu öne sürülmüştür (Ekiz, 2020: 119-125).

4.1.2.1 Araştırma Hipotezlerinin Geliştirilmesi

Araştırma modeli kapsamında oluşturulan hipotezler aşağıda gösterilmiştir;

“H₁: Sağlık okuryazarlığının COVID-19 aşı okuryazarlığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.”

“H₂: Hastaların demografik özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlığı düzeyleri anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.”

“H₃: Hastaların demografik özelliklerine göre COVID-19 aşısı okuryazarlığı düzeyleri anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.”

4.1.2.2. Araştırma Birimi, Evren ve Örneklemi

Evren, araştırmaya yönelik tüm verilerin bir arada bulunduğu bir topluluk olarak ifade edilmektedir. Maliyet, zaman, kontrol edememe, olanaksızlık vb. nedenlerden dolayı evrenin tamamını incelemek güçleşmektedir. Bu sebeple, evreni betimleyen ve evrenin herhangi bir alt grubunu oluşturan örneklem üzerinde araştırma yapmak, çalışmaya kolaylık sağlamaktadır. Ayrıca katılımcının cevablamayı reddetmesi veya araştırma için uygun olmaması vb. sebeplerden dolayı evrenin tümü örneklem de yer almamaktadır. Yapılan araştırmalarda önemli olan geçerli ve güvenilir verilere ulaşmaktır. Bu sebeple, evren ve örneklemin doğru seçilmesi araştırmalar için önemlilik arz etmektedir (Karagöz, 2019: 255-256).

Araştırmanın evrenini (ana kütle) Şubat-Mart aylarında Bursa Panayır Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş üstü hasta ve hasta yakınları oluşturmaktadır. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Gün geçtikçe kullanımı artan kolayda örnekleme yöntemi, verilerin hızlı bir şekilde elde edilmesi yönüyle çalışmaya kolaylık sağlamaktadır (Karagöz, 2019: 268). Başlangıçta 460 kişiden oluşan örneklem, uygun olmayan ve eksik verilerin çalışmadan çıkarılması ile 410 kişiden oluşmaktadır. Katılımcılara, araştırmanın amacı, süresi ve kendilerinden ne beklediği açıklanarak isteklilik, gönüllülük ilkeleri ışığında bilgilendirilmeleri sağlanmıştır. Ayrıca çalışmaya katılma/katılmama özgürlüğü, bilgiyi reddetme ve kendilerinden alınan bireysel bilgilerin gizli kalacağı konusunda sözel olarak bilgilendirme yapılarak, sadakat-gizlilik ilkesine bağlı kalınacağı belirtilmiştir. Ayrıca Bursa Halk Sağlığı Hizmetlerinin isteği üzerine anket formuna katılımcılar için “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” eklenmiştir (EK).

4.1.3 Veri Toplama Yöntemi

Bilimsel araştırmalarda, araştırmacının amacına ulaşabilmek için veri toplama süreçleri ve araçlarının doğru bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Bu aşamada araştırmacı ele aldığı probleme yanıt bulabilmek için problemlerle ilgili kanıtları elde etmeye çalışmaktadır. Veri toplama aşamasının en önemli faktörü, araştırmacının olanakları olarak belirtilmektedir. Bu sebeple veriler toplanmadan önce, iyi bir plan yapılması gerekmektedir. (Oral ve Çoban, 2020: 78-79).

Araştırma için gerekli olan verileri elde etmek için veri toplama çalışmaları yapılmaktadır. Doğru hedef kitleden doğru verileri elde etmek, çalışmalarda dikkat edilmesi gereken en önemli konulardan biri olarak görülmektedir. Araştırmalarda kullanılan veriler özelliklerine göre birincil veriler ve ikincil veriler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Birincil veriler, araştırmacı tarafından ihtiyaç duyulan verilerin toplaması, ikincil veriler ise araştırmacının daha önceden derlenmiş hazır bir şekilde bulunan verileri kullanması olarak tanımlanmaktadır (Karagöz, 2019: 273-292).

Bilimsel araştırmaların veri toplama sürecinde kimlerden nerede ve nasıl veri toplanacağı önemli görülmektedir. Anket yöntemi, veri toplama sürecinde yaygın bir şekilde tercih edilmektedir. Bireylerin herhangi bir konu hakkındaki görüşlerini belirlemek için farklı formatlarda (açık uçlu-kapalı uçlu) anket yöntemi bulunmaktadır. Açık uçlu anket yöntemi nitel araştırmalarda, kapalı uçlu anket yöntemi ise nicel araştırmalarda daha yaygın kullanılmaktadır. Anketler, herkesin anlayabileceği bir formatta, olabildiğince kısa ve açık bir şekilde oluşturulmaktadır (Oral ve Çoban, 2020: 79-85).

Bu araştırmada nicel analiz yöntemi olan yüz yüze anket tekniğı kullanılmıştır ve bizzat araştırmacı tarafından toplanan birincil verilerden yararlanılmıştır. Yüz yüze anket, araştırmacı ve katılımcının aynı ortamda yer aldığı bir veri toplama tekniğı olarak bilinmektedir. Anket formunda anlaşılmayan bir nokta olduğu zaman araştırmacının açıklama yapabilme olanağının olması yönüyle avantajlı bir teknik olarak görülmektedir (Karagöz, 2019: 276). Anket formunun soru türü nicel araştırmalarda en yaygın kullanılan kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır.

Bu araştırma, Düzce Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik kurul onay izni alınarak gerçekleştirilmiştir (Tarih: 25.11.2021, Karar No: 2021/274). Etik kurul tarafından izin verildikten sonra Bursa Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığına başvuru yapılmıştır. Bursa Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı tarafından çalışmanın uygulanabileceğine dair onay verilmiştir (Tarih: 23.02.2022). Bursa Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı onayından sonra araştırma verileri toplanmıştır. Okuma yazması olmayan ve araştırmacı tarafından okunmasını talep eden kişilere sorular sesli bir şekilde okunarak anket sorularının cevapları işaretlenmiştir.

4.1.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Bilimsel araştırmalarda yapılacak ölçümlerin geçerlilik ve güvenilirlikleri ölçeklerin temel niteliğini oluşturmaktadır. Belli bir amacı yönelik hazırlanan ölçeklerin güvenilirlik ve geçerliklerinin sağlanmış olması önemli görülmektedir. Joppe (2000) güvenilirliği, araştırma sonuçlarının farklı zamanlarda uygulandığında aynı sonuçları vermesi olarak tanımlamıştır. Yapılan çalışmalarda uygulanan ölçeklerin güvenilirliği araştırmacı tarafından hesaplanarak test edilmektedir. İç tutarlılık, güvenilirliğe dayanan temel bir ölçüt olarak ifade edilmektedir. Bir diğer ifadeyle iç tutarlılık, ölçekte yer alan maddelerin birbiriyle ilişkili olan aynı yapıyı temsil etmesi olarak tanımlanmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığının artması, güvenilirliğinin de artmasını sağlamaktadır. Geçerlilik kavramı, 1937 yılında ilk kez Garrnett tarafından tanımlanmıştır. Garrnett geçerlilik kavramını, ölçülmek istenenin amaca uygun bir şekilde ölçülme derecesi olarak ifade etmiştir. Ölçeklerin ölçülmek istenen özelliğe uygun ve amaca yönelik olması geçerliliği ifade etmektedir (Yüksel vd., 2015: 63-68). Çalışmalarda sonuçların geçerliliği ve güvenilirliği, araştırmanın kalitesini belirlemektedir. Bu araştırmada kullanılan ölçeklerin tümü güvenilirlik ve geçerliliğe sahip sonuçlar göstermektedir. Literatürde geçerliliği ve güvenilirliği kabul edilmiş ilgili temel çalışmalar aşağıdaki Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Ölçek	Yazarlar	Yararlanılan Araştırma	Kaynakça Detayları
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)	Okyay, P. ve Abacıgil, F. (2016)	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması	Okyay, P., Abacıgil, F., & Harlak, H. (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği-32. <i>Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri</i> , 43-55.
COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeği	Durmuş, A. vd. (2021)	COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenirliliği	Durmuş, A., Akbolat, M., & Amarat, M. (2021). COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği. <i>Cukurova Medical Journal</i> , 46(2), 732-741.

Araştırmada veriler 3 bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Birinci bölüm, katılımcıların demografik bilgilerini içeren 11 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm, 32 maddeden oluşan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı” ölçeğini içermektedir. Üçüncü bölümde ise 12 maddeden oluşan “COVID-19 Aşı Okuryazarlığı” ölçeği yer almaktadır.

Anket formunun birinci bölümünde yer alan ifadeler nominal ölçekle ölçülmüştür. İkinci ve üçüncü bölümlerde, yaygın kullanılan 5’li Likert ölçeği kullanılmıştır. Çalışmalarda yaygın bir şekilde kullanılan Likert tipi ölçek, 1932 yılında Rensis Likert tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek tipinde, katılımcılara birden fazla önerme sunularak, önermelerden yalnızca birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. Likert tipi ölçeklerde genellikle 5’li kategori sayısı kullanılmaktadır (Oral ve Çoban, 2020: 109). Araştırmada kullanılan 5’li Likert ölçeğinin cevap seçenekleri aşağıda gösterilmiştir.

1. Kesinlikle Katılmıyorum
2. Katılmıyorum
3. Ne Katılıyorum/Ne Katılmıyorum
4. Katılıyorum
5. Kesinlikle Katılıyorum.

4.1.4.1 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ölçeği, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (HLS-EU) çerçevesi esas alınarak geliştirilmiştir. Toplamda 32 madde olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ölçeği 2 boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ve 4 dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olarak toplamda 8 bileşenden oluşmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçülürken 5’li Likert ölçeği kullanılmıştır. 1: Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyini, 5: Yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyini ifade etmektedir.

Ölçeğin genel Cronbach’s Alpha katsayısı 0,927 olarak bulunmuştur. Birinci boyut olan “Tedavi ve Hizmet” alt boyutunun güvenilirlik değeri 0,880 ve ikinci boyut olan “Hastalıklardan korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi” boyutunun değeri 0,863 olarak bulunmuştur (Okyay ve Abacıgil, 2016). Bu araştırmaya göre ölçeğin genel Cronbach’s Alpha katsayısı 0,945 olarak bulunmuştur. Boyutların Cronbach’s Alpha katsayıları analiz edildiğinde Tedavi ve hizmet boyutunun değeri 0,886 ve Hastalıklardan korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi değerinin 0,926 olduğuna ulaşılmıştır.

4.1.4.2 COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeği

COVID-19 aşı okuryazarlığı ölçeği toplamda 12 madde ve 2 boyuttan oluşmaktadır. Birinci boyut Fonksiyonel aşı okuryazarlığı, ikinci boyut ise İletişimsel/Eleştirel aşı okuryazarlığı olarak isimlendirilmiştir. Fonksiyonel aşı okuryazarlığı boyutu, günlük yaşamda kullanılan birtakım temel okuma ve yazma becerilerine dayanmaktadır. Bu boyut bireylerin, sağlık ve aşı ile ilgili belgeleri okuyabilme düzeyine yönelik ölçüm yapmaktadır. Fonksiyonel aşı okuryazarlığı boyutu temelde 5 ifadeden oluşmaktadır. İletişimsel/Eleştirel aşı okuryazarlığı boyutu ise geriye kalan 8 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyut, problem çözme ve karar verme gibi bilişsel beceriler içermektedir. Biasio vd. bu boyutu iki sınıflandırmaya ayırmadan birlikte ele almaktadır. Nutbeam bu boyutu İletişimsel sağlık okuryazarlığı ve Eleştirel sağlık okuryazarlığı olmak üzere iki sınıflandırmaya ayırmaktadır. İletişimsel sağlık okuryazarlığı bireylerin sosyal ve bilişsel beceriler ile değişen sağlık koşullarına uyum sağlaması olarak ifade edilmektedir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı

ise daha çok bilişsel becerilere dayanan eleştirel bir analiz biçimi olarak açıklanmaktadır (Durmuş vd., 2021). COVID-19 aşısı okuryazarlığı düzeyi 5'li Likert ölçeği kullanılarak ölçülmüştür. 1: Düşük COVID-19 aşısı okuryazarlığı düzeyini, 5: Yüksek COVID-19 aşısı okuryazarlığı düzeyini temsil etmektedir.

Durmuş vd. (2021) tarafından geçerliliği ve güvenilirliği ölçülen COVID-19 aşısı okuryazarlığı ölçeği, orijinal halinde olduğu gibi 2 faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk dört maddesi Fonksiyonel Becerileri, geriye kalan tüm maddeleri İletişimsel/Eleştirel Beceriler boyutunu ifade etmektedir. Yapılan çalışmanın doğrulayıcı faktör analizi sonucuna göre, ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada her iki boyuta yapılan analizler sonucunda katılımcıların orta düzeyde aşısı okuryazarlığına sahip olduğu öne sürülmüştür. Ölçeğin genel, İletişimsel/Eleştirel beceriler ve Fonksiyonel beceriler boyutlarının Cronbach's Alpha katsayısı sırasıyla 0,868, 0,915 ve 0,867 olarak bulunmuştur. Bu araştırmanın sonuçlarına göre ölçeğin genel Cronbach's Alpha katsayısı 0,833 olarak bulunmuştur. Boyutların Cronbach's Alpha katsayıları analiz edildiğinde İletişimsel/Eleştirel beceriler boyutunun değeri 0,875 ve Fonksiyonel becerilerin değerinin 0,784 olduğuna ulaşılmıştır.

4.1.5 Verilerin Analizi

Veri analizi, bilimsel araştırmanın en önemli aşamalarından birini oluşturmaktadır. Analiz edilmeyen verilerin hiçbir anlam ifade etmediği vurgulanmaktadır. Veri analizinde birçok analiz tekniği bulunmaktadır. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktararak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistic Base 23V ve AMOS paket programları kullanılmıştır. Veriler analiz edilirken betimsel istatistiksel analizler, normallik testleri, açıklayıcı faktör analizi, farklılık analizi ve path (yol) analizi yöntemleri kullanılmıştır.

4.2 ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Bu araştırmanın bulgular bölümünde IBM SPSS Statistic Base 23V ve AMOS paket programları kullanılmıştır. Bu bölümde öncelikle verilerin normallik ve güvenilirlik testleri incelenecektir. Daha sonra katılımcıların demografik bulgularının

incelendiği tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, faktör analizine (açıklayıcı faktör analizi) yönelik açıklamalar, farklılık analizleri ve path (yol) analizleri yer alacaktır.

4.2.1 Araştırma Verilerinin Normallik Dağılımı

Verilerin analizine başlamadan önce normallik dağılımının yapılması araştırmalar için önemli görülmektedir. Sosyal bilimlerde yapılan araştırma verilerinin çoğunun normal dağılım göstermediği öne sürülmektedir. Veriler normal dağılım göstermediğinde parametrik olmayan testlere başvurulmaktadır. Ancak normal dağılım göstermeyen en az 5’li Likert ölçek ve 200’den fazla örneklemeden oluşan veriler, normal dağılım gösteren analizlerde uygulandığında güvenilir sonuçlar vermektedir. Normallik dağılımını incelemek için yaygın olarak Kolmogorov-Smirnov (KS) testi kullanılmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2018: 214-217).

Kolmogorov-Smirnov testi, veri sayısının 29 ve daha fazla olduğunda uygulanmaktadır. SPSS programında verilerin normal dağılımını test etmek için yaygın kullanılan diğer test ise Shapiro-Wilk testi olarak bilinmektedir. Shapiro-Wilk testi, veri sayısının 29’ dan az olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Bu iki test için elde edilen signifiante değeri 0,05 değerinden büyük olduğunda veriler normal dağılım göstermekte ve 0,05 değerinden küçük olduğunda veriler normal dağılım göstermemektedir. Ayrıca verilerin normal dağılım göstermemesi çarpıklık olarak ifade edilmektedir (Karagöz, 2019: 352-354).

Literatürde normallik dağılımının çarpıklık ve basıklık değerleri için yaygın kullanılan 3 teoriye ulaşılmıştır. Hair vd. (2013)’e göre çarpıklık ve basıklık değerleri -1 ve +1 arasında ise veriler normal dağılım göstermektedir. Tabachnick ve Fidell (2013) verilerin normal dağılım göstermesi için çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ve +1.5 değerleri arasında olması gerektiğini öne sürmektedir. George ve Mallery (2010) ise verilerin normal dağılım göstermesi için analizden elde çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ve +2 arasında olması gerektiğini ifade etmektedir.

Başlangıçta verilerin normal dağılımları için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmaktadır. Bu araştırmanın Kolmogorov testinin (sig=0,000) sonuçlarına göre

verilerin normal dağılmadığına ulaşılmıştır. Verilerin çarpıklık ve basıklık katsayılarına göre dağılımları aşağıda verilmiştir.

Tablo 7: Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Değişkenler	Çarpıklık Değerleri (Skewness)	Basıklık Değerleri (Kurtosis)
Tedavi ve hizmet (TH)	-1,093	1,072
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi (HK/SG)	-1,048	1,510
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma (SBU)	-1,021	1,233
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama (SBA)	-1,105	1,723
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme (SBD)	-1,597	3,770
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama (SBK)	-,695	,015
İletişimsel/Eleştirel Beceriler (İB)	-,522	,000
Fonksiyonel Beceriler (FB)	-,061	-,576

Tablo 7 incelendiğinde verilerin normal dağılım göstermediği görülmektedir. Test of Homogeneity of Variances testi, verilerin homojen dağılıp dağılmadığını gösteren bir test olarak bilinmektedir. Verilere uygulanan homojenlik testi sonucunda tüm faktörlerin 0,05'ten büyük olması faktörlerin dağılımlarının homojen olduğunu göstermektedir. Bu durumda parametrik testlerin uygulanması uygun görülmektedir. Bu şartlarla birlikte ele alınan bağımlı değişkenin aralık ya da oran ölçeğine uygun olması durumunda parametrik testler kullanılmaktadır. Ayrıca en az 5'li likert ölçek ve 400'den fazla örneklemden oluşan veriler, normal dağılım gösteren analizlerde uygulandığında daha güvenilir sonuçlar vermektedir (Sayım, 2021: 298-311). Bu araştırmada verilerin homojen dağılması, 5'li likert ölçek kullanılması ve örneklem sayısının 410 olması sebebiyle parametrik testler uygulanmıştır. Normallik testi için uygulanan başka bir yöntem grafik ile inceleme olarak belirtilmektedir. Histogram kutusunda Q-Q grafiğinde noktaların 45 derecelik doğru üzerinde olması veya 45 derecelik doğruya yakın olması durumunda veriler normal dağılıma uygun olarak ele alınmaktadır (Büyüköztürk, 2020: 40-43). Araştırmanın verilerine yönelik uygulanan histogram grafiğinin incelenmesi sonucunda normal dağılım gösterdiğine ulaşılmıştır. Dolayısıyla tüm bu normallik testleri sonucunda verilere parametrik testleri uygulanmıştır.

4.2.2 Araştırma Verilerinin Güvenilirliği

Bilimsel araştırmalarda verilere yönelik yapılan güvenilirlik testi, önemli görülmektedir. Bir testin güvenilir olup olmadığını ölçmek için iç tutarlılığı hesaplanmaktadır. İç tutarlılık, ölçekteki maddelerin kendi içlerinde birbiriyle aynı yapıya sahip olup olmadığını göstermektedir. Tutarlı bir sonuç elde etmek için ölçekte yer alan tüm maddelerin ölçeğin tamamıyla pozitif ve ortak yönlü olması gerekmektedir. Cronbach alfa katsayısı, ölçekteki maddelerin iç tutarlılığının bir ölçütü olarak ifade edilmektedir. Bu araştırmada verilerin güvenilirliği, Cronbach Alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir. Cronbach Alpha katsayısı ne kadar yüksek çıkarsa, ölçekte bulunan maddelerin birbirleriyle tutarlı olduğu öne sürülmektedir. Alpha katsayısı 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır. Cronbach Alpha katsayı 1'e ne kadar yakınsa veriler de o kadar güvenilir bulunmaktadır (Yıldız, 2019: 128; Yalçın, 2019: 716).

Araştırmanın değişkenlerini oluşturan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı”(32) ve “COVID-19 Aşı Okuryazarlığı” (12) ölçekleri ile toplamda 44 soruya güvenilirlik testi uygulanmıştır. Değişkenlere ilişkin Cronbach Alpha katsayıları Tablo 8’de gösterilmektedir.

Tablo 8: Güvenilirlik Testi

Değişken isimleri	Cronbach's Alpha Katsayısı
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0,945
COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeği	0,833
Genel Güvenilirlik	0,936

Tablo 8’de görüldüğü gibi yapılan analiz sonucunda 44 soruya yönelik hesaplanan genel güvenilirlik katsayısı 0,936 olarak bulunmuştur. Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı 0,945 ve COVID-19 Aşı Okuryazarlığının ölçeğinin güvenilirlik testi sonuçlarına göre Cronbach's Alpha değeri 0,833 olarak bulunmuştur. Cronbach's Alpha katsayı değerlerine göre yapılan araştırmanın güvenilirliği yüksek sonuçlar vermiştir.

Tablo 9: Sağlık Okuryazarlığı ve COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeklerinin Faktörlerine İlişkin Güvenilirlik Katsayısı

Değişken isimleri	Faktörler	Cronbach's Alpha Katsayısı
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Tedavi ve Hizmet	0,890
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	0,818
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	0,799
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	0,829
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	0,777
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	0,746
COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeği	İletişimsel/Eleştirel Beceriler	0,875
	Fonksiyonel Beceriler	0,784

Sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşı okuryazarlığı ölçeklerinin faktörlerine ilişkin güvenilirlik değerleri Tablo 9’da gösterilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin güvenilirlik katsayıları incelendiğinde ‘tedavi ve hizmet faktörünün’ (0,890) en yüksek, ‘sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama’ faktörünün (0,746) en düşük olduğu görülmektedir. COVID-19 aşı okuryazarlığı ölçeğinin faktörlerinin güvenilirlik değerleri incelendiğinde ‘iletişimsel/eleştirel beceriler’ faktörünün en yüksek güvenilirlik katsayısına sahip olduğu görülmektedir.

4.2.3 Demografik Bulgular

Demografik bilgiler, katılımcıların objektif tutumlarını ortaya çıkarmak için oluşturulmaktadır. Yapılan araştırmada katılımcıların demografik bulguları Tablo 10’da gösterilmektedir.

Tablo 10: Katılımcıların Demografik Bulguları

Özellik	Kriterler	Frekans	Yüzde
Yaşı	18-25	121	29,5
	26-35	113	27,6
	36-45	83	20,2
	46-55	66	16,1
	56 ve üzeri	27	6,6
Cinsiyeti	Erkek	199	48,5
	Kadın	211	51,5
Eğitim Düzeyi	Okuryazar Değil	4	1,0
	Okuryazar	1	0,2
	İlkokul Mezunu	76	18,5
	Ortaokul Mezunu	47	11,5
	Lise Mezunu	148	36,1
	Üniversite Mezunu	117	28,5
	Yüksek Lisans/Doktora Mezunu	17	4,1
Medeni Durumu	Evli	234	57,1
	Bekar	175	42,7
Mesleği	Ev Hanımı	62	15,1
	Öğrenci	46	11,2
	Kamu Çalışanı	33	8,0
	Özel Sektör Çalışanı	231	56,3
	Emekli	25	6,1
	Çalışmıyor	13	3,2
Gelir Düzeyi	2499 TL ve altı	122	29,8
	2500 - 3499 TL arası	44	10,7
	3500 - 4499 TL arası	65	15,9
	4500 - 5499 TL arası	67	16,3
	5500 TL ve üstü	112	27,3
Kendisinde Sağlık Problemi	Evet	72	17,6
	Hayır	338	82,4
Kendisinde Kronik Hastalığı	Evet	73	17,8
	Hayır	337	82,2
Başvurulan ilk sağlık kurumu	Aile Hekimliği	240	58,5
	Devlet Hastanesi	116	28,3
	Özel Hastane	51	12,4
	Üniversite Hastanesi	3	0,7
Çevre Tavsiyesi ile İlaç Kullanma	Evet	33	8,0
	Hayır	377	92,0
Hekim Tarafından Reçete Edilen İlaçları Düzenli Kullanma	Evet	367	89,5
	Hayır	41	10,0

Tablo incelendiğinde katılımcıların %29,5'unun 18-25 yaş arasında olduğu görülmektedir. Cinsiyete bakıldığında %51,5 ile kadın katılımcılar çoğunlukta yer almaktadır. Erkek katılımcıların %48,5 ile kadın katılımcılara yakın olduğu söylenebilir. Katılımcıların eğitimlerinin düzeylerine göre %36,1'lik bir değer ile lise mezunlarının daha fazla olduğuna ulaşılabılır. Medeni duruma göre, katılımcıların yakın değerlerde olduğu dikkat çekmektedir. Katılımcıların %57,1'i evli iken, %42,7'si bekar olarak bulunmuştur. Meslek grubuna bakıldığında %56,3 ile özel sektörde çalışan katılımcıların çoğunlukta olduğu söylenebilir. Katılımcıların %29,8 değeri ile 2499 TL ve altında bir gelir düzeyine sahip olduğuna ulaşılabılır. Katılımcıların çoğunun herhangi bir sağlık problemi olmadığı (82,4), büyük çoğunluğunda kronik bir hastalık olmadığı (82,2) görülmektedir. Öte yandan bir sağlık problemi yaşandığında katılımcıların çoğu (58,59) Aile Hekimliğine başvurmuştur. Diğer katılımcıların herhangi bir sağlık problemi yaşandığında sırasıyla (%28,3) devlet hastanesi, (12,4) özel hastane ve (0,7) üniversite hastanelerine başvurduğuna ulaşılabılır. Tabloya göre katılımcıların %92,0'si çevrelerinin tavsiyesi ile ilaç kullanmadığını ve %89,5'i hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullandığını ifade etmiştir.

4.2.4 Faktör Analizlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeğinin alt boyutlarını tespit etmek amacıyla açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Analizin sonuçları aşağıda yer almaktadır.

4.2.4.1 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Yönelik Faktör Analizi

Araştırmaya yönelik katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçen veriler üzerinde açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre analiz sonucunda elde edilen alt faktörler Tablo 11' de gösterilmiştir.

Tablo 11: Sağlık Okuryazarlığı Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Faktörler	İfadeler	Ort.	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Öz Değer
Tedavi ve hizmet	TSOY20	4,1488	0,752	38,592	11,192
	TSOY21	4,1317	0,752		
	TSOY18	4,1390	0,719		
	TSOY19	4,1512	0,711		
	TSOY22	4,0927	0,638		
	TSOY11	4,2122	0,439		
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	TSOY13	4,1195	0,759	6,402	1,856
	TSOY12	4,0927	0,676		
	TSOY14	4,3073	0,664		
	TSOY8	4,3073	0,519		
	TSOY15	4,0537	0,485		
	TSOY7	3,9634	0,402		
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	TSOY30	3,8902	0,750	4,880	1,415
	TSOY29	4,0098	0,748		
	TSOY32	3,8829	0,572		
	TSOY31	4,2293	0,519		
	TSOY17	4,1805	0,515		
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	TSOY26	4,1585	0,686	4,624	1,341
	TSOY27	4,1098	0,660		
	TSOY23	4,0537	0,586		
	TSOY24	4,0366	0,572		
	TSOY25	4,1683	0,549		
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	TSOY5	4,2341	0,781	3,917	1,135
	TSOY6	4,3805	0,780		
	TSOY10	4,3366	0,624		
	TSOY4	4,1439	0,554		
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	TSOY1	3,7659	0,808	3,456	1,002
	TSOY2	3,6000	0,762		
	TSOY3	3,6463	0,734		
Değerlendirme Kriterleri	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: 0,930 Bartlett's Test of Sphericity; Approx. Chi-Square: 6106,825 df: 406 P: 0,000 Toplam Açıklanan Varyans: 61,868				

Sağlık okuryazarlığının boyutlarını belirlemek için yapılan faktör analizinin sonuçları Tablo' da gösterilmektedir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testinin değerleri 0 ile 1 arasında yer almaktadır. Faktör analizi yapabilmek için verilerin KMO testinin 0,60 değeri ve üstünde ve ayrıca Barlett testinin sonucunda verilerin anlamlı olması gerekmektedir. Tablo' ya göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinin KMO değeri 0,930 ile mükemmel bir sonuca ulaşılmıştır. Bulunan değer, faktör analizi için örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu göstermektedir. Barlett testi sonucunun $p=0,000$

olması sonucun anlamlı olduğunu ve verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın faktör analizi için Temel Bileşenler (Extraction Method: Principal Components) ve varimax döndürme matrisi kullanılmıştır. Analiz yapılırken faktör yükü 0,40 ve üstünde olan ifadeler değerlendirilmiştir. Buna yönelik olarak 32 maddeden oluşan sağlık okuryazarlığı ölçeğinde 3 ifade çakıştığı için analizden çıkarılmıştır. Bu 3 ifade sırasıyla 16. (0.004), 9. (0.016) ve 28. (0.085.) maddelerden oluşmaktadır. TSOY16: “Gerekli durumlarda ambulans çağırabilirim”, TSOY9:” Doktorumun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirebilirim” ve son olarak TSOY28: “Günelik davranışlarımdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığıma etkilediğini değerlendirebilirim” ifadeleri çıkarıldıktan sonra 29 ifade ile faktör analizi yapılmıştır. Tablo’ da ifadelerin 6 faktör altında toplandığı görülmektedir. Faktörlere ilişkin toplam açıklanan varyans 61,868 olarak bulunmuştur. Birinci faktörün açıklanan varyansı 38,592, ikinci faktörün 6,402, üçüncü faktörün 4,880, dördüncü faktörün 4,624, beşinci faktörün 3,917 ve son faktörün 3,456’dır. Yapılan araştırmanın analiz sonuçlarına göre birinci faktör ve ikinci faktör 6 ifadeden, üçüncü ve dördüncü faktörler 5 ifadeden, beşinci faktör 4 ifadeden ve altıncı faktör 3 ifadeden oluşmaktadır. Alt faktörlerin yükleri incelendiğinde birinci faktörde toplanan ifadelerin faktör yükleri 0,752-0,439 arasında değişmektedir. İkinci faktöründe yer alan ifadelerin faktör yükleri 0,759-0,402 arasında değişmektedir. Üçüncü faktörde yer alan ifadelerin faktör yükleri 0,750-0,515 arasında değişmektedir. Dördüncü faktör altında toplanan ifadelerin faktör yükleri 0,686-0,549 arasında değişmektedir. Beşinci faktöre yer alan ifadelerin faktör yükleri 0,781-0,554 arasında değişmektedir. Son alt faktör olan altıncı faktörün altında toplanan ifadelerin faktör yükleri ise 0,808-0,734 arasında değişmektedir. Tablo’ da gösterilen faktörlere ilişkin isimler, uygulanan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan çalışmasına göre oluşturulmuştur.

4.2.4.2 COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeğine Yönelik Faktör Analizi

COVID-19 aşı okuryazarlığı bu araştırmada analiz edilen diğer ölçeği oluşturmaktadır. Katılımcıların COVID-19 aşı okuryazarlığına yönelik yapılan açıklayıcı faktör analizinde bulunan alt faktörler Tablo 12’ de yer almaktadır.

Tablo 12: COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Faktörler	İfadeler	Ort.	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Öz Değer
İletişimsel/Eleştirel Beceriler	COV11	3,8512	0,797	37,998	4,560
	COV6	3,4415	0,773		
	COV7	3,4317	0,765		
	COV9	3,6366	0,739		
	COV8	3,5829	0,704		
	COV5	3,6171	0,692		
	COV10	3,8000	0,688		
Fonksiyonel Beceriler	COV12	3,8098	0,659	18,785	2,254
	COV2	2,8171	0,845		
	COV3	3,0195	0,774		
	COV4	2,8927	0,767		
Değerlendirme Kriterleri	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: 0,848 Bartlett's Test of Sphericity; Approx. Chi-Square: 2052, 739 df: 66 p: 0,000 Toplam Açıklanan Varyans: 56,784				

Kaiser-Meyer-Olkin Measure (KMO) değerinin 0,60 üstünde olması örneklemin faktör analizi için yeterli olmasına işaret etmektedir. Barlett testi ise korelasyon matrisindeki ilişkilerin faktör analizi yapacak ölçüde yeterli olup olmadığını test etmektedir. Barlett testinin $p > 0,05$ olarak anlamlı çıkması matrisin faktör analizi için anlamlı olduğunu ve faktör analizi yapılabileceği anlamına gelmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018: 320).

Bu araştırmada Tablo’ da gösterildiği gibi KMO değeri 0,848 ile faktör analizine uygundur. Barlett testi sonucu 0,000 değeri ile anlamlı gözükmemektedir. Faktör analizi için temel bileşenler analizi ve varimax döndürme matrisi kullanılmıştır. Faktör yükleri 0,40 altında olan ifadeler analiz dışında bırakılmıştır. Faktör analiz uygulamasında 12 maddenin tümü analiz kapsamında değerlendirilmiştir. Faktör yükü 0,40’ın altında bir değer saptanmamıştır. Bu doğrultuda COVID-19 aşı okuryazarlığı

ölçeğine uygulanan faktör analizi sonucunda 2 boyuta ulaşılmıştır. Fonksiyonel beceriler ve İletişimsel/Eleştirel beceriler boyutlarının faktör analizi sonuçları Tablo’da yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre birinci faktör 8, ikinci faktör ise 4 ifadeden oluşmaktadır. Boyutların faktör yüklerine göre İletişimsel/Eleştirel beceriler boyutunun faktör yükleri 0,797 ile 0,688 arasında yer almaktadır. Fonksiyonel beceriler boyutunun faktör yükleri ise 0,845 ile 0,659 arasında değişmektedir. Ölçeğin açıklanan toplam varyansı %56,784 olarak bulunmuştur. Boyutlar incelendiğinde İletişimsel/Eleştirel beceriler boyutunun açıklanan varyansı Fonksiyonel beceriler boyutundan daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde geçerlilik ve güvenilirlik sağlaması yapılan ölçek, orijinalinde olduğu gibi 2 faktör altında toplanmaktadır. Faktörlerin altında toplanan ifadeler bu araştırmada da aynı şekilde bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizi faktörlerinin düzeylerine göre modelin yapı geçerliliği sağladığı görülmektedir.

4.2.5 Sağlık Okuryazarlığı ve COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Faktörleri İle İlgili Betimleyici İstatistikler

Sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşı okuryazarlığı ölçeklerinin faktörlerine ilişkin yapılan betimleyici analiz sonuçları Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13: Faktörlere İlişkin Betimleyici İstatistikler

Ölçekler	Faktörler	Ort.	Std. Sapma	Soru Sayısı	Güvenilirlik Katsayısı	Ölçek Düzeyi
Sağlık Okuryazarlığı	Tedavi ve hizmet	4,145	,788	6	0,890	5
	Hastalıklardan korunma/ Sağlık geliştirilmesi	4,140	,687	6	0,818	5
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	4,038	,779	5	0,799	5
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	4,105	,761	5	0,829	5
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	4,273	,731	4	0,777	5
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	3,670	1,000	3	0,746	5
COVID-19 Aşı Okuryazarlığı	İletişimsel/Eleştirel Beceriler	3,646	,875	8	0,875	5

	Fonksiyonel Beceriler	3,042	1,056	4	0,784	5
--	-----------------------	-------	-------	---	-------	---

Sağlık okuryazarlığı faktörleri incelendiğinde “sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme“ boyutunun ortalaması (4,273) en yüksek değere sahiptir. Güvenilirlik katsayılarına baktığımızda “tedavi ve hizmet” faktörünün (0,890) en yüksek, “sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” faktörünün en düşük (0,746) olduğu görülmektedir. COVID-19 aşı okuryazarlığı ölçeğinin faktörleri incelendiğinde “iletişimsel/eleştirel beceriler” faktörü en yüksek güvenilirlik katsayısına sahiptir. Ayrıca bu faktörün ortalamasının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tüm faktörlerin güvenilirlik katsayılarının 0,60’dan yüksek olması ölçeklerin güvenilir olduğunun göstergesidir.

4.2.6 Farklılık Analizlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşı okuryazarlığı ölçekleriyle elde edilen faktörlere ilişkin “Bağımsız Örneklem T Testi” ve “Tek Yönlü ANOVA” testleri yapılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine göre elde edilen farklılık analizi sonuçları bu bölümde açıklanmaktadır. ANOVA testinde hangi gruplar arasında farklılık olduğunu ortaya koymak amacıyla Scheffe testi uygulanmıştır. Scheffe testi, örneklem sayıları birbirinden farklı olduğunda yaygın kullanılan, en esnek post hoc türü olarak bilinmektedir. Ayrıca karşılaştırılacak grup sayılarının fazla sayıda olması durumunda Tip 1 hatadan uzak tutucu bir test olarak ele alınmaktadır. Scheffe testi, gruplararası farklılıklarda alfa hata payını kontrol altına almaktadır ve sonuçlarının Tukey HSD testi ile benzerlik gösterdiği öne sürülmüştür (Kayri, 2009).

Aile hekimliğine başvuran katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin COVID-19 aşı okuryazarlığına olan etkisinin medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin T-Testi sonuçları Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14: Katılımcıların Medeni Durumuna Göre T-Testi Sonuçları

Faktörler	Medeni Durum	N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi (HK/SG)	Evli	234	4,2080	.60907	2,253	.025*
	Bekar	175	4,0486	.77374		
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma (SBU)	Evli	234	4,1248	.70521	2,605	.010*
	Bekar	175	3,9177	.85667		
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama (SBA)	Evli	234	4,1949	.67064	2,744	.008*
	Bekar	175	3,9806	.85519		

*Gruplar arası farklılık 0,005 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların farklılık testi sonuçları incelendiğinde hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama faktörleri medeni duruma göre farklılık göstermektedir. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama faktörlerinde evli katılımcıların, bekar katılımcılara göre daha olumlu sonuç verdiği bulunmuştur. Tedavi ve hizmet, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama, iletişimsel/eleştirel beceriler ve fonksiyonel beceriler faktörleri medeni duruma göre farklılık göstermediği için tabloda gösterilmemiştir.

Sağlık okuryazarlığının COVID-19 aşı okuryazarlığına olan etkisine ilişkin katılımcıların çevre tavsiyesi ile ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin sonuçlar Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15: Katılımcıların Çevre Tavsiyesi ile İlaç Kullanıp Kullanmama Durumu T-Testi Sonuçları

Faktörler	Çevre tavsiyesi ile ilaç kullanıp kullanmama durumu	N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Tedavi ve hizmet (TH)	Evet	33	3,7424	.87509	-3,099	.002*
	Hayır	377	4,1813	.77147		
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama (SBA)	Evet	33	3,8485	.89865	-2,027	.043*
	Hayır	377	4,1279	.74598		

*Gruplar arası farklılık 0,005 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Tablo incelendiğinde katılımcıların tedavi ve hizmet ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama faktörlerinin çevre tavsiyesi ile ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre

anlamli bir farklılık gösterdiğine ulaşılmıştır. Tedavi ve hizmet faktöründe çevre tavsiyesi ile ilaç kullanmayan katılımcılar, çevre tavsiyesi ile ilaç kullananlara göre daha olumlu sonuçlar göstermiştir. Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama faktöründe çevre tavsiyesi ile ilaç kullanmayan katılımcıların, çevre tavsiyesi ile ilaç kullananlara göre daha olumlu sonuç verdiğine ulaşılmıştır. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama, iletişimsel/eleştirel beceriler ve fonksiyonel beceriler faktörlerinin katılımcıların çevre tavsiyesi ile ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediğine ulaşıldığı için tabloda yer almamıştır.

Sağlık okuryazarlığının COVID-19 aşısı okuryazarlığına olan etkisine ilişkin katılımcıların hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanıp kullanmama durumuna göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin sonuçlar Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16: Katılımcıların Hekim Tarafından Reçete Edilen İlaçların Düzenli Kullanılıp Kullanılmama Durumu Göre T-Testi Sonuçları

Faktörler	Hekim tarafından reçete edilen ilaçların düzenli kullanılıp kullanılmama durumu	N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Tedavi ve hizmet (TH)	Evet	367	4,1930	.74621	2,641	.011*
	Hayır	41	3,7561	1,02949		
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma (SBU)	Evet	367	4,0779	.75381	2,340	.024*
	Hayır	41	3,7366	.89934		
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme (SBD)	Evet	367	4,3093	.69546	2,269	.028*
	Hayır	41	3,9634	.94796		
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama (SBK)	Evet	367	3,7130	.98469	2,671	.008*
	Hayır	41	3,2764	1,06171		
İletişimsel/Eleştirel Beceriler (İB)	Evet	367	3,6815	.85324	1,881	.031*
	Hayır	41	3,3720	1,01454		

*Gruplar arası farklılık 0,005 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Tablo'da katılımcıların tedavi ve hizmet, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama ve

iletişimsel/eleştirel beceriler faktörlerinin hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanıp kullanmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Tedavi ve hizmet faktöründe hekim tarafından reçete edilen ilacı düzenli kullanan katılımcıların, hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanmayanlara göre daha olumlu olduğu görülmektedir. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma faktöründe hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanan katılımcıların, düzenli kullanmayanlara göre daha olumlu olduğuna ulaşılmıştır. Sağlıkla ilgili değerlendirme faktöründe hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanan katılımcıların, düzenli kullanmayan katılımcılara göre daha olumlu olduğuna ulaşılmıştır. Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama faktöründe hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanan katılımcıların, düzenli kullanmayan katılımcılara göre daha olumlu sonuç verdiği elde edilmiştir. İletişimsel/eleştirel faktöründe hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanan katılımcıların, hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanmayan katılımcılara göre daha olumlu sonuç verdiği ortaya çıkmıştır. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ve fonksiyonel beceriler faktörlerinde katılımcıların hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanıp kullanmama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği için tabloda gösterilmemiştir.

Cinsiyet, herhangi bir sağlık problemi olup olmama ve herhangi bir kronik hastalık olup olmama değişkenleriyle ölçek faktörleri arasında T-testi yapılmış ancak cinsiyet, herhangi bir sağlık problemi olup olmama ve herhangi bir kronik hastalık olup olmama değişkenlerinin tüm kategorilerinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Sağlık okuryazarlığının COVID-19 aşı okuryazarlığına olan etkisine ilişkin katılımcıların meslek grubu durumuna göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ANOVA testi sonuçları Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17: Katılımcıların Meslek Grubuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktörler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P	Anlamlılık
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi (HK/SG)	Gruplararası	9,256	5	1,851	4,064	.001*	Kamu Çalışanı-Ev Hanımı
	Grupiçi	184,022	404	.455			
	Toplam	193,278	409				
	Gruplararası	13,456	5	2,691	2,455	.033*	

Fonksiyonel Beceriler (FB)	Grupiçi	442,880	404	1,096			
	Toplam	456,337	409				

*Gruplar arası farklılık 0,005 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Tablo'da hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi ($F(5-404)=4.064$, $p \leq 0,001$) ve fonksiyonel beceriler faktörlerinin ($F(5-404)=2,455$, $p < 0,05$) katılımcıların meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu sonucu elde edilmiştir. Tedavi ve hizmet, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama ve iletişimsel/eleştirel beceriler faktörleri katılımcıların meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık göstermediği için tabloda gösterilmemiştir. Hangi gruplar arasında farklılığın olduğu ortaya koymak amacıyla yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre;

- Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi faktöründe kamu çalışanlarının ($X=4,47$) ev hanımlarına ($X=3,95$) göre daha olumlu bir sonuç verdiği elde edilmiştir.
- Fonksiyonel beceriler faktörünün Scheffe sonuçlarına göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Sağlık okuryazarlığının COVID-19 aşı okuryazarlığına olan etkisine ilişkin katılımcıların sağlık problemi olduğunda ilk başvurduğu kurum durumuna göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ANOVA testi sonuçları Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18: Katılımcıların Sağlık Problemi Olduğunda İlk Başvurulan Kurum Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktörler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P	Anlamlılık
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi (HK/SG)	Gruplararası	4,743	3	1,581	3,404	.018*	Aile Hekimi- Üniversite Hastanesi, Özel Hastane- Üniversite Hastanesi
	Grupiçi	188,535	406	.464			
	Toplam	193,278	409				
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma (SBU)	Gruplararası	6,651	3	2,217	3,717	.012*	Aile Hekimi- Devlet Hastanesi
	Grupiçi	242,140	406	.596			
	Toplam	248,791	409				
	Gruplararası	5,662	3	1,887			

Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme (SBD)	Grupiçi	213,294	406	.525	3,593	.014*	Aile Hekimi-Devlet Hastanesi
	Toplam	218,956	409				

*Gruplar arası farklılık 0,005 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Tablo incelendiğinde hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi (F(3-406)=3.404, p<0,05), sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma (F(3-406)=3.717, p<0,05) ve sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme (F(3-406)=3.593, p<0,05) faktörlerinin katılımcıların sağlık problemi olduğunda ilk başvurduğu kurumlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Tedavi ve hizmet, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama, iletişimsel/eleştirel beceriler ve fonksiyonel beceriler faktörleri katılımcıların sağlık problemi olduğunda ilk başvurduğu kurumlar arasında anlamlı bir farklılık görülmediği için tabloda gösterilmemiştir. Hangi gruplar arasında farklılığın olduğu ortaya koymak amacıyla yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre;

- Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi faktöründe aile hekimine başvuranların (X=4,15) üniversite hastanesine (X=3,00) başvuranlara göre; özel hastaneye başvuranların (X=4,24) üniversite hastanesine göre (X=3,00) başvuranlara göre daha olumlu sonuç verdiği ortaya çıkmıştır.
- Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma faktöründe aile hekimine başvuranların (X=4,15) devlet hastanesine (X=4,09) başvuranlara göre daha olumlu olduğu bulunmuştur.
- Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme faktöründe aile hekimine başvuranların (X=4,36) devlet hastanesine (X=4,11) başvuranlara göre daha olumlu sonuç verdiği elde edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının COVID-19 aşısı okuryazarlığına olan etkisine ilişkin katılımcıların sağlık problemi olduğunda eğitim düzeyine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ANOVA testi sonuçları Tablo 19'de gösterilmiştir.

Tablo 19: Katılımcıların Eğitim Grubuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktörler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
Tedavi ve hizmet (TH)	Gruplararası	17,218	6	2,870	4,882	.000*
	Grupiçi	236,911	403	.588		
	Toplam	254,129	409			
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi (HK/SG)	Gruplararası	9,858	6	1,643	3,610	.002*
	Grupiçi	183,420	403	.455		
	Toplam	193,278	409			
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama (SBA)	Gruplararası	10,777	6	1,796	3,193	.004*
	Grupiçi	226,671	403	.562		
	Toplam	237,448	409			
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme (SBD)	Gruplararası	9,577	6	1,596	3,072	.006*
	Grupiçi	209,378	403	.520		
	Toplam	218,956	409			
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama (SBK)	Gruplararası	35,089	6	5,848	6,300	.000*
	Grupiçi	374,126	403	.928		
	Toplam	409,215	409			
İletişimsel/Eleştirel Beceriler (İB)	Gruplararası	20,543	6	3,424	4,715	.000*
	Grupiçi	292,646	403	.726		
	Toplam	313,188	409			

*Gruplar arası farklılık 0,005 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Tablo incelendiğinde tedavi ve hizmet ($F(6-403)=4,882$, $p \leq 0,000$), hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi ($F(6-403)=3.610$, $0.001 < p > 0.01$), sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ($F(6-403)=3,193$, $0.001 < p > 0.01$), sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ($F(6-403)=3,072$, $0.001 < p > 0,01$), sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulanma ($F(6-403)=6,300$, $p \leq 0,000$) ve iletişimsel/eleştirel ($F(6-403)=4,715$, $p \leq 0,000$) faktörlerinin katılımcıların eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve fonksiyonel beceriler faktörleri katılımcıların eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farka ulaşılmadığı için tabloda yer almamaktadır. Eğitim düzeyinin grupları arasında farklılığı ortaya koymak amacıyla yapılan Scheffé testi sonuçları bulunamamıştır.

Yaş ve gelir düzeyi değişkenleriyle ölçek faktörleri arasında ANOVA testi yapılmış ancak yaş ve gelir düzeyi değişkenlerinin tüm kategorilerinde anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir.

4.2.7 Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) ile ilgili Bulgular

Yapısal eşitlik modeli (YEM), hem faktör hemde regresyon analizinden oluşan çok değişkenli bir istatistik model olarak ifade edilmektedir. Ayrıca faktör analizi ve path (yol) analiz yaklaşımlarının bütünleştirilmesi ile yapısal bir model oluşturulmaktadır (Wang ve Wang, 2019: 1). Genellikle davranış bilimlerinde kullanılan YEM, değişkenler arasında doğrudan ve dolaylı ilişkileri belirlemeye yönelik olarak kullanılmaktadır. YEM analizinde temel olarak modellenen verilerin uyumluluk derecesi test edilmektedir (Gündüz, 2020: 28).

Sosyal bilimlerde gözlemlenemeyen değişkenler gizil değişken olarak tanımlanmaktadır. YEM, gizil değişkenler arasındaki ilişkiyi tespit ederek ölçüm hatalarını değerlendirmektedir. YEM, ölçüm modeli ve yapısal model olarak iki unsurdan oluşmaktadır. Bu unsurlar, path ile görsel hale getirilmektedir. Ölçüm modeli, gözlenen değişkenler (observed) ile gizil değişkenler (latent) arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Yapısal model ise, endojen ve gizil değişkenler arasındaki ilişkileri göstermektedir (Gündüz, 2020: 29). YEM analizi, değişkenlerin ölçüm hatalarını ele alan bir doğrulanma çalışması olarak belirtilmektedir. Gözlenen ve gizil değişkenler arasındaki ilişkiye yönelik oluşturulan bu analiz, elde edilen sonuçların daha güvenilir ve geçerli olmasına olanak sağlamaktadır (Gürbüz, 2021: 22). Yapısal eşitlik modeli (YEM) sosyal bilimler, davranış bilimleri, ekonomi, pazarlama ve sağlık vb. bilimsel disiplin dallarında kullanımı yaygınlaşmaktadır. YEM; çoklu regresyon analizi, path analizi, açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi gibi modellere dayanmaktadır (Karagöz, 2019: 723).

YEM, gözlenebilen ve gizil değişkenler arasındaki nedensellik ve ilişkiyi bir model olarak tanımlama fırsatı sunmaktadır. Ayrıca YEM, çok değişkenli modelleme yeteneği, tahmin ve test etmeye olanak sağlamaktadır. Modeldeki değişkenlerin direkt ve dolaylı etkilerini de göz önüne alarak analitik yaklaşımları birleştirmektedir (Wang ve Wang, 2019: 2). YEM analizinde, araştırmacılar tarafından daha önce yapılmış araştırma sonuçlarından bir model (ölçüm modeli/yapısal model) kurularak test edilmektedir. Model oluşturulduktan sonra araştırma için elde edilen verilerin, ilgili modelden elde edilen veriler ile olan uyumu değerlendirilmektedir. Yapılan çoğu araştırmada, oluşturulan model ile verilerin uyum göstermesi zorlaşmaktadır. YEM

analizi; IBM AMOS, LISREL, SAS, Mplus ve SmartPLS vb. yazılım programlarıyla uygulanmaktadır (Gürbüz, 2021: 25). Bu araştırmada YEM analizi AMOS paket programı ile yapılmıştır. Değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisini test eden YEM analizinde model oluşturma süreci teorinin oluşturulması, modelin belirlenmesi, verilerin belirlenmesi, modelin test edilmesi, uyum iyiliği indekslerinin değerlendirilmesi ve son olarak modelin modifikasyon olarak 6 adımdan oluşmaktadır. Oluşturulan modelin veriler ile uyumluluğunu uyum indeksleri göstermektedir. Uyum indekslerinin değerlendirilmesinde ki-kare testi üzerinde durulmaktadır. Ki-kare testi için her bir değişkenin p değerlerine bakılmaktadır. Ki-kare testinin anlamlı olması için p değerinin 0.05'ten küçük olması gerekmektedir. Ayrıca değerlerin pozitif yüklü olması aynı yönlü ilişkiye, negatif olması ise ters yönlü ilişkiye işaret etmektedir (Karagöz, 2019: 733). Uyum iyiliği indeksi başlıca mutlak, basitlik ve karşılaştırmalı olarak 3 şekilde sınıflandırılmaktadır. Test edilen modelde tek bir uyum iyiliği indeksi kullanılmamaktadır. Yapılan araştırmalarda YEM analizinin değerlendirilmesinde birden çok indeks kullanılmaktadır (Gürbüz, 2021: 38). Uyum indeksleri ve eşik değerleri aşağıdaki Tablo 20' de gösterilmiştir;

Tablo 20: Uyum İyiliği İndeksleri ve Eşik Değerleri

İndeks	Açıklama	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
X ² Uyum Testi	Model ile verinin uyumu test edilmektedir.	p>0.5	
X ² /df	Örneklemden etkilenen X ² değerinde, serbestlik derecesine göre güvenilir sonuçlar elde edilmektedir.	<3	3 < X ² /df < 5
RMSEA	Modelin tahmin edilen kovaryans matrisi arasındaki artık kovaryansları test etmektedir.	<0.5	<0.8
SRMR	Gözlenen kovaryans matrisi ile tahmin edilen kovaryans matrisi arasındaki artık kovaryans test edilmektedir.	<0.5	<0.8

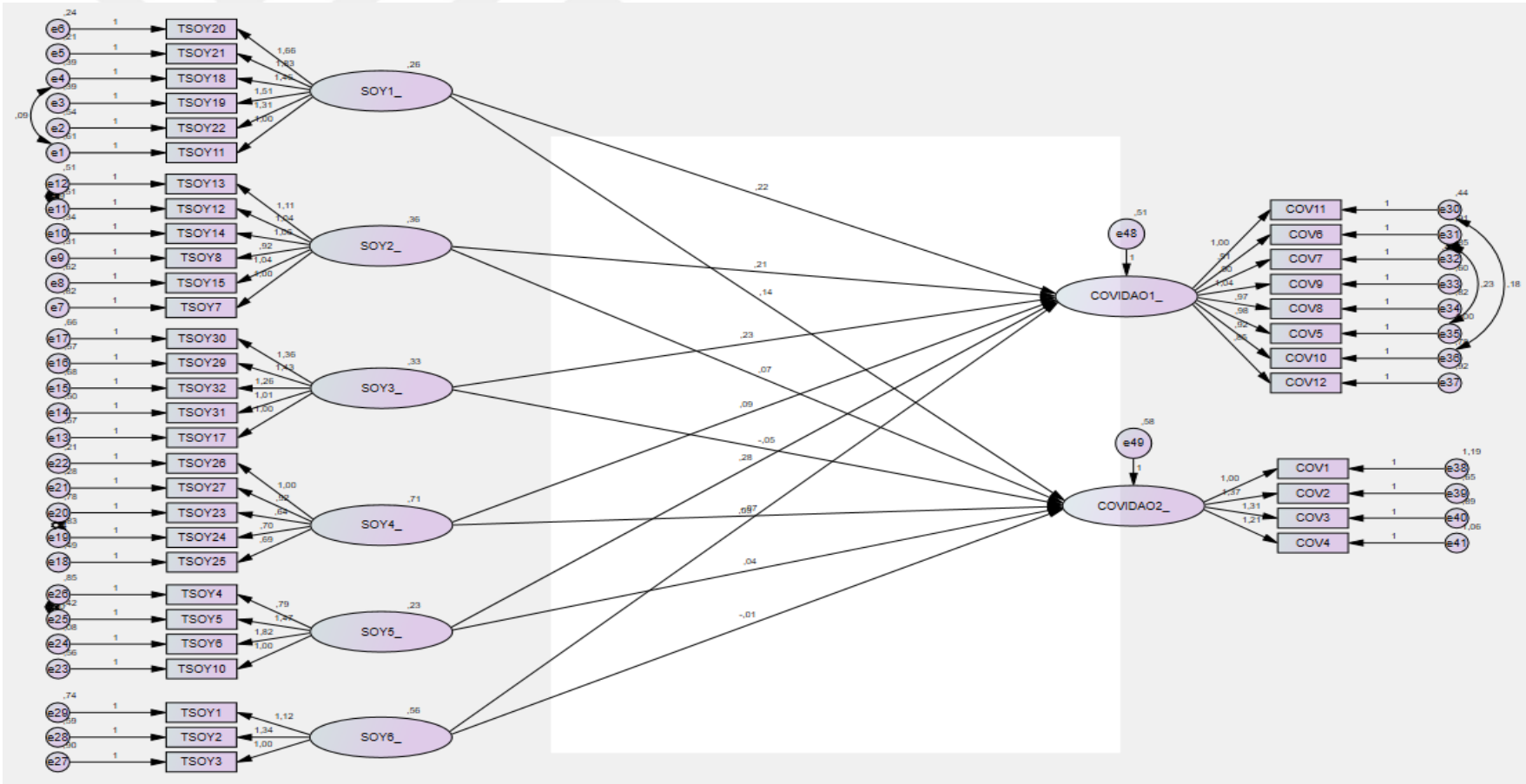
CFI	En fazla kullanılan indeks olmasıyla birlikte, yüksek sonuç vermesi modelin güçlü uyumunu göstermektedir.	>.95	>.90
NFI	X ² dağılımının şartlarına bakmadan karşılaştırma yapmaktadır.	>.95	>.90
NFI (TLI)	NFI'nın serbestlik derecesini dikkate almaktadır.	>.95	>.90
IFI	TLI indeksinin problemlerini ortadan kaldırmak için geliştirilmiştir.	>.95	>.90
GFI	Modeli, örneklem büyüklüğünden bağımsız olarak test etmektedir.	>.95	>.90
AGFI	Örneklem genişliği dikkate alınarak düzeltilmiş GFI değerini göstermektedir.	>.95	>.90
AIC	Veriler ile gerçeğe en yakın modeli seçmeye odaklanmaktadır.	İndeksi daha küçük olan model	
CAIC	Modeller arasında karşılaştırma yapmaktadır.		
ECVI	AIC'in kalibre edilmiş modeli olarak bilinmektedir.		
BIC	AIC'e ek olarak örneklem büyüklüğünü dikkate almaktadır.		
NFI: Normed Fit Index, TLI: Tucker-Lewis Index, IFI: Incremental Fit Index, CFI: Comparative Fit Index, RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, GFI: Goodness Of Fit Index, AGFI: Adjustment Goodness of Fit Index, SRMR: Standardized Root Mean Square Residual, AIC: Akaike Information Criterion, CAIC: Consistent Akaike Information Criterion, ECVI: Expected Cross Validation Index, BIC: Bayes Information Criterion.			

Literatürde en sık kullanılan uyum indeksleri; Ki-kare, Ortalama Hataların Karekökü (RMSEA), Standardize Edilmiş Ortalama Hataların Karekökü (SRMR), İyi Uyum İndeksi (GFI), Düzeltilmiş İyi Uyum İndeksi (AGFI), Normleştirilmiş Uyum İndeksi (NFI) ve Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) olarak yer almaktadır (Gündüz, 2020: 29).

4.2.7.1 Yapısal Modele (Path Analizi) Ait Sonuçlar

Path (yol) analizi, değişkenler arasındaki ilişkiyi path diyagramı ile göstermektedir. Path diyagramı; ilişkilerin yönü, miktarı, doğrudan ve dolaylı etkileri ve değerlendirme süreçlerinden oluşmaktadır (Karagöz, 2019: 731). Path analizinde öncelikle ölçüm modeli test edildikten sonra yapısal model incelenmiştir. Regresyon ve anlamlılık değerleri incelenerek anlamlı yollar ortaya çıkarılmıştır. Şekil 6' da sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşı okuryazarlığı ile ilgili path analizi sonuçları gösterilmektedir.





[(X^2/df : 3,469; GFI: 0.720; NFI: 0.73; CFI: 0.767; RMSEA: 0,078; IFI: 0.769)]

Şekil 6: Sağlık Okuryazarlığı ve COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Path Diagramı (Yapısal Model) ve Uyum İyiliği Sonuçları

Yukarıdaki model için aşağıda verilen uyum değerleri *model uyumunun (model fit)* sağlandığını göstermektedir. Bakılacak değerlerle ilgili bir sınırlama yoktur. Raporlanan değerler araştırmacının dikkat çekmek istediği değerlere göre değişebilmektedir. Oluşturulan model ile ilgili uyum değerleri aşağıda verilmiştir.

- CMIN/DF=3,469
- RMSEA=0,078

İncelenen uyum değerleri, verilerin modele iyi uyum sağladığını göstermektedir. Tablo 21’ de iyileştirilmiş ölçüm modeline ilişkin path analiz sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 21: İyileştirilmiş Ölçüm Modeline İlişkin Path Analizi Sonuçları

Örtük değişkenler	Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları (β)	Estimate	Standart Hata	T Değeri	p
TSOY11	,542	1,000			
TSOY22	,670	1,306	,130	10,079	***
TSOY19	,776	1,508	,138	10,950	***
TSOY18	,762	1,459	,124	11,803	***
TSOY21	,898	1,833	,156	11,717	***
TSOY20	,862	1,662	,144	11,529	***
TSOY7	,553	1,000			
TSOY15	,621	1,040	,114	9,097	***
TSOY8	,702	,916	0,94	9,774	***
TSOY14	,736	1,061	,106	10,009	***
TSOY12	,659	1,038	,111	9,312	***
TSOY13	,680	1,107	,117	9,501	***
TSOY17	,606	1,000			
TSOY31	,632	1,005	,103	9,724	***
TSOY32	,661	1,262	,126	10,023	***
TSOY29	,739	1,434	,134	10,699	***
TSOY30	,693	1,357	,131	10,324	***
TSOY25	,641	,692	,052	13,426	***
TSOY24	,545	,703	,064	11,076	***
TSOY23	,521	,640	,061	10,504	***
TSOY27	,828	,921	,053	17,493	***
TSOY26	,879	1,000			
TSOY10	,542	1,000			
TSOY6	,949	1,816	,189	9,599	***
TSOY5	,739	1,467	,137	10,689	***
TSOY4	,380	,785	,118	6,670	***
TSOY3	,619	1,000			***
TSOY2	,795	1,345	,141	9,565	***
TSOY1	,700	1,124	,114	9,875	***
COV11	,756	1,000			
COV6	,589	,909	,084	10,802	***
COV7	,596	,897	,082	10,802	***
COV9	,717	1,044	,080	11,706	***

COV8	,635	,973	,083	11,706	***
COV5	,600	,983	,089	11,066	***
COV10	,622	,918	,066	13,858	***
COV12	,560	,849	,082	10,356	***
COV1	,577	1,000			
COV2	,794	1,367	,131	10,430	***
COV3	,731	1,315	,129	10,160	***
COV4	,671	1,210	,125	9,712	***

İyileştirilmiş ölçüm modeline yönelik Path sonuçları tabloda gösterilmiştir. Tablo’ da verilen PATH sonuçları incelendiğinde gözlenen değişkenlere ait standartlaştırılmış regresyon katsayıları, t değerleri ($t > 1.83$), p değerleri ($p < 0.01$) ve model uyum iyiliği indeksleri modelin kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğunu göstermektedir. Tablo 22’ de araştırma modeline ait YEM sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 22: Araştırma Modeli YEM Sonuçları

Yapısal İlişkiler	Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları (β)	Kritik Oran (C.R.)	p
İletişimsel beceriler <--- Tedavi ve hizmet	,146	2,614	,009
Fonksiyonel beceriler <--- Tedavi ve hizmet	,093	1,598	***
İletişimsel beceriler <--- Hastalıklardan korunma sağlığın geliştirilmesi	,162	2,742	,006
Fonksiyonel beceriler <--- Hastalıklardan korunma sağlığın geliştirilmesi	,054	,891	***
İletişimsel beceriler <--- Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	,173	2,896	,004
Fonksiyonel beceriler <--- Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	-,034	-,557	***
İletişimsel beceriler <--- Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	,097	1,736	***
Fonksiyonel beceriler <--- Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	-,078	-1,321	***
İletişimsel beceriler <--- Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	,177	3,124	,002
Fonksiyonel beceriler <--- Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	,026	,455	***
İletişimsel beceriler <--- Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma	,031	,527	***
Fonksiyonel beceriler <--- Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma	-,012	-,187	***

Regresyon değerleri, gözlenen değişkenlerin, gizli değişkenleri tahmin etme gücünü, yani faktör yüklenimlerini gösterir. Yukarıdaki her ikili ilişki için “p”

değerleri 0,05'den küçük olan faktör yüklenimleri önemlidir. p değerlerinin önemli çıkması maddelerin, faktörlere doğru yüklendiğini göstermektedir.

Sonuçlar incelendiğinde; Tedavi ve hizmet (TH) ile iletişimsel beceriler (İB) (.146) ve fonksiyonel beceriler (.093) arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu gözlenmektedir. Bağımlı gizil değişkenler olan iletişimsel beceriler ile fonksiyonel becerilerin bağımsız değişken olan tedavi ve hizmetin kritik oranları sırasıyla 2,614 ve 1,598'dir.

İkinci yapısal eşitlikte; Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi (HK/SG) ile iletişimsel beceriler (İB) (.162) ve fonksiyonel beceriler (FB) (.054) arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bağımlı gizil değişkenler olan iletişimsel beceriler ile fonksiyonel becerilerin geliştirilmesinin bağımsız değişken olan hastalıklardan korunmanın kritik oranları sırasıyla 2,742 ve 0,891 olarak bulunmuştur.

Üçüncü yapısal eşitlikte; Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma (SBU) ile iletişimsel becerilerin (İB) (.173) arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma (SBU) ile fonksiyonel beceriler (FB) (-.034) arasında ters yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Bağımlı gizil değişkenler olan iletişimsel beceriler ile fonksiyonel becerilerin geliştirilmesinin bağımsız değişken olan sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmanın kritik oranları sırasıyla 2,896 ve -0,557 olarak tespit edilmiştir.

Dördüncü yapısal eşitlikte; Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama (SBA) ile iletişimsel beceriler (İB) (.097) arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama (SBA) ile fonksiyonel beceriler (FB) (-.078) arasında ters yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Bağımlı gizil değişkenler olan iletişimsel beceriler ile fonksiyonel becerilerin bağımsız değişken olan sağlıkla ilgili bilgiyi anlamının kritik oranları sırasıyla 1,736 ve -1,321'dir.

Beşinci yapısal eşitlikte; Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme (SBD) ile iletişimsel beceriler (İB) (.177) ve fonksiyonel beceriler (.026) arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Bağımlı gizil değişkenler olan iletişimsel beceriler ile

fonksiyonel becerilerin bağımsız değişken olan sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirmenin kritik oranları sırasıyla 3,124 ve 0,455 olarak bulunmuştur.

Altıncı yapısal eşitlikte; Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma (SBK) ile iletişimsel beceriler (İB) (.031) arasında aynı yönlü bir ilişki görülmektedir. Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma ve fonksiyonel beceriler (FB) (-.012) arasında ters yönlü yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Bağımlı gizil değişkenler olan iletişimsel beceriler ile fonksiyonel becerilerin bağımsız değişken olan sağlıkla ilgili bilgiyi kullanmanın kritik oranları 0,527 ve -0,187 olarak bulunmuştur.

Tablo 23' de standartlaştırılmış yol katsayıları ve yapısal eşitlikler ile hipotez sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 23: Yapısal Modele Ait Sonuçlar

Hipotezler	Yol	Standartlaştırılmış Katsayılar	Hipotez Sonuçları
H1 _a	İletişimsel beceriler <--- Tedavi ve hizmet	,146	Desteklendi
H1 _b	Fonksiyonel beceriler <--- Tedavi ve hizmet	,093	Ret edildi
H1 _c	İletişimsel beceriler <--- Hastalıklardan korunma sağlığın geliştirilmesi	,162	Desteklendi
H1 _ç	Fonksiyonel beceriler<---Hastalıklardan korunma sağlığın geliştirilmesi	,054	Ret edildi
H1 _d	İletişimsel beceriler <-- Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	,173	Desteklendi
H1 _e	Fonksiyonel beceriler <--- Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	-,034	Desteklendi
H1 _f	İletişimsel beceriler <--- Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	,097	Desteklendi
H1 _g	Fonksiyonel beceriler <--- Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	-,078	Ret edildi
H1 _ğ	İletişimsel beceriler <--- Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	,177	Desteklendi
H1 _h	Fonksiyonel beceriler <--- Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	,026	Ret edildi
H1 _ı	İletişimsel beceriler <---Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma	,031	Desteklendi
H1 _i	Fonksiyonel beceriler <--- Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma	-,012	Ret edildi

Tablo'da YEM sonuçları; yapısal ilişkiler için standartlaştırılmış regresyon katsayıları (β) ve hipotez sonuçlarını göstermektedir.

Tablo incelendiğinde sağlık okuryazarlığının faktörü olan “Tedavi ve hizmet”, katılımcıların iletişimsel becerileri ($\beta=0.146$; $p<0,05$) istatikselsel olarak anlamlı ve pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Ayrıca fonksiyonel becerileri ($\beta=0.093$; $p>0.05$) pozitif yönde etkilediği ve hipotezin desteklenmediği sonucu elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre araştırmanın **H1_a** numaralı hipotezi desteklenmiştir ve **H1_b** numaralı hipotezi desteklenmemiştir.

Tablo incelendiğinde sağlık okuryazarlığı faktörü olan “Hastalıklardan korunma sağlığın geliştirilmesi” katılımcıların iletişimsel becerileri ($\beta=0.162$; $p<0.05$) istatikselsel olarak anlamlı ve pozitif yönde etkilediğine ulaşılmıştır. Ayrıca fonksiyonel becerileri ($\beta=0.054$; $p>0.05$) pozitif yönde etkilediği ve hipotezin desteklenmediğine ulaşılmıştır. Verilen bu sonuçlara göre **H1_c** numaralı hipotezi desteklendiği ve **H1_ç** numaralı hipotezin desteklenmediği görülmektedir.

Verilen tabloda sağlık okuryazarlığı faktörü olan “Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma” katılımcıların iletişimsel becerileri ($\beta=0.173$; $p<0.05$) istatikselsel olarak anlamlı ve pozitif yönde etkilediği ve fonksiyonel becerileri ($\beta=0.034$; $p<0.05$) istatikselsel olarak anlamlı ve negatif yönde etkilediği görülmektedir. Bu bulgulara göre **H1_d** ve **H1_e** numaralı hipotezleri desteklenmiştir ancak ilişkilerinin yönleri farklı bulunmuştur.

Tablo incelendiğinde sağlık okuryazarlığı faktörü olan “Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama” katılımcıların iletişimsel becerileri ($\beta=0.097$; $p<0.05$) istatikselsel olarak anlamlı ve pozitif yönde etkilediği ve fonksiyonel becerileri ($\beta=0.078$; $p>0.05$) istatikselsel olarak desteklemediği ve negatif yönde etkilediği görülmektedir. Sonuçlara göre **H1_f** numaralı hipotez desteklenmiştir ve **H1_g** numaralı hipotez desteklenmemiştir.

Tablo’ ya göre sağlık okuryazarlığı faktörü olan “sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” katılımcıların iletişimsel becerileri ($\beta=0.026$; $p<0.05$) istatikselsel olarak anlamlı ve pozitif yönde etkilediği ve fonksiyonel becerileri ($\beta=0.97$; $p>0.05$) istatikselsel olarak desteklemediği ve pozitif yönde etkilediğine ulaşılmıştır. Verilen sonuçlara göre **H1_ğ** numaralı hipotez desteklendiği ve **H1_h** numaralı hipotezin desteklenmediği görülmektedir.

Tablo incelendiğinde sağlık okuryazarlığı faktörü olan “sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” katılımcıların iletişimsel becerileri ($\beta=0.031$; $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde etkilediği ve fonksiyonel becerileri ($\beta=0.012$; $p>0.05$) istatistiksel olarak desteklemediği ve negatif yönde etkilediği görülmektedir. Elde edilen bulgulara göre **H1_i** numaralı hipotezi desteklenmiştir ve **H1_j** numaralı hipotezin desteklenmediği bulunmuştur.

4.2.8 Hipotezlerin Kabul ve Ret Durumları

Analiz sonucunda elde edilen bulgulara dayanarak 7 hipotez kabul edilirken, 5 hipotez reddedilmiştir. Bu bölümde hipotezlerin kabul ve ret durumlarını gösteren bilgiler yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşısı okuryazarlığı arasındaki ilişkilere yönelik geliştirilen hipotezlerin kabul ve red durumuna ait bilgiler Tablo 24’de gösterilmiştir.

Tablo 24: Araştırma Hipotezlerinin Kabul ve Ret Durumları

Hipotez Kodları	Hipotezler	Path Analizi
H1 _{a,b}	Bir katılımcının demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin COVID-19 aşısı okuryazarlığı; a) tedavi ve hizmet faktörünün iletişimsel beceriler üzerinde bir etkisi vardır. b) tedavi ve hizmet faktörünün fonksiyonel beceriler üzerinde bir etkisi yoktur.	a) kabul b) ret
H1 _{c,ç}	Bir katılımcının demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin COVID-19 aşısı okuryazarlığı; a) hastalıklardan korunma sağlığın geliştirilmesi faktörünün iletişimsel beceriler üzerinde bir etkisi vardır. b) hastalıklardan korunma sağlığın geliştirilmesi faktörünün fonksiyonel beceriler üzerinde bir etkisi yoktur.	a) kabul b) ret
H1 _{d,e}	Bir katılımcının demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin COVID-19 aşısı okuryazarlığı; a) sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma faktörünün iletişimsel beceriler, b) sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma faktörünün fonksiyonel beceriler üzerinde bir etkisi vardır.	a) kabul b) kabul
H1 _{f,g}	Bir katılımcının demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin COVID-19 aşısı okuryazarlığı; a) sağlıkla ilgili bilgiyi anlama faktörünün iletişimsel beceriler üzerinde bir etkisi vardır. b) sağlıkla ilgili bilgiyi anlama faktörünün fonksiyonel beceriler üzerinde bir etkisi yoktur.	a) kabul b) ret
H1 _{ğ,h}	Bir katılımcının demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin COVID-19 aşısı okuryazarlığı;	a) kabul b) ret

	a) sağlık ilgiyi bilgiyi değerlendirme faktörünün iletişimsel beceriler üzerinde bir etkisi vardır. b) sağlık ilgili bilgiyi değerlendirme faktörünün fonksiyonel beceriler üzerinde bir etkisi yoktur.	
H _{1,i}	Bir katılımcının demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin COVID-19 aşı okuryazarlığı; a) sağlık ilgiyi bilgiyi kullanma uygulama faktörünün iletişimsel beceriler üzerinde bir etkisi vardır. b) sağlık ilgili bilgiyi kullanma uygulama faktörünün fonksiyonel beceriler üzerinde bir etkisi yoktur.	a) kabul b) ret



BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamında istatistiksel analizlerden elde edilen bulgulara dayanarak ulaşılan sonuçlar betimsel sonuçlar, path (yol) analiz sonuçları ve metodolojik sonuçlar olarak ayrı ayrı ele alınmış ve konuyla ilgili öneriler sunulmuştur.

5.1 Betimsel Sonuçlar

Bu araştırmanın sonuçları Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri kapsamında Bursa ilinde bulunan Aile Hekimliği Merkezlerine başvuran 18 yaş üstü ve hasta ve hasta yakınlarının sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 aşı okuryazarlığına ilişkin görüşlerini yansıtmaktadır.

Demografik bulgular incelendiğinde; katılımcıların %29,5'unun 18-25 yaş arasında olduğu görülmektedir. Cinsiyet olarak %51,5 ile kadın katılımcılar çoğunlukta yer almaktadır. Erkek katılımcıların %48,5 ile kadın katılımcılara yakın olduğu söylenebilir. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre %36,1'lik bir değer ile lise mezunlarının daha fazla olduğuna ulaşılmıştır. Katılımcıların %57,1'i evli iken, %42,7'si bekar olarak bulunmuştur. Meslek grubuna bakıldığında %56,3 ile özel sektörde çalışan katılımcıların çoğunlukta olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %29,8 değeri ile 2499 TL ve altında bir gelir düzeyine sahip olduğuna ulaşılmıştır. Katılımcıların çoğunun herhangi bir sağlık problemi olmadığı (82,4), büyük çoğunluğunda kronik bir hastalık olmadığı (82,2) görülmektedir. Öte yandan bir sağlık problemi yaşandığında katılımcıların çoğu (58,59) Aile Hekimliğine başvurduğu tespit edilmiştir. Diğer katılımcıların herhangi bir sağlık problemi yaşandığında sırasıyla (%28,3) devlet hastanesi, (12,4) özel hastane ve (0,7) üniversite hastanelerine başvurduğuna ulaşılmaktadır. Katılımcıların %92,0'si çevrelerinin tavsiyesi ile ilaç

kullanmadığını ve %89,5'i hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullandığını ifade etmiştir.

Betimleyici istatistik sonuçlarına göre; sağlık okuryazarlığı alt faktörlerin güvenilirlik katsayıları incelendiğinde “tedavi ve hizmet” faktörünün (0,890) en yüksek, “sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” faktörünün en düşük (0,746) olduğu görülmektedir. COVID-19 aşı okuryazarlığı ölçeğinin faktörleri incelendiğinde “iletişimsel/eleştirel beceriler” faktörü en yüksek güvenilirlik katsayısına sahiptir. Tüm faktörlerin güvenilirlik katsayılarının 0,60'dan yüksek olması ölçeklerin güvenilir olduğunun göstermektedir.

Açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre; sağlık okuryazarlığı 6 farklı alt boyuta ayrılmaktadır. Boyutlar incelendiğinde katılımcıların sağlık okuryazarlığı faktörlerini en iyi “Tedavi ve hizmet” temsil etmektedir. Bunu sırasıyla; “hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi”, “sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma”, “sağlıkla ilgili bilgiyi anlama”, “sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” ve “sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” boyutları takip etmektedir.

COVID-19 aşı okuryazarlığının açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre; iletişimsel/eleştirel beceriler ve fonksiyonel beceriler olarak 2 farklı boyuta ulaşılmıştır. Boyutlar incelendiğinde katılımcıların COVID-19 aşı okuryazarlığı faktörlerini en iyi “İletişimsel/eleştirel beceriler” temsil etmektedir.

Farklılık analizi sonuçlarına göre; Aile hekimliğine başvuran katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama faktörleri medeni duruma göre farklılık göstermektedir. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama faktörlerinde evli katılımcıların, bekar katılımcılara göre daha olumlu sonuç verdiği bulunmuştur.

Katılımcıların tedavi ve hizmet ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama faktörleri çevre tavsiyesi ile ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tedavi ve hizmet ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama faktörlerinin çevre

tavsiyesi ile ilaç kullanmayan katılımcılar, çevre tavsiyesi ile ilaç kullananlara göre daha olumlu bir algıya sahip olduğuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların tedavi ve hizmet, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama ve iletişimsel/eleştirel beceriler faktörlerinin hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanıp kullanmama durumuna göre farklılık göstermektedir. Tedavi ve hizmet, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama ve iletişimsel/eleştirel beceriler faktörlerinin hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullananların, hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanmayanlara göre daha olumlu bir algı içerisinde oldukları görülmektedir.

Katılımcıların sahip oldukları sağlık okuryazarlığı özelliklerine yönelik düşünceleri (hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi ve fonksiyonel beceriler) ile COVID-19 aşısı okuryazarlığına yönelik algıları, meslek gruplarına göre farklılaşmaktadır. Dolayısıyla katılımcıların sahip oldukları sağlık okuryazarlığı özelliklerine yönelik düşünceleri (hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi ve fonksiyonel beceriler) ile COVID-19 aşısı okuryazarlığına düzeylerine yönelik algıları, katılımcıların meslek gruplarına göre değişmektedir. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi faktöründe kamu grubunda çalışanların, ev hanımlarına göre daha olumlu bir algı içerisinde oldukları elde edilmiştir. Fonksiyonel beceriler faktörünün Scheffe sonuçlarına göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Montagni ve diğerlerinin (2021) yapmış olduğu çalışmada; katılımcıların sağlık okuryazarlığı özelliklerine yönelik düşünceleri ile COVID-19 aşısı tereddüdüne ilişkin algılarının meslek grubuna göre değiştiği tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada sağlıkla dışı bir alanda çalışan veya öğrenim gören kişilerin, aşısı ile ilgili tereddütlerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Katılımcıların sahip oldukları sağlık okuryazarlığı özelliklerine yönelik düşünceleri (hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme) ile COVID-19 aşısı okuryazarlığına yönelik algıları, sağlık problemi olduğunda ilk başvurduğu kurum gruplarına göre farklılaşmaktadır. Dolayısıyla katılımcıların sahip oldukları sağlık okuryazarlığı özelliklerine yönelik düşünceleri (hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi,

sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme) ile COVID-19 aşısı okuryazarlığına düzeylerine yönelik algıları, katılımcıların sağlık problemi olduğunda ilk başvurduğu kurum grubuna göre değişmektedir. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi faktöründe aile hekimliğine başvuran katılımcıların, üniversite hastanesine başvuranlara göre; özel hastaneye başvuranların, üniversite hastanesine göre daha olumlu bir algı içerisinde oldukları bulunmuştur. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma faktöründe aile hekimine başvuranların, devlet hastanesine başvuranlara göre daha olumlu olduğu bulunmuştur. Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme faktöründe aile hekimine başvuranların, devlet hastanesine başvuranlara göre daha olumlu sonuç verdiği elde edilmiştir.

Katılımcıların sahip oldukları sağlık okuryazarlığı özelliklerine yönelik düşünceleri (tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama ve iletişimsel/eleştirel beceriler) ile COVID-19 aşısı okuryazarlığına yönelik algıları, eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır. Dolayısıyla katılımcıların sahip oldukları sağlık okuryazarlığı özelliklerine yönelik düşünceleri (tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama ve iletişimsel/eleştirel beceriler) ile COVID-19 aşısı okuryazarlığına düzeylerine yönelik algıları, katılımcıların eğitim düzeylerine göre değişmektedir. Eğitim düzeyinin grupları arasında farklılığı ortaya koymak amacıyla yapılan Scheffe testi sonuçları bulunamamıştır.

Cinsiyet, herhangi bir sağlık problemi olup olmama ve herhangi bir kronik hastalık olup olmama değişkenleriyle ölçek faktörleri arasında T-testi yapılmış ancak cinsiyet, herhangi bir sağlık problemi olup olmama ve herhangi bir kronik hastalık olup olmama değişkenlerinin tüm kategorilerinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Yaş ve gelir düzeyi değişkenleriyle ölçek faktörleri arasında ANOVA testi yapılmış ancak yaş ve gelir düzeyi değişkenlerinin tüm kategorilerinde anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir.

5.2 Path (yol) analiz sonuçları

Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarından olan tedavi ve hizmet, katılımcıların COVID-19 aşısı okuryazarlığı boyutlarından olan “iletişimsel becerileri” istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde etkilediği; ayrıca COVID-19 aşısı okuryazarlığının diğer boyutu olan fonksiyonel becerileri pozitif yönde etkilediği ve hipotezin desteklenmediği tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarından olan hastalıklardan korunma sağlığın geliştirilmesi, katılımcıların COVID-19 aşısı okuryazarlığı boyutlarından olan “iletişimsel becerileri” istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde etkilediği; ayrıca COVID-19 aşısı okuryazarlığının diğer boyutu olan fonksiyonel becerileri pozitif yönde etkilediği ve hipotezin desteklenmediği tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarından olan sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, katılımcıların COVID-19 aşısı okuryazarlığı boyutlarından olan “iletişimsel becerileri” istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde etkilediği; ayrıca COVID-19 aşısı okuryazarlığının diğer boyutu olan fonksiyonel becerileri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarından olan sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, katılımcıların COVID-19 aşısı okuryazarlığı boyutlarından olan “iletişimsel becerileri” istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde etkilediği; ayrıca COVID-19 aşısı okuryazarlığının diğer boyutu olan fonksiyonel becerileri negatif yönde etkilediği ve hipotezin desteklenmediği tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarından olan sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, katılımcıların COVID-19 aşısı okuryazarlığı boyutlarından olan “iletişimsel becerileri” istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde etkilediği; ayrıca COVID-19 aşısı okuryazarlığının diğer boyutu olan fonksiyonel becerileri pozitif yönde etkilediği ve hipotezin desteklenmediği tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarından olan sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma uygulama, katılımcıların COVID-19 aşısı okuryazarlığı boyutlarından olan “iletişimsel becerileri” istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde etkilediği; ayrıca

COVID-19 aşı okuryazarlığının diğer boyutu olan fonksiyonel becerileri negatif yönde etkilediği ve hipotezin desteklenmediği tespit edilmiştir.

5.3 Metodolojik Sonuçlar

Pandemi döneminde daha da ihtiyaç duyulan sağlık okuryazarlığı kavramının önemi giderek artmaktadır. Sağlık okuryazarlığı kavramına dayanan aşı okuryazarlığı, COVID-19 aşılama isteğini etkilemektedir. Yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin COVID-19 aşı okuryazarlık düzeyleri artmaktadır. Sağlık okuryazarlığının düşük olması hastane yatış oranları ve maliyet giderlerini artırarak sağlık sistemlerini olumsuz etkilemektedir. Dünya çapında hızla yayılan ve ciddi kayıplara yol açan COVID-19 virüsü için aşılama oranlarının artırılması, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile mümkün olmaktadır. Bu çalışma kapsamında; sağlık okuryazarlığı düzeyleri Bursa'da bulunan Aile Hekimliği Merkezlerinin COVID-19 aşı okuryazarlığına önemli bir etki göstermektedir.

Araştırma sonucunda katılımcıların çoğunun gelir düzeyinin ve eğitim düzeyinin düşük olması sağlık okuryazarlığı düzeyinin COVID-19 aşı okuryazarlık düzeyini etkilemektedir. Çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığı ile COVID-19 aşı okuryazarlığı düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu ulaşılmıştır. Bu çalışmaya benzer olarak Lazarus vd. (2021), gelir düzeyinin COVID-19 aşı okuryazarlığını etkilediğini tespit etmiştir. Yapılan çalışmada gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların, gelir düzeyi düşük olan katılımcılara göre COVID-19 aşı olma isteklerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Sağlık okuryazarlığının COVID-19 aşısına olan etkisine yönelik Zhang vd. (2021) tarafından yapılmış bir çalışmada; sağlık okuryazarlığı düzeyinin, COVID-19 aşı tereddüdü ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada, yüksek sağlık okuryazarlık düzeyinin, COVID-19 aşısına karşı tereddütleri azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Zhang vd. (2022) yapmış olduğu bir çalışma modelinde, katılımcıların sağlık okuryazarlığına yönelik düşünceleri ile COVID-19 aşı tereddüdüne yönelik algıları, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve kronik bir hastalık olup olmama durumuna göre değiştiğini öne sürmüştür. Biasio vd. (2021) tarafından İtalya'da 18 yaş üstündeki kişilere yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; sağlık okuryazarlığı düzeylerinin aşı okuryazarlığına olan etkisi ile bulaşıcı hastalıkların ve aşılamanın değerinin daha iyi anlaşılacağı öne sürülmüştür. Ayrıca çalışmada COVID-

19 aşı okuryazarlığının iki boyutunun ifadelerinin dağılımı, bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. İletişimsel/eleştirel beceriler faktörü ve fonksiyonel beceriler faktörünün Cronbach's Alpha katsayıları sırasıyla 0,850 ve 0,762 olarak bulunmuştur (Biasio vd., 2021). Daşlı ve diğerlerinin (2022), COVID-19 salgınının sağlık okuryazarlığı üzerine etkisine dair yapmış oldukları bir alan araştırmasının ANOVA sonuçlarına göre; bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri eğitim düzeylerine göre farklılaştığı öne sürülmüştür. Ayrıca katılımcıların %84,5 değeri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını tercih ettiğine ulaşılmıştır. İfade edilen bu değere göre, katılımcıların koruyucu sağlık hizmetlerini tercih etme düzeyi yetersiz bulunmuştur. Daşlı vd. (2022) çalışmasından farklı olarak bu çalışmanın sonuçlarına göre %58,59 ile aile hekimi merkezini tercih etmesi, koruyucu sağlık hizmetleri bakımından yeterli düzeyde görülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı kavramı birçok faktörle ilişkilendirilmiştir. Bireylerin kendi sağlıklarını yönetilmesi için sağlık okuryazarlığı kavramı önemli kabul edilmektedir. Çağdaş toplumlarda sağlık sektörünün ihtiyaçlarını yerine getirilmek amacıyla sağlık okuryazarlığı kavramına odaklanılmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, sağlık sektöründe kalite koşullarının oluşturulması ve hem bireyin kendi sağlığı hem de toplumun sağlığı üzerinde önemli bir rol oynamaktadır (Çatı vd., 2018). Dolayısıyla bu araştırma literatüre, uygulayıcılara ve topluma önemli katkılar sağlamaktadır.

Bu araştırma Bursa ili Panayır Aile Sağlığı Merkezine başvuran sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan 18 yaş üstü hasta ve hasta yakınlarının COVID-19 düzeyine olan etkisi ortaya koymuştur. Dolayısıyla bu araştırma yalnızca Bursa ili Panayır Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş üstü hasta ve hasta yakınlarının görüşlerini ortaya koymaktadır. Araştırmanın sonuçları diğer il/ülke veya sektörlere genellenemez.

5.4 Öneriler

- COVID-19 virüsüne ilişkin bilgilerin herkesin anlayabileceği bir şekilde sunulmasının bireylerin erişimini kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

- Sosyal medya veya yerel/ulusal haberlerin yanlış ve yanıltıcı bilgilerin engellenmesinin teşvik edilmesi, güvenilir sağlık bilgilerini arttıracakı düşünölmektedir.
- Okul çağı dönemden üniversiteye kadar tüm eğitim düzeylerinde sağlık bilgisine odaklanılmasının, bireylerin duyarlılığını arttıracakı düşünölmektedir.
- Teknolojik yeniliklerden faydalanılmasının ve bireylerin ekonomik kaygılarının giderilmesinin pandemi dönemlerinde kurallara uyulmasını teşvik edeceğı düşünölmektedir.
- Bireylerin sağlık okuryazarlığı ile ilgili eğitim almasının koruyucu sağlık hizmetleri kullanımına pozitif etkileyeceğı düşünölmektedir.
- Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin, uzman sağlık çalışanları tarafından konu ile ilgili bilgilerin verildiğı bir programa/eğitime katılmasının teşvik edilmesi ile birlikte bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili bilgilere daha hakim olacağı düşünölmektedir.
- İnternet sitelerinde yer alan yanlış ve yanıltıcı bilgilerin yayılmasının engellenmesi ile bireylerin daha doğru kaynaklara erişim sağlayacağı düşünölmektedir.

KAYNAKÇA

1. Abrams, B. M. A., Kurtz-Rossi, S., Riddenburgh, A., Riddenburgh, A., & Savage, and B. (2015). Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change. *Journal of Research and Practice for Adult Literacy, Secondary, and Basic Education*, 4(3), 69–71.
2. Afacan, E., & Avcı, N. (2020). Koronavirüs (Covid-19) Örneği Üzerinden Salgın Hastalıklara Sosyolojik Bir Bakış. *Avrasya Sosyal ve Ekonomik Araştırmaları Dergisi (ASEAD)*, 7(5), 1–14.
3. Ahuja, K. K., Banerjee, D., Chaudhary, K., & Gidwani, C. (2021). Fear, Xenophobia And Collectivism As Predictors Of Well-Being During Coronavirus Disease 2019: An Empirical Study From India. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(1), 46–53. <https://doi.org/10.1177/0020764020936323>
4. Akca, A. (2019). *Hemşirelik Öğrencilerine Verilen Sağlık Okuryazarlığı Eğitiminin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
5. Akkuzu, H., Yumuşak, F. N., Karaman, G., Ladikli, N., Zeynep Türkkın, & Bahadır, E. (2020). The Reliability and Validity of Turkish Version of Coronavirus Anxiety Scale. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry and Psychology*, 2(2), 63–67. <https://doi.org/10.35365/ctjpp.20.2.09>
6. Allington, D., McAndrew, S., Moxham-Hall, V., & Duffy, B. (2021). Coronavirus Conspiracy Suspicions, General Vaccine Attitudes, Trust and Coronavirus Information Source as Predictors of Vaccine Hesitancy Among UK Residents During the COVID-19 Pandemic. *Psychological Medicine*, 1–12. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001434>
7. Andrus, M. R., & Roth, M. T. (2002). Health Literacy: A Review. *Pharmacotherapy*, 22(3), 282–302. <https://doi.org/10.1592/phco.22.5.282.33191>
8. Artan, T., Karaman, M., Atak, I., & Cebeci, F. (2020). Covid- 19 Salgımına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği 'nin Değerlendirilmesi. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 101–107.
9. Aslantekin Özçoban, F., Ergün, S., & Yasemin, E. A. (2021). Effects of Health

- Literacy Education on Adaptation to Pregnancy, Self-Efficacy, Fear of Childbirth and Health Literacy in Turkish Pregnant Women: A Randomized, Controlled Trial. *Health and Social Care in the Community*, 30(2), 1–13. <https://doi.org/10.1111/hsc.13690>
10. Ayaz-Alkaya, S., & Dülger, H. (2022). Fear of Coronavirus and Health Literacy Levels of Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Geriatric Nursing*, 43, 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.001>
 11. Baccolini, V., Isonne, C., Salerno, C., Giffi, M., Migliara, G., Mazzalai, E., ... & Villari, P. (2022). The Association Between Adherence To Cancer Screening Programs And Health Literacy: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Preventive Medicine*, 155, 106927.
 12. Balaban, B. G., Tanyeri, Y., Tokyay, B. K., İslambey, S., Şerefoğlu, B., Yolalan, G., & Koç, R. Ç. (2021). SARS-CoV- 2 'ye Karşı Geliştirilen Aşılar ve Üretim Metotları. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4(2), 14–32.
 13. Barnes, L. A. J., Barclay, L., Mccaffery, K., & Aslani, P. (2019). Women's Health Literacy And The Complex Decision-Making Process To Use Complementary Medicine Products In Pregnancy And Lactation. *Health Expectations*, 22(5), 1013–1027. <https://doi.org/10.1111/hex.12910>
 14. Barnes, L. A. J., Rolfe, M. I., Barclay, L., McCaffery, K., & Aslani, P. (2021). Demographics, Health Literacy and Health Locus of Control Beliefs of Australian Women Who Take Complementary Medicine Products During Pregnancy and Breastfeeding: A Cross-Sectional, Online, National Survey. *Health Expectations*, May, 1–17. <https://doi.org/10.1111/hex.13414>
 15. Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health Literacy: Applying Current Concepts To Improve Health Services And Reduce Health Inequalities. *Public health*, 132, 3-12.
 16. Batterham, R. W., Beauchamp, A., & Osborne, R. H. (2017). Health Literacy. İçinde *International Encyclopedia of Public Health* (C. 3, ss. 428–437). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00190-9>
 17. Badua, A. R., Caraquel, K. J., Cruz, M., & Narvaez, R. A. (2022). Vaccine literacy: A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*.

18. Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15(2), 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>
19. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
20. Bertram, M., Brandt, U. S., Hansen, R. K., & Svendsen, G. T. (2021). Does Higher Health Literacy Lead To Higher Trust In Public Hospitals? *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01528-w>
21. Biasio, L. R. (2019). Vaccine Literacy is Undervalued. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 15(11), 2552–2553. <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1609850>
22. Biasio, L. R., Bonaccorsi, G., Lorini, C., Mazzini, D., & Pecorelli, S. (2021). Italian Adults Likelihood of Getting COVID-19 Vaccine: A Second Online Survey. *Vaccines*, 9(3), 1–8. <https://doi.org/10.3390/vaccines9030268>
23. Biasio, L. R., Bonaccorsi, G., Lorini, C., & Pecorelli, S. (2021). Assessing COVID-19 Vaccine Literacy: A Preliminary Online Survey. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 17(5), 1304–1312. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1829315>
24. Bilgin, A., Kesik, G., & Özdemir, L. (2022). Biopsychosocial Factors Predicting Pain Among Individuals Experiencing the Novel Coronavirus Disease (COVID-19). *Pain Management Nursing*, 23(1), 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.11.001>
25. Bilgin, O. (2020). Koronavirüs (COVID-19) Farkındalık Ölçeği Geliştirilmesi : Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Electronic Turkish Studies*, 15(6).
26. Bodur, A. S., Filiz, E., & Kalkan, I. (2017). Factors Affecting Health Literacy in Adults: a Community Based Study in Konya, Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 100–109.
27. Bozkurt, H., & Demirci, H. (2019). Health Literacy Among Older Persons in

- Turkey. *Aging Male*, 22(4), 272–277.
<https://doi.org/10.1080/13685538.2018.1437901>
28. Brach, C., & Harris, L. M. (2021). Healthy People 2030 Health Literacy Definition Tells Organizations: Make Information and Services Easy to Find, Understand, and Use. *Journal of General Internal Medicine*, 36(4), 1084–1085. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06384-y>
29. Bruselius-Jensen, M., Bonde, A. H., & Christensen, J. H. (2017). Promoting Health Literacy In The Classroom. *Health Education Journal*, 76(2), 156–168. <https://doi.org/10.1177/0017896916653429>
30. Budak, F., & Korkmaz, Ş. (2020). COVID-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 1, 62–79.
31. Budiyanti, R. T., Permata, G. R. I., & Murni, M. (2021). Barrier Factors Related to COVID-19 Vaccine Literacy in Developing Countries: A Traditional Literature Review. *E3S Web of Conferences*, 317, 03018. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202131703018>
32. Buja, A., Grotto, G., Montecchio, L., De Battisti, E., Sperotto, M., Bertocello, C., Cocchio, S., Baldovin, T., & Baldo, V. (2021). Association Between Health Literacy and Dietary Intake of Sugar, Fat and Salt: A Systematic Review. *Public Health Nutrition*, 24(8), 2085–2097. <https://doi.org/10.1017/S1368980020002311>
33. Buot, J. B. L., & Dy, M. F. R. (2020). Adolescent Health Literacy, Social Media Exposure, and Perceived Health Status. *IAFOR Journal of Psychology & the Behavioral Sciences*, 6(1), 55–74. <https://doi.org/10.22492/ijpbs.6.1.04>
34. Büyüköztürk, Ş. (2020). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni Spss Uygulamaları Ve Yorum (28.Baskı) Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık
35. Carthery-Goulart, M. T., Anghinah, R., Areza-Fegyveres, R., Bahia, V. S., Dozzi Brucki, S. M., Damin, A., Formigoni, A. P., Frota, N., Guariglia, C., Jacinto, A. F., Kato, E. M., Lima, E. P., Mansur, L., Moreira, D., Nóbrega, A., Porto, C. S., Senaha, M. L. H., da Silva, M. N. M., Smid, J., ... Nitri, R. (2009). Performance Of A Brazilian Population On The Test Of Functional

- Health Literacy İn Adults. *Revista de Saude Publica*, 43(4), 631–638.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000031>
36. Büyüköztürk Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş. ve Demirel F. (2020). Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri (29.Basım). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık
37. Castro-Sánchez, E., Chang, P. W. S., Vila-Candel, R., Escobedo, A. A., & Holmes, A. H. (2016). Health Literacy and Infectious Diseases: Why Does it Matter? *International Journal of Infectious Diseases*, 43, 103–110.
<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.12.019>
38. Çatı, K., Karagöz, Y., Yalman, F., & Öcel, Y. (2018). Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *International Journal of Economic & Social Research*, 14
39. Caycho-Rodríguez, T., Vilca, L. W., Peña-Calero, B. N., Barboza-Palomino, M., White, M., & Reyes-Bossio, M. (2022). Measurement Of Coronaphobia İn Older Adults: Validation Of The Spanish Version Of The Coronavirus Anxiety Scale. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 57(1), 20–27.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.09.001>
40. Cesur, B., Özdemir, A., & Yurtsal, Z. B. (2015). Health Literacy and Promotion of Health. *Turkey at the Beginning of 21st Century: Past and Present*, 625–629.
41. Chakraborty, I., & Maity, P. (2020). COVID-19 Outbreak: Migration, Effects on Society, Global Environment and Prevention. *Science of the Total Environment*, 728, 138882. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138882>
42. Chaniaud, N., Jeanpierre, P., Laguette, V., & Loup-Escande, E. (2022). Impact of Psycho-Social Factors, E-health Literacy and Information Access on COVID-19 Vaccination Perceptions and Intentions: Online Survey. *Review of European Studies*, 14(2).
43. Chen, T., Dai, M., & Xia, S. (2022). Perceived Facilitators and Barriers to Intentions of Receiving the COVID-19 Vaccines Among Elderly Chinese Adults. *Vaccine*, 40(1), 100–106.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.11.039>

44. Cheng, J. W., & Nishikawa, M. (2022). Effects of Health Literacy in the Fight Against the COVID-19 Infodemic: The Case of Japan. *Health Communication*, 1-14.
45. Chew, L. D., Griffin, J. M., Partin, M. R., Noorbaloochi, S., Grill, J. P., Snyder, A., Bradley, K. A., Nugent, S. M., Baines, A. D., & Vanryn, M. (2008). Validation of Screening Questions for Limited Health Literacy in A Large VA Outpatient Population. *Journal of General Internal Medicine*, 23(5), 561–566. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0520-5>
46. Chinn, D. (2011). Critical Health Literacy: A Review and Critical Analysis. *Social Science and Medicine*, 73(1), 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.004>
47. Chung, E. H. (2014). Vaccine Allergies. *Clinical and Experimental Vaccine Research*, 3(1), 50. <https://doi.org/10.7774/cevr.2014.3.1.50>
48. Choukou, M. A., Sanchez-Ramirez, D. C., Pol, M., Uddin, M., Monnin, C., & Syed-Abdul, S. (2022). COVID-19 Infodemic And Digital Health Literacy In Vulnerable Populations: A Scoping Review. *Digital Health*, 8, 20552076221076927.
49. Coffman, R. L., Sher, A., & Seder, R. A. (2010). Vaccine Adjuvants: Putting Innate Immunity to Work. *Immunity*, 33(4), 492–503. <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2010.10.002>
50. Çopurlar, C., & Kartal, M. (2016). What is Health Literacy? How to Measure it? Why is it Important? *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 10(1), 40. <https://doi.org/10.5455/tjfmpe.193796>
51. Cornett, S. (2009). Assessing and Addressing Health Literacy. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3), 1–13. <https://doi.org/10.3912/ojin.vol14no03man02>
52. Correa-Rodríguez, M., Rueda-Medina, B., Callejas-Rubio, J. L., Ríos-Fernández, R., de la Hera-Fernández, J., & Ortego-Centeno, N. (2022). COVID-19 Vaccine Literacy in Patients with Systemic Autoimmune Diseases. *Current Psychology*, 1–16. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02713-y>
53. Costantini, H. (2021). COVID-19 Vaccine Literacy of Family Carers for Their Older Parents in Japan. *Healthcare (Switzerland)*, 9(8).

<https://doi.org/10.3390/healthcare9081038>

54. Daşlı, Y. , Bakırer, A. & Mısırlıoğlu, A. (2022). Covid-19 Salgınının Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Etkisi: Bir Alan Araştırması . Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi , 23 (2) , 585-597 . DOI: 10.37880/cumuiibf.1070217
55. De Gani, S. M., Berger, F. M. P., Guggiari, E., & Jaks, R. (2022). Relation of Corona-Specific Health Literacy To Use of and Trust in Information Sources During The COVID-19 Pandemic. *BMC Public Health*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12271-w>
56. Deb, B., Vilvadrinath, R., & Goel, S. (2021). COVID-19 Variants that Escape Vaccine Immunity: Global and Indian Context—Are More Vaccines Needed? *Journal of Biosciences*, 46(4), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s12038-021-00226-7>
57. Demir Uslu, Y., Yılmaz, E., & Altun, U. (2021). Sağlık Yönetimi ve İnsan Kaynakları Yönetimi Öğrencilerinin Covid-19'un Kontrolüne ve Aşısına Yönelik Algı ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 383–397. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.908459>
58. Demirli, P. (2018). *Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma :Edirne İli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
59. Dewalt, D. A., Dilling, M., Rosenthal, M. S., & Pignone, M. P. (2007). Low Parental Literacy Is Associated With Worse Asthma Care Measures in Children. *Ambulatory Pediatrics*, 7(1), 25–31.
60. Ditekemena, J. D., Nkamba, D. M., Mutwadi, A., Mavoko, H. M., Fodjo, J. N. S., Luhata, C., Obimpeh, M., Van Hees, S., Nachega, J. B., & Colebunders, R. (2021). COVID-19 Vaccine Acceptance in The Democratic Republic of Congo: A Cross-Sectional Survey. *Vaccines*, 9(2), 1–11. <https://doi.org/10.3390/vaccines9020153>
61. Duman, N., ALzaidi, Z., Aynekin, B., Taskin, D., Demirors, B., Yildirim, A., Sahin, I. O., Bilgili, F., Turanlı, E. T., Beccari, T., Bertelli, M., & Dundar, M. (2021). COVID-19 Vaccine Candidates and Vaccine Development Platforms

- Available Worldwide. *Journal of Pharmaceutical Analysis*, 11(6), 675–682.
<https://doi.org/10.1016/j.jpha.2021.09.004>
62. Durmuş, A., Akbolat, M., & Amarat, M. (2021). COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Cukurova Medical Journal*, 46(2), 732–741. <https://doi.org/10.17826/cumj.870432>
63. Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H. H., Demiray Ready, N., Çakır, B., & Akalın, E. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları*, 14–26.
64. Duygulu, S., Başaran Açıl, S., Kuruca Özdemir, E., & Erdat, Y. (2020). COVID-19 Salgını: Yönetici Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7, 34–46. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.776215>
65. Ehmann, A. T., Ög, E., Rieger, M. A., & Siegel, A. (2021). Work-Related Health Literacy: A Scoping Review to Clarify The Concept. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 2–25. <https://doi.org/10.3390/ijerph18199945>
66. Ekiz, D. (2020). Bilimsel Araştırma Yöntemleri (6.Basım). Ankara: Anı Yayıncılık.
67. Elmaoğlu, E., Sungur, M., Çelik, M., & Öztürk Çopur, E. (2021). Bireylerde COVID-19 Aşısına Yönelik Tutum ile COVID-19 Kontrolü Algısı Arasındaki İlişki. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 1, 337–353. <https://doi.org/10.33417/tsh.978616>
68. Esen, B. (2021). COVID-19 Salgını Döneminde Aşı Milliyetçiliği ve Türkiye'nin Aşı Diplomasisi. *Ekonomi, Politika & Finans Araştırmaları Dergisi*, 6, 1–17. <https://doi.org/10.30784/epfad.1026552>
69. Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inquiry (United States)*, 55, 1–17. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
70. Favaloro, E. J., Pasalic, L., & Lippi, G. (2022). Review and Evolution of Guidelines for Diagnosis of COVID-19 Vaccine Induced Thrombotic Thrombocytopenia (VITT). *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*,

- 60(1), 7–17. <https://doi.org/10.1515/cclm-2021-1039>
71. Felix, M. S., Kitcharoen, P., Le, T. N. P., Wei, M., Puspitasari, D. C., Guo, H., & Jin, W. (2021). Scoping Review: Influence of Cisgender Male and Female Genders on Health Literacy of The Elderly People. *Health and Social Care in the Community*, 1–15. <https://doi.org/10.1111/hsc.13604>
72. Finn, S., & O’Fallon, L. R. (2018). *Environmental health literacy*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-94108-0>
73. Folcarelli, L., Del Giudice, G. M., Corea, F., & Angelillo, I. F. (2022). Intention to Receive the COVID-19 Vaccine Booster Dose in a University Community in Italy. *Vaccines*, 10(2), 1–11. <https://doi.org/10.3390/vaccines10020146>
74. Freeman, D., Loe, B. S., Chadwick, A., Vaccari, C., Waite, F., Rosebrock, L., Jenner, L., Petit, A., Lewandowsky, S., Vanderslott, S., Innocenti, S., Larkin, M., Giubilini, A., Yu, L. M., McShane, H., Pollard, A. J., & Lambe, S. (2021). COVID-19 Vaccine Hesitancy in The UK: The Oxford Coronavirus Explanations, Attitudes and Narratives Survey (Oceans) II. *Psychological Medicine*, 1–15. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005188>
75. Galvin, A. M., Garg, A., Griner, S. B., Moore, J. D., & Thompson, E. L. (2022). Health Literacy Correlates to HPV Vaccination Among US Adults Ages 27–45. *Journal of Cancer Education*, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s13187-021-02123-x>
76. Genç, Ç. (2021). COVID-19 Pandemisinde Bilgi Edinme Kaynakları, Medya Kullanım Alışkanlıkları ve Aşıya Yönelik Tutumlar. *Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 36, 0–1. <https://doi.org/10.31123/akil>.
77. Gendler, Y., & Ofri, L. (2021). Investigating The Influence Of Vaccine Literacy, Vaccine Perception And Vaccine Hesitancy On Israeli Parents’ Acceptance Of The COVID-19 Vaccine For Their Children: A Cross-Sectional Study. *Vaccines*, 9(12). <https://doi.org/10.3390/vaccines9121391>
78. Gökkaya, D., Gürkan, D. Y., & Yorulmaz, R. (2022). Investigation of the Relationship between Fear of Coronavirus, Coronaphobia and Personality Traits. *Eastern Journal of Medicine*, 27(1), 173–181. <https://doi.org/10.5505/ejm.2022.24992>

79. Gözölü, K. (2018). *Sağlık Okuryazarlığı Ve Hekim - Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Örneği*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
80. Gül, H., Gülüm, M., İltter, B., Hasde, M., Şimşek, A. Ç., Bulut, Y. E., Şirin, H., Güzeldemirci, G. B., Koç, E. Y., Felekoğlu, Z., Leblebici, S. Y., & Topaç, O. (2020). COVID-19 Sürecinde Sağlık Çalışanları İçin Alınan Koruyucu Önlemlerin Etkisi. *Ankara Medical Journal*, 20(4), 1000–1015. <https://doi.org/10.5505/amj.2020.09825>
81. Gündüz, S. (2020). *Akademik Çalışmalarda İstatistik Uygulamaları* (1.Baskı) Ankara: Gazi Kitabevi
82. Gürbüz, S. ve Şahin, F.(2018). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (5.Basım).Ankara: Seçkin Yayıncılık.
83. Gürbüz, S. (2021). *AMOS ile Yapısal Eşitlik Modellemesi* (2.Baskı) Ankara: Seçkin Yayıncılık
84. Gusar, I., Konjevoda, S., Babić, G., Hnatešen, D., Čebihin, M., Orlandini, R., & Dželalija, B. (2021). Pre-vaccination COVID-19 Vaccine Literacy in A Croatian Adult Population: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph18137073>
85. Güven, A. (2016). *Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
86. Hadden, K. B., & Kripalani, S. (2019). Health Literacy 2.0: Integrating Patient Health Literacy Screening with Universal Precautions. *Health literacy research and practice*, 3(4), e280–e285. <https://doi.org/10.3928/24748307-20191028-02>
87. Hergenç, H. İ. (2011). *Kamu Sağlığı Enformasyonu (Bilgisi) Ve Sağlık İletişiminin, Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
88. Hesselink, G., Cheng, J., & Schoon, Y. (2021). A Systematic Review Of Instruments To Measure Health Literacy Of Patients In Emergency Departments. *Academic Emergency Medicine*, 1–12.

<https://doi.org/10.1111/acem.14428>

89. Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2010). Health Literacy and Health Communication. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(18), 1–5. https://doi.org/10.1007/978-3-319-50799-6_1
90. Işık, N. A., Çelik, G. K., & Ayran, G. (2022). Turkish validity and reliability of coronavirus anxiety scale. *Current Psychology*, November. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02552-3>
91. Islam, M. S., Siddique, A. B., Akter, R., Tasnim, R., Sujan, M. S. H., Ward, P. R., & Sikder, M. T. (2021). Knowledge, Attitudes and Perceptions Towards COVID-19 Vaccinations: A Cross-Sectional Community Survey in Bangladesh. *BMC Public Health*, 21(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11880-9>
92. İşler, A. O. (2019). *18-65 Yaş Arası Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinen Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir.
93. Isselhard, A., Lorenz, L., Mayer-Berger, W., Redaelli, M., & Stock, S. (2022). How Can Cardiac Rehabilitation Promote Health Literacy? Results from a Qualitative Study in Cardiac Inpatients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031300>
94. İzci, F. , Kulacoğlu, F. , Beştepe, E.(2021). Covid-19 Pandemisinde Toplum ve Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı ve Koruyucu Önlemler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 126-134.
95. Javad, M., Ebrahim, A., & Shirkhani, M. (2021). *Relationship between fear of coronavirus and death anxiety: Mediating role of behavioral inhibition system*. 171–180.
96. Joshi, G., Borah, P., Thakur, S., Sharma, P., Mayank, & Poduri, R. (2021). Exploring The COVID-19 Vaccine Candidates Against SARS-Cov-2 And Its Variants: Where Do We Stand And Where Do We Go? *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 1–27. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1995283>
97. Kalkan, M., Sökmen, A., & BIYIK, Y. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Dış

- Kaynak Kullanımı: Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü Uygulaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(2), 35-56.
98. Kaper, M. S., Reijneveld, S. A., van Es, F. D., de Zeeuw, J., Almansa, J., Koot, J. A. R., & de Winter, A. F. (2020). Effectiveness Of A Comprehensive Health Literacy Consultation Skills Training For Undergraduate Medical Students: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010081>
99. Kaper, M. S., Sixsmith, J., Reijneveld, S. A., & de Winter, A. F. (2021). Outcomes And Critical Factors For Successful Implementation Of Organizational Health Literacy Interventions: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 1–21. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211906>
100. Karabulut, N., & Abi, Ö. (2022). Primary School Teachers' Health Literacy Levels, Knowledge, And Attitudes Toward Childhood Epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 127, 2–7. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108511>
101. Karaca, P. P., Koyucu, R. G., & Aksu, S. Ç. (2022). The Relationship Between Pregnant Women's Anxiety Levels About Coronavirus And Prenatal Attachment. *Archives of Psychiatric Nursing*, 36(November 2021), 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.12.001>
102. Karaca, S.(2021). Bilimsel Araştırma Yöntemleri (1.Basım).Ankara: Gazi Kitabevi.
103. Karagöz, Y.(2019). SPSS VE AMOS Uygulamalı Nicel-Nitel-Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği (2.Basım). Ankara: Nobel.
104. Karakoç, C., & Demir, Ö. (2020). The Predictive Power of Turkish Teachers' Reflective Thinking Skills Perceptions in their Problem Solving Skills Perceptions. *International Journal of Education and Literacy Studies*, 8(3), 12. <https://doi.org/10.7575/aiac.ijels.v.8n.3p.12>
105. Karataş Z. (2020). COVID-19 Pandemisinin Toplumsal Etkileri, Değişim ve Güçlenme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 3–15.

106. Kayri, M. (2009). Araştırmalarda Gruplar Arası Farkin Belirlenmesine Yönelik Çoklu Karşılaştırma (Post-Hoc) Teknikleri. *Journal of Social Science*, 55, 22.
107. Ketrez, G., şirin, H., & Hasde, M. (2020). Geçmişten Günümüze Türkiye de Salgınlar. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 1(2), 98–106. <https://doi.org/10.54247/soyd.2020.11>
108. Korkut, S. (2021). Evaluation of Psychopathological Conditions, Corona Anxiety, Death Anxiety and Suicide Risk in Hemodialysis Patients During the COVID-19 Pandemic. *ResearchSquare*, 1–14.
109. Koster, E. S., Philbert, D., & Bouvy, M. L. (2015). Health Literacy Among Pharmacy Visitors In The Netherlands. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 27, 716–721. <https://doi.org/10.1002/pds.3803>
110. Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The Health Literacy Of America’s Adults: Results From The 2003 National Assessment Of Adult Literacy. *National Center for education statistics*, 6, 1–59.
111. Lazarus, J. V., Binagwaho, A., El-Mohandes, A. A. ., Fielding, J. E., Larson, H. J., Plasencia, A., Andriukaitis, V., & Ratzan, S. C. (2020). Keeping Governments Accountable: The COVID-19 Assessment Scorecard (COVID-SCORE). *Nature Medicine*, 26(7), 996–999. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0960-y>
112. Lazarus, J. V., Ratzan, S., Palayew, A., Billari, F. C., Binagwaho, A., Kimball, S., Larson, H. J., Melegaro, A., Rabin, K., White, T. M., & El-Mohandes, A. (2020). COVID-SCORE: A Global Survey To Assess Public Perceptions Of Government Responses To COVID-19 (COVID-SCORE-10). *PLoS ONE*, 15, 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240011>
113. Lee, H. Y., Zhou, A. Q., Lee, R. M., & Dillon, A. L. (2020). Parents’ Functional Health Literacy Is Associated With Children’s Health Outcomes: Implications For Health Practice, Policy, And Research. *Children and Youth Services Review*, 110(January), 104801. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104801>
114. Levic, M., Bogavac-Stanojevic, N., & Krajnovic, D. (2021). The Instruments Used to Assess Health Literacy and Pharmacotherapy Literacy of

- Diabetes Mellitus Type 2 Patients: A Scoping Review. *Frontiers in Public Health*, 9(September), 1–16. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.747807>
115. Lin, C. C., Kuo, C. T., & Tsai, M. R. (2022). Association Of Functional, Interactive, And Critical Health Literacy With Good Self-Rated Health Among Taiwanese Community-Dwelling Older Adults. *Geriatric Nursing*, 43, 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.007>
116. Mabachi, N. M., Cifuentes, M., Barnard, J., Brega, A. G., Albright, K., Weiss, B. D., Brach, C., & West, D. (2016). Demonstration Of The Health Literacy Universal Precautions Toolkit: Lessons For Quality Improvement. *Journal of Ambulatory Care Management*, 39(3), 199–208. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000102>
117. Macdonald, N., & Pickering, L. (2009). Canada's Eight-Step Vaccine Safety Program: Vaccine Literacy. *Canadian Paediatric Society*, 14(9), 605–608.
118. Mancuso, J. M. (2009). Assessment And Measurement Of Health Literacy: An Integrative Review Of The Literature. *Nursing and Health Sciences*, 11(1), 77–89. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x>
119. Maneesriwongul, W., Butsing, N., Visudtibhan, P. J., Leelacharas, S., & Kittipimpanon, K. (2022). Translation and Psychometric Testing of the Thai COVID-19 Vaccine Literacy Scale. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(1), 175–186.
120. Manganello, J. A. (2008). Health Literacy And Adolescents: A Framework And Agenda For Future Research. *Health Education Research*, 23(5), 840–847. <https://doi.org/10.1093/her/cym069>
121. Masiello, M. M., Harton, P., & Parker, R. M. (2020). Building Vaccine Literacy in a Pandemic: How One Team of Public Health Students Is Responding. *Journal of Health Communication*, 25(10), 753–756. <https://doi.org/10.1080/10810730.2020.1868629>
122. Matic, Z., & Šantak, M. (2022). Current View On Novel Vaccine Technologies To Combat Human Infectious Diseases. *Applied Microbiology and Biotechnology*, 106(1), 25–56. <https://doi.org/10.1007/s00253-021-11713-0>

123. McCleary-Jones, V. (2012). Assessing Nursing Students' Knowledge Of Health Literacy. *Nurse Educator*, 37(5), 214–217. <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e318262ead3>
124. McCray, A. T. (2005). Promoting Health Literacy. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12(2), 152–163. <https://doi.org/10.1197/jamia.M1687>
125. Michel, J. P., & Goldberg, J. (2021). Education, Healthy Ageing and Vaccine Literacy. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 25(5), 698–701. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1627-1>
126. Momeni, M., Mirmohammadkhani, M., & Ziari, A. (2020). Health Literacy In The Population Of Diabetic Patients In Iran: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 49(4), 617–627. <https://doi.org/10.18502/ijph.v49i4.3167>
127. Morawska, M. (2022). Reasons And Consequences Of COVID-19 Vaccine Failure In Patients With Chronic Lymphocytic Leukemia. *European Journal of Haematology*, 108(2), 91–98. <https://doi.org/10.1111/ejh.13722>
128. Munangatire, T., Tomas, N., & Mareka, V. (2022). Nursing Students' Understanding Of Health Literacy And Health Practices: A Cross-Sectional Study At A University In Namibia. *BMC Nursing*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00776-z>
129. Murphy, P. (1993). Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM): A Quick Reading Test for Patients. *Journal of Reading*, 37(2), 124–130.
130. Murray, T., Hagey, J., Willms, D., & Al, E. (2008). *Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding*. UCLA. Previously Published Works , Powered by the California Digital Library University of California <https://escholarship.org/uc/item/890661nm>
131. Nakayama, K., Osaka, W., Togari, T., Ishikawa, H., Yonekura, Y., Sekido, A., & Matsumoto, M. (2015). Comprehensive Health Literacy In Japan Is Lower Than In Europe: A Validated Japanese-Language Assessment Of Health Literacy. *BMC Public Health*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1835-x>

132. Narendranath, A., Krishna, V. N. V., & Akhila, J. (2022). A Brief Review on COVID-19 Vaccines. *Journal of Clinical and Pharmaceutical Research*, 2(1), 1–3.
133. Nath, R., Imtiaz, A., Nath, S. D., & Hasan, E. (2021). Role Of Vaccine Hesitancy, Ehealth Literacy, And Vaccine Literacy İn Young Adults' COVID-19 Vaccine Uptake İntention İn A Lower-Middle-İncome Country. *Vaccines*, 9(12), 1–13. <https://doi.org/10.3390/vaccines9121405>
134. Naveed, M. A., & Shaukat, R. (2022). Health Literacy Predicts COVID-19 Awareness And Protective Behaviours Of University Students. *Health Information & Libraries Journal*, 39(1), 46-58.
135. Nutbeam, D. (2000). Health Literacy As A Public Health Goal: A Challenge For Contemporary Health Education And Communication Strategies İnto The 21st Century. *Health Promotion İnternational*, 15(3), 265.
136. Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept Of Health Literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
137. Nyman, M. H., Nilsson, U., Dahlberg, K., & Jaensson, M. (2018). Association Between Functional Health Literacy And Postoperative Recovery, Health Care Contacts, And Health-Related Quality Of Life Among Patients Undergoing Day Surgery Secondary Analysis Of A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*, 153(8), 738–745. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.0672>
138. Okyay, P. (2020). COVID-19 Aşı Çalışmaları. *TürkTabipler Birliği Covid-19Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu*, 228–252.
139. Okyay, P., & Abacıgil, F. (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. *Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOYTR)*. MOH, Turkey.
140. Oleksy, T., Wnuk, A., Gambin, M., Łyś, A., Bargiel-Matusiewicz, K., & Pisula, E. (2022). Barriers And Facilitators Of Willingness To Vaccinate Against COVID-19: Role Of Prosociality, Authoritarianism And Conspiracy Mentality. A Four-Wave Longitudinal Study. *Personality and Individual Differences*, 190(January). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111524>

141. Oral, B. ve Çoban, A. (2020). Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri (1.Basım). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık
142. Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The Grounded Psychometric Development And İnitial Validation Of The Health Literacy Questionnaire (HLQ). *Journal of Clinical Monitoring and Computing*, 17(7–8), 393–402. <https://doi.org/10.1023/A:1026291218634>
143. Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., & Bilgel, N. (2010). Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464–477. <https://doi.org/10.1093/her/cyp068>
144. Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T., & Rudd, R. R. (2005). The Prevalence Of Limited Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 175–184. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x>
145. Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy To Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 19–26. <https://doi.org/10.5993/ajhb.31.s1.4>
146. Park, S., & Ahmed, R. (2021). Communication Dimensions of Healthcare Engagement and Patient Health Literacy for Immigrant Populations: A Systematic Review. *Health Communication*, 00(00), 1–14. <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.2010328>
147. Parker, R. M., & Ratzan, S. (2019). Re-enforce, Not Re-Define Health Literacy—Moving Forward with Health Literacy 2.0. *Journal of Health Communication*, 24(12), 923–925. <https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1691292>
148. Parlak, A. G., & Akgün Şahin, Z. (2021). Diyabet Hastalarında Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi. *Dünya Sağlık ve Tabiat Bilimleri Dergisi*, 4(2), 0–2.
149. Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health Literacy Revisited: What Do We Mean And Why Does İt Matter? *Health Promotion International*, 24(3), 285–296. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>

150. Pitts, P. J., & Freeman, E. (2021). Health Literacy: The Common Denominator of Healthcare Progress. *Patient, 14*(5), 455–458. <https://doi.org/10.1007/s40271-021-00537-9>
151. Pogue, K., Jensen, J. L., Stancil, C. K., Ferguson, D. G., Hughes, S. J., Mello, E. J., Burgess, R., Berges, B. K., Quaye, A., & Poole, B. D. (2020). Influences On Attitudes Regarding Potential COVID- 19 Vaccination In The United States. *Vaccines, 8*(4), 1–14. <https://doi.org/10.3390/vaccines8040582>
152. Praveen, S., Parmar, J., Chandio, N., & Arora, A. (2021). A Systematic Review Of Cross-Cultural Adaptation And Psychometric Properties Of Oral Health Literacy Tools. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910422>
153. Ratzan, S. C. (2011). Vaccine Literacy: A New Shot For Advancing Health. *Journal of health communication, 16*(3), 227–229. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.561726>
154. Ratzan, S. C. (2020). “Vaccine Communication in a Pandemic: Improving Vaccine Literacy to Reduce Hesitancy, Restore Trust and Immunize Communities”. *Journal of Health Communication, 25*(10), 745–746. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.1884774>
155. Reynolds, R., Scannell, M., Collins, S., & Colavita, J. (2022). Readability And Health Literacy Level Of Post-Exposure Prophylaxis Patient Education Materials Offered After Sexual Assault. *International Emergency Nursing, 61*(January), 101104. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101104>
156. Rezaei, N. (2022). *Coronavirus Disease*. Springer. <https://doi.org/10.1016/c2020-0-01739-1>
157. Risma, K. A. (2021). COVID-19 mRNA Vaccine Allergy. *Current opinion in pediatrics, 33*(6), 610–617. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000001077>
158. Robertson, J. S., Loizides, U., Adisa, A., López de la Rica Manjavacas, A., Rodilla, V., Strnadova, C., Weisser, K., & Balocco, R. (2022). International Nonproprietary Names (INN) For Novel Vaccine Substances: A Matter Of Safety. *Vaccine, 40*(1), 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.11.054>
159. Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). A Vision for a Health

- Literate Canada. *Canadian Council on Learning*. Report of the Expert Panel on Health Literacy
160. Rowlands, G., Khazaezadeh, N., Oteng-Ntim, E., Seed, P., Barr, S., & Weiss, B. D. (2013). Development And Validation Of A Measure Of Health Literacy In The UK: The Newest Vital Sign. *BMC Public Health*, *13*(1), 9–14. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-116>
161. Saboga-Nunes, L. A., Bittlingmayer, U. H., Orhan, O., & Sahrai, D. (2021). *New Approaches to Health Literacy*. Springer.
162. Santirocchi, A., Spataro, P., Costanzi, M., Doricchi, F., Rossi-Arnaud, C., & Cestari, V. (2022). Predictors of the Intention to Be Vaccinated against COVID-19 in a Sample of Italian Respondents at the Start of the Immunization Campaign. *Journal of Personalized Medicine*, *12*(1). <https://doi.org/10.3390/jpm12010111>
163. Sariyar, S., & Fırat Kılıç, H. (2019). Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *6*(2), 126–131.
164. Sayım, F. (2021). *Araştırma ve Tez Yazım Yöntemleri* (4.Baskı) Ankara: Seçkin Yayıncılık
165. Schönfeld, M. S., Pfisterer-Heise, S., & Bergelt, C. (2021). Self-Reported Health Literacy And Medication Adherence In Older Adults: A Systematic Review. *BMJ Open*, *11*(12), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056307>
166. Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2022). The Perils Of Misinformation: When Health Literacy Goes Awry. *Nature Reviews Nephrology*, 1–2. <https://doi.org/10.1038/s41581-021-00534-z>
167. Seale, H., Heywood, A. E., Leask, J., Sheel, M., Durrheim, D. N., Bolsewicz, K., & Kaur, R. (2020). Examining Australian Public Perceptions And Behaviors Towards A Future COVID-19 Vaccine. *BMC Infectious Diseases*, *21*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1101/2020.09.29.20204396>
168. Sezgin, D. (2014). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 73–92.
169. Shih, Y. L., Hsieh, C. J., Lin, Y. T., Wang, Y. Z., & Liu, C. Y. (2021).

- The Mediation Effect Of Health Literacy On Social Support With Exchange And Depression In Community-Dwelling Middle-Aged And Older People In Taiwan. *Healthcare*, 9(12). <https://doi.org/10.3390/healthcare9121757>
170. Singer, B. J., Thompson, R. N., & Bonsall, M. B. (2021). The Effect Of The Definition Of ‘Pandemic’ on Quantitative Assessments Of Infectious Disease Outbreak Risk. *Scientific Reports*, 11(1), 1-13.
171. Simnani, F. Z., Singh, D., & Kaur, R. (2022). COVID-19 Phase 4 Vaccine Candidates, Effectiveness On SARS-Cov-2 Variants, Neutralizing Antibody, Rare Side Effects, Traditional And Nano-Based Vaccine Platforms: A Review. *3 Biotech*, 12(1), 1–30. <https://doi.org/10.1007/s13205-021-03076-0>
172. Soejanto, I., Berlianty, I., & Prangawayu, N. (2021). Construction Of Community Perceptions On Government Effort In Managing The Covid-19 Pandemic: A Covid Score-10 Approach. *RSF Conference Series: Engineering and Technology*, 1(1), 136–143. <https://doi.org/10.31098/cset.v1i1.386>
173. Sohrabi, C., Alsafi, Z., O’Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., & Agha, R. (2020). World Health Organization Declares Global Emergency: A Review Of The 2019 Novel Coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*, 76, 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.02.034>
174. Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health Literacy And Public Health: A Systematic Review And Integration Of Definitions And Models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
175. Sönmez, V. ve Alacapınar, F.G. (2019). *Örneklendirilmiş Bilimsel Araştırma Yöntemleri (7.Basım)*. Ankara: Anı Yayıncılık.
176. Sungur, M. A., Gamsızkan, Z., & Sungur, D. H. (2021). A Short-Form Suggestion For The Turkish Version Of The European Health Literacy Survey Questionnaire: A Development And Validation Study In University Students. *Global Health Promotion*, 1–12. <https://doi.org/10.1177/17579759211064261>

177. Squiers, L., Peinado, S., Berkman, N., Boudewyns, V., & McCormack, L. (2012). The health literacy skills framework. *Journal of health communication, 17*(sup3), 30-54.
178. T.C.Sağlık Bakanlığı. (2018). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması* (<https://sgmm.saglik.gov.tr/Eklenti/39699/0/soya-rapor-1pdf.pdf>)
179. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9Fl%C4%B1k-hizmetleri.html>
180. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü (1.Baskı) Ankara: Anıl Matbaacılık
181. Tanasugarn, C. (2021). Knowledge and Health Literacy. *Thai Journal of Public Health, 51*(1), 1–6.
182. Tao, L., & Liu, J. (2019). *Healthcare Service Management: A Data-driven Systems Approach*. Springer.
183. Tekin, A. C. (2018). 1939- 1950 Yılları Arasında Türkiye 'de Veremle Mücadele Faaliyetleri. *Journal of Universal History Studies, 1*(1), 1–21.
184. Tekir, S. (2019). Erken Cumhuriyet Dönemi Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele (1923-1930). *Journal of Turkish Research Institute, 65*, 407–430. <https://doi.org/10.14222/turkiyat4095>
185. Thaker, J. (2021). The Persistence of Vaccine Hesitancy: COVID-19 Vaccination Intention in New Zealand. *Journal of Health Communication, 26*(2), 104–111. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.1899346>
186. Thompson, K. M., & Badizadegan, K. (2022). Health Economic Analyses Of Secondary Vaccine Effects: A Systematic Review And Policy Insights. *Expert Review of Vaccines, 1–16*. <https://doi.org/10.1080/14760584.2022.2017287>
187. Turhan, Z., Dilcen, H. Y., & Dolu, İ. (2021). The Mediating Role Of Health Literacy On The Relationship Between Health Care System Distrust And Vaccine Hesitancy During COVID-19 Pandemic. *Current Psychology, 1–10*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02105-8>

188. Türkoğlu, Ç. (2016). *Sağlık Okuryazarlığı İle Öz Bakım Gücü Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Isparta İli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
189. U.S. Department, of H. and H. S. (2018). America's Health Literacy: Why We Need Accessible Health Information. *Office of Disease Prevention and Health Promotion*, 4–5.
190. UNICEF. (2020). *Vaccine Misinformation Management*.
191. Üstün, Ç., & Özçiftçi, S. (2020). Effects of COVID-19 Pandemic on Social Life and Ethical Plane : An Evaluation Study. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 142–153. <https://doi.org/10.21673/anadoluklin.721864>
192. Uyar, M., Yıldırım, E. N., & Şahin, T. K. (2019). On Sekiz Yaş ve Üzeri Erişkin Bireylerin Aşılar ve Aşılama Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Flora the Journal of Infectious Diseases and Clinical Microbiology*, 24(4), 288–294. <https://doi.org/10.5578/flora.68195>
193. Van Der Gaag, M., Van Der Heide, I., Spreeuwenberg, P. M. M., Brabers, A. E. M., & Rademakers, J. J. D. J. M. (2017). Health Literacy and Primary Health Care Use of Ethnic Minorities in The Netherlands. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2276-2>
194. Vanderpool, R. C., Gaysynsky, A., & Chou, W. Y. S. (2020). Using A Global Pandemic As A Teachable Moment To Promote Vaccine Literacy And Build Resilience To Misinformation. *American Journal of Public Health*, 110, S284–S285. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305906>
195. Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. (2007). Functional Health Literacy And Health-Promoting Behaviour İn A National Sample Of British Adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(12), 1086–1090. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.053967>
196. Von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health Literacy And Health Actions: A Review And A Framework From Health Psychology. *Health Education and Behavior*, 36(5), 860–877. <https://doi.org/10.1177/1090198108322819>
197. Walker, J. M. (2016). *Vaccine Design: Methods and Protocols* (C. 1). Springer.

198. Walker, J., Pepa, C., & Gerard, P. S. (2010). Assessing The Health Literacy Levels Of Patients Using Selected Hospital Services. *Clinical Nurse Specialist*, 24(1), 31–37. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3181c4abd0>
199. Wang, X., Zhou, X., Leesa, L., & Mantwill, S. (2018). The Effect of Vaccine Literacy on Parental Trust and Intention to Vaccinate after a Major Vaccine Scandal. *Journal of Health Communication*, 23(5), 413–421. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1455771>
200. Wang, J., & Wang, X. (2019). *Structural equation modeling: Applications using Mplus*. John Wiley & Sons.
201. Westerlinck, P., & Coucke, P. (2021). Review Of Interactive Digital Solutions Improving Health Literacy Of Personal Cancer Risks In The General Public. *International Journal of Medical Informatics*, 154, 2–6. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104564>
202. White, S., & Dillow, S. (2005). Key Concepts And Features Of The 2003 National Assessment Of Adult Literacy. *National Center for Education Statistics*, 1–43.
203. World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
204. World Health Organization. (2013). Health Literacy. *BMJ (Clinical research ed.)*, 322(7301), 1542–1543.
205. World Health Organization. (2019). *International Travel And Health Chapter 6 - Vaccine-Preventable Diseases And Vaccines (2019 Update)* (C. 16, Sayı 39). <https://doi.org/10.7748/ns.16.39.49.s4>
206. World Health Organization. WHO Vaccines and Immunization (2022). Retrived from: https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1
207. World Health Organization. WHO Coronavirus disease (COVID-19) (2019). Retrived from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
208. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard (2022). Retrived from: <https://covid19.who.int/data>

209. World Health Organization. Improving health literacy (2021). Retrived from: <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>
210. World Health Organization, *Coronavirus disease (COVID-19) 2020*, https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
211. Yazıcı Topçu, T., & Aktaş, S. (2022). An Investigation of the Relationship between Health Literacy Levels of Pregnant Women and Their Perceptions of Traumatic Childbirth. *Social Work in Public Health*, 37(2), 195–207. <https://doi.org/10.1080/19371918.2021.1986450>
212. Yıldız, A. (2019). İşletme Alanında Nicel Araştırma Yöntemleri Ve Yayın Etiği Spss Komutlu (1.Basım). Ankara: Gazi Kitabevi.
213. Yüksel, A., Yanık, A. ve A.Ayazlar, R. (2015). Bilimsel Araştırma Yöntemleri: Kavramlar, Analizler, Araştırmalar (1.Basım). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
214. Zarcadoolas, C., Pleasant, A. F., & Greer, D. S. (2006). *Advancing Health Literacy* (Sayı 8). Jossey-Bass.
215. Zhang, M., Liang, Y., Yu, D., Du, B., Cheng, W., Li, L., Yu, Z., Luo, S., Zhang, Y., Wang, H., Zhang, X., & Zhang, W. (2022). A Systematic Review Of Vaccine Breakthrough Infections By SARS-Cov-2 Delta Variant. *International Journal of Biological Sciences*, 18(2), 889–900. <https://doi.org/10.7150/ijbs.68973>
216. Zhang, F., Zhang, H., Li, Y., Peng, S., Jiang, Y., & Jin, H. (2021). The Effect Of Health Literacy On COVID-19 Vaccine Hesitancy: The Moderating Role Of Stress. *medRxiv*.
217. Zhang, H., Li, Y., Peng, S., Jiang, Y., Jin, H., & Zhang, F. (2022). The Effect of Health Literacy on COVID-19 Vaccine Hesitancy among community population in China: The Moderating Role of Stress. *Vaccine*.

EKLER (Anket ve Gönüllü Olur Formu)



**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ**

ARAŞTIRMA ANKETİ

ANKET FORMU**SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ COVID-19 AŞI OKURYAZARLIĞINA ETKİSİ:
AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN HASTALAR ÜZERİNDE BİR
UYGULAMA ÖRNEĞİ**

Sayın ilgili;

Bu anket **Sağlık Okuryazarlığının COVID-19 Aşı Okuryazarlığına Etkisini ölçmek** için tasarlanmıştır.
Tüm kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Göstereceğiniz ilgi için çok teşekkür ederiz.

BİRİNCİ BÖLÜM DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaşınız nedir?

2. Cinsiyetiniz nedir?

Erkek Kadın

3.Eğitim durumunuz nedir?

- Okuryazar Değil
 Okuryazar
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Üniversite
 Yüksek Lisans/Doktora

4.Medeni durumunuz nedir?

- Evli
 Bekar

5.Mesleğiniz nedir?

6.Gelir düzeyiniz hangi aralıktadır?

- 2499 TL ve altı
 2500 - 3499 TL arası
 3500 - 4499 TL arası
 4500 - 5499 TL arası
 5500 TL ve üstü

7.Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?

- Evet Hayır

8.Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- Evet Hayır

9.Sağlık probleminiz olduğu zaman ilk önce hangi kuruma başvurursunuz?

- Aile Hekimliği Devlet Hastanesi Özel Hastane Üniversite Hastanesi

10.Çevrenizdekilerin tavsiyesi ile ilaç kullanır mısınız?

() Evet ()Hayır

11.Hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanır mısınız?

() Evet ()Hayır

İKİNCİ BÖLÜM**Aşağıdaki ifadelere katılım düzeyinizi 1'den 5'e kadar belirtilen rakamlara göre işaretleyiniz?**

<i>1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Ne Katılıyorum/Ne Katılmıyorum, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum</i>	1	2	3	4	5
1. Sağlığım ile ilgili bir şikâyetim olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulurum.	1	2	3	4	5
2. Sağlığım ile ilgili bir şikâyetim olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlarım.	1	2	3	4	5
3. Sağlığım ile ilgili bir şikâyetim olduğunda, bu konuda ailemin ya da arkadaşlarımın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendiririm.	1	2	3	4	5
4. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğimde, hangi doktora başvurmam gerektiğini araştırıp bulurum.	1	2	3	4	5
5. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğimde başvuruyu (randevu almak gibi) nasıl yapacağımı araştırıp bulurum.	1	2	3	4	5
6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğimde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu alırım.	1	2	3	4	5
7. Hastalıklarımın tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulurum.	1	2	3	4	5
8. Doktorumun hastalığımla ilgili açıklamalarını anlarım.	1	2	3	4	5
9. Doktorumun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendiririm.	1	2	3	4	5
10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarımı kullanırım.	1	2	3	4	5
11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmaya yönelik talimatları anlarım.	1	2	3	4	5
12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığıma karar verebilirim.	1	2	3	4	5
13. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlarım.	1	2	3	4	5
14. Hastanede ulaşmak istediğim birimin (laboratuar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulabilirim.	1	2	3	4	5
15. Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğime karar verebilirim.	1	2	3	4	5
16. Gerekli durumlarda ambulans çağırabilirim.	1	2	3	4	5
17. Doktorumun önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerimi yaptırım.	1	2	3	4	5
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığım için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulabilirim.	1	2	3	4	5
19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığım için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlayabilirim.	1	2	3	4	5
20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulabilirim.	1	2	3	4	5
21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlayabilirim.	1	2	3	4	5

22. Yaşım, cinsiyetim ve sağlık durumumla ilişkili olarak yaptırmam gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulabilirim.	1	2	3	4	5
23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlayabilirim.	1	2	3	4	5
24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar verebilirim.	1	2	3	4	5
25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığımı etkileyebileceğini düşündüğüm bilgileri anlayabilirim.	1	2	3	4	5
26. Yaşadığım çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirebilirim.	1	2	3	4	5
27. Yaşadığım çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulabilirim.	1	2	3	4	5
28. Gündelik davranışlarımdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığımı etkilediğini değerlendirebilirim.	1	2	3	4	5
29. Sağlığım için yaşam tarzımı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirebilirim.	1	2	3	4	5
30. Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilirim.	1	2	3	4	5
31. Aileme ya da arkadaşlarıma daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunabilirim.	1	2	3	4	5
32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlayabilirim.	1	2	3	4	5

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Aşağıdaki ifadelere katılım düzeyinizi 1'den 5'e kadar belirtilen rakamlara göre işaretleyiniz?

1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Ne Katılıyorum/Ne Katılmıyorum, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum					
COVID-19 aşılı veya mevcut aşılardaki bilgileri okurken veya dinlerken;					
1. Bilmediğim kavram/kelimelerle karşılaştım.	1	2	3	4	5
2. Aşı hakkındaki bilgileri/metinleri anlamakta zorlandım.	1	2	3	4	5
3. Aşı hakkındaki bilgileri/metinleri anlamak için zaman harcadım.	1	2	3	4	5
4. Aşı hakkındaki bilgileri/metinleri anlamama yardımcı olacak birine ihtiyaç duydum.	1	2	3	4	5
COVID-19 aşılı veya mevcut aşılardaki bilgileri araştırırken;					
5. Birden fazla bilgi kaynağını inceledim.	1	2	3	4	5
6. Aradığım bilgiyi buldum.	1	2	3	4	5
7. Bilgileri kullanma fırsatım oldu.	1	2	3	4	5
8. Aşılarda ne anladığımı doktorumla veya çevremdekilerle tartıştım.	1	2	3	4	5
9. Topladığım bilgilerin durumumla ilgili olup olmadığını düşündüm.	1	2	3	4	5
10. Kaynakların güvenilir olup olmadığını düşündüm.	1	2	3	4	5
11. Bilgilerin doğru olup olmadığını kontrol ettim.	1	2	3	4	5
12. Aşı olup olmayacağıma karar vermek için faydalı herhangi bir bilgi buldum.	1	2	3	4	5

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın Adı: Sağlık Okuryazarlığının COVID-19 Aşı Okuryazarlığına Etkisi: Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastalar Üzerinde Bir Uygulama

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.*

Çalışmanın Konusu ve Amacı: Araştırma kapsamında Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin COVID-19 aşı okuryazarlığına olan etkisi incelenecektir.

Çalışmada Yer Almanın Yararları Nelerdir?: COVID-19 pandemi ve COVID-19 aşılama süreçlerinin global etkisinin devam ediyor oluşu konunun önemini göstermektedir. İnsan hayatını etkileyen bulaşıcı hastalıkların sağlık hizmetinde önemli rol oynaması ile aile sağlığı merkezine başvuran hastalara yönelik çeşitli çalışmalar konunun önemini ortaya çıkaracaktır.

Kişisel Bilgilerim Nasıl Kullanılacak?: Çalışma araştırmacı tarafından kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı: Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum.

Gönüllü Tarih ve İmza:

Tüm katılımcılara, katkılarından dolayı teşekkür ederiz...