



The Impact of the Covid-19 Epidemic on Health Literacy: A Field Study

Yılmaz Daşlı^{1,a,*}, Alparslan Bakırer^{2,b}, Abdullah Mısırlıoğlu^{3,c}

¹Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Sivas Cumhuriyet University

²Institute of Social Sciences, Head of Health Institutions USA, Sivas Cumhuriyet University

³Department of Medical Services and Techniques, Vocational School of Health Services, Sivas Cumhuriyet University

*Corresponding author

Research Article

History

Received: 08/02/2022

Accepted: 07/03/2022

ABSTRACT

Human behavior in pandemics changes under the influence of many factors and causes various social consequences. Countries make interventions that affect public life in order to create the right health behaviors during pandemic periods. Society's response to these interventions is closely related to the level of health literacy. This study was conducted to examine the effect of the Covid-19 pandemic on the level of health literacy and the demographic dimensions of this effect. The research was applied to the participants aged 18 and over in the Sivas universe using the digital survey technique in the Whatsapp and Telegram sample. The sample of the study consisted of 633 people, and the selection was made with the stratified sampling method. Considering the findings obtained within the scope of the research, the average age of 633 individuals participating in the study was found to be 35.72 ± 10.03 years. When the vaccination status is examined by education level, 64.72% of the vaccinated individuals are associate degree/undergraduate, 21.69% graduate/doctorate, 11.70% high school, 1.72% primary school, and 0.17% is literate. Although it was understood that 54.5% of the participant individuals did not have Covid-19 Disease and 45.5% had this disease, it was seen that 91.8% of them had the Covid-19 Vaccine and only 8.2% did not have the vaccine. As a result of the research, the health literacy score was found to be 32.00 (limited-problematic category). In the study, it was found that women understand health-related information better than men, reading books/newspapers/magazines has a 1.5% effect on health literacy, and the level of education and preference for health organizations has a 5.3% effect. The proportion of those who had the disease in the unvaccinated was found 56%, and in the vaccinated people was found 45%. However, there was no significant difference between the health literacy score and the groups in the cases of passing the disease and being vaccinated.

Keywords: Covid-19 pandemic, Health literacy, Infodemic and pandemic

Covid-19 Salgınının Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Etkisi: Bir Alan Araştırması

Süreç

Gelis: 08/02/2022

Kabul: 07/03/2022

Öz

Pandemilerde insan davranışları birçok faktörün etkisiyle değişmekte ve çeşitli toplumsal sonuçlara neden olmaktadır. Ülkeler, pandemi dönemlerinde doğru sağlık davranışları oluşturmak için toplumsal hayatı etkileyen müdahalelerde bulunur. Toplumun bu müdahalelere verdiği tepki sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yakından ilişkilidir. Bu çalışma, Covid-19 pandemisinin sağlık okuryazarlığı düzeyine etkisini ve bu etkinin demografik boyutlarını incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, Sivas evreninde 18 yaş ve üzeri katılımcılara Whatsapp ve Telegram örnekleminde dijital anket tekniği ile uygulanmıştır. Araştırmada örneklemi 633 kişiden oluşmakta olup tabakalı örnekleme yöntemi ile seçim yapılmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen bulgulara bakıldığında çalışmaya katılan 633 bireyin yaş ortalaması $35,72 \pm 10,03$ yıl olarak bulunmuştur. Eğitim düzeylerine göre aşı durumu incelendiğinde aşıli bireylerin %64,72'si ön lisans/lisans, %21,69'u yüksek lisans/doktora, %11,70'i lise, %1,72'si ilköğretim ve %0,17'si okuryazardır. Katılımcı bireylerin %54,5'inin Covid-19 Hastalığı geçirmediği, %45,5'inin ise bu hastalığı geçirdiği anlaşılmakla birlikte, %91,8'inin Covid-19 Aşısı olduğu, sadece %8,2'lik kesimin aşı yaptırmadığı görülmüştür. Araştırma sonucunda sağlık okuryazarlığı puanı 32,00 (sınırlı-sorunlu kategori) olarak bulunmuştur. Araştırmada, kadınların erkeklere göre sağlıklı ilgili bilgiyi daha iyi anladığı, kitap/gazete/dergi okumanın sağlık okuryazarlığı üzerinde %1,5, eğitim düzeyi ve sağlık kuruluşları tercihinin ise %5,3 düzeyinde bir etkiye neden olduğu bulunmuştur. Aşısızlarda hastalığı geçirenlerin oranı %56, aşılarında %45 olarak bulunmuş, ancak sağlık okuryazarlığı puanı ile hastalığı geçirme ve aşılama durumlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Copyright

This work is licensed under
Creative Commons Attribution 4.0
International License

Anahtar Kelimeler: Covid-19 pandemisi, Sağlık okuryazarlığı, Infodemi ve pandemic

^a ydasli@cumhuriyet.edu.tr

^b https://orcid.org/0000-0001-6569-1103

^c 20209356007@cumhuriyet.edu.tr

^d https://orcid.org/0000-0001-9987-6448

^e misirlioglu@cumhuriyet.edu.tr

^f https://orcid.org/0000-0001-9987-6448

How to Cite: Daşlı, Y., Bakırer, A., Mısırlıoğlu A. (2022) The Impact of the Covid-19 Epidemic on Health Literacy: A Field Study, Journal of Economics and Administrative Sciences, 23(2): 585-597

Giriş

İlk ortaya çıktığı 1 Aralık 2019 tarihinden itibaren iki yıl geçmesine rağmen Covid-19 tüm dünya için halen büyük bir tehdittir. Salgınların tüm aşamaları belirsizliklerle doludur. Bu belirsizlik durumu insanları olduğu gibi ülkeleri de kaygılandırmakta ve onları radikal önlemler almaya itmektedir. Pandemi ile geçen iki yılda salgın, kendisini ciddiye almayan ülkelere büyük bedeller ödettirmiş ve bunun sadece ülkeler ile sınırlı olmadığını, küresel bir sorumluluk gerektirdiğini hatırlatmıştır. Küresel ve dinamik bir salgınla mücadele, karmaşık ve zor bir yönetim süreci gerektirir. Bu mücadelede; demokrasi, insan hakları ve uluslararası ilişkiler gibi meselelerde dikkatli davranmak, ülkenin ekonomik ve sosyokültürel yapısının gerektirdiği mücadele önlemlerini radikal bir biçimde uygulamak gerekirken pandemiler karşısında insanların verdiği tepkileri ve bu tepkilere neden olan faktörleri anlamak önemlidir.

“Pandemilerle mücadelede, yalnızca tıbbi yola güvenmekten ziyade vatandaşların davranışlarını değiştirerek daha fazlasını elde etmek mümkündür. Mevcut COVID-19 pandemisinde, salgını kontrol altına alma ve yeni enfeksiyon rakamlarını geri itme mücadelesi, nihayetinde vatandaşları ikincil bulaşma zincirleri oluşturmaktan nasıl kaçınacakları konusunda eğiterek kazanılacaktır. COVID-19 salgını, bireysel davranış ile grup riski arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır. Bu nedenle, bir ülkenin tüm nüfusunun tüm sosyal katmanlarının toplu eğitimi, pandemiye hafifletmede kritik öneme sahiptir” (Lopes ve McKay, 2020:1).

Bu noktada sağlık okuryazarlığının önemi ortaya çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşüklüğü, sağlık hizmetlerine erişme ve kullanma, verilen tıbbi tavsiyeleri anlama ve uygulama yetersizliği gibi birçok sorunu beraberinde getirmesinin yanı sıra pandemi karşısında yanlış sağlık davranışlarının gelişmesinde ve toplumda yanlış tepkilerin oluşumunda çok önemli bir role sahiptir. Zaten yetersiz olan sağlık okuryazarlığı düzeyine pandemi dönemlerinde pik yapan infodemi de eklenince pandeminin verdiği zarar katlanarak büyümektedir. Dünya Sağlık Örgütü Direktörü Tedros Adhanom Ghebreyesus 15 Şubat'ta Münih'teki Güvenlik Konferansında sadece bir salgınla değil aynı zamanda “infodemi” ile savaş halindeyiz sözleriyle dikkatleri infodemi kavramına yöneltmiştir (Ergen, 2020).

Bugüne kadar yapılan akademik çalışmalar, insanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile infodemi ve pandemiye verdikleri tepkilerin ilişkisi bağlamında yetersiz kalmaktadır. Bu araştırmanın literatüre katkısı pandemilerde sağlık okuryazarlığının önemi ve farkındalığın artırılması ile Covid-19 pandemisinde net olarak ortaya çıkan koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve infodemiye karşı etkin müdahalelerin gerektiği noktasında olacaktır.

Sağlık Okuryazarlığının Tanımları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1998 yılında yayınladığı *Sağlığı Geliştirme Sözlüğü* (Health Promotion Glossary) raporunda sağlık okuryazarlığını “Bireylerin, sağlığı geliştirecek ve sürdürececek şekillerde bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel

ve sosyal beceriler” (DSÖ, 1998) olarak tanımlamıştır. Ancak sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında S. K. Simonds tarafından Bir Sosyal Politika Olarak Sağlık Okuryazarlığı (Health Education as Social Policy) adlı makalede kaleme alınmıştır (Gör ve Utma, 2019:226).

Literatürde en sık kullanılan sağlık okuryazarlığı tanımları Çizelge (Çizelge 1) halinde verilmiştir (Sørensen ve ark., 2012:4):

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında yapılan bu çalışmada 1970 yılından bu yana 170 makalede yer alan sağlık okuryazarlığı tanımları içerik analizi ile incelenerek şu tanım oluşturulmuştur: “Sağlık okuryazarlığı okuryazarlıkla bağlantılıdır ve insanların günlük yaşamda sağlık bakımı, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviği ve geliştirilmesi ile ilgili yargılarda bulunmak ve kararlar almak, hayat boyunca yaşam kalitesini korumak için sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterliliklerini içerir” (Sørensen ve ark., 2012:3).

Sağlık Okuryazarlığı Boyutları ve TSOY-32 Ölçeği

HLS-EU çalışmasında sorular kavramsal çerçeveye dayanan bir matris yardımıyla geliştirilmiştir. Bu matris sağlık okuryazarlığını üç boyut ve dört süreç olmak üzere toplam on iki bileşenle değerlendirmektedir. Boyutlar, Tedavi ve Hizmet Boyutu, Hastalıklardan Korunma Boyutu ile Sağlığın Geliştirilmesi Boyutudur. Süreçler ise, Bilgiyi Anlama, Bilgiyi Kullanma, Bilgiyi Değerlendirme ve Bilgiyi Kullanma/Uygulama olarak tanımlanmıştır (Okyay ve Abacıgil, 2016:19).

Bu boyutların üzerinde 2012 yılında oluşturulan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi “The European Health Literacy Survey (HLS-EU)” Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında Türkçe’ye uyarlanarak gerekli çalışmalar yapılmış, 47 soru 32 soruya indirilerek Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi boyutları birleştirilmiş ve bu çalışma sonucunda Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ortaya çıkmıştır.

Pandemilerde Sağlık Okuryazarlığı

Salgınların beraberinde getirdiği belirsizlik insan davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Politika geliştiricilerin salgınlar karşısındaki yetersiz aktiviteleri de bu belirsizlikten kaynaklanmaktadır. Hükümetler tarafından pandemi dönemlerinde geliştirilen politikaların işlevsel olabilmesi için halkın sağlık okuryazarlığı düzeyinin hesaba katılması ve kararların bu düzey doğrultusunda alınması gereklidir. İki yıldır devam eden, düzensiz karakterli, yaşamın tüm boyutlarını etkileyen ve yıkıcı sonuçları olan Covid-19 pandemisi karşısında çoğu ülkelerin salgın karşısındaki çaresizlik ve acemilikleri sağlık okuryazarlığı ve infodemi kavramlarının önemine işaret etmektedir.

Pandemi dönemlerinde hükümetlerin yanı sıra bireylere de önemli görevler düşmektedir. Bireyler; öncelikle salgını ciddiye almalı, toplumsal sorumluluklarını bilmeli ve yetkili merciler tarafından getirilen çeşitli

uygulamalara ve kısıtlamalara uymalıdır. Pandemilerde uygulama ve kısıtlamalara halkın verdiği tepkiler birlikte yaşama kültürü ile orantılı bir mesafede ilerler. Özellikle ABD gibi sağlık sistemleri sorunlu, sağlık alt yapısı yetersiz ve hizmet sunumu eşit olmayan ülkelerde dezavantajlı ve savunmasız grupların fazlalığı, sosyal sınıflar arasındaki gelir uçurumu gibi birçok nedenle sosyal patlama her an kapıdadır. Çünkü sağlıkla gelir düzeyi arasında yüksek bir korelasyon bulunmaktadır.

COVID-19 salgını sırasında insanların, özellikle de yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmayanların, kendi ve ilgilendikleri kişilerin sağlık bilgilerine erişme, analiz etme ve uygulama konusunda yeterli imkana sahip olmaları önemlidir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı, mevcut pandemiyi ve gelecekteki potansiyel salgınları azaltmak ve kontrol altına almak için sosyal sorumluluk ve sağlamlığın temel bir unsurudur ve hem bilgi alıcıları hem de sağlayıcılar için işlevsel bir araç olarak kullanılabilir (Köksal, 2021:48).

Sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksekliği gelişmiş ülkelerde dahi görülen bir sorundur. Bir ülke ne kadar gelişmiş ve sağlık hizmetlerine erişim ne kadar kolay olursa olsun, bireylerin kendi sağlıklarını korumaya yönelik

davranışları ve farkındalıkları yani sağlık okuryazarlığı gelişmediği sürece pandemilerle başa çıkmak kolay olmayacaktır.

"Bulgular, müdahale çalışmalarının belirli demografik gruplara ve pandemik hastalığa yönelik algılanan tehdit seviyelerini yükseltmeye ve buna karşı korunmak için tasarlanan önlemlerin etkinliğine olan inancına odaklanması gerektiğini göstermektedir. Bu müdahale çalışmalarında da sağlık okuryazarlığı düzeyi ve buna uygun iletişim stratejileri, salgın kontrolünde öncelik verilmesi gereken konulardandır" (Özkan vd., 2020:109).

Ülkemizde sosyal medya aracılığı ile yayılan bu iddiaların benzerleri tüm dünyada görülebilmektedir. Bu iddialar kültür düzeyine göre farklılık göstermekle birlikte politika geliştiricilerin salgınla mücadelesini aksatmaktadır. Örneğin, "İtalyan Başbakanlığının resmî açıklamasından birkaç saat önce CNN Televizyonu tarafından Lombardiya bölgesinin kapatılacağı tahmininin yayınlanması neticesinde Lombardiya'dan güney bölgelere kaçmak için trenleri ve havaalanlarını aşırı kalabalık hale getiren insanlar neticesinde salgınların kontrol altına alınması zorlaşmış ve potansiyel olarak bulaşıcılık artmıştır" (Cinelli ve ark., 2020).

Çizelge 1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımları
Table 1. Definitions of Health Literacy

Don Nutbeam (2000)	"Bireylerin, sağlığı geliştirmek ve sürdürmek için bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma yeteneğini belirleyen kişisel, bilişsel ve sosyal beceriler"
Amerikan Tıp Enstitüsü (2004)	"Bireylerin uygun sağlık kararları vermek için gerekli olan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesi"
Kickbusch, Bekle ve Maag (2005)	"Evde, toplumda, işyerinde, sağlık sisteminde, piyasada ve siyasi arenada günlük yaşam bağlamında sağlıklı sağlık kararları verme yeteneği. İnsanların sağlıkları üzerindeki kontrolü, bilgi arama yetenekleri ve sorumluluk alma yetenekleri"
Zarcadoolas, Pleasant & Greer (2003, 2005, 2006)	"İnsanların bilinçli seçimler yapmak, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için sağlık bilgilerini ve kavramlarını aramak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için geliştirdikleri geniş beceri ve yeterlilikler yelpazesi"
Paasche-Orlow ve Wolf (2006)	"Bireyin sağlıkla ilgili kararlar almak için gerekli becerilere sahip olması, bu da sağlık okuryazarlığının her zaman yerine getirilmesi gereken belirli görevler bağlamında incelenmesi gerektiği anlamına gelir. Sağlık okuryazarlığının bağlamsal olarak değerlendirilmesinin önemi vurgulanmalıdır"
AB Komisyonu (2007)	"Sağlıklı yargılar oluşturmak için sağlık bilgilerini okuma, filtreleme ve anlama yeteneği"
Pavlekoviç (2008)	"Temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinme, yorumlama ve anlama kapasitesi ve bu bilgileri sağlığı geliştirmek için kullanma yetkinliği"
Rootman & Gordon-Elbihbety (2008)	"Yaşam boyunca çeşitli ortamlarda sağlığı geliştirmenin, sürdürmenin ve iyileştirmenin bir yolu olarak bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve iletme yeteneği"
Ishikawa ve Yano (2008)	"Sağlık sistemi ile etkileşimlerle ilgili bilgi, beceri ve yetenekler"
Mancuso (2008)	"Kişinin yaşamı boyunca gelişen ve kapasite, kavrayış ve iletişim özelliklerini kapsayan bir süreç. Sağlık okuryazarlığının nitelikleri, sağlık okuryazarlığını elde etmek için gereken yetkinlikler içinde yerleşik olan beceriler, stratejiler ve yeteneklerle bütünleştirilir ve ondan önce gelir"
Avustralya İstatistik Bürosu (2008)	"Uyuşturucu ve alkol, hastalık önleme ve tedavi, güvenlik ve kaza önleme, ilk yardım, acil durumlar ve sağlıklı kalma gibi sağlık konularıyla ilgili bilgileri anlamak ve kullanmak için gerekli bilgi ve beceriler"
Yost ve ark. (2009)	"Bireylerin sağlıkla ilgili basılı materyalleri okuma ve anlama, grafik biçiminde (Çizelgeler, grafikler ve çizelgeler) sunulan bilgileri tanımlama ve yorumlama ve uygun sağlık ve bakım kararlarını vermek için aritmetik işlemleri gerçekleştirme kapasitesine sahip olma derecesi"

Çizelge 2. Araştırmaya Ait Bulgular

Table 2. Findings of the Study

Cinsiyet	Sayı (n=633)	%	Okuma Durumu	Sayı (n=633)	%
Kadın	395	62,4	Hiç Okumayan	39	6,2
Erkek	238	37,6	Az Okuyan	103	16,3
Yaş			Ortalama Düzeyde Okuyan	210	33,2
18-35	306	48,3	İyi Düzeyde Okuyan	140	22,1
36-52	293	46,3	Çok Okuyan	141	22,3
53+	34	5,6			
			Aile Hekimini Tanıma		
			Evet	553	87,4
			Hayır	80	12,6
			Aile Hekimini Ziyaret		
			Hiç Gitmeyen	190	30
			1-4 Kez	362	57,2
			5-9 Kez	64	10,1
			10-14 Kez	11	1,7
			15-19 Kez	2	0,3
			20 ve Üzeri	4	0,6
			Sağlık Kuruluşu Tercihi		
			Aile Hekimi	98	15,5
			Devlet Hastanesi	296	46,8
			Üniversite veya Eğitim Araştırma Hastanesi	99	15,6
			Özel Hastane	138	21,8
			Muayenehane	2	0,3
			En Fazla Başvuru Nedeni		
			Koruyucu Sağlık Hizmeti Almak	120	19
			İlaç Yazdırmak	130	20,5
			Kronik Hastalıkların Takibi	83	13,1
			Acil Durumlar	249	39,3
			Diğer	51	8,1
			Hasta Olduğunda İlk Olarak		
			Doktora Gidenler	223	35,2
			Evdeki İlaçları Kullananlar	147	23,2
			Çevresindekilere Danışanlar	17	2,7
			Eczaneye Danışanlar	143	22,6
			Bir şey Yapmayanlar	59	9,3
			Diğer	37	5,8
			Sağlık Bilgisi İhtiyacı Olduğunda İlk Kaynak		
			Televizyon	2	0,3
			İnternet	310	49
			Doktor	283	44,7
			Hemşire	17	2,7
			Eczacı	13	2,1
			Diğer Sağlık Çalışanı	7	1,1
			Diğer	1	0,02
			Hastalıkla İlgili İkinci Bir Görüş İsteği		
			Evet	495	78,2
			Hayır	138	21,8
			İkinci Bir Görüş İsteği Sebebi Olarak		
			Doktoru Anlamama	33	5,2
			Doktorun Yeterince Bilgi Vermemesi	93	14,7
			Doktora Güven Duymama	22	3,5
			Konulan Teşhisi İkinci Bir Doktora Onaylatma	333	52,6
			Diğer	14	2,2

Almanya'da 16 yaş ve üzeri katılımcılardan oluşan bir kesitsel temsili çalışma, çevrimiçi bir anket kullanılarak yapılmış, bu çalışmada sağlık okuryazarlığı düşük olanlar arasında koronavirüs bilgileriyle ilgili kafa karışıklığı önemli ölçüde daha yüksek çıkmıştır. "Bu, bilgi salgınları sırasında

bilgi ortamlarında daha iyi gezinme, dezenformasyonun belirlenmesi ve güvenilir bilgilere dayalı karar verme için hedeflenen halkı bilgilendirme kampanyaları ve nüfusa dayalı sağlık okuryazarlığının teşvik edilmesini gerektirdiği sonucuna ulaşılmıştır" (Okan ve ark., 2020:1).

Sağlık okuryazarlığı, Covid-19 ile ilgili güvenilir bilgiler ile yanlış bilgiler arasında ayırım yapmayı kolaylaştırabilir, sağlık bilgileri ve sağlık hizmetleri kaynaklarında gezinmeye yardımcı olur ve sağlık okuryazarlığı, insanları bilinçli sağlık kararları alma ve sağlıklı ve koruyucu davranışlar uygulama konusunda güçlendirir. Bununla birlikte, sağlık okuryazarlığı ilişkisel bir kavramdır ve sistem düzeyinde sağlık okuryazarlığı, bilgi ve hizmet sağlayıcıların sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık okuryazarlığı kadar önemlidir (Okan ve ark., 2020:2).

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma Sivas İlinde 18 yaş ve üzeri katılımcı profili olan Whatsapp ve Telegram platformlarından yararlanılarak dijital anket tekniği ile yapılmıştır. Araştırmada anket formunda “yaşadığı yer” Sivas şehrini seçenler örnekleme alınmış farklı şehirleri seçen 96 kişi örnekleme dahil edilmemiştir. Örneklem tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiş, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi Sivas ilidir. Örneklem büyüklüğünü hesaplamada Bartlett, Körtlik ve Higgins (2001: 46)'in geliştirdiği ve Gürbüz ve Şahin (2018:129) tarafından uyarlanan formül (Formül-1) kullanılmıştır. Buna göre asgari örneklem büyüklüğü 384 olarak bulunmuş ise de örneklem büyüklüğü arttıkça güvenilirlik de artacağından 650 kişiye anket uygulanmış, 633 kişinin anketi geçerli sayılmıştır.

Formül 1. Sağlık Okuryazarlığı İndeksi

$$\text{indeks} = (\text{ortalama} - 1) \times \left(\frac{50}{3}\right)$$

$$\text{indeks} = (2,92 - 1) \times \left(\frac{50}{3}\right) = 32,00$$

Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanmasında beşli likert ölçeği ile oluşturulan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve 22 soruluk demografik veri anketi kullanılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.00 paket programı kullanılmıştır. Birçok testte temel varsayım olan normallik varsayımı için SPSS paket programından yararlanılmıştır. Analiz sonucu Kolmogorov-Smirnow normallik testinde (Sig=0,000) verilerin normal dağılıma uymadığı görülmüştür (P<0,05). Tabachnick ve Fidell'e (2013) göre çarpıklık ve basıklık değerleri -1.5 ile +1.5 aralığındaise verilerin normal dağılıma uygun olduğunu kabul edilir (Erbay ve Beydoğan, 2017:250) Bu araştırmada çarpıklık ve basıklık değerleri (-0,430, 0,231)

aralığında olduğundan verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir.

Araştırmada ayrıca gruplar arası anlamlılığı tespit ederken P=0,05 sınır değer olarak kabul edilmiş olup, bu değer altı istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Nicel verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımları yerine getirildiğinden bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Varyans Analizi, Tukey testi, Korelasyon ve Regresyon Analizleri uygulanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurul Başkanlığı'na 21_11_38 başvuru numarasıyla etik kurul onayı için başvurulmuş ve kurulun 02.12.2021 tarih ve E-60263016-050.06.04-102751 sayılı yazısı ve 33 nolu kararı ile uygun görülmüştür.

Araştırma Soruları

- Covid-19 Pandemisinin Sağlık Okuryazarlığı düzeyi üzerinde bir etkisi var mıdır?
- Covid-19 Pandemisi Sağlık Okuryazarlığı Boyutlarından hangisini/hangilerini etkilemektedir?
- Covid-19 Hastalığına yakalanan ve yakalanmayan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Covid-19 Aşısı olan ve olmayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklı mıdır?
- Demografik değişkenlerle sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki var mıdır?
- Demografik değişkenler sağlık okuryazarlığı boyutlarından hangisini/hangilerini etkilemektedirler?

Bulgular

Araştırmaya ait bulguların frekans ve oranları Çizelge 2'de verilmiştir. Araştırmaya kabul edilen 633 bireyin yaş ortalaması 35,72 ± 10,03 yıl olarak bulunmuştur.

Eğitim düzeylerine göre aşı durumu incelendiğinde aşıli bireylerin %64,72'si ön lisans/lisans, %21,69'u yüksek lisans/doktora, %11,70'i lise, %1,72'si ilköğretim ve %0,17'si okuryazardır.

Katılımcı bireylerin %54,5'inin Covid-19 Hastalığı geçirmediği, %45,5'inin ise bu hastalığı geçirdiği anlaşılmalı birlikte, %91,8'inin Covid-19 Aşısı olduğu, sadece %8,2'lik kesimin aşı yaptırmadığı görülmüştür.

Covid-19 hastalığı geçiren 288 kişiden %81'inin yaşadığı evde hastalığı geçiren yakınının olduğu, hastalığa yakalanmayan 345 bireyin ise %64'ünün yaşadığı evde hastalığı geçiren yakınının olmadığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde Covid-19 hastalığı geçirme durumuna göre aşı olup olmama durumu çapraz çizelgelerle karşılaştırıldığında; aşı olmayan bireylerden hastalığı geçirenlerin oranı %56 iken aşıli bireylerde hastalığı geçirme oranı %45 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3. Sağlık Okuryazarlığı Kategorilerine Göre Frekanslar

Table 3. Frequencies by Health Literacy Categories

Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri	Sayı	%
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	141	22,3
Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	207	32,7
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	168	26,5
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	117	18,5

Çizelge 4. Cinsiyet ve Eğitim Düzeylerine Göre Sağlık Okuryazarlığı

Table 4. Health Literacy by Gender and Education Levels

Cinsiyet	Eğitim Düzeyi	Ortalama Sağlık OP.
Kadın	İlk Öğretim	21,09
	Lise	29,49
	Ön Lisans / Lisans	32,86
	Yüksek Lisans / Doktora	35,17
	Toplam	32,56
Erkek	İlk Öğretim	25,35
	Lise	28,99
	Ön Lisans / Lisans	29,88
	Yüksek Lisans / Doktora	35,95
	Toplam	31,25

OP.: Okuryazarlık Puanı

Çizelge 5. Sağlık Okuryazarlığı Boyut ve Süreçlerine Göre Puanlama

Table 5. Scoring by Health Literacy Dimensions and Processes

Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutları	Puan	SD ±
Tedavi ve Hizmet Boyutu	32,90	10,88
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın	31,26	11,80
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Süreci	33,39	11,35
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Süreci	33,24	11,55
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Süreci	30,58	11,46
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma Süreci	31,15	11,51
Genel	32,06	10,78

Bireylerin genel olarak kitap, dergi, gazete vb. okuma sıklığı incelendiğinde; hiç okumam diyenlerden aşı olmayanların oranı %18 iken çok okurum diyen bireylerden aşı olmayanların oranı %6 olarak görülmüştür.

Bireylerin sağlık kuruluşu tercihlerine göre Covid-19 aşı durumları incelendiğinde; Devlet Hastanelerini tercih eden bireylerin %47'sinin, Özel Hastaneleri tercih eden bireylerin %22'sinin Aile Hekimini ve Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerini tercih eden bireylerin %15'inin ve aşı olduğu görülmüştür.

Bireyler hasta olduklarında ilk ne yaptıkları sorulduğunda; doktora ve hastaneye gitmek yerine, çevresindekilere danışanlardan Covid-19 hastalığı geçirenlerin oranı %59, diğer seçeneğini işaretleyenlerden Covid-19 hastalığı geçirenlerin oranı %57 bulunmuştur. Buna karşılık Doktora Giderim seçeneğini işaretleyenlerde hastalık geçirenlerin oranı %43 olarak görülmektedir.

Aynı soru Covid-19 aşısı olma penceresinden incelendiğinde; çevremdekilere danışım ve hastaneye giderim seçeneklerini işaretleyen bireylerin %94'ünün, doktora giderim seçeneğini işaretleyen bireylerin %92'sinin aşı olduğu, eczaneye danışım, bir şey yapmam

ve diğer seçeneklerini işaretleyen bireylerin ise %86 oranında aşı oldukları görülmüştür.

Sağlık Okuryazarlığı Puanı

Araştırmada sağlık okuryazarlığı ölçeğinin değerlendirilmesinde HLS-EU ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması'nda (Okuy ve Abacıgil, 2016:46) olduğu gibi sağlık okuryazarlığı indeksi 0 ile 50 arasında olacak şekilde Formül 1 yardımıyla hesaplanmıştır.

Formülde veriler yerine konduğunda Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi 32,00 olarak bulunmuştur. Bu değer HLS-EU çalışmasında yer alan gruplamalardan 25-33 aralığına yani sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisine girmektedir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması'nda (Okuy ve Abacıgil, 2016:56) genel sağlık okuryazarlığı puanı 29,5 olarak bulunan puanın bu çalışmada bulunan puan ile aynı kategoride bulunduğu görülmektedir.

Araştırmada anketi geçerli sayılan 633 katılımcının sağlık okuryazarlığı kategorilerine göre frekansı Çizelge 3'te verilmiştir:

Çizelgeyi yeterli ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi olarak ikiye ayırmamız durumunda %55 yetersiz, %45 ise yeterli sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer alacaktır.

Covid-19 İlişkili Sonuçlar

Covid-19 Hastalığı geçirme durumuna göre sağlık okuryazarlığı puanları incelendiğinde hastalığı geçirenlerin puan ortalaması 32,60 iken geçirmeyenlerin puan ortalamasının 31,62 olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki puan farkının anlamlı olup olmadığı Bağımsız Örneklem T Testi ile analiz edilmiş ve (Sig=0,252, P>0,05) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Sağlık okuryazarlığı kategorilerine göre bireylerin Covid-19 geçirme durumları incelendiğinde; Yetersiz, Sorunlu ve Yeterli Sağlık Okuryazarlığı kategorilerinde olan bireylerin %44'ünün hastalığı geçirdiği, Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı kategorisinde bulunanların ise %52'sinin hastalığı geçirdiği görülmektedir.

Covid-19 Aşısı yaptırma durumuna göre sağlık okuryazarlığı puanları incelendiğinde aşısızların puan ortalaması 31,47 iken aşılların puan ortalamasının 32,12 olduğu görülmektedir. Aşılı ve aşısız gruplar arasındaki puan farkının anlamlı olup olmadığı Bağımsız Örneklem T Testi ile analiz edilmiş ve (Sig=0,678, P>0,05) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Sağlık Okuryazarlığı Puanına Göre Demografik Sonuçlar

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 35,72 olup, katılımcıların %62,4'ü kadın, %37,6'sı erkektir. En fazla mesleki katılım %55,5 ile memur, %20,4 ile işçilerden olmuştur. Gelir düzeyine göre en fazla katılım aylık 5.000-10.000 TL gelire sahip bireylerdir (%47,4). Eğitim düzeylerinde en fazla katılım %64,8 ile ön lisans/lisans mezunlarıdır. Eğitim düzeylerine göre Covid-19 aşısı durumu incelendiğinde aşıları bireylerin büyük çoğunluğu (%64,72) ön lisans/lisans mezunlarıdır.

Çizelge 6. Sağlık Okuryazarlığı Kategorilerine Göre Literatür Tarama Sonuçları

Table 6. Literature Search Results by Health Literacy Categories

Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri	Bu Araştırma (%)	TSOYA 2017 (%)	HLS-EU (%)	ABD (%)	JAPONYA (%)
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	22,3	30,9	12,4	14 (Temel Altı)	49
Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	32,7	38,0	35,2	22 (Temel)	35
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	26,5	23,4	36	53 (Orta Düzey)	10,4
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	18,5	7,7	16,5	12 (Yeterli)	4,2

İlk demografik veri olan cinsiyet ele alındığında kadınların sağlık okuryazarlığı puanı 32,56 iken erkeklerin puanı 31,25 olarak bulunmuştur. Cinsiyete ve eğitim düzeylerine göre sağlık okuryazarlığı puanı Çizelge 4'te gösterilmiştir.

Eğitim düzeyine göre puan durumuna bakıldığında her iki cinsiyet grubunda da eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı puanının da artış gösterdiği görülmektedir. Cinsiyet gruplarında sağlık okuryazarlığı puanının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Bağımsız Örneklem T Testi ile analiz edilmiş, kadın ve erkek cinsiyet gruplarının sağlık okuryazarlığı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Sig=0,140, P>0,05).

Gelir düzeyine göre sağlık okuryazarlığı puanlarına (cinsiyetten bağımsız) bakıldığında asgari ücret grubunun puan ortalaması 29,35 iken 20.000TL ve üzeri gelire sahip olan grubun puan ortalaması 32,42 olarak bulunmuştur. Ancak Bağımsız Örneklem T Testi sonucuna göre (Sig=0,631, P>0,05) bu fark anlamlı değildir. Gelir düzeyi ve cinsiyet bağlamında sağlık okuryazarlığı kategorilerine bakıldığında en düşük sağlık okuryazarlığının erkek cinsiyet grubunun asgari ücret gelir düzeyindeki bireylerinde olduğu tespit edilmiştir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorisinde her iki cinsiyet grubunda da gelir düzeyi arttıkça yetersiz sağlık okuryazarlığının azaldığı, mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde ise kadın cinsiyet grubunda gelir artışına oranla bir fark görülmezken erkek cinsiyet grubunda gelir arttıkça yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı oranının artış gösterdiği görülmektedir.

Kitap/Gazete/Dergi okuma durumuna göre sağlık okuryazarlığı puanları incelendiğinde hiç okumam diyen bireylerin puan ortalaması 28,28 iken, çok okurum diyen bireylerin puan ortalaması 34,02 olarak bulunmuştur. Kitap/Gazete/Dergi okuma durumuna göre gruplar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı Varyans Analizi ile incelenmiş ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Sig=0,108, P>0,05).

Katılımcılar sağlık okuryazarlığı ölçeğindeki soruları büyük oranda kolay ve çok kolay şeklinde cevaplamışlardır. Bireyler; "Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek" sorusunu diğerlerine nazaran daha zor bulmuşlar, "Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak" sorusunu ise diğer sorulara nazaran daha kolay bulmuşlardır.

Sağlık Okuryazarlığı Puanına Göre Demografik Sonuçlar

TSOY-32 Ölçeği 2 boyut ve 4 süreçten oluşmaktadır. Araştırmada boyut ve süreçlerden alınan puanlar Çizelge 5'te yer almaktadır:

Sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında katılımcıların en yüksek puanı Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, en düşük puanı ise Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma Boyutunda aldıkları görülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı alt boyutlarına göre bireylerin aşı durumları ve eğitim düzeyleri birlikte incelendiğinde; aşıli bireylerin %64,72'si ön lisans/lisans, %21,69'u yüksek lisans/doktora, %11,70'i lise, %1,72'si ilköğretim ve %0,17'si okuryazardır. Mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip ve aşı yaptıran bireylerden ön lisans, lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimi almış olanların toplam oranı %86,4 iken diğer eğitim gruplarından aşı olanların oranı %13,6'dır.

Korelasyon Analizi Sonuçları

Eğitim, Gelir Düzeyi, Kitap/Dergi/Gazete Okuma, Sağlık Kuruluşu Tercihi ile Sağlık Okuryazarlığı Skoru arasında anlamlı, pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Eğitim Düzeyi, Gelir Düzeyi, Kitap/Dergi/Gazete Okuma ve Sağlık Kuruluşu Tercihi değişkenleri dışında kalan tüm demografik veriler ile Sağlık Okuryazarlığı Skoru arasındaki korelasyon basit, çoklu ve kısmi korelasyon analizleri ile test edilmiş ancak %5 hata düzeyinde anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır.

Sağlık Okuryazarlığı alt süreçlerine göre yapılan basit korelasyon analizinde cinsiyete göre "Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Boyutu" arasında anlamlı, negatif yönlü zayıf bir ilişki görülmektedir. Bu ilişki daha ayrıntılı olarak incelendiğinde "Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama" boyutunda kadınların ortalamasının 33,98 olduğu, erkeklerin ortalamasının ise 32,02 olduğu görülmektedir.

MANOVA Analizi Sonuçları

Daha önce yapılan korelasyon ve regresyon testlerinde anlamlı bir ilişki bulunan değişkenlerin (Eğitim Düzeyi, Gelir Düzeyi, Kitap/Dergi/Gazete Okuma ve Sağlık Kuruluşu Tercihi) sağlık okuryazarlığı skoruna etki edip etmediği MANOVA testi ile araştırılmıştır.

Tukey Testi ile sağlık okuryazarlığı kategorileri arasındaki fark incelendiğinde, Kitap/Dergi/Gazete okuma bağımlı değişkeninde mükemmel sağlık okuryazarlığı ile yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorileri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Sig=0,014<0,05). Kitap/Gazete/Dergi okuma durumuna göre yetersiz sağlık okuryazarlığı ortalaması 3,20 iken, mükemmel sağlık okuryazarlığı ortalaması 3,64 olarak görülmektedir.

Kitap/Dergi/Gazete okumanın sağlık okuryazarlığı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu (Sig=0,025<0,05) ve %1,5 oranında etkilediği görülmekle birlikte sağlık kuruluşu tercihi değişkeninin sağlık okuryazarlığı skorunu %1 oranında etkilediği, ancak bunun anlamlı olmadığı (Sig=0,108>0,05) anlaşılmıştır.

Yaş gruplarının sağlık okuryazarlığı puanına etki edip etmediği Bağımsız Örneklem T Testi ile incelenmiş, yaş grupları; 18-35 yaş arası 1. Grup, 36-52 yaş arası 2. Grup ve 53 ve üzeri yaş 3.grup olarak belirlenmiştir. Test sonuçlarına göre 18-35 yaş grubu ile 53+ yaş grubu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Sig=0,046, P<0,05). İki grubun ortalamalarına bakıldığında 18-35 yaş grubunun ortalaması 32,41 iken 53 ve üzeri yaş grubunun ortalaması 29,72 olarak görülmüştür.

Cinsiyet ve yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı puanı MANOVA analizi ile test edilmiş, (Sig=0,017<0,05 ve Sig=0,016<0,05) yaş değişkeninin sağlık okuryazarlığı puanını etkilediği tespit edilmiştir. Yaş değişkeninin alt gruplarına göre kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermemekte (Sig=0,820>0,05), erkeklerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir (Sig=0,003<0,05). Erkeklerde yaş faktörünün sağlık okuryazarlığı düzeyindeki değişime etkisinin %4,8 olduğu, kadınlarda ise bu oranın %0,2 olduğu görülmektedir. Bu durum Tukey Testi ile incelenmiş, test sonuçlarına göre 53 yaş ve üzeri Erkeklerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri 18-35 yaş arasındaki bireylerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Sig=0,005<0,05). Benzer şekilde bu yaş grubundaki erkek bireyler 36-52 yaş grubuna göre de neredeyse anlamlı olabilecek düzeye yakın görünmektedir (Sig=0,063>0,05).

Regresyon Analizi Sonuçları

Korelasyon analizi sonucunda anlamlı olarak bulunan "gelir düzeyi, eğitim düzeyi, kitap/dergi/gazete okuma ve sağlık kuruluşu tercihi" değişkenlerinin Sağlık okuryazarlığı skorunu ne kadar belirlediğini incelemek üzere basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bu değişkenler için ayrı ayrı yapılan basit regresyon analizi sonuçları anlamlı bulunmuştur (P<0,05). Analiz sonuçlarına göre düzeltilmiş R² değerleri; Gelir Düzeyi için 0,015, Eğitim Düzeyi için 0,047, Kitap/Dergi/Gazete Okuma için 0,012, Sağlık Kuruluşu Tercihi için 0,008 olarak bulunmuştur. Buna göre sağlık okuryazarlığı skorundaki varyansın %1,5'i gelir düzeyine, %4,7'si eğitim düzeyine, %1,2'si Kitap/Dergi/Gazete okumaya ve %0,8'i sağlık kuruluşu tercihine bağlı olduğu görülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı skorunu açıklamada eğitim düzeyi ile sağlık kuruluşu tercihi değişkenlerinin anlamlı katkısı vardır. Regresyon analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Düzeltilmiş R² değeri 0,053 olup, bu sonuç eğitim düzeyi ve sağlık kuruluşları tercihinin sağlık okuryazarlığı skoru üzerinde %5,3 düzeyinde bir etkiye neden olduğunu göstermektedir.

ANOVA Analizi Sonuçları

Ankete katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı skorlarının eğitim düzeyine göre farklılık gösterip göstermediği ANOVA testi ile araştırılmıştır.

Tek faktörlü ANOVA analizi sonuçlarına göre, farklı gelir düzeylerine sahip bireylerin sağlık okuryazarlığı skorları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Başka bir ifade ile bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri gelirlerine göre farklılık göstermektedir. Farklılıkların hangi ikili gruplardan

kaynaklandığını anlamak için çoklu karşılaştırma Tukey testi sonuçlarına bakılmıştır. Buna göre, 10.000-20.000TL gelir grubundaki bireylerle asgari ücretli gelir grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır (Sig=0,004<0,05). Tek yönlü Varyans analizi çizelgesinde bu iki grubun puan farklarına bakıldığında asgari ücret grubunun ortalaması 29,35 iken 10.000-20.000TL gelir düzeyindeki grubun ortalamasının 36,27 olduğu görülmektedir.

Tartışma ve Sonuç

Araştırmada sağlık okuryazarlığı bağımsız değişkenine Covid-19 pandemisi ve infodemisi bağımsız değişkenleri penceresinden bakılmaya çalışılmıştır. Covid-19 pandemisi üzerine birçok araştırma bulunmakla beraber sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi üzerine yapılmış araştırma yetersizdir. Bununla birlikte infodeminin sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi üzerine yapılmış araştırmalar ise yok denecek kadar azdır. Bu araştırmadaki bulgulardan birisi olan, insanların sağlıkla ilgili bilgiye erişmede en çok kullandığı kaynağın internet olması, özellikle infodemi açısından son derece önemlidir. Infodemi, pandemi veya afet dönemlerindeki belirsizlikten faydalanır ve kitlelerin sağlıklı karar vermesini engelleyerek telafisi mümkün olmayan sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilir.

Katılımcıların %77,7'sinin herhangi bir kronik hastalığı bulunmadığı, kronik hastalığı bulunan %22,3'lük grupta ise yazılan hastalıklar gruplandırıldığında sırasıyla Astım, Tiroid Bezi Hastalıkları, Kalp Hastalıkları ve Diyabet başı çekmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın TSOYA 2017 araştırmasında da bireylerin %72,3'ünün kronik hastalığı bulunmadığı görülmüş ve bu araştırma ile evren uyumu açısından önemli bulunmuştur.

Katılımcı bireylerin %54,5'inin Covid-19 Hastalığı geçirmediği, %45,5'inin ise bu hastalığı geçirdiği anlaşılmakla birlikte, %91,8'inin aşılı olduğu, sadece %8,2'lik kesimin aşı yaptırmadığı görülmüştür.

Covid-19 hastalığı geçirenlerin %81'inin yaşadığı evde hastalığı geçiren yakınının olduğu, hastalığa yakalanmayanların ise %64'ünün yaşadığı evde hastalığı geçiren bir yakınının olmadığı tespit edilmiştir. Oranlar incelendiğinde aile içi bulaşın yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmada Covid-19 aşısı olmayan bireylerde hastalığı geçirenlerin oranı %56 iken aşılı bireylerde hastalığı geçirme oranı %45 olarak bulunmuştur. Kişilerin aşı olmadan önce veya sonra hasta oldukları bilinmediğinden iki grup arasındaki %11'lik farkın aşılardan kaynaklanıp kaynaklanmadığı bilinmemekle birlikte etkin aşılama ile vaka sayılarının azalması aşı lehine bir yorumu geçerli kılabilir.

Bireylerin genel olarak kitap, dergi, gazete vb. okuma sıklığına göre hiç okumayanlardan aşı olanların oranı %82 iken çok okurum diyen bireylerde aşı olanların oranı %94 olarak görülmüştür. Bu durum okuma alışkanlığı ile aşı arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir.

Katılımcıların %87,4'ü aile hekimini tanıdığı ve son bir yılda %57,2'sinin düşük düzeyde (1-4 kez) aile hekimini

ziyaret ettiği anlaşılmaktadır. Bireylerin %84,5 gibi ezici bir çoğunlukla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını tercih etmelerine koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği yönünden bakıldığında yetersiz düzeyde olduğu anlaşılmaktadır. Bireylerin hasta olduklarında ilk ne yaptıkları sorusuna, %23,2 oranında evdeki ilaçları kullandığı yönünde bilgi vermesi bilinçli bir sağlık okuryazarlığına işaret etmeyecektir.

Bireylerin sağlık kuruluşu tercihlerine göre Covid-19 aşı durumları incelendiğinde; devlet hastanelerini tercih eden bireylerin %47'sinin, aile hekimini tercih eden bireylerin %15'inin aşı olduğu görülmüştür.

Sağlık bilgisine ulaşmada hangi kaynağın kullanıldığı sorusuna bireylerin %49'unun İnternet cevabını vermesi infodemi açısından riskli bulunmuştur. Bu araştırma ile paralel olarak Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı TSOYA 2017 araştırmasında da sağlıkla ilgili bilgi kaynağı iletişim aracı olarak internet %48,6 ile ilk sırada çıkmıştır.

TSOY-32 ölçeği bazında yapılan incelemede "Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek" kriteri diğer kriterlere nazaran daha zor bulunmuş, "Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak" kriteri ise diğerlerine nazaran daha kolay bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan TSOYA 2017 araştırmasında da bu araştırma ile paralel olarak "Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek" kriteri çok kolay ve kolay seçeneklerinin en düşük sıklıkta belirtildiği sorular arasında birinci sırada çıkmıştır. Aynı şekilde "Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak" kriteri de bu araştırma ile paralel şekilde kolay bulunmuştur.

Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı puanı 50 puan üzerinden 32,00 olarak bulunmuştur. Bu değer sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %55'inin sağlık okuryazarlığı puanı yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer almaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı %22,3, sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı %32,7, yeterli sağlık okuryazarlığı %26,5, mükemmel sağlık okuryazarlığı %18,5 olarak bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan TSOYA araştırmasındaki bulgulara bakıldığında %30,9'unun yetersiz, %38,0'inin sorunlu-sınırlı, %23,4'ünün yeterli, %7,7'sinin mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu görülmektedir. Araştırmalardaki bu farklılıklar örneklem gruplarının farklılıkları ile açıklanabilir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan TSOYA 2017 araştırma sonuçlarına göre kadınlar, erkeklere göre daha dezavantajlı bulunmuştur. Bu çalışmada ise kadın ve erkek cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte kadın cinsiyet grubu hem yetersiz hem de mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde erkek cinsiyet grubundan daha avantajlı bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer şekilde Malatyalı ve Biçer (2018:13) tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada da kadınların TSOY-32 genel algıları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.

Yine Sivas Cumhuriyet Üniversitesi öğrencileri üzerinde Orhan, Sayar ve Biçer tarafından yapılan başka bir çalışmada ise erkeklerin e-sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuştur (Orhan, Sayar, ve Biçer, 2020:153). Araştırmalardaki bu farklılıklar örneklem gruplarının farklılıkları ile açıklanabilir.

"Orijinal çalışmadaki (HLS-EU) yol izlenerek sağlık okuryazarlığı düzeyinin kategorilendirilmiş düzeyi temelinde hesaplama yapıldığında katılımcıların %13,1'inin yetersiz; %39,6'sının sorunlu, %32,9'unun yeterli, %14,5'inin mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, cevaplayıcıların %52,7'si sorunlu veya yetersiz düzeyde sağlık okuryazarıdır" (Okuy ve Abacıgil, 2016:32). Değerlerin bu çalışmada bulunan değerlere yakın olduğu görülmektedir. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi öğrencileri üzerine yapılan başka bir çalışmada ise; öğrencilerinin genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 35,2±7,7 olarak bulunmuş, araştırmaya katılan bireylerin yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı sıklığı %39,1 olarak tespit edilmiştir (Bayazit, 2019:62). Söz konusu araştırmaya katılan bireylerin genel sağlık okuryazarlığı puanının yüksekliği katılımcıların lisans öğrencisi olması ile açıklanabilir. Nitekim araştırmamızda da eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı puanının arttığı görülmektedir.

Çizelge 6, sağlık okuryazarlığı kategorilerine göre yapılan literatür taraması sonuçlarına göre oluşturulmuştur (Özkan ve ark., 2018:78).

Çizelge incelendiğinde ABD'de yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksekliği göze çarpmaktadır. Orijinal çalışma (Kutner ve ark., 2006:10) incelendiğinde bu kategorinin çalışmaya göre orta düzey sağlık okuryazarlığı olarak ele alındığı, dolayısıyla aslında yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi olarak kabul edilmeyeceği sonucuna varılmaktadır. Yani aslında çalışmada yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinin %12 olarak kabul edilmesi gerektiği açıktır. Bu tür araştırmaların kısıtlılıkları nedeniyle ülkeleri belirli kategorilere göre karşılaştırmak zor olacaktır. Bu yüzden çizelgeden çıkarılması gereken sonuç ülkelerin gelişmişlik düzeylerinden bağımsız olarak yetersiz sağlık okuryazarlığının yeterli sağlık okuryazarlığından yüksek olduğu gerçeğidir.

ABD ve Avrupa Birliğinde yapılmış çalışmalar, gelişmiş ülkelerde bile toplumun yaklaşık %50'sinin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğunu göstermekte iken ülkemizde yapılmış kimi çalışmalar da toplumun yaklaşık %70'inin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir (Özkan ve ark., 2018:43).

Araştırma sonucu elde edilen veriler üzerinde yapılan istatistiksel analizlerde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Cinsiyete göre sağlıkla ilgili bilgiyi anlama süreci arasında anlamlı, negatif yönlü zayıf bir ilişki olup, kadın cinsiyet grubu erkek cinsiyet grubuna göre sağlıkla ilgili bilgiyi daha iyi anlamaktadır. Benzer bir ilişki kitap/dergi/gazete okuma ile sağlık okuryazarlığı kategorileri arasında görülmüştür. Buna göre mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerin, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerden daha fazla

kitap/gazete/dergi okudukları söylenebilir. Regresyon analizine göre kitap/dergi/gazete okuma sağlık okuryazarlığı üzerinde %1,5 düzeyinde bir etkiye sahiptir.

Yaş değişkeninin sağlık okuryazarlığı puanını etkilediği, 18-35 yaş ile 53 ve üzeri yaş gruplarının anlamlı olarak farklılaştığı, yaş değişkeninin alt kategorilerine göre kadın ve erkek sağlık okuryazarlığı puanlarının arasında fark olduğu görülmektedir. Regresyon analizi erkeklerde yaş faktörünün sağlık okuryazarlığı düzeyindeki değişime etkisinin %4,8, kadınlarda ise %0,2 olduğunu göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan TSOYA 2017 araştırmasında (Özkan ve ark., 2018:23) sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığının 18-24 yaş grubundaki en düşük değerinden (%14,0), ilerleyen yaş grupları ile artarak 65 ve üzeri yaş grubunda %65,5'e kadar yükseldiği görülmektedir. Benzer şekilde ABD'deki araştırma sonuçlarına göre (Kutner ve ark., 2006:12) sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olanların oranı 19-24 yaş grubunda %10 iken, 50-64 yaş grubunda %13, 65 yaş ve üzeri yaş grubunda ise %29 olduğu görülmektedir. İki araştırmada da yaş değişkeninin sağlık okuryazarlığını etkilediği sonucu bu araştırmayı desteklemektedir.

Çoklu regresyon analizine göre sağlık okuryazarlığı skorunu açıklamada eğitim düzeyi ile sağlık kuruluşu tercihi değişkenlerinin anlamlı katkısı vardır. Çoklu regresyon analizi sonuçları eğitim düzeyi ve sağlık kuruluşları tercihinin sağlık okuryazarlığı puanı üzerinde %5,3 düzeyinde bir etkiye neden olduğunu göstermektedir.

Tek faktörlü ANOVA analizi sonuçlarına göre, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri gelirlerine göre farklılık göstermektedir. Buna göre, 10.000-20.000TL gelir grubundaki bireylerle asgari ücretli gelir grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Benzer şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan TSOYA 2017 araştırmasında en düşük gelir grubu olarak kategorize edilen hane halkı geliri ihtiyaçları karşılamada çok yetersiz olanlar, %24,0'lık sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi ile birlikte değerlendirildiğinde, bu gruptakilerin %80,4'ünün sağlık okuryazarlığının kısıtlı olduğu görülmektedir (Özkan ve ark., 2018:58).

Yine tek faktörlü ANOVA analizine göre, farklı eğitim düzeylerine sahip bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri eğitimlerine göre farklılık göstermektedir. İlköğretim ve lise grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmazken, ön lisans/lisans mezunları, ilköğretim mezunlarından, yüksek lisans / doktora mezunları ise diğer 3 gruptan anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Bu araştırmaya paralel bir şekilde TSOYA 2017 araştırmasında da "Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı bu araştırmadaki en düşük eğitim kategorisi olarak ele alınan en yüksek ilköğretim mezunları grubunda %53,4'tür. İlköğretim, ortaokul, lise ve dengi okullar" grubunda %19,8, bu araştırmadaki en yüksek eğitim kategorisi olarak ele alınan yükseköğretim ve üzeri olanlar grubunda ise %9,6 olarak bulunmuştur (Özkan ve ark., 2018:23).

Çoklu Regresyon analizi sağlık okuryazarlığı düzeyindeki %5,3 oranındaki varyansın gelir düzeyi, eğitim düzeyi, kitap/gazete/dergi okuma ve sağlık kuruluşu tercihi tarafından açıklandığını göstermektedir.

Bu araştırmada uygulanan anketin en sonunda katılımcıların görüş ve önerileri istenmiştir. Yapılan çok sayıdaki yorumlar incelenmiş, bu araştırma ile ilgili olan ve önemli görülen görüş ve öneriler aşağıda sıralanmıştır.

- Bir bireyin hastalandığında belirlenmiş bir numarayı arayıp rahatsızlığını söyleyip hangi doktora randevu alması gerektiğini bilgilendiren bir hizmetin büyük ihtiyaç bulunduğu,
- Diyabet hemşiresi olduğu gibi ilaç kullanım hemşiresi de olması gerektiği, hekimlerin ilaç kullanımını yeterince anlatamaması,
- Görsel ve işitsel medyada yanıltıcı tedavi ilaç ve ekipmanların sıklıkla kullanıyor olmasının halkı olumsuz etkilemesi, Sosyal medyadaki bilgi kirliliğine yönelik tedbir alınması gerektiği, Aile hekimleri toplumu bilinçlendirme adına grup seminerleri yapması
- Doktorların ve sağlık çalışanların söylediklerinden çok internet yazınlara daha çok önemsendiği, bilgi kirliliğini ortadan kaldırmak için eğitimlerin artırılması ve toplumun bilinçlendirilmesi gerektiği,
- Sağlık okuryazarlığının ilköğretimden itibaren ders olarak müfredata eklenmesi gerektiği.

Görüş ve öneriler incelendiğinde, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşüklüğünün farkında olduklarını ve bu konuda eğitime ihtiyaçları bulunduğunu belirtmeleri önemli bulunmuştur.

Extended Abstract

Introduction

All stages of epidemics are full of uncertainties. This uncertainty makes people and countries as well as worry and pushes them to take radical measures. The public's understanding of these measures and their correct response is closely related to the level of health literacy. In addition to bringing many problems such as low level of health literacy, access and use of health services, inability to understand and apply medical advice, it has a significant role in the development of wrong health behaviors and in the formation of negative reactions in the society in the face of the pandemic. When the infodemic, which peaks during the pandemic periods, is added to the already insufficient level of health literacy, the damage caused by the pandemic grows exponentially. Academic studies to date are insufficient in terms of the relationship between people's health literacy levels and their responses to infodemic and pandemic. The contribution of this research to the literature will be at the point where the importance of health literacy in pandemics and raising awareness, the development of preventive health services that emerged in the Covid-19

pandemic, and the need for effective interventions against infodemic.

The World Health Organization (WHO) defined health literacy in its Health Promotion Glossary report published in 1998 as “cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” (WHO, 1998).

For the policies developed by governments during pandemic periods to be functional, it is necessary to take into account the level of health literacy of the people. The helplessness and inexperience of most countries in the face of the Covid-19 pandemic, which has been going on for two years by now, has an irregular character, affects all aspects of life, and has devastating consequences, points to the importance of the concepts of health literacy and infodemi.

Method

The research is a descriptive and cross-sectional study, which was conducted in Sivas province using Whatsapp and Telegram platforms, which have a participant profile of 18-year-old and over, using the digital survey technique, the sample was determined by the stratified sampling method.

The Turkish Health Literacy Scale (TSOY-32), which was created with a five-point Likert scale, and a 22-question demographic data questionnaire were used to collect the data in the study.

Although the minimum sample size for Sivas province was found to be 384, since the reliability may increase as the sample size increases, a questionnaire was applied to 650 people, and the questionnaires of 633 people were considered valid.

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.00 package program was used in the analysis of the collected data. While determining the significance between the groups, $p=0.05$ was accepted as the cut-off value, and below this value was considered statistically significant. Since the parametric test assumptions were fulfilled in the evaluation of the quantitative data, the significance test of the difference between the two averages, Analysis of Variance, Tukey test, Correlation, and Regression Analysis was applied in independent groups.

The research is conducted with the permission of the Scientific Research and Publication Ethics Committee of Sivas Cumhuriyet University, decree no E-60263016-050.06.04-102751, no:33 dated December 02, 2021.

Results

The average age of the individuals participating in the research is 35.72, 62.4% of whom are female and 37.6% are males. The highest professional participation was from civil servants with 55.5% and from workers with 20.4%. According to the income level, the highest participation is the individuals with a monthly income of 5.000- 10.000 TL (47.4%). The highest participation in education level is associate degree/undergraduate degree graduates with 64.8%. When the Covid-19 vaccine status is examined by

education level, the majority of vaccinated individuals (64.72%) are associate degree/undergraduate graduates.

The General Health Literacy Index was found to be 32.00. This value falls within the range of 25-33 from the groupings in the HLS-EU study, that is, in the limited-problem health literacy category. In the Turkish Health Literacy Scales Reliability and Validity Study (Okuy & Abacıgil, 2016: 56), the general health literacy score was found to be 29.5. The score found in this study is similar. 55% of the participants are in the category of insufficient, and 45% of them are in the category of adequate health literacy.

Although it was understood that 54.5% of the participants did not have Covid-19 Disease and 45.5% had this disease, it was seen that 91.8% were vaccinated, and only 8.2% were not vaccinated. It is seen that 44% of individuals in the Insufficient, Problematic, and Adequate Health Literacy categories have had the disease, and 52% of those in the Excellent Health Literacy category have had the disease.

While women's health literacy score was 32.56, men's score was 31.25. It is seen that as the education level increases in both gender groups, the health literacy score also increases. When the health literacy score is examined according to the income level, the mean score of the minimum wage group is 29.35, while the mean score of the group with an income of 20.000TL and above is found to be 32.42. In the category of insufficient health literacy, it is seen that as income level increases in both gender groups, poor health literacy decreases. In other words, the health literacy levels of individuals differ according to their income. According to ANOVA analysis, there is a significant difference between the health literacy levels of individuals in the 10.000-20.000TL income group and those in the minimum wage income group.

In the dependent variable of reading books/magazines/newspapers, the difference between excellent health literacy and inadequate health literacy categories was found to be statistically significant. It has been observed that reading books/magazines/newspapers affects health literacy by 1.5%, and the health institution preference variable affects health literacy score by 1%.

When the vaccination status and education levels are examined together; 64.72% of the vaccinated individuals are associate degree/undergraduate, 21.69% graduate/doctorate, 11.70% high school, 1.72% primary education, and 0.17% literate. While the total rate of individuals who have excellent health literacy and have received an associate degree, undergraduate, graduate, and doctorate education is 86.4%, the rate of those who have been vaccinated from other education groups is 13.6%.

In the MANOVA analysis, the health literacy levels of women do not differ according to the age variable ($\text{Sig}=0.820>0.05$), while the health literacy levels of men differ according to the age variable. It is seen that the effect of the age factor on the change in the level of health literacy in men is 4.8%, while this rate is 0.2% in women.

According to multiple regression analysis, education level and health institution preference variables have a significant contribution in explaining the health literacy score. Multiple regression analysis results show that education level and preference of health institutions cause an effect of 5.3% on health literacy score. Multiple Regression analysis shows that the 5.3% variance in health literacy level is explained by income level, education level, reading books/newspapers/magazines, and preference of health institution.

Discussion

It was observed that 77.7% of the participants did not have any chronic diseases, and 22.3% of the participants with chronic diseases had Asthma, Thyroid Gland Diseases, Heart Diseases, and Diabetes, respectively. In the TSOYA 2017 research of the Ministry of Health, it was seen that 72.3% of the individuals did not have a chronic disease. This is an indication that the research is compatible with the universe.

It has been determined that 81% of those who have Covid-19 disease have at least one relative who has the disease in the house where they live, while 64% of those who do not have the disease do not have a relative who has the disease at home. When the rates are examined, it can be concluded that intra-familial transmission is high. In the study, the rate of disease was found to be 56% in individuals who were not vaccinated against Covid-19, while the rate of disease in vaccinated individuals was 45%. It is not known whether the 11% difference between the two groups is caused by the vaccine, as it is not known whether the people were sick before or after the vaccine. However, it is known that the number of cases decreases with effective vaccination.

It was found to be risky in terms of infodemic that 49% of individuals answered "Internet" to the question of "which source was used to access health information". In parallel with this research, in the TSOYA 2017 research conducted by the Ministry of Health, the internet was ranked first with 48.6% as a source of health-related information.

According to the results of the TSOYA 2017 research conducted by the Ministry of Health, women were found to be more disadvantaged than men. In this study, however, no statistically significant difference was found between male and female gender groups. However, the female gender group was found to be more advantageous than the male gender group in both inadequate and excellent health literacy categories. Similar to this study, in the study conducted by Malatyali and Biçer (2018:13) on Sivas Cumhuriyet University students, the general perception of TSOY-32 of women was found to be higher than that of men. In another study conducted by Orhan, Sayar and Biçer on Sivas Cumhuriyet University students, the e-health literacy of men was found to be higher (Orhan, Sayar and Biçer, 2020: 153). These differences in studies can be explained by the differences in sample groups.

In the TSOYA 2017 research conducted by the Ministry of Health (Özkan et al, 2018: 23), the frequency of those

with insufficient health literacy was the lowest (14.0%) in the 18-24 age group and increased to 65.5% in the 65 and over age group. Similarly, according to the results of the research in the USA (Kutner et al., 2006: 12), it is seen that the rate of those with insufficient health literacy is 10% in the 19-24 age group, 13% in the 50-64 age group, and 29% in the 65 and over age group. In both studies, it was found that the age variable affects health literacy, which supports this research. In the last part of the questionnaire, the opinions and suggestions of the participants were examined; It was found important that the participants stated that they were aware of the low level of health literacy and that they needed training on this issue.

Kaynaklar

1. Australian Bureau of Statistics. (2008). Adult Literacy and Life Skills, Survey Summary Results Australia. (Report No: 4228.0) Canberra.
2. Bayazit, T. (2019). Cumhuriyet Üniversitesi lisans öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin araştırılması. (Uzmanlık Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi.
3. Erbay, Ş., Beydoğan, H.Ö. (2017). "Eğitimcilerin Eğitim Araştırmalarına Yönelik Tutumları". Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 18(3):246-260. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kefad/issue/59420/853376>
4. Malatyali, İ., Biçer, E.B. (2018). "Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği." Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 17(2):1-15.
5. Cinelli, M., Brugnoli, M., Brugnoli, E., Galeazzi, A., Scala, Antonio., Schmidt, A.L., Quattrociochi, W., Valensise, M.C., Zola, Paola., Zollo, Fabiana. (2020). "The Covid-19 Social Media Infodemic" Scientific Report. (Rapor No: 16598). Erişim: 25 Aralık 2021. <https://www.nature.com/articles/s41598-020-73510-5.pdf>
6. Ergen, A. (2020). Koronavirüs, hem pandemi hem de infodemi. <https://ekoik.com/2020/04/07/bir-arkadasimin-arkadasi-gonderdi-koronavirus-hem-pandemi-hem-de-infodemi/>.
7. Gürbüz, S., Şahin, F. (2018). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Vol. 5. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
8. Kickbusch, I., Banks, I., Maag, D., McGuire, P., Saan, H., Wait, S. (2006) The role of health literacy. <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/NavigationHealth.pdf>
9. Köksal, Y.Ö. (2021). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin covid-19 korkusu üzerine etkisi. (Tıpta Uzmanlık Tezi) Çorum: Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi.
10. 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. (Rapor No: NCES 2006-483). Erişim: 28 Aralık 2021. <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>
11. Lopes, H., McKay, V. (2020). "Adult Learning and Education as a Tool to Contain Pandemics: The Covid-19 Experience". International Review of Education, 66(4): 575-602. doi: 10.1007/s11159-020-09843-0.
12. Mancuso, J.M. (2008). "Health Literacy: A Concept/Dimensional Analysis". Nursing and Health Sciences, 10(3): 248-255. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x.

13. Nutbeam, Don. (2000). "Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century." *Health Promotion International*. 15(3): 259–67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
14. Orkan, O., Bauer, U., Berens, E-M., Bollweg, T. M., Hurrelmann, K., ve Schaeffer, D. (2020). "Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the Covid-19 Infodemic in Germany". *International Journal of Environmental Research and Public Health*. doi: 10.3390/ijerph17155503.
15. Orhan, M., Biçer, E.B., Sayar, B. (2020). "Üniversite Öğrencilerinin E-Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Karşılaştırılması: Sağlık Bilimleri Lisans ve Lisansüstü Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma". *Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2(3): 141-157. doi: 10.46413/boneyusbad.774824
16. Özkan S., Dikmen A.U., İlhan M.N., Tüzün H. (2020). "Salgınlarda Toplum Davranışı ve Sağlık Okuryazarlığı". *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*. 4: 105-110. doi: 10.34084/bshr.719139.
17. Pavlekovic, G. (2008). *Health Literacy. Programmes for Training on Research in Public Health for South Eastern Europe*. Erişim tarihi: 26 Aralık 2021. <https://biyecoll.uni-bielefeld.de/index.php/publichealth/article/view/450/545>
18. Rootman, I., Gordon-El-Bihbety, D. (2007). *A vision for a health literate Canada. Report of the Expert Panel on Health Literacy*. Erişim Tarihi: 22 Aralık 2021. https://www.researchgate.net/profile/Irving-Rootman/publication/237430726_A_Vision_for_a_Health_Literate_Canada/links/0046353740e07f3431000000/A-Vision-for-a-Health-Literate-Canada.pdf
19. Sørensen, K., Brand, H., Broucke, S., Doyle, G., Fullam, J., Pelikan, J., Slonska, Z. (2012). "Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models". Vol. 12. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
20. Okyay, P., Abacıgil, F. (Eds.). (2016). *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması (1)*. Ankara: Anıl Reklam Matbaa.
21. Özkan, S. (Ed.) (2018a). *Ankara ili sincan ilçesi basamak sağlık personelinde okuryazarlığı ile ilgili programı geliştirilmesi*. (Vol. 1). Ankara: Pasifik Tanıtım Medya.
22. Özkan, S. (2018b). (Ed.). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörleri Araştırması*. (Vol. 1). Ankara: Özyurt Matbaacılık.
23. Teyit Medya A.Ş. (2020). *Salgınin En Gözde Yanlış Bilgileri*. <https://teyit.org/salginin-en-gozde-yanlis-bilgileri>.
24. The European Commission. 2007. "Together for Health-A Strategic Approach for The EU 2008-2013". <https://joinup.ec.europa.eu/sites/default/files/document/2014-12/media1766.pdf>.
25. Utma, S. (2019). "Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Sağlık Haberlerini Doğru Okumak". *Sosyal Bilimler Dergisi IBAD*. 223(5):223–31. doi: 10.21733/ibad.624972.
26. WHO. (1998). "Health Promotion Glossary." Erişim Tarihi: 16 Aralık 2021. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.Pdf>
27. WHO. (2020). "Infodemic". Erişim Tarihi: 17 Aralık 2021. https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1.
28. Zarcadoolas, C., Greer, D.S., Pleasant, A. (2005). "Understanding Health Literacy: An Expanded Model." *Health Promotion International* 20(2):195–203. doi: 10.1093/heapro/dah609.