

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI



MALATYA İLİ AKÇADAĞ İLÇESİNDE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

DOKTORA TEZİ
Dr. Serdar DENİZ

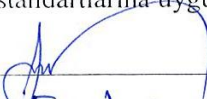
ELAZIĞ
2018

ONAY SAYFASI


Prof. Dr. Mustafa KAPLAN
Müdür

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü


Bu tez Doktora Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.


Doç. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.


Danışman


Doç. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL

Doktora Sınavı Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Güler Güneş

Prof. Dr. Ali Özer

Prof. Dr. S. Erhan Deveci

Yrd. Doç. Dr. Tüfekçi, Özgür Kaygusuz
Doç. Dr. Ayşe Ferdane Oğuzöncül





ETİK BEYAN

Kendime ait çalışmalar ile bu tez çalışmasını gerçekleştirdiğimi, çalışmaların planlanmasından, bulgularının elde edilmesine ve yazım aşamasına kadar tüm aşamalarında etiğe aykırı davranışım olmadığını, bu tezdeki tüm bilgileri ve verileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması içinde yer alan ancak bu tez çalışmasının bulguları arasında yer almayan verilere, bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Dr. Serdar DENİZ

18.01/2018
İmza

Doç. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ELAZIĞ

İTHAF

Oğlum Tuna DENİZ'e...



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalıőmam sũresince bilgi ve tecrũbelerini paylaőan, desteğini esirgemeyen Fırat Őniversitesi Tıp Fakũltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Őđretim Őyesi ve Danıőmanım Doç. Dr. A. Ferdane OĐUZÖNCŪL'e, doktora eğitimime emeği geçen Fırat Őniversitesi Tıp Fakũltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Őđretim Őyeleri Prof. Dr. Yasemin AÇIK, Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ, Prof. Dr. Edibe PİRİNİ ve Yrd. Doç. Dr. A. Tevfik Ozan'a teőekkũrlerimi sunarım.

Eğitimim boyunca tũm zorlu sũrelerde bir an olsun desteğini esirgemeyen, bilimsel tecrũbelerinden faydalanmaktan bũyũk mutluluk duyduğum eőim F. Nur DENİZ'e ve motivasyon kaynağım olan kıymetli oğlum Tuna DENİZ'e teőekkũrlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	I
ONAY SAYFASI	II
ETİK BEYAN	III
İTHAF	IV
TEŞEKKÜR	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ	IX
ŞEKİL LİSTESİ	XII
KISALTMALAR LİSTESİ	XIII
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ	5
3.1. Okuryazarlık	5
3.1.1. Okuryazarlık Tanım	5
3.1.2. Okuryazarlık-Sağlık İlişkisi	7
3.1.3. Türkiye’de Okuryazarlık	8
3.2. Sağlık Okuryazarlığı	9
3.2.1. Sağlık Okuryazarlığının (SOY) Tanımı ve Önemi	9
3.2.2. Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkili Faktörler	12
3.2.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesinin Amaçları	16
3.2.4. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Yöntemler	17
3.2.4.1. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) (Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)	17
3.2.4.2. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – Revised (REALM-R) (Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini-Yeniden Düzenlenmiş)	19
3.2.4.3. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi)	20
3.2.4.4. Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)	21
3.2.4.5. Medical Achievement Reading Test (MART)	22

3.2.4.6. The Newest Vital Sign (NVS) (En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği-EYYB)	23
3.2.4.7. Single Item Literacy Screen (SILS) (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması)	24
3.2.4.8. Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults (SAHLSA)	25
3.2.4.9. The eHealth Literacy Scale – EHEALS (e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği)	25
3.2.4.10. European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi-SOYA-AB)	26
4. GEREÇ VE YÖNTEMLER	27
4.1. Araştırmanın Amacı ve Yeri	27
4.2. Araştırmanın Evreni	27
4.3. Araştırmanın Tipi	27
4.4. Araştırmanın Veri Kaynakları	28
4.4.1. European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi SOYA-AB)	29
4.4.2. The Newest Vital Sign (NVS) (En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği-EYYB)	33
4.5. Etik Konular	34
4.6. Araştırmanın Uygulama Şekli	34
4.7. Verilerin Analizi	35
4.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
4.9. Araştırmanın Bütçesi	36
5. BULGULAR	37
5.1. Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özellikler	37
5.2. Tütün ve Alkol Kullanım Durumu	40
5.3. Egzersiz Yapma Durumu	41
5.4. Hastalık, Yaşam Koşulları, Sağlık Hizmeti ve İlaç Kullanım Özellikleri	41
5.5. Sağlık Okuryazarlığı Anketinin Sonuçları	45
5.6. En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeğinin Sonuçları	49

5.7. Sağlık Okuryazarlığı Anketinin İndeksleri İle En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeğinin Korelasyon Analizi	52
5.8. Bulguların Sağlık Okuryazarlığı Puanları ve Kategorileri ile İlişkileri	52
5.8.1. Cinsiyet ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	52
5.8.2. Yaş ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	53
5.8.3. Eğitim Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	55
5.8.4. Gazete Okuma Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	56
5.8.5. Medeni Durum ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	57
5.8.6. Beden Kitle İndeksi ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	57
5.8.7. Çalışma Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	59
5.8.8. Ekonomik Durum ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	60
5.8.9. Tütün ve Alkol Kullanım Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	63
5.8.10. Egzersiz Yapma Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	64
5.8.11. Toplumsal Faaliyetlere Katılma Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	65
5.8.12. Uzun Süreli Hastalık ve Genel Sağlık Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	66
5.8.13. Sağlık Hizmetlerini Kullanım Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	67
6. TARTIŞMA	69
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	99
8. KAYNAKLAR	106
9. EKLER	110
10. ÖZGEÇMİŞ	121

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Sağlık Okuryazarlığı Anketinde Bulunan, Sağlık Alanları ve Bilgi Süreçlerini İçeren 12 Hücreli Matriks Modeli	31
Tablo 2.	Sağlık Okuryazarlığı İndekslerinin Hesaplanmasına Ait Özellikler	32
Tablo 3.	Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	37
Tablo 4.	Çalışma Grubunun Meslek ve Eğitim Durumuna İlişkin Özellikleri	38
Tablo 5.	Çalışma Grubunun Cinsiyete Göre BKİ Kategorilerinin Dağılımı	38
Tablo 6.	Çalışma Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Durumunun Dağılımı	39
Tablo 7.	Çalışma Grubunun Yaş Gruplarına Göre Eğitim Durumu	39
Tablo 8.	Çalışma Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Gazete Okuma Durumu	39
Tablo 9.	Çalışma Grubunun Sosyoekonomik Durumu ile İlişkili Verilerin Dağılımı	40
Tablo 10.	Çalışma Grubunun Tütün ve Alkol Kullanma Durumu	40
Tablo 11.	Çalışma Grubunun Egzersiz Yapma Durumu	41
Tablo 12.	Çalışma Grubunun 6 Aydan Uzun Süren Sağlık Sorunu veya Hastalık Durumu	41
Tablo 13.	Çalışma Grubunun Hastalıklar, Sağlık Hizmetini Kullanım ve Yaşam Koşulları ile İlgili Sorulara Verdiği Yanıtların Dağılımı	42
Tablo 14.	Çalışma Grubunun Bazı Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları	43
Tablo 15.	Çalışma Grubunun Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu	44
Tablo 16.	Çalışma Grubunun Sağlık Bakanlığının Ulusal Sağlık Kampanyalarından Haberdar Olma Durumu	44
Tablo 17.	Çalışma Grubunun İlaç Kullanma Alışkanlıkları	45

Tablo 18. Çalışma Grubunun Sağlık Okuryazarlığı Anketinin Maddelerine Verdiği “çok zor veya zor” Yanıtlarının Dağılımı, Her Maddeye Verilen Yanıtların Ortalama Puanı ile Standart Sapması	47
Tablo 19. Sağlık Okuryazarlığı İndekslerinin Ortalama Puanları ve %95 Güven Aralıkları	48
Tablo 20. Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksinin ve Alt İndekslerin Kategorilere Göre Dağılımı	49
Tablo 21. EYYB Ölçeğinin Sorularına Doğru Cevap Verenlerin Dağılımı, Alınan Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları	50
Tablo 22. EYYB Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı İndekslerinin Korelasyon Analizi	52
Tablo 23. Cinsiyete Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve EYYB Ölçeği Puan Ortalamaları	53
Tablo 24. 18-64, 65 ve Üzeri Yaş Gruplarına Göre EYYB Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı İndekslerinin Ortalamaları	54
Tablo 25. Yaş ile EYYB Ölçeği ve Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksinin Korelasyon Analizi	54
Tablo 26. 10’arlı Yaş Gruplarına Göre EYYB Ölçeği Puan ve Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Ortalamaları	55
Tablo 27. Eğitim durumuna göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks ve EYYB Ölçeği Puan Ortalamaları	56
Tablo 28. Gazete Okuma Durumuna Göre EYYB Ölçeği ve Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Ortalamaları	57
Tablo 29. Medeni Duruma Göre EYYB Ölçeği Puan Ortalamalarının ve Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Ortalamalarının Dağılımı	57
Tablo 30. Çalışma Grubunun BKİ Kategorisine Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı Kategorilerinin Dağılımı	58
Tablo 31. Çalışma Grubunun BKİ Kategorilerine Göre EYYB Ölçeği Kategorilerinin Dağılımı	58
Tablo 32. Çalışma Grubunun BKİ değerleri ile EYYB Ölçeği ve Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksinin Korelasyon Analizi	59

Tablo 33. Çalışma Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri	59
Tablo 34. Çalışma Durumuna Göre EYYB Ölçeği Kategorileri	60
Tablo 35. Haneye Giren Toplam Para Miktarına Göre EYYB Ölçeği Kategorilerinin Dağılımı	61
Tablo 36. Haneye Giren Toplam Para Miktarına Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı Kategorilerinin Dağılımı	61
Tablo 37. Sağlık Masraflarını Karşılatabilme, Faturaları Ödemede Zorluk Yaşama ve Ekonomik Durum Değerlendirmeye Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve EYYB Ölçeği Puan Ortalamaları	63
Tablo 38. Tütün Kullanım Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Kategorileri	63
Tablo 39. Son 12 Ayda Alkollü İçecek Kullanma Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Kategorileri	64
Tablo 40. Egzersiz Yapma Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve EYYB Ölçeği Puan Ortalamaları	65
Tablo 41. Aktif Bir Şekilde Toplumsal Faaliyetlere Katılma Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve EYYB Ölçeği Puan Ortalamaları	65
Tablo 42. Uzun Süreli Hastalık Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve EYYB Ölçeği Puan Ortalamaları	66
Tablo 43. Genel Olarak Sağlık Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve EYYB Ölçeği Puan Ortalamaları	67
Tablo 44. Sağlık Hizmetlerini Kullanım Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	68

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli.....	12
Şekil 2. Genel SOY indeksi kategorilerinin dağılımı	49
Şekil 3. EYYB ölçeğine göre SOY kategorilerinin dağılımı	51
Şekil 4. EYYB ölçeği puan dağılımları	51



KISALTMALAR LİSTESİ

ANOVA	: Analysis of Variance (Varyans Analizi)
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EHEALS	: The eHealth Literacy Scale
HLS-EU-Q	: European Health Literacy Survey Questionnaire (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi-SOYA-AB)
MART	: Medical Achievement Reading Test
NVS	: Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği-EYYB)
REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SAHLSA	: Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults
SILS	: Single Item Literacy Screen
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SS	: Standart Sapma
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy in Adults
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

1. ÖZET

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin, sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmaya, bu bilgileri anlamaya, yorumlamaya ve uygulamaya yönelik bilgi, motivasyon ve yetenekleridir. Bu araştırmada 18 ve üzeri yaş grubundaki nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın saha çalışması, Mart-Temmuz 2016 tarihleri arasında, Malatya ilinin Akçadağ ilçe merkezi ve köylerinde gerçekleştirildi. Yedi aile hekimliği birimine kayıtlı olan nüfuslardan 18 yaş ve üzeri olan, erkek ve kadın toplam 16.325 kişi arasından, yetersiz sağlık okuryazarlığı ve sorunlu sağlık okuryazarlığı beklenen sıklığı %50 seçilip, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile örneklem büyüklüğü 375 hesaplandı. Araştırmada yüz yüze görüşme yapılarak, anket ile veri toplandı. Sosyodemografik anket formu, European Health Literacy Survey Questionnaire Türkçe versiyonu ve Newest Vital Sign ölçeğinin Türkçe versiyonu kullanıldı.

Katılımcıların %50,7'si erkek, %78,4'ü evli ve %10,9'u 65 ve üzeri yaş grubundaydı. Grubun %7,2'sinin okuryazar olmadığı, %45,1'inin ev hanımı ve işsizlerden oluştuğu belirlendi. SOYA-AB genel sağlık okuryazarlığı indeksi puan ortalaması $27,5 \pm 7,41$ tespit edilen grubun %77,6'sı yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde bulunmaktaydı. Grubun EYYB ölçeği puan ortalaması $2,60 \pm 1,74$ olarak tespit edildi. Sağlık okuryazarlığı indekslerinin birbirleriyle ve EYYB ölçeği ile korelasyonu bulunmaktaydı. Sağlık okuryazarlığı indekslerinde ve EYYB ölçeğinde erkeklerin puan ortalamaları kadınların ortalamalarından daha yüksekti. Eğitim düzeyi yükseldikçe EYYB ölçeğinin ve genel sağlık

okuryazarlığı indeksinin puan ortalamaları artmaktaydı. Haneye giren toplam para miktarı arttıkça genel sağlık okuryazarlığı indeksine göre yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarı, EYYB ölçeğine göre yeterli sağlık okuryazarı sıklığı artmaktaydı. Çalışma grubunun beden kitle indeksi değerleri ile EYYB ölçeği ve genel sağlık okuryazarlığı indeksi puanları arasında negatif bir korelasyon bulunmaktaydı.

Toplum tarafından sık kullanılan alanlarda sağlık ile ilgili anlaşılır bilgilendirmelere yer verilmesi ve sağlık profesyonellerinin eğitimleri süresince hasta ile etkin iletişim tekniklerini öğrenerek, iletişim esnasında daha anlaşılabilir bir dil kullanmalarının, sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltme konusunda etkili olacağı düşünölmektedir.

Anahtar kelimeler: Okuryazarlık, sağlık, sağlık okuryazarlığı

2. ABSTRACT

Assessment of Health Literacy Level in Akçadağ, Malatya

Health literacy is the knowledge, motivation and abilities of individuals to reach information about health, to understand, interpret and apply this information. In this study, it was aimed to evaluate the factors affecting the health literacy level and the health literacy level of 18 and above age group citizens.

Fieldwork was conducted between March and July 2016 in district center and villages of Akçadağ, Malatya. Among of the 16.325 men and women aged 18 years and over who were registered to 7 family medicine units, the expected frequency of inadequate health literacy and problematical health literacy was selected by %50, 95% confidence interval and error margin of 5% and the sample size was found 375. Face to face interviews were conducted and data were collected by questionnaire. The sociodemographic questionnaire, the Turkish versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire and the Newest Vital Sign scale were used in this study.

50,7% of the participants were males, 78,4% were married and 10,9% were 65 years old and over. It was determined that 7,2% of the group were not literate, 45,1% were composed of housewives and unemployed. The HLS-EU-Q general health literacy index score average was determined as 27.5 ± 7.41 . 77,6% of the study group was found to be in the category of inadequate or problematic health literacy. The average score of the NVS scale for the group was 2.60 ± 1.74 . Health literacy indices correlated with each other and the NVS scale. In health literacy indices and the NVS scale, the average score of males was

higher than the average of females. As the level of education increased, the average scores of the NVS scale and general health literacy index increased. As the total amount of money entering the house increased, adequate or excellent health literacy was increased according to the general health literacy index and adequate health literacy increased according to the NVS scale. There was a negative correlation between the body mass index values of the study group and the NVS scale and general health literacy index scores.

The inclusion of clear information on health in areas frequently used by the community, and the availability of health professionals' effective communication techniques during their training will be effective in raising the level of health literacy.

Key words: Literacy, health, health literacy

3. GİRİŞ

3.1. Okuryazarlık

3.1.1. Okuryazarlık Tanım

Temel insan haklarından olan ve hayat boyu öğrenmeye zemin hazırlayan okuryazarlık, birey, aile ve toplumu güçlendirip, yaşam kalitesini yükseltmesinin yanı sıra, çocuk ölümleri ve yoksullukla mücadele, nüfus artışının kontrol altına alınması, kalkınmanın sürdürülebilir hale getirilmesi, cinsiyet eşitliği, barış ve demokrasi gibi hususların temininde de yardımcı olur (1).

Okuryazar, kelime olarak “*okuması yazması olan, öğrenim görmüş*” anlamına gelse de okuryazarlığa günlük hayatta yüklenen anlam bu kadar kısıtlı değildir. Okuryazar olan kişi okuduğunu anlayabilme ve bu beceriyi hayatına uyarlama yetisine sahip olan kişidir. Yani okuryazarlık, okuma ve yazma ile birlikte nesne ve olayların algılanışı ile sosyal ilişkileri de kapsamaktadır. Bu nedenle dünyada okuryazarlık, bir beceri değil, kültür ve gelenek olarak kabul edilmektedir (2-4).

Okuryazarlık kelimesi, eskiden sadece adını okuyup yazan ve imzasını atabilenler için kullanılıyordu. 1951 yılında UNESCO'nun düzenlediği bir toplantıda okuryazar, “*günlük yaşamı ile ilgili basit ve kısa bir cümleyi anlayarak okuyup-yazabilen kişi*” olarak tanımlanırken, temel okuma yazma becerileri ile sınırlı bir tanım yapılmıştır. Bu dönemlerde, basit okuma, yazma ve hesaplama becerilerine sahip kişilere okuryazar denilmekteydi. Koşulların ve ihtiyaçların değişimi nedeni ile okuryazarlık tanımı da farklılaşmıştır. Yapılan araştırmalar okuryazarlığın, okuduğunu anlama, kendini yazıyla ifade etme ve zihin

becerilerinin gelişimi gibi unsurlarla da ilişkili olduğunu göstermiş ve bu farklılaşmada rol oynamıştır. Okuryazarlık, 1987 yılında “Herkes İçin Eğitim Programı” kapsamında UNESCO tarafından farklı düzeylerde tanımı yapılarak ele alınmıştır. Buna göre; kelimeleri seslendirme ve cümleleri anlama gibi temel okuma yazma becerilerini içeren birinci düzey temel okuryazarlık, okuma, yazma ve aritmetik ile ilgili becerilerini bireysel, sosyal ve kültürel alanda kullanma durumunu içeren ikinci düzey işlevsel okuryazarlık, kendi potansiyelini bilme, kendini gerçekleştirebilme, karmaşık sorunları anlayabilme, geniş bir dünya görüşüne sahip olabilme yetisini içeren üçüncü düzey ise çok işlevli okuryazarlık olarak belirtilmiştir (3,5,6).

Kişinin, toplumsal ve mesleki fonksiyonlarını yerine getirmesi, hedeflerine ulaşması, bilgi ve potansiyelini geliştirmesi için gerekli bir yetenek olan okuryazarlık, toplumca anlamlandırılan iletişime ait simgeleri etkin olarak kullanabilme becerisidir (7,8).

Okuryazarlık, farklı içeriklere sahip, yazılı ve basılı materyaller kullanarak, tanımlama, anlama, yorumlama, yaratıcılık, iletişim ve hesaplama kabiliyetidir. Çoğul ve dinamik bir kavram olması ve sürekli farklılaşması nedeniyle, okuryazarlığın nihai bir tanımı olmayacaktır. Her dönemde farklılık göstererek, içinde olunan döneme uygun bir kabiliyet olarak kavramsallaşacaktır (9–11).

Geleneksel okuryazarlığın ötesinde, okuryazarlık kavramı, bilgisayar okuryazarlığı, görsel okuryazarlık, dünya okuryazarlığı, kültür okuryazarlığı, eleştirel okuryazarlık, grafik okuryazarlığı, tarım okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı, sinema okuryazarlığı, teknoloji okuryazarlığı, bilim okuryazarlığı,

televizyon okuryazarlığı, internet okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, işlevsel okuryazarlık gibi okuryazarlık türleri ile birlikte kullanılmaya başlamıştır (10,12,13).

3.1.2. Okuryazarlık-Sağlık İlişkisi

Okuryazarlık, sadece bireysel bir dönüşüm olmamakla birlikte, ekonomik büyüme, sosyokültürel ve politik değişim için sağlık okuryazarlığıyla bağlantılı sosyal bir dönüşümdür (14).

Sağlık ile ilgili faaliyetler, ev, iş ve sağlık kurumları gibi geniş bir alanda gerçekleşmektedir. Bu faaliyetler aile, toplum, ekonomi, eğlence ve güvenlik konuları gibi geniş bir yelpazeyi içerebilmektedir. Çocuğun ateş ölçümü, bir işçinin taşınacak malzeme için uygun yöntemi okuması, farklı iki marka konserve sebzenin tuz içeriğinin okunarak alışveriş yapılması, hastaların dişleri ile ilgili seçenekleri okuması, yaşlıların sağlık sigortası başvurusunu doldurması gibi işlerin tamamı, sağlık ile ilgili farklı amaçlar için, farklı ortamlarda, basılı okuryazarlık becerilerinin sağlık bilgilerine uygulanışdır (15).

1990'lı yıllarda, düşük okuryazarlık sıklığının olumsuz sağlık çıktıları ile ilişkisini gösteren çalışmaların sonuçları görülmeye başlanmıştır. Bu ilişkiyi incelemek, olumsuz sağlık çıktılarının gerçek etiyojisini daha iyi anlamak, olumsuz sonuçların etmenlerine sahip olan hastaları belirlemek ve yapılacak müdahale hakkında bilgilenmek açısından önemlidir (16–18).

Düşük okuryazarlık düzeyindeki hastalar, yüksek düzeylerdekilere göre ilaç tedavileri ve nasıl kullanacakları hakkında bilgi düzeyleri konusunda dezavantajlı durumdadır. Düşük okuryazarlık düzeylerindeki hastalarda hastalıklarına bağlı komplikasyonlar daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Düşük

okuryazarlık düzeyi bireyin sadece kendi sağlık durumunu olumsuz etkilemekle kalmayıp, diyabet hastası çocuğunun glisemik kontrolünü olumsuz etkileyebilecek sonuçlar da doğurmaktadır. Bu durum, okuryazarlık düzeyinin düşük olmasının, kişinin sadece kendisini değil, çevresini de olumsuz yönde etkileyen bir faktör olduğunu düşündürmektedir (19–22).

Düşük okuryazarlık, mortalite ve hastaneye yatışın artması, kronik sağlık durumlarının yetersiz kontrolü gibi çeşitli olumsuz sağlık çıktıları ile ilişkilidir. Sağlık sonuçlarını iyileştirebilmek için bu ilişkileri iyi anlamak gerekmektedir. Başarılı bir tedavi uyumu için ilaç tedavisinin nasıl uygulanacağına hasta tarafından anlaşılması zorunlu ön şarttır. Bir hasta basit tıbbi tedavisinin nasıl yapılacağı konusunda anlayamıyor veya bu konuda bilgi bulamıyorsa, tedaviye uyum onun kabiliyetine bırakılmışsa, tedaviyi anladığı şekilde uygulayacak ve zamanla sorun daha belirgin hale gelecektir (23).

3.1.3. Türkiye’de Okuryazarlık

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı’nın (United Nations Development Programme) internet sitesinde açıklanmış olan rakamlara göre Türkiye’de 15 yaş üstü okuryazarlık sıklığının %94,9 olduğu, artırılması gerektiği düşünölen ortalama okullaşma süresinin 2013-2014 yıllarında 7,6 eğitim yılı/kişi olduğu görölmektedir (24). TÜİK 2015 verilerine göre Türkiye’de 18 yaş ve üzeri nüfusun %4,71’i, 18 yaş ve üzeri erkeklerin %1,53’ü, kadınların %7,86’sı okuryazar değildir (25).

3.2. Sağlık Okuryazarlığı

3.2.1. Sağlık Okuryazarlığının (SOY) Tanımı ve Önemi

Sağlık okuryazarlığı, 2012 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) altmış ikinci oturumunda 53 üye devlet tarafından kabul edilen, Avrupa sağlık politikası çerçevesinin önemli bir boyutudur. Aynı zamanda, sağlık hizmetinde çalışanların ve toplumdaki insanların katılımını ve güçlendirilmesini teşvik etmeye yönelik eylemlerin hem aracı hem de sonucudur (26).

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın geliştirilmesi ve korunması, hastalıkların önlenmesi ve erken tanı, sağlık hizmetleri, sağlık bakımı ve sağlık politikası konuları ile uğraşan herkesi ilgilendirmektedir. İnsanların ve toplumların ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmiş olan sağlık sistemlerinin, daha etkili, az maliyetli, sağlık okuryazarlığı ve hasta katılımını artırıcı nitelikte ve sağlık ile ilgili krizlere daha hazırlıklı olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (15,27).

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında Simonds tarafından *Health Education as Social Policy* adlı makalede kullanılmıştır. 1990'lı yıllarda tekrar gündeme getirilmiş ve tanımlanmaya çalışılmıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramı, okuryazarlık, yetişkin eğitimi ve sağlığın teşviki alanında yapılan araştırmalardan köken almaktadır. Sağlık ile ilgili harcamalar ve sağlık davranışları üzerindeki etkisi halk sağlığının önemli konuları arasına girmesini sağlamıştır (28–30).

DSÖ'nün tanımına göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme yolları ile ilgili bilgiye erişme, anlama, kullanma motivasyonu ve sosyal becerileridir (31).

Amerikan Tıp Derneği'nin tanımına göre sağlık okuryazarlığı, sağlık ortamındaki fonksiyonları yerine getirebilmek için gereken temel okuma ve sayısal işlemleri yapabilme kabiliyetini içeren yeteneklerin birlikteliğidir (32).

Nutbeam'e göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin, iyi sağlığı korumak ve geliştirmek için gerekli olan bilgilere erişebilme, anlayabilme ve kullanabilme kabiliyetini gösteren bilişsel ve sosyal becerileridir (33).

Sağlık okuryazarlığı, güvenilir yargılar oluşturabilmek için, sağlık bilgilerini okuma, işe yarayacak kısımlarını ayırma ve anlama kabiliyetidir (34).

Sağlıkla ilgili hedefleri gerçekleştirmek için çeşitli hünelerli kullanarak, farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarma kabiliyeti olarak da tanımlanmış olan sağlık okuryazarlığı, hayat boyu sağlığı koruma, destekleme ve geliştirme ile ilgili bilgilere ulaşma, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve iletişim kurma becerisidir. Kişilerin, sağlıkla ilgili basılı materyalleri okuma ve anlama, grafik olarak sunulan bilgileri anlama ve yorumlama, uygun sağlık kararları için aritmetik işlemleri yapma kapasitelerinin derecesidir (35–37).

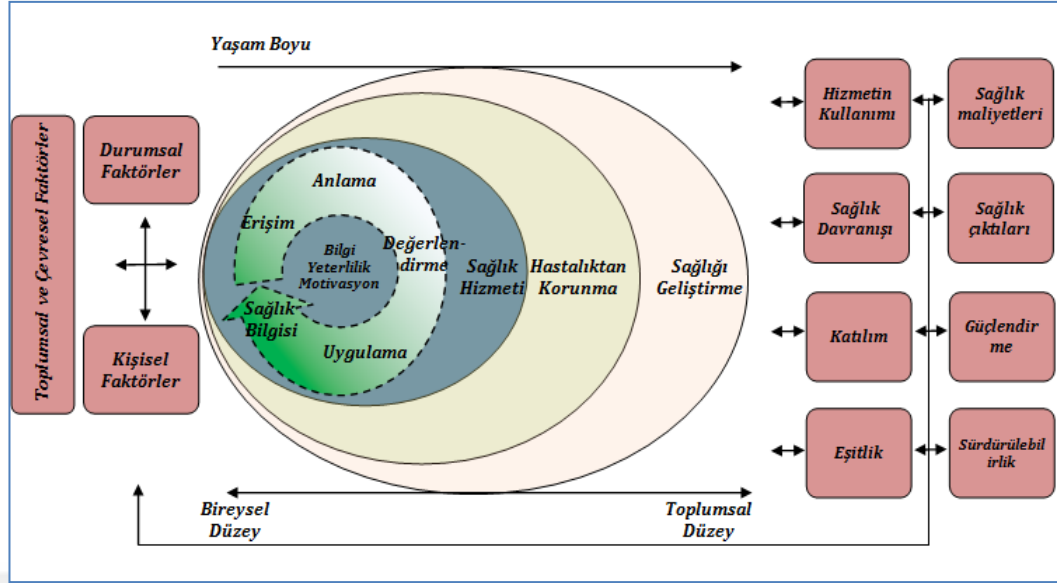
Bir başka tanıma göre bireylerin uygun sağlık kararları vermek için, temel sağlık hizmetlerini ve bilgilerini edinme, kullanma ve anlama kapasitelerinin derecesi olan sağlık okuryazarlığı, kişisel yaşam tarzını ve yaşam koşullarını değiştirerek, kişisel sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşması anlamına gelir. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığı, broşürleri okuyabilme ve söylenenleri yapabilmekten daha fazlasıdır. Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık düzeyi ile ilişkilidir. Okuryazarlık düzeyinin düşük olması, insanların kişisel, sosyal ve

kültürel gelişimini sınırlandırarak ve sağlık okuryazarlığına engel olarak kişilerin sağlığını doğrudan etkileyebilir (15,31,38–40).

Sağlık okuryazarlığı, bireyler için vazgeçilmez bir yaşam becerisi olması, halk sağlığının zorunluluklarından olması, sosyal sermayenin önemli bir parçası olması ve ciddi bir ekonomik sorun olması sebebi ile kritik bir öneme sahiptir (41,42).

Sorensen ve arkadaşları literatürdeki 17 sağlık okuryazarlığı tanımını bir araya getirerek kapsamlı bir tanım yapmıştır. Bu tanıma göre; sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla bağlantılıdır ve insanların, hayat boyu yaşam kalitesini korumak veya iyileştirmek için sağlık hizmetine, hastalıklardan korunmaya, sağlığı geliştirmeye ilişkin gündelik yaşamda kararlar almak ve yargıya varmak amacıyla, sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmaya, bu bilgileri anlamaya, yorumlamaya ve uygulamaya yönelik bilgi, motivasyon ve yetenekleridir. Bu tanım halk sağlığı perspektifini kapsamakla birlikte, sağlığın üç alanı olan, sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme ile birlikte hasta olma, risk altında olma ve sağlıklı kalma ile ilgili bireysel yaklaşımı da içermektedir (14).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili birçok kavramsal yaklaşım geliştirilmiştir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu tarafından geliştirilen kavramsal model; sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında sağlık okuryazarlığı boyutlarını belirleyen ölçüm aracı geliştirmek ve geçerliliğini kanıtlamak için kavramsal bir temel sağlamakla birlikte, sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik müdahaleler geliştirmeye de yarayabilmektedir (Şekil 1) (14,26).



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli

3.2.2. Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkili Faktörler

Önceki yüzyıldan itibaren bulaşıcı hastalıkların önemini yitirmesiyle birlikte kalp damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet gibi kronik hastalıklar ölüm nedenleri arasında üst sıralarda yer almaya başlamıştır. Bu hastalıkların meydana gelmesinde sağlık davranışlarının büyük önemi vardır. Kronik hastalıkların önlenmesi için yapılması gerekenler ile hastaların tespiti ve tedavisine yönelik bilgilerin, halka iletilmesi gerekmektedir. Toplumun bu bilgileri kavrayarak uygun davranış biçimleri edinmesi beklenir (39,43).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı; kronik hastalıklar ile ilgili hasta eğitimlerinin önünde önemli bir engeldir. Yeterli sağlık okuryazarı olan diyabet hastalarının %94'ünün, yetersiz sağlık okuryazarı olanların ise ancak %50'sinin hipoglisemi belirtilerini bildiği tespit edilmiştir (44).

Newest Vital Sign (NVS) ölçeği kullanılan, Lassetter ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada ve Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) ölçeği kullanılan, Huizinga ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada yüksek beden kitle indeksi (BKİ) değerlerinin düşük sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (45,46).

Tanrıöver ve arkadaşları tarafından yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması bulgularına göre, sağlık okuryazarlığı düzeyi yaş ve eğitim düzeyinden etkilenmektedir; sağlık okuryazarlığı düzeyi, 65 yaş altındaki kişilerde, 65 yaş üzerinelere göre daha yüksek bulunmuştur. En yüksek sağlık okuryazarlığı puanları en genç yaş gruplarında görölmüştür. Aynı araştırmaya göre eğitim düzeyi arttıka, sağlık okuryazarlığı düzeyi de artmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin; yetersiz, sorunlu, yeterli ve mükemmel olarak dört kategoride sınıflandırıldığı araştırmada Türkiye’de yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı prevalansları sırası ile %24,5 ve %40,1 bulunmuştur (47).

Sağlık okuryazarlığı değerlendirme formu, NVS ölçeği ve Halk Sağlığı Okuryazarlığı ölçeğinin kullanıldığı, gebe olan ve olmayan kadınlarda yapılan bir araştırmada, gebe olanlar ve olmayanların sağlık okuryazarlığı düzeyi, belirtilen üç ölçeğe göre benzer olarak tespit edilmiştir. Araştırmada, öğrenim düzeyi yüksek olanlarda, çalışanlarda, kent merkezinde uzun süre yaşayanlarda, ekonomik durumu iyi olanlarda, akraba evliliği yapmamış olanlarda ve düzenli olarak demir ilacı kullanan, ilk üç ay folik asit kullanan, tetanos aşısını zamanında yaptırmış olan gebelerde sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bulunmuştur. Aynı araştırmada NVS ölçeğine göre gebe olanların %34,6’sının, gebe olmayanların ise

%27,1'inin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (48).

Tıpta yetişkin okuryazarlığının hızlı tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – REALM) ve En yeni yaşamsal bulgu olçeğinin (Newest Vital Sign–NVS) kullanıldığı, hasta ve hasta yakınlarında yapılan bir araştırmada, hastaların eğitim durumlarına gore, her iki olekte, eğitim düzeyi arttıka alınan puanların arttığı tespit edilmiştir. NVS oleğine gore eğitim durumları ile aldıkları puan arasında pozitif yonde kuvvetli ilişki olduğu gorulmuştur. Aynı araştırmada hasta yakınlarının yaşadığı yere gore olek puanlarının farklı olduğu ve ilde yaşayanların koyde yaşayanlara gore daha yuksek puan aldığı tespit edilmiştir. Hasta ve yakınlarında, 19-44 yaş grubundaki lise veya lisans mezunu olup Őehirde yaşayanlarda, her iki oleğe ait puanların yuksek olduğu gorulmuştur (49).

Yetişkin sağlık okuryazarlığı oleğinin kullanıldığı bir araştırmada, katılımcıların olek puan ortalaması 23uzerinden 13,1 olarak tespit edilmiş ve sağlık okuryazarlığı puanı, eğitim düzeyi yuksek olanlarda ve dahauşt eğitim gerektiren meslek mensuplarında daha yuksek bulunmuştur (50).

Sağlık kurumlarına başvuran 688 hasta ile yapılan bir araştırmaya gore, eğitim düzeyinin yukseklığı ve sağlık ile ilgili bilgilere sağlık personelleri aracılığı ile erişiliyor olması, sağlık okuryazarlığını olumlu yonde etkilemektedir (51).

Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testinin (Test of Functional Health Literacy in Adults–TOFHLA) kullanıldığı bir araştırmada, kadınların %77,7'sinin, erkeklerin %70,7'sinin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiş ve cinsiyete gore sağlık okuryazarlığı duzeyleri arasında anlamlı bir

fark görülmemiştir. Öğrenim düzeyi, hanede yaşayan kişi sayısı, çalışma durumu, meslek, ekonomik durum, sosyal güvence, yaşanan yer (şehir, ilçe, köy), yaşantısının büyük çoğunluğunun geçtiği yer, okuduğunu anlama durumu, bilgisayar kullanma durumu, günlük bilgilere nereden ve ne sıklıkla ulaştığı (gazete, dergi, kitap-broşür, cep telefonu, aile ve arkadaşlardan ulaşma sıklığı), alkollü içecek tüketme durumu, sağlık ile ilgili bilgilere nereden ve ne sıklıkla ulaştığı (internetten, aile ve arkadaşlardan, kitap-broşürlerden ulaşma sıklığı) ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (52).

NVS ölçeğinin kullanıldığı bir araştırmaya göre; katılımcıların, yaş grupları, cinsiyeti, eşlerinin mesleği, öğrenim düzeyleri, hizmet süreleri sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkilemektedir. Aynı araştırmaya göre katılımcıların beslenme, fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam konularıyla ilgilenme durumları da sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilemektedir (53).

Sağlık okuryazarlığı, yaş, etnik köken, göçmen olma, eğitim durumu, ekonomik durum, kullanılan dil gibi unsurlardan etkilenir. Başka bir ifade ile 65 yaş üstü erişkinler, mülteci ve göçmenler, liseden daha düşük eğitim seviyesine sahip olanlar, düşük ekonomik düzeye sahip olanlar, anadili bulunduğu bölgenin dilinden farklı olanlar sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir (54).

TOFHLA ölçeği kullanılan A. Jovic-Vranes ve arkadaşlarının yaptığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz, sınırdaki ve yeterli olarak sınıflandırıldığı araştırmada, hastaların %41'inin yetersiz ve sınırdaki okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Araştırma bulgularına göre, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, konum, cinsiyet, yaş, medeni durum, kişisel sağlık algısı ve kronik durumlara göre önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Kentsel yerleşimli, evli,

genç, erkek ve çalışan olup, yüksek eğitim seviyeli, iyi sağlık algısı olan ve kronik durumları olmayanların yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (55).

3.2.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesinin Amaçları

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi, klinik hizmet sunumunun geliştirilmesi, sağlıkta toplum katılımının sağlanması, sağlık hizmetlerinin planlanması, halk sağlığı eğitimi ve politika geliştirme amacıyla kullanılabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı değerlendirmeleri genellikle aşağıdaki amaçlar için yapılmaktadır (56);

- *Bireysel olarak hastalarda;* komplike hastaların sorunlarını çözmek, çeşitli sağlık okuryazarlığı ihtiyaçlarına yönelik personel yetiştirmek,
- *Hasta gruplarında;* ulaşım kısıtlılığı ve sağlık çıktıları konusunda katkıda bulunmak, hizmetleri sağlık okuryazarlığı ihtiyacına göre planlamak,
- *Bireysel sağlık hizmetlerinde;* hedef nüfusun sağlık okuryazarlığı etkinliğini ve sınırlarını teşhis ederek bu etkinlik ve sınırların, sağlık çıktılarına ve sağlığa ulaşım ve katılımlarına nasıl etki ettiğini belirlemek ve ortak sağlık okuryazarlığı kısıtlılıklarına yanıt vermek için özel stratejiler geliştirmek,
- *Lokal bir bölgedeki sağlık ve toplum liderlerinde;* toplum üyelerinin, toplum temelli sağlık planlama aktivitelerine katılma yeterliliklerini belirlemek ve katılımlarını sağlamak için uygun yaklaşımlar geliştirmek,
- *Ulusal araştırmalarda* (bölgeleri ve grupları karşılaştırarak);

- Uygun sağlık hizmeti ve halk sağlığı politika ve stratejileri geliştirmek amacıyla, sağlık okuryazarlığı ile erişim, eşitlik ve sonuçları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek,
 - Yeni hizmetlerle ilgili tanıtımlar, tarama faaliyetleri ve aşılama programları ile ilgili destekleme kampanyaları ve sağlık eğitimi konusunda plan yapabilmek,
 - Planlama yapıp, yatırımları tasarlamak için hastaların karşılaştıkları güçlükleri belirlemek,
- *Ülkelerde* (uluslararası karşılaştırma); sistem kaynaklı düşük sağlık okuryazarlığı olan ülkelerde hükümetleri desteklemek ve nüfuslarının sağlık okuryazarlığını nasıl geliştirdikleri konusunda rol model olacak ülkeleri belirlemek.

3.2.4. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Yöntemler

3.2.4.1. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)

(Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

Tanım:

Davis ve arkadaşları tarafından 1991 yılında birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalardan, sınırlı okuma becerisine sahip olanların belirlenmesi ve okuma düzeylerinin tahmin edilmesi için geliştirilmiştir. Bu şekilde eğitim materyallerinin ve sözlü talimatların hastaların düzeyine uygun olarak kullanılması konusunda hekimlere yardımcı olunması amaçlanmıştır. Test, 4 sütunda, hece sayısı ve zorluklarına göre sıralanmış 125 kelimedenden oluşmaktadır. 3-6 dakikalık bir zaman diliminde uygulanabilmektedir.

Testin kısa formu olan Shortened REALM (S-REALM); Davis ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Her sütununda 22 kelime bulunan 3 sütundan (66 kelimedenden) oluşmuştur. Bu kelimeler zorluk sırasında göre artan şekilde düzenlenmiş, sağlık ile ilgili kelimeleri tanıma ve telaffuz etme testidir. 1-3 dakikalık bir sürede uygulanabilmektedir.

Puanlama (REALM ve S-REALM):

- **0-18 puan (3. Sınıf veya daha alt düzeyler):** En düşük okuryazar seviyelerindeki materyalleri okuyamayabilir.
- **19-44 puan (4-6. Sınıf okuma düzeyi):** Düşük okuryazar materyalleri gerekebilir. Reçete edilenleri okuyamayabilir.
- **45-60 puan (7-8. Sınıf okuma düzeyleri):** Hasta eğitim materyallerinin çoğunda zorlanırken, düşük okuryazarlık seviyesindeki materyallerde zorluk çekmez.
- **61-66 puan (9. Sınıf-lise okuma düzeyleri):** Hasta eğitim materyallerinin çoğunu okuyabilir.

Güçlü ve sınırlı yönleri:

Kelime tanıma testleri genel olarak İngilizce okuma becerisinin tahmini için kullanışlıdır. Sağlık okuryazarlığı araştırmaları düzenlenirken kullanılır.

Anlama ve sayısal becerileri ölçemez (57–60).

3.2.4.2. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – Revised (REALM-R) (Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini-Yeniden Düzenlenmiş)

Tanım:

Bass ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. S-REALM testinde kullanılan kelime sayısı 66'dan 8'e düşürülmüştür. 2 dakikalık bir sürede uygulanabilmektedir. Puanlama ve soru sayısı dışındaki özellikleri REALM ile aynıdır.

Puanlama:

6 ve daha düşük puan alanların düşük sağlık okuryazarlığı açısından risk altında olduğu düşünülmektedir.

Güçlü ve sınırlı yönleri:

İki dakika gibi kısa bir sürede uygulanabilmektedir. İki dakikalık zamanda uygulanabilirliğinin korunması şartı ile hastalıklar için özelleştirebilmek amacı ile hastalıklara özgü yeni kelimeler eklenebilir.

Zayıf okuryazarlık becerisi olan yaşlılarda, REALM-R geçerlilik çalışmaları yeterli sayıda değildir. Araştırma ve klinik çalışmalara yararı konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Anlamayı test etmeden sadece kelimeleri tanıma üzerine odaklanmaktadır (16,58,61).

3.2.4.3. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

Tanım:

Hastaların okuma ve sayısal beceri gerektiren sağlıkla ilgili görevleri gerçekleştirebilme becerilerini ölçmek amacıyla, Parker ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. TOFHLA'nın İspanyolca versiyonu olan Test of Functional Health Literacy in Adults-Spanish (TOFHLA-S) 1995 yılında, yine Parker ve arkadaşları (63) tarafından geliştirilmiştir ve bütün özellikleri ile TOFHLA'nın aynısıdır.

Uygulama süresi 22-25 dakika olan test, 50 maddeden oluşan okuduğunu anlama ve 17 maddeden oluşan sayısal anlama testi olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır.

1. Katılımcılara tıbbi bilgi ve talimatların (reçetede ki talimatlar veya tanıs al işlemler için hazırlık talimatları gibi) verilmesinden sonra bilgileri gözden geçirmeleri ve talimatlardan anladıklarıyla soruları yanıtlamaları istenir.
2. Cloze yöntemi ile uygulanır. Tıbbi konular hakkında verilen metin içerisindeki boşlukları, çoktan seçmeli olarak verilmiş olan kelimeler ile doldurmaları istenir.

Puanlama:

- 0-59 puan (Yetersiz sağlık okuryazarlığı): Sağlık ile ilgili metinleri, okuması ve yorumlaması mümkün değildir.
- 60-74 puan (Marjinal sağlık okuryazarlığı): Sağlık ile ilgili metinleri, okuyup yorumlamada zorlanır.

- 75-100 puan (Yeterli sağlık okuryazarlığı): Çoğu sağlık ile ilgili metinleri okuyup yorumlayabilir.

Güçlü ve sınırlı yönleri:

Hastanın sağlık ile ilgili metinleri ve sayısal bilgileri okuma ve anlama yeteneğini gösterir.

Uzun uygulama süresi olmakla birlikte öncelikli olarak okuma yeteneğini göstermektedir. Testte kelimeye ilişkin skorların arasından aritmetik skorların ayrılması zordur (16,58,62,63).

3.2.4.4. Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)

Tanım:

TOFHLA'nın uzun zaman alması nedeni ile 7-12 dakika süren kısaltılmış halidir. Baker ve arkadaşları tarafından 1999 yılında Short-TOFHLA (Kısa TOFHLA) olarak geliştirilmiştir.

Short-TOFHLA'da, TOFHLA, eksiltelen kelimeler ile kısaltılarak iki pasaja indirilmiştir. Cloze yöntemi ile uygulanmaktadır. Birinci pasaj 4. Sınıf okuma düzeyinde, ikinci pasaj 10. Sınıf okuma düzeyindedir. 36 adet okuduğunu anlama ve 4 adet sayısal beceri sorusu içeren test, TOFHLA ile aynı becerileri ölçmektedir. Test toplam 12 dakikalık sürede tamamlanmaktadır.

Puanlama

- 0-53 puan (Yetersiz sağlık okuryazarlığı)
- 54-66 puan (Marjinal sağlık okuryazarlığı)
- 67-100 puan (Yeterli sağlık okuryazarlığı)

Güçlü ve sınırlı yönleri:

Hastanın sağlık ile ilgili metinleri ve sayısal bilgileri okuma ve anlama yeteneğini gösterir. Farklı popülasyonlarda (genç, yaşlı) denenmiştir. Kısa sürede uygulanabilmektedir

Uygulama süresi kısa olmakla birlikte bazı diğer testlerden uzundur. Testte kelimeye ilişkin skorların arasından aritmetik skorların ayrılması zordur (58,64).

3.2.4.5. Medical Achievement Reading Test (MART)

Tanım:

Hanson-Divers tarafından bireysel okuma düzeylerini kolay ve hızlı bir şekilde değerlendirebilmek amacıyla, 1997 yılında geliştirilmiş, reçetelere ve hasta eğitim materyallerine dayanarak hazırlanmış 42 kelimedenden oluşan, tıbbi kelime tanıma testidir. Test, 3-5 dakikada tamamlanmaktadır. Sıklıkla tıbbi terimleri okuyamama mazereti olarak gösterilen üç sebepten dolayı geliştirilmiştir. Bu üç mazeret, tıp ile ilgili kelimelerin çoğunlukla reçeteler ve hasta eğitim materyalleri üzerinde bulunması, reçete üzerindeki küçük puntolu yazılar, kağıtların yapısı nedeniyle parlaması ve okumayı zorlaştırmasıdır.

Puanlama:

Kelimelerin doğru telaffuz edilip edilmemesine göre puanlanır.

Güçlü ve sınırlı yönleri:

Hızlı bir şekilde uygulanabilmektedir.

Kelimeleri anlama becerisine dair sonuç vermemekte, sadece okunabilirliğini test etmektedir (58,65).

3.2.4.6. The Newest Vital Sign (NVS) (En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği-EYYB)

Tanım:

Weiss ve arkadaşları tarafından 2005 yılında, düşük sağlık okuryazarlığı açısından risk altında olan hastaları belirlemek ve daha iyi sağlık sonuçlarına varmak için hizmet sunucuları ve hastaların iletişim çabaları hakkında bilgileri ortaya koymak amacıyla İngilizce ve İspanyolca olarak geliştirilmiştir.

6 sorudan oluşan ölçekte, bir dondurma kabında bulunan besin etiketinde yazılmış olan bilgileri okuma, anlama ve analiz yeteneği ölçülmektedir. 3-6 dakikalık uygulama süresi mevcuttur.

Puanlama:

Her doğru cevap 1 puan olarak değerlendirilmektedir.

- 0-1 puan: Yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarlığı
- 2-3 puan: Sınırlı sağlık okuryazarlığı olasılığı
- 4-6 puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı

Güçlü ve sınırlı yönleri:

Okuma, anlama ve analiz yeteneğini ölçmektedir. Kısa sürede uygulanabilen ölçek, kültürel farklılıktan etkilenmemektedir. Diğer bazı testler ile korelasyonu vardır.

Sınırdaki sağlık okuryazarlığında daha duyarlıdır. Bu nedenle düşük sağlık okuryazarlığını olduğundan fazla gösterebilir. Yeterli ve sınırdaki sağlık okuryazarlığını çok iyi ayırt edemeyebilir (47,58,60,66).

3.2.4.7. Single Item Literacy Screen (SILS) (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması)

Tanım:

Yetişkinlerin, yazılı sağlık materyalleri ile ilgili yardıma ihtiyacını ölçmeyi amaçlayan tek soruluk bir testtir.

“Doktorunuz veya eczacınız tarafından verilmiş olan, talimatlar, broşürler ve diğer yazılı materyalleri okurken ne sıklıkta birinin yardımına ihtiyaç duyarsınız?” sorusuna verilen yanıtı göre değerlendirme yapılmaktadır.

Puanlama:

Soruya verilen her yanıtın karşılığında bir puan bulunmaktadır. Bunlar; *asla*: 1 puan, *nadiren*: 2 puan, *bazen*: 3 puan, *sıklıkla*: 4 puan, *her zaman*: 5 puan. 2 puandan daha yüksek sonuçlar pozitif olarak değerlendirilir, bu durum; basılı sağlık materyallerinin okunmasında bazı zorluklar bulunduğu göstergesidir.

Güçlü ve sınırlı yönleri:

Kısa olması nedeni ile klinikte kullanımını pratiktir. Beceriye değil, ihtiyacı ölçmektedir. Demografik özelliklere göre yapılan değerlendirmelere göre daha basittir.

Katılımcının okuma ile ilgili yardıma ihtiyacı olduğunu kabullenmemesi, utanması veya soruyu anlamaması nedeni ile yanlış negatiflik olabilir (67).

3.2.4.8. Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults (SAHLSA)

Tanım:

Lee ve arkadaşları tarafından 2006 yılında İspanyolca konuşanlar için kullanımını kolay olması amacıyla geliştirilmiş bir kelime tanıma testi olan SAHLSA, 50 adet sağlık ile ilgili kelimenin yüksek sesle okunmasını ve anlam bakımından benzer kelimelerin ilişkilendirilmesi esasına dayanır. Doğru telaffuz yapılması ve doğru ilişkilendirme yapılması neticesinden cevap doğru kabul edilir.

Puanlama:

37'nin altındaki puanlar yetersiz sağlık okuryazarlığının göstergesidir.

Güçlü ve sınırlı yönleri:

Kısa süreli bir eğitim ile 3-6 dakikada uygulanabilen testin yönetimi oldukça kolaydır.

Testin aritmetik bölümü bulunmamaktadır. Aynı zamanda geçerlilik çalışması, örneklemin küçük olması ve çoğunluğunun kadınlardan oluşması nedeni ile tatmin edici bulunmamıştır (58,68).

3.2.4.9. The eHealth Literacy Scale – EHEALS (e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği)

8 sorudan oluşan bir ölçektir.

Güçlü ve sınırlı yönleri:

Geleneksel okuryazarlık, sağlıkla ilgili okuryazarlık, bilgi alma, bilimsel araştırma, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığını birleştirir.

Test-tekrar test korelasyonu düşüktür. Sadece gençlerde uygulanmıştır (69).

3.2.4.10. European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi-SOYA-AB)

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Konsorsiyumu tarafından geliştirilerek, sağlık hizmeti, hastalıklardan korunma, sağlığı geliştirme alanlarında bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi uygulama süreçlerini içeren 12 hücreli matriks modeli oluşturulmuştur. 2011 yılında sekiz Avrupa ülkesinde uygulanmış ve araştırmanın raporu 2012 yılında yayınlanmıştır (14,70). Anketten, puanlamasından ve kategorize edilmesinden, gereç ve yöntemler başlığı altında detaylı olarak bahsedilmiştir.

4. GEREÇ VE YÖNTEMLER

4.1. Araştırmanın Amacı ve Yeri

Bu çalışma, Malatya Akçadağ ilçesindeki 18 yaş ve üzeri nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Çalışma; Malatya'nın Akçadağ ilçesindeki aile hekimlerine kayıtlı olan nüfuslardan seçilen katılımcıların evlerinde yüz yüze görüşülerek yapıldı.

4.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Malatya'nın Akçadağ ilçesindeki tüm aile sağlığı merkezlerinde (4 aile sağlığı merkezi) çalışan 7 aile hekimine kayıtlı olan 18 yaş ve üzeri 16.325 kişi oluşturdu. Yedi aile hekimliği birimine kayıtlı olan nüfuslardan 18 yaş ve üzeri olan, erkek ve kadın toplam 16.325 kişi arasından Epi Info programı kullanılarak, yetersiz sağlık okuryazarlığı ve sorunlu sağlık okuryazarlığı beklenen sıklığı %50 seçilip, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile hesaplama yapılarak örneklem büyüklüğü 375 bulundu. Çalışmaya alınacak kişilerin seçiminde aile hekimlerine kayıtlı olan listelerden faydalanıldı. Listede bulunan kişiler, yaşları 18 den başlamak üzere küçükten büyüğe doğru sıralandıktan sonra her kişiye bir numara verilerek oluşturulan isim listesinden randomize sayılar cetvelinden yararlanılarak seçim yapıldı.

4.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte ve tanımlayıcı özelliklere sahiptir.

4.4. Araştırmanın Veri Kaynakları

Veri toplamada araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış olan sosyodemografik anket formu ve gerekli izin alınarak (EK-3), Sağlık-Sen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için Türkçeye çevrilmiş olan European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) (Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği –SOYA-AB ve SOYA-AB Demografik), Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Bulgu) ölçekleri ve aynı araştırmanın diğer bölümlerindeki sorulardan uygun görülenler kullanıldı (EK-5). Katılımcıların boy uzunluklarının ölçümü boy ölçer, ağırlıklarının ölçümü kalibrasyonu yapılmış olan tartı aleti ile yapıldı. Vücut ağırlığının (kilogram), boy uzunluğunun (metre) karesine bölünmesi ile hesaplanan BKİ değerleri (zayıf (<18,5), normal (18,5-24,9), fazla kilolu (25,0-29,9), obez ($\geq 30,0$)) olarak sınıflandırılırken DSÖ kriterleri kullanıldı (71).

Kullanılan ankette: İlk bölümde boy ve kilolarının da ölçülerek yazıldığı 16 sorudan oluşan sosyodemografik form kullanıldı. Bu bölümde kişinin, cinsiyeti, yaşı, boyu ve kilosu, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu (varsa sayısı) gibi demografik özellikleri içeren sorular soruldu. Bu bölümde haneye giren aylık toplam gelirden asgari ücret miktarı; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Genel Müdürlüğü/Sendika Üyeliği ve İstatistik Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan hesaplamalara göre (net asgari ücret:1.300,99 Türk Lirası) belirlendi (72).

Anketin ikinci bölümü 56 sorudan oluşmaktaydı. Bu bölümde; 47 sorudan oluşan, sağlık ile ilgili görevlerde algılanan zorlukları ölçmeyi amaçlayan, her soruya çok kolaydan çok zora uzanan dördümlü Likert ölçeğine göre (çok kolay, kolay, zor, çok zor) yanıt verilmesi istenen Sağlık Okuryazarlığı Avrupa Birliği

Anketi ve 9 sorudan oluşan kişisel sağlık algısının ve sağlık sonuçlarının/ çıktılarının sorgulandığı Sağlık Okuryazarlığı Avrupa Birliği Demografik Anketi ile veri toplandı.

Üçüncü bölümde 6 sorudan oluşan ve bir dondurma kabında bulunan besin etiketinde yazılmış olan bilgileri okuma, anlama ve analiz yeteneğini ölçen En Yeni Yaşamsal Bulgu (EYYB) ölçeği kullanıldı.

Dördüncü bölümde, 17 sorudan oluşan tıbbi öykü ve ilaç kullanım alışkanlıkları ile koruyucu sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmetlerinin, acil sağlık hizmetlerinin kullanım alışkanlıklarının sorgulandığı anket ile veri toplandı. Bu bölümde, kronik hastalıklar, egzersiz yapma durumu, diyet yapma durumu, ilaç kullanma alışkanlığı (9 soruluk likert ölçeği), son bir yılda kaç kez sağlık kuruluşuna başvurulduğu, başvuruların kaçında acil bölüme gidildiği, acil sağlık hizmetleri çağrı merkezinin (112) numarasının bilinme durumu, şimdiye kadar ambulans çağırma durumu, hasta olunca genelde ilk olarak ne yapıldığı, genel olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurulduğu, aile hekimini tanıma durumu, hekim seçme hakkını bilme durumu, hekim seçme hakkını kullanma durumu, hekimin neye göre seçildiği, sağlık aktiviteleri (bazı aktivitelerin yapılıp yapılmadığının belirlendiği 11 soru) ve Sağlık Bakanlığının ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olunma durumu sorgulandı.

4.4.1. European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi SOYA-AB)

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (SOYA-AB), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında, Avrupa'da seçilen ülkelerdeki toplumların sağlık okuryazarlığının karşılaştırılması amacıyla, Avusturya,

Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya'dan, 9 enstitüden oluşan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiştir (14). 2011 yılında sekiz Avrupa ülkesinde, her ülkeden 15 yaş ve üzeri yaklaşık 1000 kişi olmak üzere toplam 8102 kişilik örnekleme anket uygulanmış ve karşılaştırmalı rapor 2012 yılında yayınlanmıştır (70). Anket, sağlık ile ilgili üç alan (sağlık hizmeti, hastalıklardan korunma, sağlığı geliştirme) kapsamında, sağlık bilgisi ile ilgili dört bilgi işleme sürecinden (erişim, anlama, değerlendirme, uygulama) oluşan 12 hücreli bir matriks modeli ile tasarlanmıştır. Bu matriks SOYA-AB anketindeki ilgili soru numaraları ile birlikte Tablo 1'de gösterilmiştir. Sağlık ile ilgili üç alan aşağıda sıralanmıştır (73):

1. *Sağlık hizmeti alanı*, tıbbi ve klinik konulardaki bilgilere erişme, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve yorumlama, tıbbi konularda bilinçli kararlar verip tavsiyelere uyma yeteneğini ifade eder.
2. *Hastalıklardan korunma alanı*, sağlık ile ilgili riskler hakkındaki bilgilere erişme, risk faktörleri ve ne anlama geldikleri ile ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve yorumlama, bu risk faktörlerine karşı korunma konusunda bilinçli kararlar verme yeteneğini ifade eder.
3. *Sağlığı geliştirme alanı*, sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri ve ne anlama geldikleri konusunda düzenli olarak bilgilerini güncelleme, bu bilgileri değerlendirme ve yorumlama, sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri ile ilgili bilinçli kararlar verip ortak eylemlere katılma yeteneğini ifade eder.

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığı Anketinde Bulunan, Sağlık Alanları ve Bilgi Süreçlerini İçeren 12 Hücreli Matris Modeli

	Bilgiye erişim	Bilgiyi anlama	Bilgiyi değerlendirme	Bilgiyi uygulama
Sağlık hizmeti	Tıbbi ve klinik konulardaki bilgilere erişme S1.1-1.4	Tıbbi konulardaki bilgileri anlama, S1.5-1.8	Tıbbi konulardaki bilgileri değerlendirme ve yorumlama S1.9-1.12	Tıbbi konularda bilinçli kararlar verip tavsiyelere uyma S1.13-1.16
Hastalıklardan korunma	Sağlık ile ilgili riskler hakkındaki bilgilere erişme S1.17-1.20	Sağlık ile risk faktörleri ve ne anlama geldikleri ile ilgili bilgileri anlama S1.21-1.23	Sağlık ile ilgili riskler hakkındaki bilgileri değerlendirme ve yorumlama S1.24-1.28	Sağlık ile ilgili risk faktörlerine karşı korunma konusunda bilinçli kararlar verme S1.29-1.31
Sağlığı geliştirme	Sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri ve ne anlama geldikleri konusunda düzenli olarak bilgilerini güncelleme S1.32-1.36	Sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri hakkındaki bilgileri anlama S1.37-1.40	Sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri hakkındaki bilgileri değerlendirme ve yorumlama S1.41-1.43	Sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri ile ilgili bilinçli kararlar verip ortak eylemlere katılma S1.44-1.47

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketinin Tanrıöver ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiş olan versiyonu SOYA-AB anketindeki genel sağlık okuryazarlığı indeksi, 3 ana alt indeks ve 4 süreç indeksi ile EYYB ölçeğinin iç tutarlılığı için hesaplanmış olan Cronbach alfa değerleri, tüm indekslerde 0,80 üzerinde bulunmuş ve yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermiştir (47).

SOYA-AB anketinden genel (1 adet), sağlık alanları (3 adet), bilgi işleme süreçleri (4 adet) ve diğer her alt grup (12 adet) için ayrı indeksler hesaplanabilmektedir (74). İndeksler, ilgili her soruya verilen yanıtın karşılığı olan puanlar (*çok zor*=1, *zor*=2, *kolay*=3, *çok kolay*=4) ile hesaplanmaktadır.

Bu hesaplamaların yapılabilmesi için ilgili indekse ait soruların belirlenen asgari sayıda yanıtlanmış olması gerekmektedir. Hesaplanan indeksler ve bu indeksler için hesaplanması gereken soru numaraları, toplam soru sayısı ve ilgili indeksin hesaplanması için cevaplanması gereken minimum soru sayısı, alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar Tablo 2’de belirtilmiştir (47,70).

Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığı İndekslerinin Hesaplanmasına Ait Özellikler

İndeks	Soru numaraları	Toplam soru sayısı	Cevaplanması gereken minimum soru sayısı	En düşük puan	En yüksek puan
Genel SOY indeksi	S1.1-S1.47	47	43	0	50
Sağlık Hizmeti SOY indeksi	S1.1-S1.16	16	15	0	50
Hastalıktan korunma SOY indeksi	S1.17-S1.31	15	14	0	50
Sağlığın geliştirilmesi SOY indeksi	S1.32-S1.47	16	14	0	50

İndeks hesaplama yöntemi (47):

Formül: İndeks= (ortalama-1) x (50/3)

İndeks: Hesaplama yapılan kişiye özgü, ilgili alan ve sürece ait sağlık okuryazarlığı indeksi

Ortalama: Her birey için hesaplamaya katılan maddelerin cevaplarına karşılık gelen puanların ortalaması

1: Ortalamanın olası en düşük değeri (İndeksin en düşük değerinin sıfır olmasına neden olur)

3: Ortalamanın aralığı

50: Ölçüt için seçilen en yüksek değer

İndekslerin kategorize edilmesi:

0-25 puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

>25-33 puan: Sorunlu sağlık okuryazarlığı

>33-42 puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı

>42-50 puan: Mükemmel sağlık okuryazarlığı

4.4.2. The Newest Vital Sign (NVS) (En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği-EYYB)

EYYB ölçeği; kendi sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi ve SOYA-AB anketinin sonuçları ile karşılaştırılması amacı ile kullanılmıştır. Katılımcılara dondurma kabının üzerindeki, porsiyon, enerji, protein, karbonhidrat, yağ, lif, sodyum ve içindikiler kısmı yazılı olan besin etiketi (EK-6) verilerek üzerindeki bilgileri okumaları (bu sebeple test okuryazar olmayanlara uygulanamamaktadır) istenir. Okumaları için yeterli süre tanındıktan sonra kendilerine sorulacak olan 6 soruya yanıt vermeleri esasına dayanır (47,60). Sorular, kutudaki dondurmanın tamamının bitirilmesi durumunda kaç kalori alınacağını (doğru kabul edilen yanıt: 1000), 60 gramdan fazla karbonhidrat tüketilmemesi gereken bir durumda tüketilebilecek maksimum dondurma miktarını (doğru kabul edilen yanıtlar: *yarım kutu, 200 ml, 2 porsiyon*), diğer tükettiği besinler ile birlikte 1 porsiyon dondurmayı da tüketerek günlük 42 gram doymuş yağ tüketen birinin dondurma yemeyi bıraktığı durumda günlük tüketmiş olacağı doymuş yağ miktarını (doğru kabul edilen yanıt: 33 gram), günlük 2500 kalori alan birinin bir porsiyon dondurma ile günlük tükettiği kalorinin yüzde kaçını aldığını (doğru kabul edilen yanıt: %10), bu dondurmayı tüketmenin, penisilin, yer fıstığı, lateks eldiven, arı sokması alerjisi olan bir kimse açısından güvenli olup olmadığını (doğru kabul edilen yanıt: *güvenli değil*) ve güvenli değil ise nedenini (doğru kabul edilen yanıt: *yer fıstığı yağı içeriyor olması nedeni ile alerjik reaksiyona neden olabilir*) sorgulamaktadır (47,58,60,66).

EYYB ölçeğinde her soruya verilen yanlış yanıtın karşılığı *sıfır*, doğru yanıtın karşılığı ise *bir* puan olarak değerlendirilmektedir. Test sonunda her

sorunun yanıtına karşılık gelen puanlar toplanarak sonuç elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan *altı*, en düşük puan ise *sıfırdır* (47).

Puanlamanın kategorize edilmesi:

0-1 puan: Yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarlığı

2-3 puan: Sınırlı sağlık okuryazarlığı

4-6 puan: Yüksek olasılıkla yeterli sağlık okuryazarlığı

4.5. Etik Konular

Bu çalışmada uluslararası etik kurallara uyuldu. Alınan izin ve belgeler;

1. Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı (EK-1).
2. T.C. İçişleri Bakanlığı Akçadağ Kaymakamlığı'ndan yazılı izin alındı (EK-2).
3. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası'ndan (Sağlık-Sen) yazılı izin alındı (EK-3).
4. Çalışmaya katılacak olan kişiler sözlü olarak bilgilendirilerek sözlü onamları alındı (EK-4).
5. Anket Formu (EK-5).
6. En Yeni Yaşamsal Bulgu ölçeğine ait besin etiketi (EK-6).

4.6. Araştırmanın Uygulama Şekli

Saha çalışmaları, Mart 2016 ile Temmuz 2016 tarihleri arasında Malatya ilinin Akçadağ ilçe merkezi ve köylerinde gerçekleştirildi. Seçilen kişiler arasından çalışmaya katılmayı kabul edenlerin sözlü onamları alınarak yüz yüze görüşme yapıldı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler ve evinde

bulunamayanların yerine, listede bulunan bir sonraki kişi ile aynı şekilde görüşme yapıldı.

Katılımcıların öncelikle kilo ve boyları ölçüldü. Sonrasında ilk bölümden başlanmak üzere hazırlanan sorular yöneltilerek cevapları alındı. Görüşmede formun tamamı katılımcıların yanıtlarına göre araştırmacı tarafından dolduruldu.

Katılımcılara EYYB ölçeği için hazırlanmış ve dondurma kabındaki üzerinde porsiyon, enerji, protein, karbonhidrat, yağ, lif, sodyum ve içindekiler kısmı yazılı olan besin etiketi verilerek okumaları ve ilgili sorulara hazır olduklarını bildirmeleri beklendi. Hazır olduklarını söylemelerini takiben EYYB ölçeğine ait 6 soru kendilerine yöneltildi. Bu 6 sorudan hesap yapmaları gereken sorular için, talep edenlerin kalem ve kağıt kullanmaları sağlandı.

4.7. Verilerin Analizi

Veriler Statistical Package for Social Science, version 22 (SPSS 22) programına aktarıldı. Tanımlayıcı tablolarda veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapmalar ile özetlendi.

İstatistik anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edilen çalışmada, verilerin normal dağılıma uygunluğunun tespiti için Kolmogorov-Smirnov testi, iki grup karşılaştırılırken t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılırken ANOVA testi, ikiden fazla grupta farkın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için Tukey testi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, değişkenler arasındaki ilişkinin yönü, derecesi ve önemini belirlemek amacıyla korelasyon analizi kullanıldı.

4.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Katılımcılar soruların fazla olması nedeniyle, özellikle dördüncü bölüm başlarından itibaren sıkıldıklarını söylediklerinden, ilgilerini kaybetmiş olabilirler.

EYYB ölçeğinin uygulanabilmesi için okuryazar olma şartı bulunmaktaydı. Bu nedenle okuryazar olmayan 27 (%7,2) kişinin EYYB ölçeği ile ilgili hesaplamaları yapılamadı.

4.9. Araştırmanın Bütçesi

Herhangi bir kurum veya kişinin mali desteği alınmayan araştırmanın, rapor haline getirilmesi ve sunulması ile ilgili harcamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır.

5. BULGULAR

5.1. Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özellikler

Çalışma grubunun yaş ortalaması $42,83 \pm 15,84$ bulundu. Katılımcıların %50,7'sinin (n=190) erkek, %10,9'unun (n=41) 65 ve üzeri yaş grubunda olduğu tespit edildi. Grubun %78,4'ü (n=294) evli, %81,1'inin (n=304) en az bir çocuğu bulunmaktaydı. %71,7'sinin (n=269) hanesinde 4 ve üzeri kişi bulunan grubun %13,6'sı (n=51) geniş aile tipine sahipti (Tablo 3).

Tablo 3. Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler (N=375)		Sayı	%**
Cinsiyet	Kadın	185	49,3
	Erkek	190	50,7
Yaş Grubu	18-24	55	14,7
	25-34	73	19,5
	35-44	77	20,5
	45-54	73	19,5
	55-64	56	14,9
	65 ve üzeri	41	10,9
Medeni Durum	Evli	294	78,4
	Bekar	64	17,1
	Diğer*	17	4,5
Çocuk sayısı	0	71	18,9
	1	34	9,1
	2	73	19,5
	3	80	21,3
	4 ve üzeri	117	31,2
Hanede yaşayan kişi sayısı	1	9	2,4
	2	36	9,6
	3	61	16,3
	4 ve üzeri	269	71,7
Aile tipi	Çekirdek	307	81,9
	Geniş	51	13,6
	Parçalanmış	17	4,5

*Ayrılmış/ Boşanmış/ Dul

**Sütun yüzdesi alınmıştır.

Grubun %7,2'sinin (n=27) okuryazar olmadığı, %12,3'ünün (n=46) ön lisans, lisans, yüksek lisans veya doktora seviyesinde eğitim gördüğü, %45,1'inin (n=169) ev hanımı veya işsiz olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışma Grubunun Meslek ve Eğitim Durumuna İlişkin Özellikleri

Özellik (N=375)	Sayı	%*	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	27	7,2
	Okuryazar	29	7,7
	İlkokul	78	20,8
	İlköğretim/ortaokul	85	22,7
	Lise	110	29,3
	Ön lisans ve üzeri	46	12,3
Meslek	Ev hanımı/işsiz	169	45,1
	Memur	31	8,3
	İşçi	36	9,6
	Emekli	46	12,3
	Serbest Meslek**	68	18,1
	Öğrenci	25	6,7

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

**Esnaf, Çiftçi

Çalışma grubunun BKİ kategorileri ve cinsiyete göre BKİ kategorilerinin dağılımı Tablo 5’de gösterilmiştir. Kadınların %33,5’i (n=62) fazla kilolu, %30,3’ü (n=56) obez, erkeklerin %44,2’si (n=84) fazla kilolu, %10,0’u (n=19) obez sınıfında yer alıyordu. Cinsiyete göre BKİ kategorileri istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklıydı (p<0,001).

Tablo 5. Çalışma Grubunun Cinsiyete Göre BKİ Kategorilerinin Dağılımı

Cinsiyet	BKİ (kg/m ²)								X ² =24,28 p<0,001
	Zayıf (<18,5)		Normal (18,5-24,9)		Fazla kilolu (25,0-29,9)		Obez (≥30,0)		
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Kadın (n=185)	5	2,7	62	33,5	62	33,5	56	30,3	
Erkek (n=190)	5	2,6	82	43,2	84	44,2	19	10,0	

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Kadınların %11,4’ü (n=21), erkeklerin %3,2’si (n=6) okuryazar değildi. Cinsiyete göre eğitim durumları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklıydı. (p<0,001, Tablo 6).

Tablo 6. Çalışma Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Durumunun Dağılımı

Cinsiyet	Eğitim Durumu												
	Okuryazar değil		Okuryazar		İlkokul		İlköğretim / ortaokul		Lise		Ön lisans ve üzeri		
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Kadın ¹	21	11,4	21	11,4	53	28,6	30	16,2	40	21,6	20	10,8	$\chi^2=40,47$ $p<0,001$
Erkek ²	6	3,2	8	4,2	25	13,2	55	28,9	70	36,8	26	13,7	

¹ n=185² n=190

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 7’de görüldüğü gibi, çalışma grubunun %14,9’u (n=56) herhangi bir okul bitirmemişti. 65 ve üzeri yaş grubunun %48,8’inin (n=20), 18-64 yaş grubunun %10,8’inin (n=36) herhangi bir okul bitirmediği tespit edildi. Yaş gruplarına göre eğitim durumları istatistiksel olarak birbirinden farklı bulundu ($p<0,001$).

Tablo 7. Çalışma Grubunun Yaş Gruplarına Göre Eğitim Durumu

Yaş grubu (N=375)	Eğitim durumu								
	Okul bitirmemiş		İlkokul		İlköğretim / ortaokul		Lise ve üzeri		
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
18-64 (n= 334)	36	10,8	65	19,5	80	24,0	153	45,8	$\chi^2=53,18$ $p<0,001$
≥65 (n=41)	20	48,8	13	31,7	5	12,2	3	7,3	

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Katılımcıların %57,3’ünün (n=215) gazete okumadığı %42,7’sinin (n=160) haftanın en az bir günü gazete okuduğu belirlendi. Eğitim düzeyine göre gazete okuma durumları birbirinden farklıydı ($p<0,001$, Tablo 8).

Tablo 8. Çalışma Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Gazete Okuma Durumu

Eğitim durumu (N=375)	Gazete okuma durumu				
	Okumayan		≥ 1 gün / hafta okuyan		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Okul bitirmemiş	48	22,3	8	5,0	$\chi^2=50,466$ $p<0,001$
İlkokul	59	27,4	19	11,9	
İlköğretim / ortaokul	47	21,9	38	23,8	
Lise ve üzeri	61	28,4	95	59,3	

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Çalışma grubunun sosyoekonomik durumu ile ilişkili veriler Tablo 9’da sunulmuştur. Grubun %78,7’si (n=295) kendi evinde oturmaktaydı, %46,1’inin (n=173) haneye giren aylık toplam geliri asgari ücret ve altındaydı.

Tablo 9. Çalışma Grubunun Sosyoekonomik Durumu ile İlişkili Verilerin Dağılımı

Özellik (N=375)		Sayı	%**
Oturulan ev	Kira	80	21,3
	Kendi evi	295	78,7
Haneye giren aylık toplam gelir*	Asgari ücret ve altında	173	46,1
	1301-2500	130	34,7
	2501-3500	51	13,6
	≥3501	21	5,6
Sağlık masraflarını karşılama durumu	Çok kolay	139	37,1
	Kısmen kolay	203	54,1
	Çok zor	33	8,8
Faturaları ödemede zorluk yaşama durumu	Hiçbir zaman	131	34,9
	Nadiren	193	51,5
	Her zaman	51	13,6
Ekonomik durum değerlendirme	Kötü	63	16,8
	Orta	269	71,7
	İyi	43	11,5

*Türk Lirası

**Sütun yüzdesi alınmıştır.

5.2. Tütün ve Alkol Kullanım Durumu

Çalışma grubunun %25,3’ü (n=95) şu an sigara içtiğini, %60,0’ı (n=225) hiç sigara içmediğini belirtti. Grubun %95,5’i (n=358) son 12 ayda herhangi bir alkollü içecek içmediğini söyledi (Tablo10).

Tablo 10. Çalışma Grubunun Tütün ve Alkol Kullanma Durumu

N=375	Seçenekler	Sayı	%*
Sigara, puro veya pipo kullanma durumu	Şu an içiyor	95	25,3
	İçip bırakmış	55	14,7
	Hiç içmemiş	225	60,0
Son 12 ay içerisinde herhangi bir alkollü içecek kullanımı	Evet	17	4,5
	Hayır	358	95,5

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

5.3. Egzersiz Yapma Durumu

Çalışma grubunun egzersiz yapma durumu Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Çalışma Grubunun Egzersiz Yapma Durumu

Egzersiz türü (N=375)	Sayı	%**
Egzersiz yapmayan	163	43,5
Yürüyüş	182	48,5
Yüzme	20	5,3
Spor salonunda egzersiz	10	2,7
Diğer*	19	5,1

*Yapılan egzersizlere ek olarak futbol, voleybol, basketbol oynayanlar

**Sütun yüzdesi alınmıştır.

5.4. Hastalık, Yaşam Koşulları, Sağlık Hizmeti ve İlaç Kullanım

Özellikleri

Çalışma grubunun uzun süreli hastalık durumu Tablo 12’de sunulmuştur.

Grubun %39,2’sinin (n=147) en az bir uzun süreli sağlık sorunu veya hastalığı bulunmaktaydı.

Tablo 12. Çalışma Grubunun 6 Aydan Uzun Süren Sağlık Sorunu veya Hastalık Durumu

Sağlık sorunu veya hastalık durumu (N=375)		Sayı	%*
6 aydan uzun süren sağlık sorunu veya hastalık	Yok	228	60,8
	1	89	23,7
	>1	58	15,5

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Çalışma grubunun, hastalıklar, sağlık hizmetlerini kullanım ve yaşam koşulları ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 13’de sunulmuştur. Grubun %4,8’i (n=18) genel olarak sağlığını çok iyi, %0,8’i (n=3) çok kötü olarak değerlendirdi. Grubun %5,1’i (n=19) son altı ayda sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini ciddi şekilde sınırladığını, %2,7’si (n=10) sağlık sigortasının olmadığını, %32,8’i (n=123) son 2 yıl içerisinde acil servise hiç başvurmadığını belirtti. Son 12 ay içerisinde, grubun %12,8’i (n=48) doktora hiç başvurmadığını,

%17,6'sı (n=66) hastane hizmetlerini hiç kullanmadığını belirtti. Grubun %14,9'u (n=56) ayda birkaç kez ve daha sık, %20,8'i (n=78) yılda birkaç kez aktif bir şekilde toplumsal faaliyetlere katılırken, %64,3'ü (n=241) hiçbir zaman katılmıyordu.

Tablo 13. Çalışma Grubunun Hastalıklar, Sağlık Hizmetini Kullanım ve Yaşam Koşulları ile İlgili Sorulara Verdiği Yanıtların Dağılımı

Soru (N=375)	Secenekler	Sayı	%**
Genel olarak sağlığınız nasıldır?	Cok iyi	18	4,8
	İyi	216	57,6
	Orta	121	32,3
	Kötü	17	4,5
	Çok kötü	3	0,8
Son 6 ayda, sağlık sorunlarınız genel olarak aktivitelerinizi/faaliyetlerinizi nasıl sınırladı?	Cevansız*	85	22,7
	Ciddi bir şekilde sınırladı	19	5,1
	Sınırladı ancak ciddi bir şekilde değil	107	28,5
	Sınırlamadı	164	43,7
Ne tür bir sağlık sigortanız var?	SGK	365	97,3
	Özel	0	0,0
	Hicbiri	10	2,7
Son 2 yıl içinde acil servise kaç kez başvurmak zorunda kaldınız?	0	123	32,8
	1	66	17,6
	2	59	15,7
	3	46	12,3
	4	23	6,1
	5	11	2,9
	6 ve daha fazla	47	12,5
Son 12 ay içerisinde doktora kaç kez başvurduunuz?	0	48	12,8
	1	36	9,6
	2	60	16,0
	3	68	18,1
	4	48	12,8
	5	28	7,5
Son 12 ay içerisinde hastane hizmetlerini kaç kez kullandınız?	0	66	17,6
	1	47	12,5
	2	78	20,8
	3	61	16,3
	4	35	9,3
	5	19	5,1
Son 12 ay içerisinde diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, diş hekimi veya gözlükçü (optisyen) gibi diğer sağlık profesyonellerinden kaç kez hizmet aldınız?	0	194	51,7
	1	75	20,0
	2	56	14,9
	3	23	6,1
	4	12	3,2
	5	4	1,1
Doktor randevunuza giderken size refakat edecek bir aile mensubu veya arkadaşınız var mı?	Evet	346	92,3
	Hayır	29	7,7
Aktif bir şekilde toplumsal faaliyetlere katılıyor musunuz?	Avda birkaç kez ve daha sık	56	14,9
	Yılda birkaç kez	78	20,8
	Hicbir zaman	241	64,3

*Son 6 ayda sağlık sorunu yaşamayanlar

Çalışma grubunun %13,6'sı (n=51) acil sağlık hizmetleri numarasını (112) bilmiyordu, acil sağlık hizmetleri numarasını bilenlerin %71,3'ü (n=231) hiç ambulans çağırılmamıştı. Grubun %51,2'si (n=192) hasta olduğunda genellikle, ilk olarak doktora gittiğini, %75,2'si (n=282) sağlık kuruluşları içerisinde genel olarak devlet hastanesine başvurduğunu, %22,9'u (n=86) aile hekimini tanımadığını, %81,3'ü (n=305) hekim seçme hakkı olduğunu bildiğini, hekim seçme hakkı olduğunu bilenlerin %36,1'i (n=110) hekim seçme hakkını hiç kullanmadığını, kullananların %69,2'si (n=135) hekimini daha önce gidip memnun kaldığı için seçtiğini belirtti (Tablo 14).

Tablo 14. Çalışma Grubunun Bazı Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları

		Sayı	%**
Acil sağlık hizmetleri numarasını (112) bilme (n=375)	Evet	324	86,4
	Hayır	51	13,6
Şimdiye kadar hiç ambulans çağırınız mı? (n=324)	Evet	93	28,7
	Hayır	231	71,3
Hasta olduğunuzda genelde ilk olarak ne yaparsınız? (n=375)	Doktora giderim	192	51,2
	Evdeki ilaçları kullanırım	73	19,5
	Çevremdekilere danışırım	7	1,9
	Eczaneme danışırım	2	0,5
	Hastaneve giderim	59	15,7
	Acile giderim	30	8,0
	Bir sev vımmam	12	3,2
Genel olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz? (n=375)	Aile hekimliği	80	21,3
	Devlet hastanesi	282	75,2
	Üniversite hastanesi	2	0,5
	Özel hastane	11	2,9
Aile hekiminizi tanıyor musunuz? (n=375)	Evet	289	77,1
	Hayır	86	22,9
Hekim seçme hakkınız olduğunu biliyor musunuz? (n=375)	Biliyorum	305	81,3
	Bilmiyorum	70	18,7
Şimdiye kadar hekim seçme hakkınızı kullandınız mı? (n=305)	Evet	195	63,9
	Hayır	110	36,1
Hekiminizi neye göre seçersiniz? (n=195)	Daha önce gidip memnun kaldığım için	135	69,2
	Çevremin tavsiyesi üzerine	32	16,4
	Akademik unvanına göre	14	7,2
	Bekleme süresinin az olmasına göre	11	5,6
	Ulaşım kolaylığı	3	1,5
Son 1 yılda genel bir doktor muayenesi (n=375)	Var	129	34,4
	Yok	246	65,6
Son bir yılda sağlık personelinin tansiyon ölçümü (n=375)	Var	249	66,4
	Yok	126	33,6
Son 1 yılda dış hekimine gitme (n=375)	Var	168	44,8
	Yok	207	55,2

*Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır

Çalışma grubunun koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma durumu Tablo 15’de sunulmuştur. Grubun %9,6’sı (n=36) 2015-2016 sezonunda grip aşısı yaptırmıştı. Çalışma grubundaki kadınların %58,4’ü (n=108) kendi kendine meme muayenesi, erkeklerin %85,3’ü (n=162) kendi kendine testis muayenesi yapmamıştı. 40 yaş ve üzeri son 2 yılda, 50 yaş ve üzeri son 1 yılda mamografi yaptıran kadınlar, 40 yaş ve üzeri kadın grubunun %44,3 (n=43)’ydü. 30-65 yaş grubundaki kadınların %44,9’u (n=57) son 5 yılda serviks kanseri taraması, 65 yaş ve üzeri yaş grubundaki kadınların hiçbiri osteoporoz taraması yaptırmamıştı.

Tablo15. Çalışma Grubunun Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu

Sağlık aktivitesi/sağlık hizmeti	Var		Yok		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Son sezonda grip aşısı yaptıрма (n=375)	36	9,6	339	90,4	
18 yaş ve üstü kadınlarda kendi kendine meme muayenesi (n=185)	77	41,6	108	58,4	
18 yaş ve üstü erkek kendi kendine testis muayenesi (n=190)	28	14,7	162	85,3	
40 yaş ve üzeri kadınlarda son 2 yılda, 50 yaş ve üzeri kadınlarda son 1 yılda mamografi (n=97)	43	44,3	54	55,7	
30-65 yaş kadınlarda son 5 yıl içinde serviks kanseri taraması (pap smear) yaptırmak (n=127)	70	55,1	57	44,9	
50 yaş ve üzeri kolon kanseri taraması için kolonoskopi, sigmoidoskopi, dışkıda gizli kan	Kadın (n=63)	11	17,5	52	82,5
	Erkek (n=70)	4	5,7	66	94,3
65 yaş ve üzeri kadınlarda osteoporoz taraması (n=19)	0	0	19	100	

*Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır

Çalışma grubunun Sağlık Bakanlığının ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olma durumu Tablo 16’da sunulmuştur. Grubun %94,7’sinin (n=355) Sağlık Bakanlığının ulusal sağlık kampanyalarından haberi yoktu.

Tablo 16. Çalışma Grubunun Sağlık Bakanlığının Ulusal Sağlık Kampanyalarından Haberdar Olma Durumu

		Sayı	%
Sağlık Bakanlığının ulusal sağlık kampanyalarından haberiniz var mı? N=375	Hayır	355	94,7
	Evet	20	5,3
Toplam		375	100

Çalışma grubunun ilaç kullanma alışkanlıkları Tablo 17’de sunulmuştur. Grubun %46,7’si (n=175) nadiren doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullandığını, %59,2’si (n=222) hiçbir zaman çevre tavsiyesi ile ilaç kullanmadığını, %63,7’si (n=239) evdeki ilaçların son kullanma tarihine her zaman dikkat ettiğini, %52,3’ü (n=196) ilaçları her zaman doktorun önerdiği miktar ve sürede kullandığını belirtti.

Tablo 17. Çalışma Grubunun İlaç Kullanma Alışkanlıkları

İlaç Kullanım Alışkanlığı (N=375)	Hiçbir zaman		Nadiren		Bazen		Çoğunlukla		Her zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktor tavsiyesi olmadan	111	29,6	175	46,7	77	20,5	12	3,2	-	-
Çevre tavsiyesi ile	222	59,2	86	22,9	64	17,1	3	0,8	-	-
Kendi ilaç bilgisine dayanarak	245	65,3	59	15,7	59	15,7	7	1,9	5	1,3
Eczaneye danışarak	204	54,4	79	21,1	69	18,4	18	4,8	5	1,3
İnternette araştırarak	350	93,3	12	3,2	13	3,5	-	-	-	-
Kendisine iyi gelen ilacı başkasına tavsiye etme	212	56,5	74	19,7	65	17,3	18	4,8	6	1,6
Evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme	13	3,5	18	4,8	33	8,8	72	19,2	239	63,7
İlaçları doktorun önerdiği miktarda kullanma	-	-	6	1,6	37	9,9	136	36,3	196	52,3
İlaçları doktorun önerdiği süreye uygun kullanma	-	-	6	1,6	37	9,9	136	36,3	196	52,3

5.5. Sağlık Okuryazarlığı Anketinin Sonuçları

Çalışma grubunun sağlık okuryazarlığı anketine verdiği yanıtların “çok zor veya zor” ile “çok kolay veya kolay” olarak 2 kategoride değerlendirilerek hesaplanan “çok zor veya zor” yanıtlarının dağılımı ve her soruya verilen yanıtların ortalama puanı Tablo 18’de verilmiştir. Soruların tamamı çok zor, zor, kolay ve çok kolay seçeneklerinden birisi ile yanıtlandı, 5. seçenek olan “bilmiyorum” hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmedi. Sağlık geliştirilmesi ile ilgili bilgiyi anlama kategorisindeki S1.37 (*Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak*) puan ortalaması $3,12 \pm 0,58$ ’di ve grubun

%90,1'i tarafından çok kolay veya kolay olarak değerlendirildi. En yüksek puan ortalamasına (3,16±0,67) sahip olan sağlık hizmeti ile ilgili bilgiyi anlama kategorisindeki S1.8 (*Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak*) maddesine grubun %88,8'i çok kolay veya kolay yanıtını verdi. Çalışma grubunun en fazla (%67,5) çok zor veya zor yanıtını verdiği sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgiyi uygulama kategorisindeki S1.45 (*İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak*) aynı zamanda en düşük puan ortalamasına (1,96±0,91) sahip olan maddeydi.

Tablo 18. Çalışma Grubunun Sağlık Okuryazarlığı Anketinin Maddelerine Verdiği “çok zor veya zor” Yanıtlarının Dağılımı, Her Maddeye Verilen Yanıtların Ortalama Puanı ile Standart Sapması

HLS-EU matriksi ile ilişkisi N=375	Anket maddeleri	Sayı	%	Puan ortalaması ± SS	
SAĞLIK HİZMETİ	Bilgiye Erişim	S1.1. Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	113	30,1	2,73±0,72
		S1.2. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	113	30,1	2,70±0,76
		S1.3. Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	163	43,5	2,56±0,74
		S1.4. Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak	78	20,8	2,86±0,62
	Bilgiye Anlama	S1.5. Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	50	13,3	3,12±0,66
		S1.6. İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak	175	46,7	2,42±0,88
		S1.7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak	171	45,6	2,54±0,70
		S1.8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	42	11,2	3,16±0,67
	Bilgiye Değerlendirme	S1.9. Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağımızı değerlendirmek	163	43,5	2,54±0,77
		S1.10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	230	61,3	2,21±0,80
		S1.11. İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	136	36,2	2,62±0,62
		S1.12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek	176	46,9	2,53±0,69
	Bilgiye Uygulama	S1.13. Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	161	42,9	2,58±0,67
		S1.14. İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	61	16,3	3,09±0,69
		S1.15. Acil durumda ambulans çağırmak	78	20,8	2,97±0,79
		S1.16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	40	10,7	3,15±0,63
Bilgiye Erişim	S1.17. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	147	39,2	2,65±0,70	
	S1.18. Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	197	52,5	2,48±0,70	
	S1.19. Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak	141	37,6	2,66±0,67	
	S1.20. Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	145	38,7	2,64±0,65	
HASTALIKTAN KORUNMA	Bilgiye Anlama	S1.21. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	121	32,3	2,74±0,66
		S1.22. Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	99	26,4	2,82±0,66
		S1.23. Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak	96	25,6	2,80±0,61
	Bilgiye Değerlendirme	S1.24. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	182	48,5	2,54±0,65
		S1.25. Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	108	28,8	2,78±0,60
		S1.26. Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	200	53,3	2,47±0,66
		S1.27. Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	196	52,3	2,47±0,65
		S1.28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek	213	56,8	2,43±0,67
	Bilgiye Uygulama	S1.29. Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	112	29,9	2,78±0,69
		S1.30. Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığınız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	78	20,8	2,89±0,58
		S1.31. Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	159	42,4	2,60±0,66
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ	Bilgiye Erişim	S1.32. Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	119	31,7	2,72±0,67
		S1.33. Aktif sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak	170	45,3	2,54±0,71
		S1.34. Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak	129	34,4	2,69±0,66
		S1.35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak	217	57,9	2,14±0,95
		S1.36. İşinizde sağlığınızı iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	203	54,1	2,14±0,98
		S1.37. Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	37	9,9	3,12±0,58
	Bilgiye Anlama	S1.38. Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	142	37,9	2,58±0,94
		S1.39. Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak	116	30,9	2,74±0,64
		S1.40. Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	143	38,1	2,65±0,65

HLS-EU matriksi ile ilişkisi N=375		Anket maddeleri	Sayı	%	Puan ortalaması ± SS
Bilgiyi Değerlendirir	S1.41. Nerede yaşadığınızın sağlığını ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek	136	36,3	2,69±0,64	
	S1.42. Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	103	27,5	2,80±0,61	
	S1.43. Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek	124	33,1	2,72±0,64	
Bilgiyi uygulama	S1.44. Sağlığınızı iyileştirecek kararlar vermek	102	27,2	2,79±0,62	
	S1.45. İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	253	67,5	1,96±0,91	
	S1.46. Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek	172	45,9	2,51±0,73	
	S1.47. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	242	64,5	2,09±0,87	

Genel sağlık okuryazarlığı indeksi ve alt indekslerin puan ortalamaları Tablo 19’da sunulmuştur. Çalışma grubunun *genel* sağlık okuryazarlığı indeksi puan ortalaması $27,5 \pm 7,41$ (min. 4,61, max. 47,8), Sağlık bilgisini anlama sağlık okuryazarlığı indeksi puan ortalaması $29,9 \pm 7,60$ (min.3,03, max. 50,0) olarak bulundu.

Tablo 19. Sağlık Okuryazarlığı İndekslerinin Ortalama Puanları ve %95 Güven Aralıkları

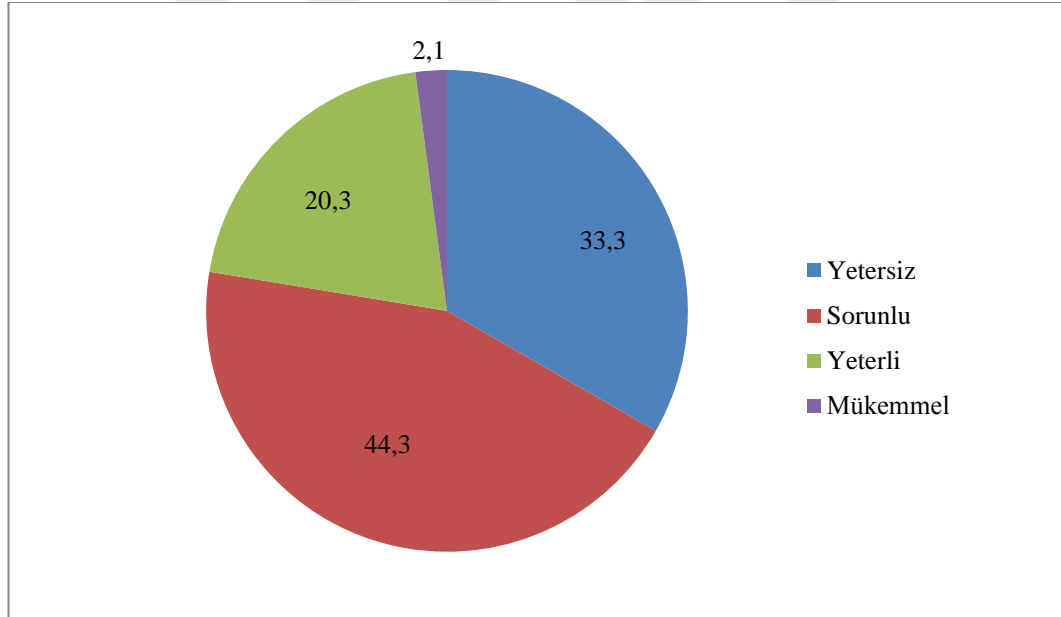
İndeks	Ort ± SS	%95 Güven Aralığı	
Genel SOY indeksi	27,5 ± 7,41	26,78	28,28
Sağlık Hizmeti SOY indeksi	29,0 ± 8,02	28,20	29,83
Hastalıktan Korunma SOY indeksi	27,5 ± 7,12	26,85	28,29
Sağlığın Geliştirilmesi SOY indeksi	26,0 ± 8,45	25,14	26,86
Sağlık Bilgisine Erişim SOY indeksi	26,4 ± 9,22	25,43	27,30
Sağlık Bilgisini Anlama SOY indeksi	29,9 ± 7,60	29,13	30,68
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY indeksi	26,2 ± 7,64	25,42	26,98
Sağlık Bilgisini Uygulama SOY indeksi	27,9 ± 7,10	27,26	28,71

Genel sağlık okuryazarlığı indeksinin ve alt indekslerin kategorilere göre dağılımı Tablo 20’de sunulmuştur. Buna göre yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının en yüksek olduğu alt indeks %44,3 (n=166) ile *Sağlık Bilgisini Değerlendirme* sağlık okuryazarlığı indeksiydi. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı sıklığının en düşük olduğu alt indeks ise %25,6 (n=96) ile *Sağlık Bilgisini Anlama* sağlık okuryazarlığı indeksiydi. Çalışma grubunun %4,3’ü (n=16) *Sağlık Bilgisini Anlama* sağlık okuryazarlığı alt indeksinde mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer almaktaydı.

Tablo 20. Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksinin ve Alt İndekslerin Kategorilere Göre Dağılımı

İndeksler	Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Genel SOY	125	33,3	166	44,3	76	20,3	8	2,1
Sağlık Hizmeti SOY	107	28,5	144	38,4	109	29,1	15	4,0
Hastalıktan Korunma SOY	128	34,1	158	42,1	77	20,5	12	3,2
Sağlığın Geliştirilmesi SOY	162	43,2	134	35,7	69	18,4	10	2,7
Sağlık Bilgisine Erişim SOY	147	39,2	128	34,1	88	23,5	12	3,2
Sağlık Bilgisini Anlama SOY	96	25,6	130	34,7	133	35,5	16	4,3
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SOY	166	44,3	133	35,5	68	18,1	8	2,1
Sağlık Bilgisini Uygulama SOY	122	32,5	153	40,8	89	23,7	11	2,9

Genel Sağlık Okuryazarlığı indeksinin kategorilere göre dağılımı Şekil 2’de sunulmuştur. Çalışma grubunun %33,3’ü (n=125) yetersiz, %44,3’ü (n=166) sorunlu, %20,3’ü (n=76) yeterli, %2,1’i (n=8) mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer almaktaydı.



Şekil 2. Genel SOY indeksi kategorilerinin dağılımı (%)

5.6. En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeğinin Sonuçları

EYYB ölçeğinde, okuryazar olmayanların dışındaki grubun %81,6’sı (n=284) penisilin, yarfıstığı, lateks eldiven, arı sokması alerjileri olması

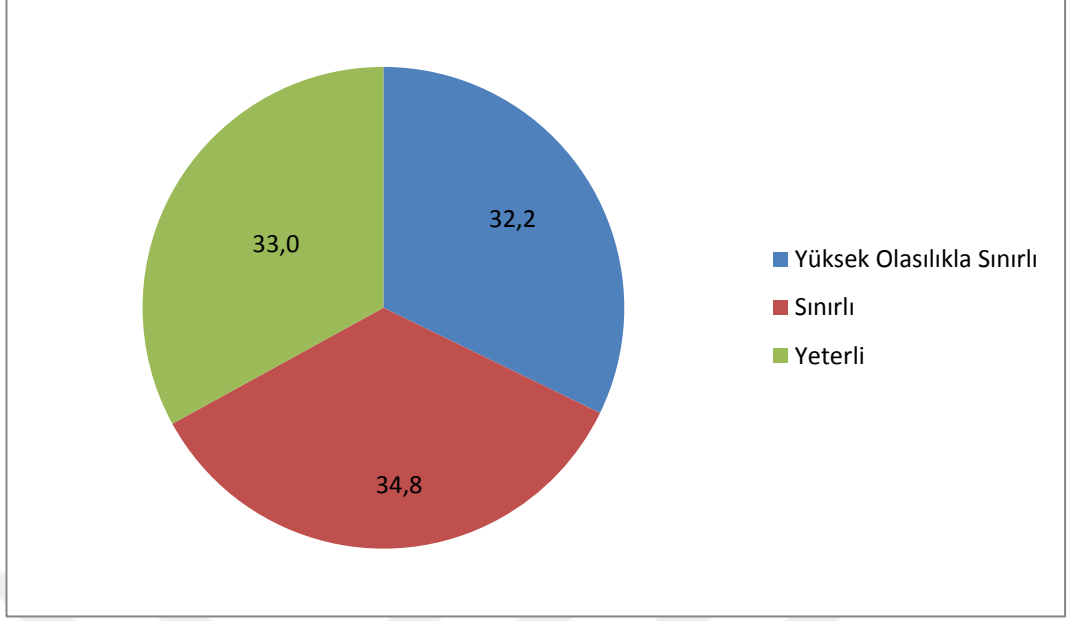
durumunda bu dondurmayı yemelerinin kendileri için güvenli olmadığını, %52,3'ü (n=182) güvenli olmama nedeninin yerfıstığı yağı içermesi olduğunu belirtti. %22,1 (n=77) ile en az doğru cevap, bir porsiyon dondurmadaki kalori miktarının 2500 kalorinin yüzde kaç olduğunu sorgulayan soruya (Eğer genel olarak her gün 2500 kalori yiyorsanız, bir porsiyon dondurma yediğinizde bu günlük kalori alımınızın yüzde kaç olur?) verildi (Tablo 21).

Tablo 21. EYYB Ölçeğinin Sorularına Doğru Cevap Verenlerin Dağılımı, Alınan Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları

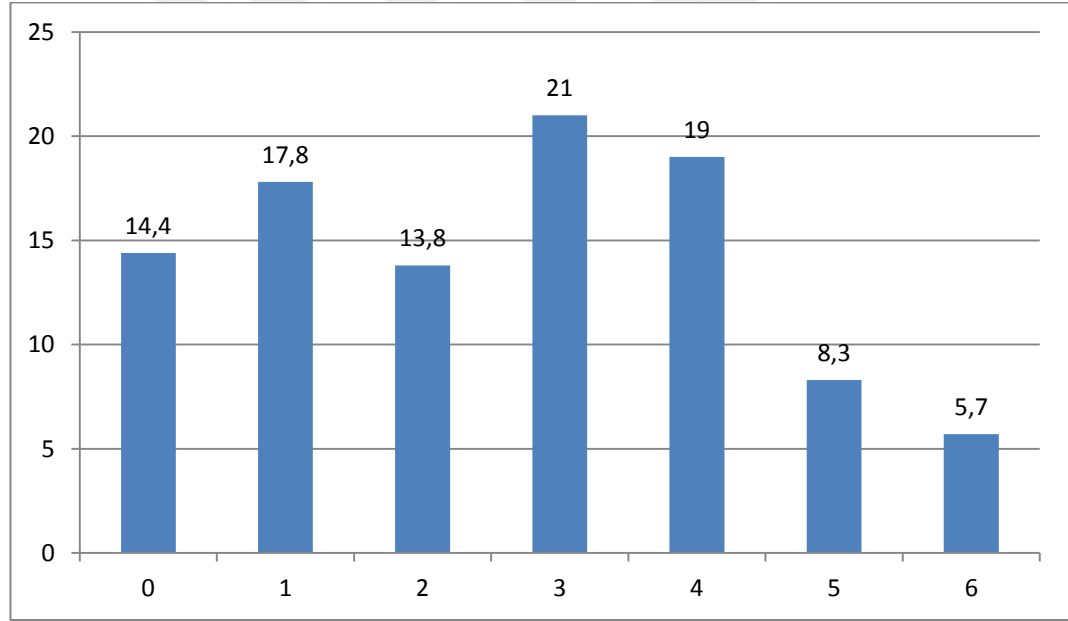
Soru (n=348)*	Sayı	%	Puan Ortalaması	SS (±)
1.Tüm kutudaki dondurmayı yerseniz kaç kalori almış olursunuz?	91	26,1	0,26	0,44
2.Eğer tatlı için 60 gramdan fazla karbonhidrat yememeniz önerilirse, yemeniz gereken maksimum dondurma miktarı nedir?	120	34,5	0,34	0,47
3.Doktorunuzun diyetinizdeki doymuş yağ miktarını azaltmayı tavsiye ettiğini hayal edin. Günlük olarak genellikle 42 gram doymuş yağ yiyorsunuz bunun bir kısmını bir porsiyon dondurmadan alıyorsunuz. Eğer dondurma yemeyi bırakırsanız, her gün kaç gram doymuş yağ almış olursunuz?	152	43,7	0,43	0,49
4.Eğer genel olarak her gün 2500 kalori yiyorsanız, bir porsiyon dondurma yediğinizde bu günlük kalori alımınızın yüzde kaç olur?	77	22,1	0,22	0,41
5.Bu dondurmayı yemek sizin için güvenli midir?	284	81,6	0,81	0,38
6.Güvenli değil ise neden?	182	52,3	0,52	0,50

*Okuryazar olmayanlar dahil edilmemiştir.

EYYB ölçeğine göre sağlık okuryazarlığı kategorilerinin dağılımı Şekil 3, puanların dağılımı Şekil 4'de sunulmuştur. Okuryazar olmayanların dahil edilmediği hesaplamada, EYYB ölçeği puan ortalaması $2,60 \pm 1,74$ (Min. 0, Max. 6 puan) olarak bulundu. Çalışma grubunun %14,4'ü (n=50) hiçbir soruyu doğru yanıtlayamazken, %5,7'si (n=20) 6 sorunun tamamını doğru yanıtladı. Grubun %32,2'si (n=112) yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarlığı (0-1 puan) düzeyindeyken, %33,0'ü (n=115) yeterli sağlık okuryazarlığı (4-6 puan) düzeyine sahipti.



Şekil 3. EYYB ölçeğine göre SOY kategorilerinin dağılımı (%)



Şekil 4. EYYB ölçeği puan dağılımları (%)

5.7. Sağlık Okuryazarlığı Anketinin İndeksleri İle En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeğinin Korelasyon Analizi

EYYB ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı indekslerinin korelasyon analizi sonuçları Tablo 22’de sunulmuştur. Tüm puan türleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon bulunmaktaydı ($p<0,01$)

Tablo 22. EYYB Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı İndekslerinin Korelasyon Analizi

Ölçek	EYYB	Genel SOY	Sağlık Hizmeti SOY	Hastalaktan Korunma SOY	Sağlığı Geliştirme SOY	Bilgiye Erişim SOY	Bilgiyi Anlama SOY	Bilgiyi Değerlendirmeye SOY	Bilgiyi Uygulama SOY
EYYB*	1								
Genel SOY**	0,801	1							
Sağlık Hizmeti SOY**	0,747	0,933	1						
Hastalaktan Korunma SOY**	0,716	0,938	0,814	1					
Sağlığı Geliştirme SOY**	0,753	0,949	0,812	0,853	1				
Bilgiye Erişim SOY**	0,761	0,956	0,895	0,882	0,915	1			
Bilgiyi Anlama SOY**	0,730	0,910	0,888	0,857	0,824	0,821	1		
Bilgiyi Değerlendirme SOY**	0,708	0,942	0,854	0,899	0,905	0,876	0,800	1	
Bilgiyi Uygulama SOY**	0,725	0,913	0,835	0,854	0,884	0,819	0,790	0,825	1

$p<0,01$

*n=348

**n=375

5.8. Bulguların Sağlık Okuryazarlığı Puanları ve Kategorileri ile İlişkileri

5.8.1. Cinsiyet ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Cinsiyete göre EYYB ölçeği puan ortalamalarının ve Sağlık Okuryazarlığı indeks ortalamalarının dağılımı Tablo 23’de verilmiştir. Kadınların EYYB ölçeği

puan ortalamaları (2,05±1,88) ve erkeklerin EYYB ölçeği puan ortalamaları (3,09±1,43) arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ve erkeklerin EYYB ölçeği puan ortalamaları kadınların ortalamalarından yüksekti (p<0,001). Sağlık Okuryazarlığı indekslerinin tamamında erkeklerin ortalamaları kadınların ortalamalarından yüksek bulundu (p<0,001).

Tablo 23. Cinsiyete Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve EYYB Ölçeği Puan Ortalamaları

	Cinsiyet	Sayı	%**	Ort±SS	
EYYB* (n=348)	Kadın	164	47,1	2,05± 1,88	t= -5,713
	Erkek	184	52,9	3,09±1,43	p<0,001
Genel SOY İndeksi (n=375)	Kadın	185	49,3	24,77±7,67	t= -7,588
	Erkek	190	50,7	30,20±6,07	p<0,001
Sağlık Hizmeti SOY İndeksi (n=375)	Kadın	185	49,3	26,41±8,65	t= -6,503
	Erkek	190	50,7	31,55±6,43	p<0,001
Hastalıktan Korunma SOY İndeksi (n=375)	Kadın	185	49,3	25,83±7,62	t= -4,765
	Erkek	190	50,7	29,25±6,17	p<0,001
Sağlığın Geliştirilmesi SOY İndeksi (n=375)	Kadın	185	49,3	22,14±7,91	t= -9,739
	Erkek	190	50,7	29,75±7,19	p<0,001
Bilgiye Erişim SOY İndeksi (n=375)	Kadın	185	49,3	22,63±9,73	t= -8,391
	Erkek	190	50,7	30,00±7,00	p<0,001
Bilgiyi Anlama SOY İndeksi (n=375)	Kadın	185	49,3	28,09±7,89	t= -4,668
	Erkek	190	50,7	31,66±6,89	p<0,001
Bilgiyi Değerlendirme SOY İndeksi (n=375)	Kadın	185	49,3	23,43±7,66	t= -7,367
	Erkek	190	50,7	28,88±6,60	p<0,001
Bilgiyi Uygulama SOY İndeksi (n=375)	Kadın	185	49,3	25,46±7,29	t= -7,207
	Erkek	190	50,7	30,43±5,98	p<0,001

*Okuryazar olmayanlar dahil edilmemiştir.

**Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

5.8.2. Yaş ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

18-64, 65 ve üzeri yaş gruplarına göre EYYB ölçek puanı ve Sağlık Okuryazarlığı indeks ortalamaları Tablo 24’de sunulmuştur. EYYB ölçeği puan ortalamaları ve sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları 18-64 yaş grubunda, 65 ve üzeri yaş grubundan daha yüksek bulundu (p<0,001).

Tablo 24. 18-64, 65 ve Üzeri Yaş Gruplarına Göre EYYB Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı İndekslerinin Ortalamaları

	Yaş grubu	Sayı	%**	Ort±SS	
EYYB (n=348)*	18-64	319	91,7	2,71±1,72	t= 4,158
	≥65	29	8,3	1,34±1,42	p<0,001
Genel SOY İndeksi (n=375)	18-64	334	89,1	28,35±6,87	t= 5,578
	≥65	41	10,9	20,81±8,30	p<0,001
Sağlık Hizmeti SOY İndeksi (n=375)	18-64	334	89,1	29,92±7,30	t= 5,211
	≥65	41	10,9	21,67±9,80	p<0,001
Hastalıktan Korunma SOY İndeksi (n=375)	18-64	334	89,1	28,28±6,74	t= 5,733
	≥65	41	10,9	21,78±7,56	p<0,001
Sağlığın Geliştirilmesi SOY İndeksi (n=375)	18-64	334	89,1	26,85±8,01	t= 5,813
	≥65	41	10,9	19,05±8,82	p<0,001
Bilgiye Erişim SOY İndeksi (n=375)	18-64	334	89,1	27,26±8,60	t= 4,679
	≥65	41	10,9	19,04±10,83	p<0,001
Bilgiyi Anlama SOY İndeksi (n=375)	18-64	334	89,1	30,76±7,11	t= 6,581
	≥65	41	10,9	22,91±7,92	p<0,001
Bilgiyi Değerlendirme SOY İndeksi (n=375)	18-64	334	89,1	26,93±7,15	t= 4,687
	≥65	41	10,9	20,18±8,87	p<0,001
Bilgiyi Uygulama SOY İndeksi (n=375)	18-64	334	89,1	28,77±6,71	t= 6,514
	≥65	41	10,9	21,50±7,01	p<0,001

*Okuryazar olmayanlar dahil edilmemiştir.

**Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Çalışma grubunda yaş ile EYYB ölçeği puanları ($r=-0,53$, $p<0,01$) ve genel sağlık okuryazarlığı indeksi ($r=-0,56$, $p<0,01$) arasında negatif bir korelasyon olduğu tespit edildi (Tablo 25).

Tablo 25. Yaş ile EYYB Ölçeği ve Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksinin Korelasyon Analizi

		Yaş	EYYB	Genel SOY İndeksi	
Yaş	r	1			p<0,01
	N	375			
EYYB	r	-0,53	1		p<0,01
	N	348	348		
Genel SOY İndeksi	r	-0,56	0,80	1	p<0,01
	N	375	348	375	

10'arlı yaş gruplarına göre EYYB ölçeği puan ortalamaları ve genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları Tablo 26'da sunulmuştur. Yaş gruplarına göre

EYYB ölçeği puan ortalamaları ($F=27,237$, $p<0,001$) ve genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları ($F=30,938$, $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekteydi. İki anket için de en yüksek puan ortalamaları 24 ve altındaki yaş grubunda, en düşük puan ortalamaları 65 ve üzeri yaş grubunda bulundu.

Tablo 26. 10'arlı Yaş Gruplarına Göre EYYB Ölçeği Puan ve Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Ortalamaları

	Yaş grubu	Sayı	%**	Ort±SS	
EYYB Ölçeği* (n=348)	≤24	55	15,8	4,07±1,13	F=27,237 p<0,001
	25-34	73	21,0	3,35±1,53	
	35-44	77	22,1	2,63±1,70	
	45-54	69	19,8	1,84±1,60	
	55-64	45	12,9	1,51±1,17	
	≥65	29	8,3	1,34±1,42	
Genel SOY İndeksi (n=375)	≤24	55	14,7	34,18±5,06	F=30,938 p<0,001
	25-34	73	19,5	30,42±5,01	
	35-44	77	20,5	28,35±6,27	
	45-54	73	19,5	25,44±6,82	
	55-64	56	14,9	23,72±6,30	
	≥65	41	10,9	20,81±8,30	

*Okuryazar olmayanlar dahil edilmemiştir.

**Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

5.8.3. Eğitim Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Okuryazar olmayanların değerlendirme dışı tutulduğu hesaplamalarda, herhangi bir okul bitirmemiş okuryazar olanların tamamı (n=29) EYYB ölçeğine göre yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan grupta yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan yoktu. Genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalamaları; herhangi bir okul mezunu olmayanlarda $17,41±5,30$, lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanlarda $33,16±4,83$ olarak tespit edildi. EYYB ölçeği puan ortalamaları okul mezunu olmayan okuryazarlarda $0,27±0,45$, lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip

olanlarda $4,02\pm 1,19$ olarak tespit edildi. Eğitim durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları ($F=189,369$, $p<0,001$) ve EYYB ölçeği puan ortalamaları ($F=235,057$, $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde birbirinden farklıydı (Tablo 27).

Tablo 27. Eğitim durumuna göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks ve EYYB Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçek	Eğitim seviyesi	Sayı	%***	Ort±SS	
EYYB* (n=348)	Okul mezunu olmayan**	29	8,3	0,27±0,45	F=235,057 p<0,001
	İlkokul**	78	22,5	0,88±0,83	
	İlköğretim / ortaokul**	85	24,4	2,36±0,87	
	Lise ve üzeri**	156	44,8	4,02±1,19	
Genel SOY (n=375)	Okul mezunu olmayan**	56	14,9	17,41±5,30	F=189,369 p<0,001
	İlkokul**	78	20,8	22,83±4,59	
	İlköğretim / ortaokul**	85	22,7	28,16±3,97	
	Lise ve üzeri**	156	41,6	33,16±4,83	

*Okuryazar olmayanlar dahil edilmemiştir.

**Farkı yaratan gruplar.

***Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

5.8.4. Gazete Okuma Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Gazete okuma durumuna göre EYYB ölçeği ve genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamalarının ilişkisi Tablo 28’de sunulmuştur. EYYB ölçeği açısından, haftada en az bir gün gazete okuyanların puan ortalamaları ($3,28\pm 1,54$), okumayanların ortalamalarından ($2,04\pm 1,69$), genel sağlık okuryazarlığı indeksi açısından haftada en az bir gün gazete okuyanların puan ortalamaları ($30,69\pm 5,97$) okumayanların ortalamalarından ($25,17\pm 7,51$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p<0,001$).

Tablo 28. Gazete Okuma Durumuna Göre EYYB Ölçeği ve Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Ortalamaları

Ölçek	Gazete okuma durumu	Sayı	%**	Ort±SS	
EYYB* (n=348)	Okumayan	192	55,2	2,04±1,69	t=-7,128
	Haftada en az 1 gün	156	44,8	3,28±1,54	p<0,001
Genel SOY (n=375)	Okumayan	215	57,3	25,17±7,51	t=-7,921
	Haftada en az 1 gün	160	42,7	30,69±5,97	p<0,001

*Okuryazar olmayanlar dahil edilmemiştir.

**Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

5.8.5. Medeni Durum ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Medeni duruma göre EYYB ölçeği puan ortalamalarının ve genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları Tablo 29’da sunulmuştur. Bekar olan grubun EYYB ölçeği puan ortalamaları (3,98±1,17)ve genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları (33,39±4,48)evli olanların ortalamalarına (2,35±1,68 ve 26,91±6,93) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksekti (p<0,001).

Tablo 29. Medeni Duruma Göre EYYB Ölçeği Puan Ortalamalarının ve Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Medeni durum**	Sayı	%***	Ort±SS	
EYYB* (n=338)	Evli	274	81,0	2,35±1,68	t=-9,141
	Bekar	64	18,9	3,98±1,17	p<0,001
Genel SOY indeksi (n=358)	Evli	294	82,1	26,91±6,93	t=-9,385
	Bekar	64	17,9	33,39±4,48	p<0,001

*Okuryazar olmayanlar dahil edilmemiştir.

** Ayrılmış/boşanmış/dul olanlar dahil edilmemiştir.

***Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

5.8.6. Beden Kitle İndeksi ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Çalışma grubunun BKİ kategorisine göre genel sağlık okuryazarlığı kategorilerinin dağılımı Tablo 30’da gösterilmiştir. Obez olanların %54,7’si (n=41), fazla kilolu olanların %36,3’ü (n=53), zayıf veya normal olanların %20,1’i (n=31) “yetersiz sağlık okuryazarlığı” düzeyine sahipti. BKİ kategorisine

göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir Şekilde farklıydı (p<0,001).

Tablo 30. Çalışma Grubunun BKİ Kategorisine Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı Kategorilerinin Dağılımları

BKİ kategorileri (n= 375)	Genel SOY kategorileri				X ² = 22,16 p<0,001
	Yetersiz veya Sorunlu SOY		Yeterli veya Mkemmел SOY		
	Sayı	%**	Sayı	%**	
Zayıf veya normal* (n=154)	102	66,2	52	33,8	
Fazla kilolu (n=146)	120	82,2	26	17,8	
Obez (n=75)	69	92,0	6	8,0	

*Zayıf ve normal kilolu olanlar birlikte değerlendirilmiştir.

**Yüzdeler n üzerinden alınmıştır

Çalışma grubunun BKİ kategorilerine göre EYYB leği kategorilerinin dağılımları Tablo 31’de gösterilmiştir. Obez olanların %56,7’si (n=38), Fazla kilolu olanların %29,5’i (n=39), zayıf veya normal kilolu olanların %23,5’i (n=35) yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. BKİ kategorilerine göre EYYB leği kategorileri istatistiksel olarak anlamlı bir Şekilde farklıydı (p<0,001).

Tablo 31. Çalışma Grubunun BKİ Kategorilerine Göre EYYB leği Kategorilerinin Dağılımları

BKİ kategorileri (n= 348**)	EYYB leği Kategorileri						X ² = 38,91 p<0,001
	YO Sınırlı SOY		Sınırlı SOY		Yeterli SOY		
	Sayı	%***	Sayı	%***	Sayı	%***	
Zayıf veya normal* (n=149)	35	23,5	44	29,5	70	47,0	
Fazla kilolu (n=132)	39	29,5	59	44,7	34	25,8	
Obez (n=67)	38	56,7	18	26,9	11	16,4	

YO:Yüksek olasılıkla

*Zayıf ve normal kilolu olanlar birlikte değerlendirilmiştir.

**Okuryazar olmayanlar dahil edilmemiştir.

***Yüzdeler n üzerinden alınmıştır

Çalışma grubunun BKİ değerleri ile EYYB ölçeğinin puanları arasında ($r=-0,33$, $p<0,01$) ve genel sağlık okuryazarlığı indeksi arasında ($r=-0,32$, $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir korelasyon vardı (Tablo 32).

Tablo 32. Çalışma Grubunun BKİ değerleri ile EYYB Ölçeği ve Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksinin Korelasyon Analizi

		BKİ	EYYB	Genel SOY indeksi	
BKİ	r	1			p<0,01
	N	375			
EYYB	r	-0,33	1		
	N	348	348		
Genel SOY indeksi	r	-0,32	0,80	1	
	N	375	348	375	

5.8.7. Çalışma Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Çalışma durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı kategorileri Tablo 33'de sunulmuştur. En yüksek yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı sıklığı ev hanımı veya işsiz olanlarda görüldü, evli veya işsiz olanların %89,9'u ($n=152$) yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisindeydi. En yüksek yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı sıklığı öğrenci olanlarda görüldü, öğrenci olanların %80,0'i ($n=20$) yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. Çalışma durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı kategorileri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklıydı ($p<0,001$).

Tablo 33. Çalışma Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri

Çalışma Durumu	Genel SOY kategorileri				X²=86,98 p<0,001
	Yetersiz veya Sorunlu SOY*		Yeterli veya Mükemmel SOY**		
	Sayı	%***	Sayı	%***	
Ev hanımı/işsiz ($n=169$)	152	89,9	17	10,1	
Memur ($n=31$)	17	54,8	14	45,2	
İşçi ($n=36$)	24	66,7	12	33,3	
Emekli ($n=46$)	45	97,8	1	2,2	
Serbest meslek ($n=68$)	48	70,6	20	29,4	
Öğrenci ($n=25$)	5	20,0	20	80,0	

*Yetersiz SOY ve Sorunlu SOY birleştirilerek değerlendirilmiştir.

**Yeterli SOY ve Mükemmel SOY birleştirilerek değerlendirilmiştir.

***Yüzdeler n üzerinden alınmıştır

Çalışma durumuna göre EYYB ölçeği kategorileri Tablo 34’de sunulmuştur. EYYB ölçeği kategorilerinden yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığının en yüksek olduğu grup ev hanımı veya işsiz olanların bulunduğu gruptu. Bu grubun %55,4’ü (n=82) yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisindeydi. En yüksek yeterli sağlık okuryazarlığı sıklığına sahip olan grup öğrencilerdi. Öğrenci olanların %76,0’sı (n=19) yeterli sağlık okuryazarlığı kategorisindeydi. Çalışma durumuna göre EYYB ölçeği kategorileri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklıydı (p<0,001).

Tablo 34. Çalışma Durumuna Göre EYYB Ölçeği Kategorileri

Çalışma Durumu	EYYB Kategorisi						X ² =116,11 p<0,001
	YO Sınırlı SOY		Sınırlı SOY		Yeterli SOY		
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**	
Ev hanımı/işsiz (n=148)	82	55,4	39	26,4	27	18,2	
Memur (n=31)	2	6,5	6	19,4	23	74,2	
İşçi (n=36)	3	8,3	18	50,0	15	41,7	
Emekli (n=42)	16	38,1	22	52,4	4	9,5	
Serbest meslek (n=66)	9	13,6	30	45,5	27	40,9	
Öğrenci (n=25)	0	0,0	6	24,0	19	76,0	

*Okuryazar olmayanlar dahil edilmemiştir

**Yüzdeler n üzerinden alınmıştır

YO: Yüksek olasılıkla

5.8.8. Ekonomik Durum ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Asgari ücret ve altında hane geliri olan grubun %43,7’si (n=66) yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarlığı, 3501 Türk lirası ve üzerinde hane geliri olanların %75,0’i (n=15) yeterli sağlık okuryazarlığı kategorisindeydi. Haneye giren toplam para miktarı arttıkça yeterli sağlık okuryazarlığı sıklığının arttığı görüldü. Haneye giren toplam para miktarına göre EYYB ölçeği kategorileri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklıydı (Tablo 35, p<0,001).

Tablo 35. Haneye Giren Toplam Para Miktarına Göre EYYB Ölçeği Kategorilerinin Dağılımı

Haneye giren toplam para miktarı**	EYYB Kategorisi					
	YO Sınırlı SOY		Sınırlı SOY		Yeterli SOY	
	Sayı	%***	Sayı	%***	Sayı	%***
≤ Asgari ücret (n=151)	66	43,7	46	30,5	39	25,8
1301-2500 (n=127)	39	30,7	55	43,3	33	26,0
2501-3500 (n=50)	7	14,0	15	30,0	28	56,0
≥ 3501 (n=20)	0	0,0	5	25,0	15	75,0

YO: Yüksek olasılıkla

*Okuryazar olmayanlar dahil edilmemiştir

** Türk Lirası

***Yüzdeler n üzerinden alınmıştır

Haneye giren toplam para miktarına göre genel sağlık okuryazarlığı kategorilerinin dağılımı Tablo 36’da sunulmuştur. Asgari ücret ve altında hane geliri olan grubun %83,2’si (n=144) yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı, 3501 Türk lirası ve üzerinde hane geliri olanların %61,9’u (n=13) yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. EYYB ölçeğinde olduğu gibi genel sağlık okuryazarlığı kategorilerinde de haneye giren toplam para miktarı arttıkça yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı sıklığının arttığı görüldü. Haneye giren toplam para miktarına göre genel sağlık okuryazarlığı kategorileri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklıydı (p<0,001).

Tablo 36. Haneye Giren Toplam Para Miktarına Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı Kategorilerinin Dağılımı

Haneye giren toplam para miktarı*	Genel SOY Kategorisi			
	Yetersiz veya Sorunlu SOY		Yeterli veya Mükemmel SOY	
	Sayı	%**	Sayı	%**
≤ Asgari ücret (n=173)	144	83,2	29	16,8
1301-2500 (n=130)	108	83,1	22	16,9
2501-3500 (n=51)	31	60,8	20	39,2
≥ 3501 (n=21)	8	38,1	13	61,9

* Türk Lirası

**Yüzdeler n üzerinden alınmıştır

Sağlık masraflarını karşılayabilme durumu, faturaları ödemede zorluk yaşama durumu ve ekonomik durumu değerlendirme ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi Tablo 37’de sunulmuştur. Sağlık masraflarını çok kolay karşıladığını, faturaları ödemede hiçbir zaman zorluk yaşamadığını, ekonomik durumunun iyi olduğunu belirtenlerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları genel sağlık okuryazarlığı indeksi ve EYYB leğinde istatistiksel olarak anlamlı Şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).



Tablo 37. Sağlık Masraflarını Karşılatabilme, Faturaları Ödemede Zorluk Yaşama ve Ekonomik Durum Değerlendirmeye Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve EYYB Ölçeği Puan Ortalamaları

	Değerlendirme	Sayı	%**	Ort±SS	
Sağlık Masraflarını Karşılatabilme Durumu					
Genel SOY İndeksi (n=375)	Çok Kolay*	139	37,1	29,51±7,31	F=9,545 p<0,001
	Kısmen	203	54,1	26,66±7,22	
	Çok Zor	33	8,8	24,47±7,13	
EYYB Ölçeği (n=348)	Çok Kolay*	133	38,3	3,07±1,81	F=10,082 p<0,001
	Kısmen	186	53,4	2,39±1,65	
	Çok Zor	29	8,3	1,75±1,37	
Faturaları Ödemede Zorluk Yaşama Durumu					
Genel SOY İndeksi (n= 375)	Hiçbir Zaman*	131	34,9	29,50±7,52	F=11,803 p<0,001
	Nadiren*	193	51,5	27,16±6,85	
	Her Zaman*	51	13,6	23,84±7,67	
EYYB Ölçeği (n=348)	Hiçbir Zaman*	121	34,8	3,10±1,80	F=12,986 p<0,001
	Nadiren*	183	52,6	2,50±1,65	
	Her Zaman*	44	12,6	1,63±1,43	
Ekonomik durum değerlendirme					
Genel SOY İndeksi (n=375)	Kötü	63	16,8	25,31±8,33	F=8,395 p<0,001
	Orta	269	71,7	27,46±6,85	
	İyi*	43	11,5	31,19±8,13	
EYYB Ölçeği (n=348)	Kötü	54	15,5	2,20±1,62	F=9,269 p<0,001
	Orta	252	72,4	2,51±1,69	
	İyi*	42	12,1	3,61±1,86	

*Farkı yaratan gruplar

**Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

5.8.9. Tütün ve Alkol Kullanım Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı

İlişkisi

Katılımcıların tütün kullanım durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri Tablo 38’de sunulmuştur. Tütün kullanım durumlarına göre genel sağlık okuryazarlığı kategorileri birbirinden farklı değildi ($p>0,05$).

Tablo 38. Tütün Kullanım Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Kategorileri

Sigara, puro, pipo kullanımı	Genel SOY kategorisi				X²=3,077 p= 0,215
	Yetersiz veya Sorunlu SOY		Yeterli veya Mükemmel SOY		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Şuan içiyor (n= 95)	68	71,6	27	28,4	
İçip bırakmış (n= 55)	42	76,4	13	23,6	
Hiç içmemiş (n=225)	181	80,4	44	19,6	

*Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

Çalışma grubunun son 12 ayda alkollü içecek kullanma durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı kategorileri Tablo 39’da sunulmuştur. Son 12 ayda alkollü içecek kullanma durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı kategorileri farklı değildi ($p > 0,05$).

Tablo 39. Son 12 Ayda Alkollü İçecek Kullanma Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Kategorileri

N=375	Son 12 ayda alkol kullanımı	Genel SOY kategorisi				$\chi^2=0,504$ $p= 0,478$
		Yetersiz veya Sorunlu SOY	Yeterli veya Mükemmel SOY	Sayı	%*	
	Evet (n=17)	Sayı	%*	Sayı	%*	
	Hayır (n=358)	12	70,6%	5	29,4%	
		279	77,9%	79	22,1%	

*Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

5.8.10. Egzersiz Yapma Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Çalışma grubunun egzersiz yapma durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları ve EYYB ölçeği puan ortalamaları Tablo 40’da sunulmuştur. Genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları egzersiz yapmayanlarda $24,16 \pm 6,77$, egzersiz yapanlarda $30,12 \pm 6,83$ ($p < 0,001$), EYYB ölçeği puan ortalamaları egzersiz yapmayanlarda $1,88 \pm 1,64$, egzersiz yapanlarda $3,10 \pm 1,63$ bulundu ($p < 0,001$). Genel sağlık okuryazarlığı indeksi ve EYYB ölçeği puan ortalamalarında egzersiz yapanlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktaydı.

Tablo 40. Egzersiz Yapma Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve EYYB Ölçeği Puan Ortalamaları

	Egzersiz yapma durumu						
	Yapmıyor			Yapıyor			
	Sayı	%*	Ort±SS	Sayı	%*	Ort±SS	
Genel SOY indeksi (n=375)	163	43,5	24,16±6,77	212	56,5	30,12±6,83	t= -8,402 p<0,001
EYYB (n=348)	143	41,1	1,88±1,64	205	58,9	3,10±1,63	t= -6,802 p<0,001

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

5.8.11. Toplumsal Faaliyetlere Katılma Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Aktif bir şekilde toplumsal faaliyetlere katılma durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları ve EYYB ölçeği puan ortalamaları Tablo 41’de sunulmuştur. Çalışma grubunun aktif bir şekilde toplumsal faaliyetlere hiçbir zaman katılmayanların genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları (p<0,001) ve EYYB ölçeği puan ortalamaları (p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük bulundu.

Tablo 41. Aktif Bir Şekilde Toplumsal Faaliyetlere Katılma Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve EYYB Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçek	Ayda birkaç kez veya daha sık			Yılda birkaç			Hiçbir zaman			
	Sayı	%	Ort±SS	Sayı	%	Ort±SS	Sayı	%	Ort±SS	
Genel SOY indeksi (n=375)	56	14,9	31,54±5,83	78	20,8	31,01±5,80	241	64,3	25,46±7,42*	F=30,289 p<0,001
EYYB (n=348)	56	16,1	3,41±1,42	77	22,1	3,22±1,67	215	61,8	2,17±1,70*	F=19,271 p<0,001

*Farkı yaratan grup

5.8.12. Uzun Süreli Hastalık ve Genel Sağlık Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Uzun süreli (en az 6 ay süren) hastalık durumuna göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları Tablo 42’de sunulmuştur. Herhangi bir uzun süreli hastalığı olmayanların genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalamaları (29,54±6,76) ve EYYB ölçeği puan ortalamaları (3,08±1,65), uzun süreli hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksekti ($p<0,001$).

Tablo 42. Uzun Süreli Hastalık Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve EYYB Ölçeği Puan Ortalamaları

	Uzun süreli hastalık sayısı						F	p			
	>1		1		Yok						
	Sayı	%**	Ort ±SS	Sayı	%**	Ort ±SS			Sayı	%**	Ort ±SS
Genel SOY indeksi (n=375)	58	15,5	21,37 ±6,91*	89	23,7	26,37 ±6,91*	228	60,8	29,54 ±6,76*	34,833	<0,001
EYYB puanı (n=348)	47	13,5	1,08 ±1,29*	79	22,7	2,15 ±1,56*	222	63,8	3,08 ±1,65*	34,623	<0,001

*Farkı yaratan gruplar

**Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

Katılımcıların genel olarak sağlık durumlarını çok iyi veya iyi olarak değerlendirenlerin EYYB ölçeği puan ortalamaları (3,07±1,67) ve genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları (29,64±6,75) diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p<0,001$, Tablo 43).

Tablo 43. Genel Olarak Sağlık Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve EYYB Ölçeği Puan Ortalamaları

	Genel Olarak Sağlık Durumu									F=29,286 p<0,001
	Çok iyi veya İyi			Orta			Kötü veya Çok kötü			
	Sayı	%**	Ort ±SS	Sayı	%**	Ort ±SS	Sayı	%**	Ort ±SS	
EYYB (n=348)	226	65,0	3,07 ±1,67*	108	31,0	1,80 ±1,52	14	4,0	1,07 ±1,20	
Genel SOY (n=375)	234	62,4	29,64 ±6,75*	121	32,3	24,66 ±7,09*	20	5,3	20,12 ±6,20*	F=33,491 p<0,001

*Farkı yaratan gruplar

**Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

5.8.13. Sağlık Hizmetlerini Kullanım Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Sağlık hizmetlerini kullanım durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri Tablo 44'de sunulmuştur. Son 2 yılda acil servise başvuru sayısı, son 12 ay içerisinde doktora başvuru sayısı, hastane hizmetlerini kullanım sayısı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, diş hekimi veya gözlükçü (optisyen) gibi diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma sayısına göre genel sağlık okuryazarlığı ve EYYB ölçeği kategorileri birbirinden farklı değildi ($p>0,05$).

Tablo 44. Sağlık Hizmetlerini Kullanım Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi		Hizmeti kullanım sayısı								X ²	p
		0		1-2		3-5		≥6			
		Sayı	%***	Sayı	%***	Sayı	%***	Sayı	%***		
Son 2 yılda acil servise başvuru											
Genel	1	102	82,9	98	78,4	57	71,2	34	72,3	X²=4,658	
SOY*	2	21	17,1	27	21,6	23	28,8	13	27,7	p=0,199	
EYYB**	A	80	70,8	77	65,3	48	65,8	28	63,6	X²=1,175	
	B	33	29,2	41	34,7	25	34,2	16	36,4	p=0,759	
Son 12 ay içerisinde doktora başvuru											
Genel	1	36	75,0	78	81,2	110	76,4	67	77,0	X²=1,061	
SOY*	2	12	25,0	18	18,8	34	23,6	20	23,0	p=0,786	
EYYB**	A	30	69,8	57	62,0	90	67,2	56	70,9	X²=1,747	
	B	13	30,2	35	38,0	44	32,8	23	29,1	p=0,627	
Son 12 ay içerisinde hastane hizmetlerini kullanım											
Genel	1	50	75,8	101	80,8	83	72,2	57	82,6	X²=3,809	
SOY*	2	16	24,2	24	19,2	32	27,8	12	17,4	p=0,283	
EYYB**	A	40	65,6	81	66,9	70	67,3	42	67,7	X²=0,076	
	B	21	34,4	40	33,1	34	32,7	20	32,3	p=0,995	
Son 12 ay içerisinde diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, diş hekimi veya gözlükçü (optisyen) gibi diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma											
Genel	1	140	72,2	108	82,4	33	84,6	10	90,9	X²=7,289	
SOY*	2	54	27,8	23	17,6	6	15,4	1	9,1	p=0,063	
EYYB**	A	114	64,4	83	67,5	28	73,7	8	80,0	X²=2,082	
	B	63	35,6	40	32,5	10	26,3	2	20,0	p=0,556	

*1: Yetersiz veya Sorunlu SOY, 2: Yeterli veya Mükemmel SOY

** A: Yüksek olasılıkla sınırlı SOY, B: Yeterli SOY

***Sütun yüzdesi kullanılmıştır.

6. TARTIŞMA

Katılımcıların %49,3'ü kadındı. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında katılımcıların %46,2'sinin (47), Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında araştırma grubunun %51,2'sinin, Palumbo ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada katılımcıların %51,7'sinin, A. Jovic-Vranes ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada katılımcıların %46,7'sinin (55,70,76), Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması çalışmasında çalışma grubunun %67,5'inin, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 çalışmasında çalışma grubunun %46,3'ünün kadın olduğu (75) tespit edilmiştir. Araştırmamız cinsiyet sıklığı açısından incelenen literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma grubunun yaş ortalaması $42,83 \pm 15,84$ bulundu. Aynı sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin kullanıldığı; Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında yaş ortalaması $41,4 \pm 0,3$, Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında yaş ortalamaları Avusturya'da $46,0 \pm 18,0$, Bulgaristan'da $46,5 \pm 18,4$, Almanya'da $48,4 \pm 19,1$, Yunanistan'da $46,2 \pm 19,5$, İspanya'da $46,3 \pm 18,5$, İrlanda'da $43,3 \pm 17,6$, Hollanda'da $46,2 \pm 18,8$, Polonya'da $44,7 \pm 18,4$ bulunmuştur (47,70). Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada katılımcıların yaş ortalaması $36,21 \pm 12,61$ olarak tespit edilmiştir (60). Yaş ortalaması; Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması Çalışmasında 30, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 çalışmasında $41,8 \pm 17,3$ olarak tespit edilmiştir (75). Çalışma grubumuzun yaş ortalaması incelenen literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %78,4'ü evli, %81,9'u çekirdek aile yapısına sahipti. Grubun %18,9'unun çocuğu bulunmamakta ve %71,7'sinin hanesinde yaşayan kişi sayısı 4 ve üzerindedir. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, çalışmamıza paralel şekilde çalışma grubunun %70,2'sinin evli, %86,5'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu görülmüştür (47). Üçpunar'ın yaptığı çalışmada katılımcıların %60,7'sinin evli olduğu, çalışmamıza benzer şekilde %79,2'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %66,7'sinin hane mevcudunun 4 kişi ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir (52). A. Jovic-Vranes ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %70,5'inin evli olduğu tespit edilmiştir (55).

Araştırmamızda, çalışma grubunun %7,2'si, kadınların %11,4'ü, erkeklerin %3,2'si okuryazar değildi. Grubun %35,7'si ilköğretim ve altında, %12,3'ü üniversite ve üzerinde eğitim düzeyine sahipti. Cinsiyete göre eğitim durumları istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklıydı. Herhangi bir okul bitirmemiş olanların sıklığı, 65 ve üzeri yaş grubunda %48,8, 18-64 yaş grubunda %10,8 olarak tespit edildi. Yaş gruplarına göre eğitim durumları istatistiksel olarak birbirinden farklı bulundu. TÜİK 2015 verilerine göre Türkiye'de 18 yaş ve üzeri nüfusun %4,71'inin, 18 yaş ve üzeri kadınların %7,86'sının, 18 yaş ve üzeri erkeklerin %1,53'ünün okuryazar olmadığı görülmüştür (25). Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, çalışma grubunun %2,8'inin okuryazar olmadığı, okuryazar olmayan kadın sıklığının, okuryazar olmayan erkek sıklığından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (47). A. Jovic-Vranes ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %12,4'ünün ilköğretim ve altında, %52,4'ünün ortaöğretim, %35,2'sinin lise ve daha üzeri

eğitim düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (55). Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada katılımcıların %41,2'sinin ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir (60). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması Çalışmasında katılımcıların %9,8'inin ilkokul ve altı, %35,7'sinin üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (75).

Araştırma bulgularımızda okuryazar olmayanların ve düşük eğitim düzeyinde olanların daha yüksek sıklıkta görülmesinin, çalışmamızın ilçe düzeyinde yapılmasından kaynaklandığı düşünölmektedir. Okuryazar olmayan kadınların, erkeklere göre daha yüksek sıklıkta görülmesi konusunda literatür bilgisi araştırma bulgularımızı desteklemektedir.

Bu çalışmada, katılımcıların %58,9'unun obez veya fazla kilolu, kadınların %30,3'ünün, erkeklerin %10,0'unun obez sınıfında olduğu tespit edildi. Cinsiyete göre BKİ kategorileri birbirinden farklıydı. TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2014'e göre Türkiye'de kadınların %24,5'i, erkeklerin %15,3'ünün obez olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamız ilçe ve köylerinde yapıldığından kadınların daha hareketsiz bir yaşam sürmesine bağlı olarak kadınlarda obezite sıklığının Türkiye verilerine göre daha yüksek olduğu, erkeklerin ise bahçe işleri gibi uğraşlara bağlı olarak daha hareketli bir yaşam sürmesi neticesinde, obezite sıklığının Türkiye değerinden daha düşük olduğu düşünölmektedir. Obezite sıklığı, üst gelir grubu ölkelerde kadınlarda %24,3, erkeklerde %22,6, orta-üst gelir grubu ölkelerde kadınlarda %15,8, erkeklerde %10,5, Dünya'da kadınlarda %15,2, erkeklerde %10,7 olarak tespit edilmiştir (77). BKİ değerleri açısından çalışmamıza benzer bulguların elde edildiği Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında katılımcıların

%59,6'sının (70), Üçpunar'ın yaptığı araştırmada, araştırma grubunun %51'inin obez veya hafif şişman olduğu tespit edilmiştir (52).

Bu çalışmada katılımcıların %2,7'sinin (n=10) herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktaydı. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, çalışma grubunun %6,9'unun herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı tespit edilmiştir (47). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması Çalışmasında katılımcıların %5,1'inin sosyal güvencesinin olmadığı, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 çalışmasında katılımcıların %10,2'sinin sosyal güvencesinin olmadığı görülmüştür (75).

Bu çalışmada; çalışma grubunun %45,1'i işsizdi. Üçpunar'ın yaptığı araştırmada çalışma grubunun %67,8'inin (n=238) çalışanlardan oluştuğu tespit edilmiştir (52). Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında 8 ülkeden katılımcıların %8,1'inin işsiz olduğu, işsiz olanların sıklığının; en düşük Avusturya'da (%2,3), en yüksek İspanya ve İrlanda da (%13,9) bulunduğu görülmüştür (70).

İlçe ve köylerinde yaşayan kadınlarda ev hanımı olma sıklığının daha yüksek olmasına bağlı olarak araştırma bulgularımıza göre işsiz sıklığı diğer araştırmalara göre daha yüksek görülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların %78,7'si kendi evinde oturuyordu, grubun %46,1'i asgari ücret ve altında aylık hane gelirine sahipti. Çalışma grubunun %8,8'i sağlık masraflarını karşılamasının çok zor, %37,1'i çok kolay olduğunu, %13,6'sı faturaları ödemede her zaman zorluk yaşadığını, %34,9'uhıçbir zaman zorluk yaşamadığını belirtti. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, çalışma grubunun %69'unun kendi evinde oturduğu,

%11,4'ünün sağlık giderlerini karşilamanın çok zor olduğunu, %20,1'inin çok kolay olduğunu belirttiği, %24,8'inin çoğu zaman ayın sonunda faturaları ödeme konusunda zorluk yaşadığını, %23,4'ünün hiçbir zaman zorluk yaşamadığını belirttiği tespit edilmiştir (47).

Bu bulgular ilçe şartlarında özel sağlık kuruluşu bulunmaması ve çoğu zaman herhangi bir ödeme yapılmasına gerek kalmaksızın sağlık hizmeti alınması ile açıklanabilir.

Avrupa sağlık okuryazarlığı araştirmasında ay sonunda faturaları ödemede zorluk yaşayanların (zaman zaman veya çoğu zaman) sıklığı 8 ülke ortalamasına göre %40,1 olarak tespit edilmiştir. Aynı araştırmada faturaları ödemede zorluk yaşama sıklığı en dşuk Hollanda (%21,4) en yüksek Bulgaristan'da (%75,8) tespit edilmiştir (70).

Çalışmamızda katılımcıların %25,3' Şu an sigara, puro veya pipo kullanmaktaydı. Hiç kullanmamış olanlar, grubun %60,0'ıydı, grubun %4,5'i son 12 ay içerisinde alkol tükettiğini belirtti. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 verilerine göre 2012 yılında tütün ürünü kullanım sıklığı araştırmamıza benzer şekilde %27,1 olarak bulunmuştur (78). Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştirmasında, çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların %30,4'ünün halen tütün kullandığı, %54,9'unun hiç kullanmadığı tespit edilmiştir. Aynı araştırmada katılımcıların %15,9'unun son 12 ay içerisinde alkol tükettiği tespit edilmiştir (47). Avrupa sağlık okuryazarlığı araştirmasında da tütün kullananların sıklığı çalışmamıza benzer şekilde %30,0 olarak tespit edilmiş, aynı araştırmada alkol kullanmayanların sıklığı %35,9 bulunmuştur (70). TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2014'te alkol kullanım

sıklığı %14,9 olarak tespit edilmiştir (77). Çalışma grubumuzda alkol tüketiminin daha düşük görülmesi kırsal yerleşime bağlanabilir.

Çalışma grubunun %39,2'sinin en az bir uzun süreli sağlık sorunu bulunmaktaydı. Katılımcıların %62,4'ü genel olarak sağlığını çok iyi veya iyi, %5,3'ü çok kötü veya kötü olarak değerlendirdi. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, katılımcıların %40,0'ında en az bir adet uzun süreli sağlık sorunu veya hastalık bulunduğu tespit edilmiştir. Aynı araştırmada katılımcıların %60,3'ünün genel olarak sağlık algısının çok iyi veya iyi olduğu, %5,9'unun çok kötü veya kötü olduğu tespit edilmiştir (47). Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında katılımcıların %35,1'inin en az bir adet uzun süreli sağlık sorununun bulunduğu ve %66,9'unun sağlığını çok iyi veya iyi, %8,2'sinin çok kötü veya kötü olarak değerlendirdiği tespit edilmiştir. 8 ülke arasından katılımcılardan en fazla sıklıkla (%18,7) sağlığını çok kötü veya kötü olarak değerlendirenlerin Bulgaristan katılımcıları, en fazla sıklıkla (%80,6) sağlığını çok iyi veya iyi olarak değerlendirenlerin İrlanda katılımcıları olduğu tespit edilmiştir (70). Üçpunar'ın yaptığı araştırmada sağlık durumunu mükemmel ve iyi olarak değerlendirenlerin sıklığı %63,6 ve tanısı konulmuş hastalığı olanların sıklığı %47,6 olarak tespit edilmiştir (52). TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2014'e göre on beş yaş ve üzeri bireylerin %61,2'si sağlık durumunu çok iyi/iyi olarak değerlendirmiştir (77).

Bu çalışmada katılımcıların %22,7'si son altı ayda sağlık sorunu yaşamadığını, %5,1'i son altı ayda yaşadığı sağlık sorunlarının, faaliyetlerini ciddi bir şekilde sınırladığını, %28,5'i sınırladığını ancak ciddi şekilde olmadığını, %43,7'si sınırlamadığını belirtti. Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında

katılımcıların %28,7'sinin yaşadığı sağlık sorunlarının aktivitelerini ciddi şekilde sınırladığını, %25,4'ünün sınırlamadığını söylediği tespit edilmiştir (70). Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, katılımcıların son 6 ayda yaşadığı sağlık sorunlarının, %10,4'ünde faaliyetlerini ciddi şekilde sınırladığını, %23,6'sında sınırladığını ancak ciddi şekilde olmadığını belirttiği tespit edilmiştir (47).

Kendi beyanına göre sağlık durumunu değerlendirme ve uzun süreli sağlık sorunu/hastalık varlığı açısından çalışmamız ile diğer araştırmalar benzer bulgulara sahipti. Son 6 ay içerisinde yaşanan sağlık sorunlarının faaliyetleri sınırlama konusunda çalışmamıza benzer olarak yapılan araştırmalarla arasında bazı farklılıklar olduğu dikkat çekmektedir. Özellikle faaliyetleri ciddi şekilde sınırlanmayanların sıklığı benzer olmakla birlikte, araştırma grubumuzda faaliyetleri ciddi şekilde sınırlanmış olanların sıklığının diğer çalışmalara göre düşük seviyede olduğu ve bunun araştırma grubumuzda faaliyetlere katılma sıklığının düşük olmasına bağlı olarak değerlendirilebilir.

Katılımcıların %32,8'i son iki yılda acil servise hiç başvurmamıştı. 6 veya daha fazla kez başvuranların sıklığı %12,5'di. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, son iki yılda acil servise hiç başvurmayanların sıklığı %47,3, 6 veya daha fazla kez başvuranların sıklığı %8,4 olarak tespit edilmiştir (47). Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında araştırmaya alınan sekiz ülke dikkate alındığında, son iki yılda acil servise hiç başvurmayanların sıklığı %73,4, 6 veya daha fazla kez başvuranların sıklığı %1,9 olarak tespit edilmiştir. Aynı araştırmada araştırmamıza en yakın sıklıklar Hollanda'da elde edilmiş ve Hollanda'da son iki yılda acil servise hiç

başvurmayanların sıklığı %58,6, 6 veya daha fazla kez başvuruların sıklığı %6,5 olarak tespit edilmiştir (70). Her iki araştırmada çalışmamıza paralel şekilde son iki yıl içerisinde acil servise hiç başvurmayanların sıklığı, 6 veya daha fazla kez başvuruların sıklığından yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada katılımcılardan son 12 ay içerisinde doktora hiç başvurmayanlar grubun %12,8'i, 6 veya daha fazla kez başvurular % 23,2'siydi. Son 12 ay içerisinde hastane hizmetlerini 6 veya daha fazla kez kullananlar grubun %18,4'ünü, hiç kullanmayanlar %17,6'sını oluşturmaktaydı. Son 12 ay içerisinde diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, diş hekimi veya gözlükçü (optisyen) gibi doktor dışındaki sağlık profesyonellerinden hizmet almayanların sıklığı %51,7 iken 6 veya daha fazla kez hizmet alanların sıklığı %2,9'du. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada son 12 ay içerisinde doktora 6 veya daha fazla kez başvurular ile hastane hizmetlerini 6 veya daha fazla kez kullananların katılımcıların %26,7'sini oluşturduğu, doktor dışı sağlık profesyoneline 6 veya daha fazla kez başvuruların katılımcıların %4,3'ü olduğu belirlenmiştir (47). Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında son 12 ayda doktora hiç başvurmayanların sıklığı %19,0, 6 veya daha fazla kez başvuruların sıklığı %18,4 olarak tespit edilmiştir. Aynı araştırmada son 12 ay içerisinde katılımcıların %73,0'ünün hastane hizmetlerini hiç kullanmadıkları, %1,9'unun 6 veya daha fazla kez kullandıkları, Son 12 ay içerisinde doktor dışındaki sağlık profesyonellerinden hizmet almayanlar katılımcıların %34,5'ini, 6 veya daha fazla kez hizmet alanlar %7,3'ünü oluşturduğu tespit edilmiştir (70). Doktora başvuru açısından Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırması ile Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı araştırma, bulgularımızla paralellik gösterirken, hekim dışı sağlık

profesyonellerinden hizmet alma konusunda, araştırma bulgularımız her iki araştırmanın gerisinde bulunmaktadır. Bunun sebebi özellikle koruyucu sağlık hizmeti almak amacı ile başvuru alan doktor dışındaki sağlık profesyonellerinin, ilçede düşük sayıda olması veya olmaması ile birlikte, koruyucu sağlık hizmetine yeterince önem verilmemesi olarak değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların %64,3'ü hiçbir zaman aktif bir şekilde toplumsal faaliyetlere katılmıyordu. Katılımcılardan egzersiz yapmayanların sıklığı %43,5 olarak tespit edildi. TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2014'e göre 15 yaş ve üzeri bireylerin %38,5'i günlük faaliyetlerini "çoğunlukla oturan veya duran" olarak değerlendirmiştir (77). Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, hiçbir zaman aktif bir şekilde toplumsal faaliyetlere katılmayanların sıklığı %41,9 olarak tespit edilmiştir (47). Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında katılımcıların %33,1'inin fiziksel egzersiz yapmadığı tespit edilmiştir (70). Aktif bir şekilde toplumsal faaliyetlere katılım ve egzersiz yapma sıklığı açısından diğer çalışmalar ile araştırmamız arasındaki farklılık; çalışmamızın ilçe ve köylerinde yapılmış olmasına bağlı olarak toplumsal faaliyetlere katılım imkanlarının ve egzersiz yapılacak alanların araştırma bölgemizde kısıtlı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların %86,4'ü acil sağlık hizmetleri numarasını (112) biliyordu, bilenlerin %28,7'si daha önce ambulans çağırmişti. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, katılımcıların araştırmamıza benzer şekilde % 88,8'inin acil sağlık hizmetleri numarasını bildiği ve %15,3'ünün şu ana kadar ambulans çağırıldığı tespit edilmiştir (47).

Hasta olduğu zaman, çalışma grubumuzun, %51,2'si doktora gittiğini, %19,5'i evdeki ilaçları kullandığını, %0,5'i eczaneye danıştığını belirtti. Katılımcıların %21,3'ü genelde sağlık kurumlarından aile hekimliğine başvurduğunu, %77,1'i aile hekimini tanıdığını belirtti. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiş ve hasta olduğu zaman, araştırma grubunun %54,7'sinin doktora gittiğini, %16,8'inin evdeki ilaçları kullandığını, %0,8'inin eczaneye danıştığını, %23,4'ünün ilk başvurduğu sağlık kuruluşunun aile hekimliği olduğunu belirttiği tespit edilmiştir (47).

Çalışma grubunun %81,3'ü hekim seçme hakkı olduğunu bildiğini, bilenlerin %63,9'u şimdiye kadar hekim seçme hakkını kullandığını, hekim seçme hakkını kullananların %69,2'si hekimini daha önce gidip memnun kalma durumuna göre seçtiğini belirtti. Son bir yılda katılımcıların %34,4'ü genel bir doktor muayenesinden geçtiğini, %66,4'ü sağlık personeli tarafından tansiyonunun lldüğünü, %44,8'i diş hekimine gittiğini belirtti. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, benzer şekilde, katılımcıların %80,1'i hekim seçme hakkı olduğunu bildiğini, bilenlerin yarısından fazlası (%53,1) bu hakkı kullandığını, hekim seçme hakkını kullananların %55,8'i daha önceden gidip memnun kalmış olma durumuna göre hekimini seçtiğini belirtmiştir. Aynı araştırmada, katılımcıların %49,5'i genel bir doktor muayenesinden geçtiğini, %63,3'ü herhangi bir sağlık personeli tarafından tansiyonunun lldüğünü, %38,2'si diş hekimine gittiğini belirtmiştir (47). Araştırma gruplarının hekim seçme hakkını kullanma konusunda yetersiz kaldığı

ve hasta memnuniyetinin hekim seçme hakkını kullanma konusunda önemli bir etken olduğu görülmektedir.

Çalışma grubunun %9,6'sı son sezonda grip aşısı yaptırmıştı. Kadınların %41,6'sı kendi kendine meme muayenesi, erkeklerin %14,7'si kendi kendine testis muayenesi yaptığını belirtti. 40-50 yaş grubunda son 2 yılda, 50 yaş ve üzerinde son 1 yılda mamografi yaptıranların sıklığı %44,3'tü. 30-65 yaş grubundaki kadınların %55,1'i serviks kanseri taraması yaptırmıştı. 50 ve üzeri yaş grubunun kolon kanseri taraması yaptırma sıklığı kadınlarda %17,5, erkeklerde %5,7 olarak tespit edildi. 65 yaş ve üzeri yaş grubundaki kadınlarda osteoporoz taraması yaptıran bulunmamaktaydı. Çalışma grubunun %94,7'sinin sağlık bakanlığının ulusal sağlık kampanyalarından haberi yoktu.

TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2014 verilerine göre 18 yaş ve üzeri kadınların kendi kendine meme muayenesi hiç yapmamış olanların sıklığı araştırma bulgularımıza benzer şekilde %58,2 tespit edilmiştir. Aynı araştırmada, 15 yaş ve üzeri bireylerin %3,3'ü grip aşısı, %11,0'i dışkıda gizli kan testi, %2,5'i kolonoskopi yaptırmıştı. 15 yaş ve üzeri kadınlardan mamografi yaptırmamış olanların sıklığı %75,1servikal smear testi yaptırmamış olanların sıklığı %72,6 olarak tespit edilmiştir (77). Araştırmamızda, Türkiye Kanser Tarama Programı'nın hedef yaş grubunun ilgili testleri yaptırma durumu sorgulanırken, TÜİK araştırması, hedefin dışında kalan yaş gruplarını da sorgulamıştır. Buna bağlı olarak meme kanseri ve serviks kanseri taramasında kullanılan testleri yaptırma sıklığı TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2014'te daha düşük bulunmaktadır (79).

Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, katılımcıların %8,7'sinin 2013-2014 sezonunda grip aşısı yaptırdığı, kadınların %40,9'unun kendi kendine meme muayenesi, erkeklerin %20,4'ünün kendi kendine testis muayenesi yaptığı, 40-50 yaş grubunda son 2 yılda, 50 yaş ve üzerinde son 1 yılda mamografi yaptıranların sıklığının %28,7 olduğu, 21-65 yaş grubundaki kadınların %18,0'inin son üç yılda serviks kanseri taraması yaptırdığı, 50 ve üzeri yaş grubunun kolon kanseri yaptırma sıklığının %8,5 olduğu, 65 yaş üzeri kadınlarda osteoporoz taraması yaptıranların sıklığının %32,5 olduğu tespit edilmiştir. Aynı araştırmanın katılımcılarının %13,5'inin Sağlık Bakanlığının ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olduğu görülmüştür (47).

Bu bulgular Sağlık Bakanlığının tarama programı kapsamında bulunan, serviks kanseri ve meme kanseri taraması uygulamalarının ilçe düzeyinde daha etkin yürütüldüğünü düşündürmektedir. Bunun dışında kendi kendine meme muayenesi ve testis muayenesi yapma, grip aşısı yaptırma sıklıkları benzerlik göstermekle birlikte, 65 yaş ve üzeri yaş grubunun osteoporoz taraması yaptırma sıklığındaki farklılık, ilçe düzeyindeki imkanların sınırlı olması ve Toplum Sağlığı Merkezleri düzeyinde bu uygulamanın kontrol edilmiyor olması olarak yorumlanabilir.

Çalışmamızda, doktor tavsiyesi olmadan, çevre tavsiyesi ile veya internetten araştırarak ilaç kullanımını her zaman yaptığını belirten katılımcı bulunmamaktaydı. Her zaman kendi ilaç bilgisine dayanarak veya eczaneye danışarak ilaç kullananların sıklığı %1,3'dü. Kendisine iyi gelen ilacı her zaman başkasına tavsiye edenler grubun %1,6'sını oluşturuyordu. Grubun yarısından

fazlası her zaman evdeki ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat ettiğini (%63,7) ve ilaçları doktorun önerdiği miktar ve süreye uygun kullandığını (%52,3) belirtti. Katılımcıların ilaç kullanım alışkanlıkları yönünden çalışmamıza benzer sonuçların elde edildiği Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, katılımcıların düşük sıklıktaki bir bölümü her zaman, doktor önerisi olmadan (%0,07), çevre önerisi ile (%0,05), kendi ilaç bilgisine dayanarak (%1,4), eczaneye danışarak (%2,1) ve internetten araştırarak (%0,3) ilaç kullandığını, %3,1'i kendisine iyi gelen ilacı başkasına tavsiye ettiğini belirtmiştir. Aynı çalışmada çalışma grubunun yarısından fazlası her zaman, evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat ettiğini (%60,4), ilaçları doktorun önerdiği miktarda (%67,8) ve sürede (%63,5) kullandığını belirtmiştir (47).

Çalışma grubumuzun %77,6'sı yetersiz veya sorunlu genel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, katılımcıların %64,6'sının yetersiz veya sorunlu genel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür (47). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı araştırmasında 8 ülkeye ait tüm örnekleme %47,6 sıklıkta yetersiz veya sorunlu genel sağlık okuryazarlığı tespit edilirken, en fazla yetersiz veya sorunlu genel sağlık okuryazarlığı Bulgaristan'da (%62,1) bulunmuştur (70). Çalışma grubumuzun yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı sıklığındaki yükseklik, çalışmamızın yapıldığı bölgenin ilçe ve köyleri olmasıyla ilişkili olabilir.

Araştırmamızda, EYYB ölçeği puan ortalaması $2,60 \pm 1,74$ olarak bulundu. Bu ortalama değer EYYB ölçeğine göre sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine karşılık gelmekteydi. Katılımcıların %32,2'si yüksek olasılıkla sınırlı, %34,8'i

sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. Çalışma grubunun %14,4'ü hiçbir soruyu doğru yanıtlayamazken, %5,7'si 6 sorunun tamamını doğru yanıtladı. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, EYYB ölçeği puan ortalamasının $2,2\pm 0,04$ (sınırlı sağlık okuryazarlığı) olduğu, katılımcıların %30,2'sinin hiçbir soruya doğru yanıt veremediği, %9,4'ünün tüm soruları doğru yanıtlandığı, katılımcıların %44,4'ünün yüksek olasılıkla sınırlı, %25,6'sının sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (47). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında EYYB ölçeğine göre puan ortalaması tüm örneklemede $3,5\pm 2,1$ (sınırlı sağlık okuryazarlığı) olarak bulunmuştur. En dūřuk puan ortalaması İşpanya'da $2,6\pm 2,0$ (sınırlı sağlık okuryazarlığı), en yüksek puan ortalaması Hollanda'da $4,5\pm 1,8$ (yeterli sağlık okuryazarlığı) tespit edilmiştir. 8 ülkeye ait tüm örneklemede katılımcıların %21,2'sinin yüksek olasılıkla sınırlı, %23,5'inin sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (70). Araştırma bulgularımıza göre EYYB ölçeği puan ortalaması, Tanrıöver ve arkadaşları tarafından Türkiye'de yapılmış olan araştırmaya göre daha yüksek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı araştırmasına göre daha dūřuk olması ile birlikte tüm sonuçların karşılığının sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi olduğu dikkat çekmektedir.

Çalışma grubumuzun sağlık okuryazarlığı anketine verdiği yanıtla ra göre genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalama puanı $27,5\pm 7,41$ olarak tespit edildi. 3 sağlık alanına ait alt indekslerden en yüksek puan ortalamasının sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı indeksinde ($29,0\pm 8,02$), en dūřuk puan ortalamasının sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı indeksinde ($26,0\pm 8,45$) olduğu tespit edildi. Bilgi süreç indekslerinden en yüksek puan ortalaması sağlık bilgisini anlama

sağlık okuryazarlığı indeksinde ($29,9\pm 7,60$), en düşük puan ortalaması sağlık bilgisini değerlendirme sağlık okuryazarlığı indeksinde ($26,2\pm 7,64$) bulundu. Araştırmamızda kullandığımız ölçeğin uygulandığı, Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, tüm indekslerde araştırmamıza göre daha yüksek puan ortalamaları (genel SOY=30,4, sağlık hizmeti SOY=31,1, hastalıktan korunma SOY=29,8, sağlığın iyileştirilmesi SOY=29,9, sağlık bilgisine erişim SOY=29,0, sağlık bilgisini anlama SOY=31,2, sağlık bilgisini değerlendirme SOY=29,2, sağlık bilgisini uygulama SOY=31,1) bulunmuştur. (47). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında genel sağlık okuryazarlığı indeksi puan ortalamaları Avusturya'da $32\pm 7,6$, Bulgaristan'da $30,5\pm 9,2$, Almanya'da $34,5\pm 7,9$, Yunanistan'da $33,6\pm 8,5$, İspanya'da $32,9\pm 6,1$, İrlanda'da $35,2\pm 7,8$, Hollanda'da $37,1\pm 6,4$, Polonya'da $34,5\pm 8,0$, bu 8 ülkedeki tüm örneklemin genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalaması ise $33,8\pm 8,0$ olarak tespit edilmiştir. Sağlık alanlarından sağlık okuryazarlığı indeks puan ortalaması, tüm örneklem için en yüksek sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı indeksinden ($34,7\pm 8,3$), en düşük sağlığı geliştirme sağlık okuryazarlığı indeksinden ($32,5\pm 9,1$) elde edilmiştir. 8 ülke arasından en düşük indeks puanlarının Bulgaristan'da elde edildiği, Bulgaristan örnekleminde, sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı indeksinin $32,8\pm 9,5$, sağlığı geliştirme sağlık okuryazarlığı indeksinin $27,9\pm 10,2$ ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir (70). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında, en düşük ortalamaların elde edildiği Bulgaristan'ın değerlerinin, araştırma grubumuzun değerinden daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Katılımcılarımızın genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalaması ve Tanrıöver ve arkadaşları tarafından yapılan araştırma sonuçlarına

göre katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalaması, sorunlu sağlık okuryazarlığı (>25-33 puan) sınırları içerisindeyken, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının katılımcılarının genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalaması yeterli sağlık okuryazarlığı (>33-42) sınırları içerisinde bulunmuştur. Puan ortalamaları incelendiğinde, çalışmamızda ve Tanrıöver ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan herhangi bir sağlık okuryazarlığı indeksi bulunmamaktadır, her iki araştırmada tüm indekslerin ortalamaları sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde bulunmaktadır.

Çalışma grubumuzun en fazla sıklıkta çok zor veya zor yanıtını verdiği madde *sağlığın geliştirilmesi alanında bilgiyi uygulama* kategorisindeki S1.45'di (*İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak*). Bu maddeye çok zor veya zor yanıt verenler grubun %67,5'iydi. Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında, bu maddeye Avusturya'da %21,1, Bulgaristan'da %58,4, Almanya'da %12,1, Yunanistan'da %30,4, İspanya'da %19,6, İrlanda'da %10,9, Hollanda'da %10,4, Polonya'da %32,8 sıklıkta çok zor veya zor yanıt verildiği tespit edilmiştir. Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasının yapıldığı bu 8 ülkenin tamamı göz önünde bulundurulduğunda S1.45'e %24,1 sıklıkta çok zor veya zor yanıtının verildiği anlaşılmaktadır. Aynı araştırmanın uygulandığı ülkelerin tamamı göz önünde bulundurulduğunda en zor olarak değerlendirilen *sağlığın geliştirilmesi alanındaki bilgiye erişim* kategorisinde bulunan madde S1.35'e (*Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak*) katılımcıların % 53,2'sinin çok zor veya zor yanıtı verildiği tespit edilmiştir (70). Tanrıöver ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada da aynı madde en zor madde olarak değerlendirilmiş ve katılımcıların %50,9'u çok zor veya zor yanıtını

vermiştir (47). S1.35'e çalışma grubumuzun % 57,9'u çok zor veya zor yanıtını verdi. Çalışma grubumuzun en kolay olarak değerlendirdiği *sağlığın geliştirilmesi alanında bilgiyi anlama* kategorisinde bulunan madde S1.37'ydi (*Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak*). Bu maddeye katılımcıların %9,9'u çok zor veya zor yanıtını verdi. Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında, bu maddeye Avusturya'da %19,7, Bulgaristan'da %13,2, Almanya'da %15,6, Yunanistan'da %12,0, İspanya'da %7,9, İrlanda'da %11,0, Hollanda'da %13,3, Polonya'da %10,9 sıklıkta çok zor veya zor yanıtı verildiği tespit edilmiştir. Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasının yapıldığı bu 8 ülkenin tamamı göz önünde bulundurulduğunda S1.37'ye %13,0 sıklıkta çok zor veya zor yanıtının verildiği anlaşılmaktadır. Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında, araştırma yapılan tüm ülkeler dikkate alınarak yapılan incelemede en kolay olarak değerlendirilen maddenin, *sağlık hizmeti alanında bilgiyi uygulama* kategorisindeki madde S1.16 (*Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek*) olduğu tespit edilmiş ve bu maddeye %5,6 sıklıkta çok zor veya zor yanıtı verilmiştir (70). Tanrıöver ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada da S1.16'ya katılımcıların %8,7'si çok zor veya zor yanıtını vererek araştırma sonuçlarına göre en kolay madde olarak değerlendirilmiştir (47). Araştırma grubumuzun % 10,7'si S1.16'yı çok zor veya zor olarak değerlendirdi. Filiz tarafından yapılan araştırmada eczacının ilaç tarifini, aşı kartı veya diyet formlarında yazılı olanları anlama konuları katılımcıların en başarılı olduğu hususlar olarak tespit edilmiştir. Aynı araştırmada ilaç dozu hesaplama hususu en zor olarak değerlendirilmiştir (48). Bu araştırmada çalışmamıza benzer şekilde verilen bilgiyi anlama en kolay, uygulama ise en zor olarak değerlendirilmiştir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında ve Tanrıöver ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, en kolay ve en zor olarak değerlendirilen maddelerin aynı olması, çalışma grubumuzun bu araştırmalarda en zor olarak değerlendirilen maddeye oldukça yüksek, en kolay olarak değerlendirilen maddeye oldukça düşük sıklıkta çok zor veya zor yanıtını vermiş olması araştırmalarla benzerlik göstermekle birlikte dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda, Sağlık okuryazarlığı indekslerinin kendi aralarında ve EYYB ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde korelasyonu bulunmaktaydı. Tüm alt indeksler ve EYYB ölçeği ile korelasyonu en güçlü olan indeks; genel sağlık okuryazarlığı indeksiydi. Palumbo ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada sağlık okuryazarlığı indeksleri ile NVS ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir. Aynı araştırmada NVS ölçeği ile en güçlü korelasyonu gösteren indeksin araştırmamıza benzer şekilde genel sağlık okuryazarlığı indeksi olduğu belirlenmiştir (76). Araştırmamızla aynı ölçeklerin kullanıldığı Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında genel sağlık okuryazarlığı indeksi ile alt indeksler arasında çalışmamıza benzer şekilde güçlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Aynı araştırmada NVS (EYYB) ölçeğinin HLS-EU-Q ölçeği ile korelasyonunun, ülkelere göre farklılıklar göstermesi ve NVS ölçeğinin HLS-EU-Q indekslerini açıklayıcılığının sınırlı olması; ulusal sağlık sistemlerinin ülkelere göre farklılık göstermesine, NVS ölçeğinin bireylerin işlevsel sağlık okuryazarlığını (özellikle belge okuryazarlığı ve sayısal yeteneklerine odaklanarak) ölçmesine ve bu ölçüm sonuçlarının bireylerin ve toplumların sağlıkla ilgili görevleri ne kadar zorlukla yaşadıklarını ancak belirli bir dereceye kadar açıklayabileceğine bağlanmıştır (70).

Çalışmamızda, EYYB ölçek puanlarının, genel sağlık okuryazarlığı indeksinin, 3 alana ait (sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) indekslerin ve 4 sürece (bilgiye erişim, anlama, değerlendirme, uygulama) ait indekslerin puan ortalamaları, cinsiyete göre farklılık göstermekteydi, erkeklerin puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalaması ($Ort_k = 30,0 \pm 0,24$, $Ort_e = 30,7 \pm 0,21$) ve EYYB ölçek puanı ortalaması ($Ort_k = 2,12 \pm 0,06$, $Ort_e = 2,3 \pm 0,06$) kadınlarda daha düşük bulunmuştur (47). A. Jovic-Vranes ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı olanların %73,9'unun kadın, yeterli sağlık okuryazarlığı olanların %67,7'sinin erkek olduğu görülmüştür (55). Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada erkeklerin REALM ve NVS ortalamaları ($61,71 \pm 5,02$ ve $3,00 \pm 1,73$) kadınların ($59,37 \pm 7,60$ ve $2,34 \pm 1,57$) ortalamalarından yüksek bulunmuştur (60). Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında cinsiyetin genel sağlık okuryazarlığı üzerine etkisinin zayıf olduğu, etkinin en güçlü olduğu Hollanda'da kadınların erkeklerden daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir ($r=0,1$, $p<0,001$) (70). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması Çalışmasında erkeklerin %14,1'inin, kadınların %12,6'sının sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olarak görülmüş ve cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 çalışmasında erkeklerin ve kadınların genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları sırası ile 29,4 (28,4-30,4) ve 29,7 (28,6-30,9) tespit edilmiş ve cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (75).

18-64 yaş grubunun genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalaması (28,35±6,87) ve EYYB ölçeği puan ortalaması (2,71±1,72), 65 ve üzeri yaş grubunun genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalaması (20,81±8,30) ve EYYB ölçeği puan ortalamasından (1,34±1,42) yüksek bulundu. Aynı şekilde 3 alan (sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve 4 süreç (bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi uygulama) indekslerinde de 18-64 yaş grubunun puan ortalamaları, 65 ve üzeri yaş grubunun puan ortalamalarından yüksek olarak tespit edildi. 24 ve altı yaş grubundan 65 ve üzeri yaş grubuna doğru 10'arlı yaş gruplarında, yaş grubu arttıkça EYYB ölçeği puan ortalamalarının ve genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamalarının azaldığı görüldü. Yaş ile EYYB ölçeği puanı ($r=-0,53$) ve genel sağlık okuryazarlığı indeksi ($r=-0,56$) arasında negatif bir korelasyon olduğu tespit edildi. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, 18-64 yaş grubunun genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalaması (31,1±0,15) ve EYYB ölçeği puan ortalaması (2,3±0,04), 65 ve üzeri yaş grubunun genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalaması (23,5±0,71) ve EYYB ölçeği puan ortalamasından (1,3±0,22) yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada hem genel sağlık okuryazarlığı indeksi hem de EYYB ölçeği puanı ortalamalarının 10'arlı yaş gruplarında, yaş grubu arttıkça giderek azaldığı tespit edilmiştir (47). Yaş; Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında, sağlık okuryazarlığının güçlü bir belirleyicisi olarak tespit edilmiş, Yunanistan ($r= -0,31$), Bulgaristan ($r= -0,23$), Polonya ($r=-0,22$) ve İspanya'da ($r=-0,21$) sağlık okuryazarlığı ile yaş arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. Bu bulguların aksine, Hollanda'da genel sağlık okuryazarlığı indeksi yaşlı gruplarda gençlere göre daha yüksek olma eğilimi göstermiştir

($r=0,1$) (70). A. Jovic-Vranes ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada katılımcılar 44 yaş ve altı (%24,8), 45-54 (%21,0), 55-64 (%33,3), 65 yaş ve üzeri (%21,0) olarak sınıflandırılmış ve TOFHLA ölçeğine göre yaş grubu arttıkça ölçek puanının düştüğü, en yüksek puanı 44 yaş ve altındaki grubun ($87,19\pm9,60$) aldığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada yeterli sağlık okuryazarı olanların %40,3'ünün 44 ve altındaki yaş grubundan, yetersiz sağlık okuryazarı olanların %43,5'inin 65 ve üzeri yaş grubundaki bireylerden oluştuğu görülmüştür (55). Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, 15-24, 25-34, 35-44, 45 ve üzeri yaş gruplarından REALM puan ortalaması en yüksek 25-34 yaş grubunda ($62,23\pm4,38$), NVS puan ortalaması en yüksek 15-24 yaş grubunda ($3,80\pm1,54$), en düşük REALM ve NVS puan ortalamaları ise sırası ile 45 ve üzeri yaş grubu ($57,78\pm7,39$) ile 35-44 yaş grubunda ($2,03\pm1,77$) tespit edilmiştir (60). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması Çalışmasında, 15-24 yaş grubunda bulunanların %46,1'i, 65 ve üzeri yaş grubunun %78,9'unun yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarı olduğu belirlenmiştir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 çalışmasında genel indeks puan ortalaması, 15-24 yaş grubunda $32,0\pm6,8$, 65 ve üzeri yaş grubunda $23,3\pm8,3$ olarak tespit edilmiştir. Çalışmada yaş grubu arttıkça genel indeks puanlarının azaldığı görülmüştür (75). Yaş gruplarının 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 ve ≥ 85 olacak şekilde ayrıldığı, Baker ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre sağlık okuryazarlığı puanlarının yaş grubu arttıkça azaldığı tespit edilmiştir. Bulgularımızın bu çalışmalar ile benzerlik gösterdiği ve yaş grubunun artması ile birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir.

Araştırmamıza katılanlardan bekar olanların EYYB ölçeği puan ortalaması (3,98±1,17) ve genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalaması (33,39±4,48), evli olanların EYYB ölçeği puan ortalamasından (2,35±1,68) ve genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalamasından (26,91±6,93) istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek bulundu. Medeni durum ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi yönünden çalışmamızın bulgularını destekleyen, A. Jovic-Vranes ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların %91,3'ünün evli olanlardan oluştuğu tespit edilmiştir (55).

Bu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça genel sağlık okuryazarlığı indeksi ve EYYB ölçeği puan ortalamalarının arttığı görüldü. Genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalaması herhangi bir okul mezunu olmayanlarda 17,41±5,30, lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanlarda 33,16±4,83 olarak tespit edildi. EYYB ölçeği puan ortalamaları herhangi bir okul mezunu olmayan okuryazarlarda 0,27±0,45, lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanlarda 4,02±1,19 olarak tespit edildi. Çalışma grubunun %57,3'ü gazete okumadığını belirtti. Eğitim düzeyi arttıkça haftada en az bir gün gazete okuyanların sıklığı da artmaktaydı, haftada en az bir gün gazete okuyanlar ile hiç okumayanların EYYB ölçeği puanı ve sağlık okuryazarlığı indeksi ortalamaları haftada en az bir gün okuyanlar lehine anlamlı şekilde farklı bulundu.

Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, eğitim düzeyi arttıkça genel sağlık okuryazarlığı indeksinin ve EYYB ölçeği puanlarının doğrusal olarak arttığı tespit edilmiş ve bulgularımızı desteklediği görülmüştür (47). A. Jovic-Vranes ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, yetersiz sağlık okuryazarı olanların %34,8'inin ilköğretim ve altında,

yeterli sağlık okuryazarı olanların ise %3,2'sinin ilköğretim ve altında,%41,9'unun lise ve üzerinde eğitim seviyesine sahip olanlardan olduğu görülmüştür (55). Lanpher ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada eğitim düzeyi düşük olanların yüksek olanlara göre daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (80). Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada eğitim düzeyi arttıka REALM ve NVS puanlarının arttığı tespit edilmiştir (60). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması Çalışmasında, üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olanların %48,4'ünün, ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olanların %30,6'sının yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesinde oldukları ve eğitim düzeyi düşük olanların sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük, yüksek olanların ise sağlık okuryazarlığı seviyesinin yüksek olduğu görülmüştür. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 çalışmasında, genel indeks puan ortalamaları; ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlarda 25,7±8,0, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlarda 32,6±6,5 olarak tespit edilmiştir (75). Üçpunar'ın ve Filiz'in yaptığı araştırmalarda öğrenim düzeyi arttıka yeterli sağlık okuryazarlığının da arttığı görülmüştür (48,52). Baker ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada çalışma grubunun %8,5'inin gazete okumadığı ve araştırmamıza benzer şekilde gazete okuma sıklığı ile işlevsel sağlık okuryazarlığının pozitif yönde ilişkili olduğu ve eğitim düzeyi arttıka işlevsel sağlık okuryazarlığı puanlarının da arttığı tespit edilmiştir (81).

Görüldüğu üzere, araştırmalar, eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği ve eğitim düzeyi arttıka sağlık okuryazarlığı düzeyinin de arttığı konusunda çalışmamızı desteklemektedir.

Bu çalışmada BKİ ile genel sağlık okuryazarlığı indeksleri ve EYYB ölçek puanları arasında negatif bir korelasyon olduğu tespit edildi. BKİ kategorilerine göre obez olanların %92,0'si, zayıf veya normal olanların %66,2'si yetersiz veya sorunlu genel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. EYYB ölçeğine göre, obez olanların %56,7'si, zayıf veya normal olanların %23,5'i yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. Lassetter ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada çalışmamıza benzer şekilde BKİ ile EYYB ölçeği arasında negatif bir korelasyon olduğu belirtilmiştir (45). Aynı şekilde Huizinga ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada yüksek BKİ ile düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki ve sağlık okuryazarlığı puanları ile BKİ arasında negatif bir korelasyon olduğu belirtilmiştir (46).

Sağlık okuryazarlığı ölçeğine göre; işsiz olanların %89,9'u, memur olanların %54,8'i yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı, öğrenci olanların %80,0'i yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. Okuryazar olmayanların dahil edilmediği EYYB ölçeğine göre işsiz olanların %55,4'ü, memur olanların %6,5'i yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarlığı, öğrenci olanların %76,0'si yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. Çalışma durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve EYYB ölçeği kategorileri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklıydı. Üçpunar'ın yaptığı araştırmada çalışma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiş ve aynı araştırmaya göre yüksek eğitilmiş olan memur ve büro çalışanlarının %90,3'ünün işsiz olanların %55,0'inin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür (52). Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında tam ve yarı zamanlı çalışanların, diğerlerine göre daha yüksek

sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olma eğiliminde buldukları tespit edilmiştir (70). A. Jovic-Vranes ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada yetersiz sağlık okuryazarı olan grubun %8,7'sini, yeterli sağlık okuryazarı olan grubun %61,3'ünü çalışan grubun oluşturduğu ve çalışma durumuna göre sağlık okuryazarlığı kategorilerinin birbirinden farklı olduğu görülmüştür (55). Filiz'in yaptığı araştırmada ev hanımı olanların %52,6'sının, çalışan kadınların %91,7'sinin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu ve çalışma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin birbirinden farklı olduğu tespit edilmiştir (48).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin çalışma durumundan etkilendiğini tespit ettiğimiz araştırmamız literatür tarafından desteklenmekte ve çalışan grubun sağlık okuryazarlığı düzeyinin çalışmayan gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalaması ve EYYB ölçek puan ortalaması, sağlık masraflarını karşılama durumunu çok kolay olarak değerlendiren grupta, kısmen ve çok zor olarak değerlendiren gruba göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Aynı şekilde hiçbir zaman faturaları ödemede zorluk yaşamayanların genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalaması ve EYYB ölçeği puan ortalaması nadiren ve her zaman zorluk yaşadığını belirtenlere göre anlamlı derece yüksek bulundu. Aylık hane geliri asgari ücret ve altında olanların genel sağlık okuryazarlığı indeksine göre %83,2'si yetersiz veya sorunlu, EYYB ölçeğine göre %43,7'si yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarı iken, 3501 Türk Lirası ve üzeri aylık geliri olanların genel sağlık okuryazarlığı indeksine göre %38,1'i yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarıydı. Bununla birlikte 3501 Türk

Lirası ve üzeri aylık geliri olanlardan EYYB ölçeğine göre yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarı olan bulunmamaktaydı. Katılımcılardan ekonomik durumunu iyi olarak değerlendirenlerin genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalaması (31,19±8,13) ve EYYB ölçeği puan ortalaması (3,61±1,86) kötü ve orta olarak değerlendirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada ekonomik durum iyi, orta ve kötü olarak sınıflandırılmış, ekonomik durumu iyi olanlarda NVS (3,42±1,64) ve REALM (63,02±3,74) puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur (60). A. Jovic-Vranes ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada katılımcıların %15,2'si kötü, %69,5'i orta, %15,2'si iyi olarak maddi durum değerlendirmesi yapmış ve maddi durum değerlendirmesine göre sağlık okuryazarlığı kategorilerinin birbirinden farklı olduğu görülmüştür (55). Üçpunar'ın yaptığı araştırmada araştırma grubundaki ekonomik durumunu iyi olarak değerlendirenlerin %81'inin, kötü olarak değerlendirenlerin %57,1'inin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu ve ekonomik durumu değerlendirme ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir (52). Filiz'in yaptığı araştırmada gebe olmayan kadınlardan ekonomik durum algısı iyi olanların %73,2'sinin, orta olanların %51,6'sının yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu ve ekonomik durum algısına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin farklı olduğu tespit edilmiştir. Aynı araştırmada gebe olan kadınlar için de benzer sonuçlar elde edilmiştir (48). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması Çalışmasında katılımcıların 1-10 arası bir ölçekte sosyal statülerini değerlendirmeleri istenmiş, 9 ve üzeri değerlendirenlerin %64,7'sinin, 6 ve altında

değerlendirenlerin %43,1'inin yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu ve sosyal statü arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin de arttığı görülmüştür (75).

Gelir durumu ve ekonomik durumu değerlendirmeye göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin farklı olduğu ve aylık geliri yüksek olanlar ile ekonomik durumunu iyi olarak değerlendirenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu konusunda incelenen araştırmalar çalışmamızı desteklemektedir.

Bu çalışmada, tütün ve alkol kullanım durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri birbirinden farklı değildi. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, halen tütün kullananların, kullanmayanlara göre ve son 12 ay içinde alkol kullanmış olanların, kullanmayanlara göre genel sağlık okuryazarlığı indeksi ve EYYB ölçeği puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (47). Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında çalışmamıza benzer şekilde sağlık okuryazarlığının sigara içme davranışı üzerine etkisi tespit edilememiştir. Aynı araştırmada alkol kullanım durumunun sağlık okuryazarlığına etkisinin olduğu ancak bu etkinin düşük düzeyde olduğu anlaşılmıştır (70). Üçpunar'ın ve Filiz'in yaptığı araştırmalarda sigara kullanım durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında çalışmamıza benzer şekilde herhangi bir ilişki tespit edilememiştir (48,52).

Araştırmamızda, katılımcıların aktif bir şekilde toplumsal faaliyetlere katılma durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları ve EYYB ölçeği puan ortalamaları birbirinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı bulundu. Egzersiz yapmayanların genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalamaları (24,16±6,77) ve EYYB ölçeği puan ortalamaları (1,88±1,64) egzersiz yapanların

ortalamlarından ($30,12\pm 6,83$ ve $3,10\pm 1,63$) düşüktü. Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında, bulgularımıza benzer şekilde genel sağlık okuryazarlığı indeksi puanları düştükçe fiziksel egzersiz yapmayanların sıklığının arttığı tespit edilmiştir (70).

Bu çalışmada herhangi bir uzun süreli hastalığı olmayanların genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalamaları ($29,54\pm 6,76$) ve EYYB ölçeği puan ortalamaları ($3,08\pm 1,65$), bir ve birden fazla uzun süreli hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksekti.

Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında, uzun süreli sağlık sorunu ve genel sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişki Hollanda dışındaki yedi ülke için önemli olarak değerlendirilmiş ve korelasyon katsayıları en düşük ($r=0,09$) İrlanda, en yüksek ($r=0,26$) Bulgaristan katılımcılarında tespit edilmiştir. Genel sağlık okuryazarlığı indeksi 0-5 puan olanların %73,3'ünde en az bir uzun süreli sağlık sorunu bulunurken, 45-50 puan olanların %26,3'ünde en az bir uzun süreli sağlık sorunu olduğu tespit edilmiştir (70). A. Jovic-Vranes ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı olanların %65,2'sinin en az 1 kronik durumunun olduğu, kronik durumu olmayanların tamamının yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu ve kronik durum varlığına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (55).

Uzun süreli hastalık/kronik durum varlığına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin farklı olduğu ve bu farkın uzun süreli sağlık sorunu bulunmayanlar lehine olduğu konusunda çalışmamız ve diğer çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Bu çalışmada katılımcılardan genel olarak sağlık durumunu çok iyi veya iyi değerlendirenlerin genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalaması (29,64±6,75) ve EYYB ölçeği puan ortalaması (3,07±1,67) orta, kötü veya çok kötü olarak değerlendirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti. A. Jovic-Vranes ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada kişisel sağlık algısı kötü, orta ve iyi olarak değerlendirilenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri birbirinden farklı bulunmuştur (55). Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında kişisel sağlık algısı (1=çok iyi, 2=iyi, 3=normal, 4=kötü, 5=çok kötü) ve sağlık okuryazarlığı ilişkili bulunmuş, en yüksek korelasyon Polonya, en düşük korelasyon Hollanda'da tespit edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı, sekiz ülkenin tamamında, genel sağlık okuryazarlığı indeksi 0-5 puan olanların %50'si genel olarak sağlığını çok kötü veya kötü, %28,5'i çok iyi veya iyi olarak değerlendirirken, genel sağlık okuryazarlığı indeksi 45-50 puan olanların %2,8'i genel olarak sağlığını çok kötü veya kötü, %81,2'si çok iyi veya iyi olarak değerlendirmiştir (70).

Sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ve sağlık algısı iyi olanların kötü olanlara göre daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları konusunda çalışmamız incelenen literatür tarafından da desteklenmektedir.

Çalışmamızda, son iki yılda acil servise başvuru sayılarına ve son 12 ay içerisinde doktora, diğer sağlık profesyonellerine başvuru sayısı ve hastane hizmetlerini kullanım sayısına göre genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve EYYB ölçeği kategorileri birbirinden farklı değildi. Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında acil servis kullanım sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında düşük düzeyde ve negatif bir korelasyon tespit edilmiştir ($r=-0,06$). Aynı

araştırmada genel sağlık okuryazarlığı indeksinden 0-5 puan alanların %26,7'sinin son 12 ayda 6 veya üzeri kez doktora başvurduğu, bu değerin >45-50 puan alanlarda %14,2 olduğu ve sağlık okuryazarlığı ile doktor ziyaretleri arasında negatif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir (70). Araştırmamız ilçe ve köylerinde yapıldığından ulaşımla ilgili sınırlılıklara bağlı olarak, düşük sağlık okuryazarı olanlardan beklendiği gibi sağlık kurumlarına sık ve gereksiz başvuru ile sonuçlanmamaktadır.

Bu çalışmada doktor randevusuna giderken bir aile mensubu veya arkadaşı tarafından refakat edilenlerin sıklığı %92,3'd. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında bu değer %79,3 olarak bulunmuştur (47). Araştırma bölgemizin ilçe ve köyleri olmasına bağlı olarak, uzak mesafede olan bölgelerden vatandaşların bireysel ulaşım sorunları nedeni ile ulaşımı birlikte sağladıkları yakınları refakatinde sağlık kurumuna başvurmaları bu farka neden olmaktadır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Malatya ili Akçadağ ilçesinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

375 katılımcının %50,7'si (190) erkek, %10,9'u (41) 65 ve üzeri yaş grubundaydı.

Çalışma grubunun %7,2'si (27) okuryazar değildi, %7,7'si (29) herhangi bir okul bitirmemiş olan okuryazarlardan, %12,3'ü (46) ön lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanlardan oluşmaktaydı.

Çalışma grubunun %58,9'u (221) fazla kilolu veya obez sınıfta yer almaktaydı. Fazla kilolu olanların sıklığı erkeklerde (%44,2), obez olanların sıklığı kadınlarda (%30,3) daha fazlaydı.

Çalışma grubunun eğitim düzeyine göre gazete okuma durumları incelendiğinde; haftada en az 1 gün gazete okuyanların sıklığı, lise üzeri eğitim kurumlarında mezun olanlarda (%59,4), herhangi bir okul bitirmemiş olanlara (%5,0) göre daha fazlaydı.

Çalışma grubunun %25,3'ü (95) sigara, puro veya pipo kullanmaktaydı, %4,5'i (17) son 12 ay içerisinde alkollü içecek tüketmişti.

Çalışma grubunun %60,8'inin (228) 6 aydan uzun süren herhangi bir sağlık sorunu veya hastalığı bulunmamaktaydı.

Katılımcıların %2,7'sinin (10) herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktaydı, %22,7'si (85) son 6 ayda herhangi bir sağlık sorunu yaşamamıştı.

Çalışma grubunun son 12 ayda; %12,8'i (48) doktora başvurmamış, %17,6'sı (66) hastane hizmetlerini kullanmamış, %51,7'si (194) doktor dışındaki sağlık profesyonellerinden hizmet almamıştı.

Çalışma grubunun %92,3'ünün (346) doktora giderken refakat edecek bir yakını bulunmaktaydı.

Çalışma grubunun %86,4'ü (324) acil sağlık hizmetleri (112) numarasını biliyordu, bilenlerin %71,3'ü (231) daha önce ambulans çağırılmamıştı.

Çalışma grubunun %51,2'si (192) hasta olduğunda ilk olarak doktora gittiğini belirtti. Katılımcıların %22,9'u (86) aile hekimini tanımıyordu.

Çalışma grubunun %81,3'ü (305) hekim seçme hakkı olduğunu biliyordu. Hekim seçme hakkını kullananların %69,2'si (135) daha önce gidip memnun kaldığı hekimi seçtiklerini belirtti.

Çalışma grubunun %34,4'ü (129) son 1 yılda genel bir doktor muayenesinden geçtiğini, %66,4'ü (249) son 1 yılda sağlık personeli tarafından tansiyonunun ölçüldüğünü, %44,8'i (168) son 1 yılda diş hekimine gittiğini belirtti.

Çalışma grubunun %90,4'ü (339) son sezonda grip aşısı yaptırmadığını belirtti. Kadınların %58,4'ü (108) kendi kendine meme muayenesi, erkeklerin %85,3'ü (162) kendi kendine testis muayenesi yapmamıştı.

Çalışma grubunda 50 yaş ve üzerinde olan kadınların %82,5'i (52), erkeklerin %94,3'ü (66) kolon kanseri taraması için kolonoskopi, sigmoidoskopi veya dışkıda gizli kan tetkiki yaptırmamıştı. 65 yaş ve üzeri yaş grubu kadınların hiçbirisi osteoporoz taraması yaptırmamıştı.

Çalışma grubunun %94,7'sinin (355) Sağlık Bakanlığının ulusal sağlık kampanyalarından haberi yoktu.

SOYA-AB genel sağlık okuryazarlığı indeksi puan ortalaması $27,5\pm 7,41$ tespit edilen grupta; sağlık hizmeti ile ilgili bilgiyi anlama kategorisindeki S1.8 (*Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak*) en yüksek puan ortalamasına ($3,16\pm 0,67$), sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgiyi uygulama kategorisindeki S1.45 (*İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak*) en düşük puan ortalamasına ($1,96\pm 0,91$) sahip olan maddeydi.

Çalışma grubunun genel sağlık okuryazarlığı indeksine göre %77,6'sı *yetersiz veya sorunlu* sağlık okuryazarlığı kategorisinde bulunmaktaydı. Sağlık okuryazarlığı indekslerinden en yüksek puan ortalaması ($29,9\pm 7,60$) *sağlık bilgisini anlama* sağlık okuryazarlığı indeksi, en düşük puan ortalaması ($26,0\pm 8,45$) *sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı* indeksine aitti. Yetersiz sağlık okuryazarı sıklığının en yüksek olduğu (%44,3) indeks *sağlık bilgisini değerlendirme* sağlık okuryazarlığı indeksi, mükemmel sağlık okuryazarı sıklığının en yüksek olduğu (%4,3) indeks *sağlık bilgisini anlama* sağlık okuryazarlığı indeksi idi.

Grubun EYYB ölçeği puan ortalaması $2,60\pm 1,74$ olarak tespit edildi. EYYB ölçeğine göre katılımcıların %67,0'si *yüksek olasılıkla sınırlı veya sınırlı* sağlık okuryazarlığı kategorisindeydi. EYYB ölçeğindeki sorulardan en fazla (%81,6) doğru yanıt verilen sorusu 5. (*Bu dondurmayı yemek sizin için güvenli midir?*), en az (%22,1) doğru yanıt verilen sorusu 4. (*Eğer genel olarak her gün*

2500 kalori yiyorsanız, bir porsiyon dondurma yediğinizde bu günlük kalori alımınızın yüzde kaçı olur?) soruydu.

Sağlık okuryazarlığı indekslerinin birbirleriyle ve EYYB ölçeği ile korelasyonu bulunmaktaydı ($p<0,01$).

Tüm sağlık okuryazarlığı indekslerinde ve EYYB ölçeğinde erkeklerin puan ortalamaları kadınların ortalamalarından daha yüksekti ($p<0,001$).

Tüm sağlık okuryazarlığı indekslerinde ve EYYB ölçeğinde 18-64 yaş grubundaki katılımcıların puan ortalamaları, 65 yaş ve üzeri yaş grubundaki katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksekti ($p<0,001$).

Eğitim düzeyi yükseldikçe EYYB ölçeğinin ve genel sağlık okuryazarlığı indeksinin puan ortalamaları artmaktaydı ($p<0,001$).

Haftada en az 1 kez gazete okuyanların EYYB ölçeği ve genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalamaları, gazete okumayanların ortalamalarına göre daha yüksekti ($p<0,001$).

Bekar olanların EYYB ölçeği ve genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalamaları, evli olanların ortalamalarına göre daha yüksekti ($p<0,001$).

Çalışma grubunun BKİ değerleri ile EYYB ölçeği ve genel sağlık okuryazarlığı indeksi puanları arasında negatif bir korelasyon bulunmaktaydı ($p<0,01$).

EYYB ölçeğine göre, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindekilerin sıklığı, zayıf veya normal BKİ değerlerine sahip olanlarda (%47,0), obez olanlara (%16,4) göre daha fazlaydı ($p<0,001$).

EYYB ölçeğine göre yeterli sağlık okuryazarı olanlar en fazla öğrenci (%76,0), en az emekli (%9,5) grubunda bulunmaktaydı ($p<0,001$).

Haneye giren toplam para miktarı arttıkça genel sağlık okuryazarlığı indeksine göre yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarı, EYYB ölçeğine göre yeterli sağlık okuryazarı sıklığı artmaktaydı ($p<0,001$).

Egzersiz yapanların genel sağlık okuryazarlığı indeksi ve EYYB ölçeği puan ortalamaları yapmayanlara göre daha yüksekti ($p<0,001$).

Uzun süreli hastalığı olmayanların genel sağlık okuryazarlığı indeksi ve EYYB ölçeği puan ortalamaları olanlara göre daha yüksekti ($p<0,001$).

Son 2 yılda acil servise başvuru sayısı, son 12 ay içerisinde doktora başvuru sayısı, son 12 ay içerisinde hastane hizmetlerini kullanım sayısı ve son 12 ay içerisinde doktor dışındaki sağlık profesyonellerinden hizmet alma sayısı ile genel sağlık okuryazarlığı indeksi ve EYYB ölçeği kategorileri arasında herhangi bir ilişki tespit edilemedi ($p>0,05$).

Araştırma bulgularımıza göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Türk halkına ve sağlık sistemine uygun, sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçüm araçları geliştirilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmalıdır.
- Aile hekimliği bilgi sistemlerinde bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini doğrudan etkileyen (eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum gibi) faktörlere ilişkin bilgiler mutlaka yer almalıdır.
- Vatandaşların birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları hakkında bilgi düzeyleri artırılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına gereksiz başvuruların önüne geçilmelidir.
- Tedavi edici ağız diş sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçenin kontrol altına alınabilmesi ve uzun yıllar boyunca ağız diş sağlığının korunabilmesi için, koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerinin önemine yönelik gerekli eğitimler

düzenlenmeli ve vatandaşların diş hekimine periyodik olarak muayene olması sağlanmalıdır.

- Aile hekimlerine kayıtlı olan nüfusun, yılda bir kez aile hekimine muayene olup, sağlık durumları hakkındaki bilgilerini güncellemeleri sağlanmalıdır.
- Tarama programı kapsamında olan kanserler ve erken teşhisin önemini belirten kamu spotlarına, medyada yoğun olarak yer verilmelidir.
- Sağlık Bakanlığının ulusal sağlık kampanyaları ile ilgili olarak, sadece sağlık kuruluşlarında değil, kamu kurum ve kuruluşlarının tamamında afiş ve broşürler ile bilgilendirme sağlanmalıdır.
- Gereksiz ilaç kullanımının önüne geçebilmek için, öncelikli olarak eczacılar, hekimler ve diğer sağlık personellerinin bilgi düzeyi artırılmalı ve bu bilgilendirmenin topluma yayılmasını zorunlu kılacak kurallar getirilmelidir.
- Hastalara hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgi verebilmek adına daha verimli zaman ayrılması sağlanmalı, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile eğitim düzeyinin ilişkili olması nedeni ile özellikle düşük eğitim seviyesindeki bireylere yönelik bilgilendirme faaliyetleri artırılmalıdır.
- Sağlık kurumları, okul, cami, marketler gibi toplum tarafından sık kullanılan mekanlarda sağlık bilgi düzeyini artırıcı bilgilendirmelere yer verilmelidir.
- Milli eğitim müfredatında sağlık okuryazarlığını geliştirici düzenlemeler yapılmalıdır. “Sağlık okuryazarlığı günleri”, “sağlık okuryazarlığı haftası”, “sağlık okuryazarlığı bilgi yarışmaları” gibi sağlık okuryazarlığı düzeyini

yükseltme girişimlerinin daha yoğun olarak yapılacağı süreler ve etkinlikler belirlenerek uygulanmalıdır.

- Besin etiketleri, ilaç prospektüsleri gibi besin ve ilaçları tanıtıcı ve kullanıcıyı bilgilendirmeye yönelik hazırlanan belgelerin, toplumun sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyine göre hazırlanması sağlanmalı, okuryazar olmayanlara yönelik görsel bilgilendirmelere yer verilmelidir.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmeye yönelik eğitimler, yaş grupları ve eğitim düzeyleri göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.
- Toplumda sık görülen kronik hastalıklara yönelik sağlık okuryazarlığını geliştirecek faaliyetlerde bulunulmalıdır. Yaşlı, kronik hastalığı olan ve evde sağlık hizmeti alan hastaların, hastalığı ve tedavi süreci ile ilgili sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirici faaliyetler planlanmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. UNESCO Literacy for All Available from: <http://en.unesco.org/themes/literacy-all>, 2016
2. Türk Dil Kurumu: <http://www.tdk.gov.tr/>
3. Baytun İD. Türkiye’de demografik veriler üzerinden okuma-yazma oranlarının cinsiyet bazında değerlendirilmesi. *Int J New Trends Arts Sports Sci Educ IJTASE* 2013;2(3). Available from: <http://www.tijseg.org/ojs/index.php/IJTASE/article/view/167>
4. Aşıcı M. Kişisel ve sosyal bir değer olarak okuryazarlık. *Değerler Eğitimi Derg.* 2009;7(17):9–26.
5. Güneş F. Okuma-Yazma Öğretimi ve Beyin Teknolojisi. Ankara: Ocak Yayınları; 1997.
6. Maya İ. Pisa sonuçları açısından ülkelerin eğitimi olmayan nüfus yapısının analizi: Uluslararası bir perspektif. 2013;8(8):911–27.
7. Mancuso JM. Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci.* 2008;10(3):248–55.
8. Kellner D. Technological transformation, multiple literacies and the re-visioning of education <https://pages.gseis.ucla.edu/faculty/kellner/essays/technologicaltransformation.pdf>
9. The Global literacy challenge: a profile of youth and adult literacy at the mid-point of the United Nations Decade 2003-2012; 2008 -163170e.pdf <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001631/163170e.pdf>
10. Kurudayıoğlu M, Tüzel MS. 21. yüzyıl okuryazarlık türleri, değişen metin algısı ve türkçe eğitimi. *Türklük Bilimi Araştırmaları.* 2010;28(28):283–98.
11. Kurt AA, Orhan D. Eğitim Teknolojileri Okumaları, 2015. In: *Eğitim_Teknolojileri_Okumalari.pdf* 1st ed. Ankara: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Ltd. Şti; 2015: 568. https://www.iet-c.net/publication_folder/ietc/Egitim_Teknolojileri_Okumalari.pdf
12. İşler AŞ. Günümüzde görsel okur yazarlık ve görsel okur yazarlık eğitimi. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.* 2002;15(1):153–61.
13. Önal İ. Tarihsel değişim sürecinde yaşam boyu öğrenme ve okuryazarlık: Türkiye deneyimi. *Bilgi Dünya.* 2010;11(1):101–21.
14. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12(1):80-81.
15. Bohlman LN, Panzer AM, Kindig DA. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion* Washington, D.C.: National Academies Press; 2004 [cited 2015 Dec 22]. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/10883>
16. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes. *J Gen Intern Med.* 2004;19(12):1228–1239.
17. Williams MV. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA J Am Med Assoc.* 1995 6;274(21):1677.
18. Gazmararian JA. Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA* 1999; 10;281(6):545.
19. Fang MC, Machtiger EL, Wang F, Schillinger D. Health literacy and anticoagulation-related outcomes among patients taking warfarin. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):841–846.
20. Morris NS, MacLean CD, Littenberg B. Literacy and health outcomes: a cross-sectional study in 1002 adults with diabetes. *BMC Fam Pract.* 2006;7(1):1.

21. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*. 2002 Jul 24;288(4):475–82.
22. Ross LA, Frier BM, Kelnar CJ, Deary IJ. Child and parental mental ability and glycaemic control in children with type 1 diabetes. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. 2001;18(5):364–9.
23. Pignone MP, DeWalt DA. Literacy and health outcomes: is adherence the missing link? *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):896–897.
24. UNDP in Turkey. <http://www.tr.undp.org/content/turkey/en/home/countryinfo/>
25. Ulusal Eğitim İstatistikleri 2016. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=130&locale=tr>
26. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, editors. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013: 73.
27. WHO Sixty-ninth World Health Assembly closes. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/wha69-28-may-2016/en/>
28. Ratzan SC. Health literacy: communication for the public good. *Health Promot Int*. 2001 Jun 1;16(2):207–14.
29. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 1982. 2008;67(12):2072–8.
30. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TSK Koruyucu Hekim Bül*. 2014;13(4):327–34.
31. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int*. 1998;13(4):349–64.
32. American Medical Association (AMA). Health literacy: Report of the council on scientific affairs. Ad hoc committee on health literacy for the council on scientific affairs, American Medical Association. *JAMA*. 1999 10;281(6):552–7.
33. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000 Sep 1;15(3):259–67.
34. Commission Of The European Communities. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013 http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf
35. Yost KJ, Webster K, Baker DW, Choi SW, Bode RK, Hahn EA. Bilingual health literacy assessment using the Talking Touchscreen/la Pantalla ParlanChina: Development and pilot testing. *Patient Educ Couns*. 2009;75(3):295–301.
36. Ross Adkins N, Corus C. Health literacy for improved health outcomes: Effective capital in the marketplace. *J Consum Aff*. 2009;43(2):199–222.
37. Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. A Vision for A Health Literate Canada Report of The Expert Panel on Health Literacy. Ottawa, Ont.: Canadian Public Health: <http://www.deslibris.ca/ID/251817>
38. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. 1st ed. Ankara: Anıl Matbaacılık; 2011.
39. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı/Health literacy. *Turk J Public Health*. 2014;12(1):61–68.
40. Ratzan SC, Parker RM. What is health literacy. *Health Lit Prescr End Confusion Inst Med Natl Acad*. 2004;32. <http://www.ruhr-uni-bochum.de/healthliteracy/NIHhliteracy.pdf>
41. Haines A, Cassels A. Can the millennium development goals be attained? *BMJ*. 2004;329(7462):394.
42. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigatin Health: The Role of Health Literacy. UK: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre; 2006.

43. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*. 2011;377(9775):1438–1447.
44. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*. 1998 Jan 26;158(2):166.
45. Lassetter JH, Clark L, Morgan SE, Brown LB, VanServellen G, Duncan K, et al. Health Literacy and Obesity Among Native Hawaiian and Pacific Islanders in the United States. *Public Health Nurs*. 2015 Jan;32(1):15–23.
46. Huizinga MM, Beech BM, Cavanaugh KL, Elasy TA, Rothman RL. Low Numeracy Skills Are Associated With Higher BMI. *Obesity*. 2008 Aug;16(8):1966–8.
47. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 1st ed. Ankara: Sağlık-Sen; 2014. 96 p.
48. Filiz E. Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı İle İlişkisi. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2015.
49. Özdoğan SB. Radyoterapi Alan Hasta ve Yakınlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Gereksinimlerine Yönelik Öğretim Materyali Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2014.
50. Sezer A. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2012.
51. Uğurlu Z. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi [Doktora Tezi]. [Ankara]: Başkent Üniversitesi; 2011.
52. Üçpunar E. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılama Çalışması Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2014.
53. Yılmazel G. Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı ve Kontrolü Arasındaki İlişki Doktora Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi; 2014.
54. Baur C. National Action Plan to Improve Health Literacy. US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2010.
55. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *J Public Health*. 2009 Dec 1;31(4):490–5.
56. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*. 2016 Mar;132:3–12.
57. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med* 1993 Jun; 25(6):391–5.
58. Mancuso JM. Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nurs Health Sci*. 2009 Mar;11(1):77–89.
59. Davis TC, Crouch MA, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB, et al. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Fam Med* 1991;23(6):433–5.
60. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res*. 2010 Jun 1;25(3):464–77.
61. Bass PF, Wilson JF, Griffith CH. A shortened instrument for literacy screening. *J Gen Intern Med*. 2003;18(12):1036–1038.
62. Zarcadoolas C, Pleasant AF, Greer DS. Advancing health literacy: a framework for understanding and action. 1st ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2006: 368.

63. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med* 1995;10(10):537-41.
64. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*. 1999;38(1):33-42.
65. Hanson-Divers EC. Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study. *J Health Care Poor Underserved*. 1997;8(1):56-69.
66. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*. 2005;3(6):514-22.
67. The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability - Springer 2015. <http://link.springer.com/article/10.1186/1471-2296-7-21/fulltext.html>
68. Lee S-YD, Bender DE, Ruiz RE, Cho YI. Development of an Easy-to-Use Spanish Health Literacy Test. *Health Serv Res*. 2006 Mar 31;41(4):1392-412.
69. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res*. 2006;8(4):27.
70. HLS-EU CONSORTIUM (2012). Comparative Report on Health Literacy In Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU.
71. WHO Obesity and overweight. 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
72. T.C. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Asgari Ücret 2016. <http://www.csgeb.gov.tr/home/Contents/Istatistikler/AsgariUcret>
73. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013;13(1):948.
74. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument indices and scales of the HLS-EU study, 2016. <http://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference/files/2014/06/Pelikan-et-al-HARC-2014-fin.pdf>
75. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. 1st ed. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016. 99 p.
76. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian health literacy project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy*. 2016;120(9):1087-94.
77. Köse MR, Başara BB, Güler C, Soyutun İ, Aygün A, Özdemir TA, et al. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü; 2016 http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf
78. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 [Internet]. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2014 2017. http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf
79. Türkiye Kanser Kontrol Programı [Internet]. 1st ed. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2015. http://kanser.gov.tr/Dosya/NCCP_2013-2018.pdf
80. Lanpher MG, Askew S, Bennett GG. Health Literacy and Weight Change in a Digital Health Intervention for Women: A Randomized Controlled Trial in Primary Care Practice. *J Health Commun*. 2016 Mar 28;21:34-42.
81. Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M. The association between age and health literacy among elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55(6):S368-374.

9. EKLER

Ek 1: Etik Kurul Kararı

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

ETİK KURUL KARARI


TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÇALIŞMACININ ADI SOYADI
16.02.2016	04	14	Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

KARAR

“Malatya İli Akçadağ İlçesinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi” konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa KAPLAN (Başkan)			
Prof. Dr. Engin ŞAHNA (Üye)	İmza	Prof. Dr. Neriman ÇOLAKOĞLU (Üye)	Bulunmadı
Prof. Dr. Süleyman Serdar KOCA (Üye)	İmza	Prof. Dr. Demet ÇİÇEK (Üye)	İmza
Prof. Dr. Sefa KAZANÇ (Üye)	Bulunmadı	Prof. Dr. Ertan EVİN (Üye)	Bulunmadı
Doç. Dr. Erdal TAŞKIN (Üye)	İmza	Doç. Dr. Fatih FIRDOLAŞ (Üye)	İmza
Doç. Dr. Yalın Kılıç TÜREL (Üye)	İmza	Doç. Dr. Alper Osman ÖĞRENMİŞ (Üye)	İmza
Doç. Dr. Murat SUNKAR (Üye)	İmza	Doç. Dr. Yüksel SAVUCU (Üye)	İmza
Doç. Dr. Funda GÜLCÜ BULMUŞ (Üye)	İmza	Yrd. Doç. Dr. Nurhan HALİSDEMİR (Üye)	İmza

Ek 2: Anket Uygulama izin belgesi


Malatya
Halk Sağlığı Müdürlüğü

T.C.
AKÇADAĞ KAYMAKAMLIĞI
Toplum Sağlığı Merkezi Baştabiliği

Sayı : 29514780 / 010.99/91
Konu :Sağlık Okuryazarlığı Hk.

24.02.2016

KAYMAKAMLIK MAKAMINA
AKÇADAĞ

Dr.Serdar DENİZ tarafından yapılması planlanan "Malatya İli Akçadağ İlçesi'nde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi" araştırması "Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu" tarafından 16.02.2016 tarih ve 14 karar numarası ile "etik kurallara uygun" olarak değerlendirilmiş olup, araştırma için oluşturulan anketin; Akçadağ ilçesindeki 7 aile hekimine kayıtlı nüfuslardan rastgele örnek seçimi yöntemi ile seçilecek 375 kişiye uygulanması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Serdar DENİZ
Toplum Sağlığı Merkezi
Başkanı

OLUR
29/02/2016

Serdar DEMİRHAN
Kaymakam

Malatya Halk Sağlığı Müdürlüğü / Akçadağ Toplum Sağlığı Merkezi /Birimi
Tel: 0(422) 417 11 41 Dahili :..... Fax: 0(422) 417 11 40 e-posta : malatya.akcadagtsm@saglik.gov.tr
Aktepe Mah. Hecek Küme Evleri No:41 AKÇADAĞ/MALATYA

Ek 3: Anket Uygulama İzin Belgesi



Sayı : MSK.03.SS.30/2015/
Konu : İzin

24.12.2015

Sayın Dr. Serdar DENİZ

Genel Merkezimize göndermiş olduğunuz 23.12.2015 tarihli dilekçeniz incelenmiştir. "Sağlık-Sen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması" adlı çalışmamıza temel oluşturan, Avrupa Birliğince geliştirilen ve Sendikamız tarafından ülkemize uyumlu hale getirilmek üzere geçerlilik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilerek üzerinde değişiklik yapılan Sağlık Okuryazarlığı Anketini, üzerinde herhangi bir değişiklik yapmadan, kaynak göstererek kullanmanız uygun görülmüştür.


Mustafa ÖRNEK
Genel Başkan Yardımcısı


Metin MEMİŞ
Genel Başkan

"Kim demiş her şeyin bitişi ölüm, destanlar yayılır mezarımızdan." M.Akif İNAN

GMK Blv. Özveren Sk. No: 23 06571 Demirtepe / ANKARA Tel: 444 1995 • Faks: 0312 230 8
info@sagliksen.org.tr • www.sagliksen.org.tr

EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışmanın Adı: “Malatya İli Akçadağ İlçesinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi”

Ankete başlamadan önce anketin başında yer alan bir bilgi notu ile katılımcılardan, alınan bilgilerin bu çalışmanın bilimsel platformu dışında kullanılmayacağına dair, çalışmaya katılma onamı alınacaktır. **Ancak anket çalışmalarına kişilerin katılımını artırabilmek ve bilgilerin gerçeklik derecelerini yükseltebilmek amacıyla katılımcıların ad ve soyadları alınmamaktadır.** Bu durumda özellikle anketin başında yer alan bilgilendirmede belirtilmektedir. Ayrıca anket için gönüllü olmayan kişi uygulamaya katılmamaktadır. Bu çalışmada kullanılan ankete ait bilgilendirme aşağıdaki gibidir:

Bu araştırmanın bir parçası olmak üzere seçildiniz. Bu yüzden sizinle bir görüşme yapmak istiyoruz. Tarafımıza vereceğiniz bilgiler, bütünüyle gizlidir ve herhangi bir kimseye ifşa edilmeyecektir ve yalnızca araştırma amaçlı olarak kullanılacaktır. Katılımınız gönüllülük esasına dayalıdır ve katılmayı kabul ettikten sonra, araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu anketin amacına ulaşılması ve gerçekçi sonuçlar verebilmesi sizlerin anketi doğru ve eksiksiz doldurmanıza bağlıdır. Anketin cevaplanması sırasında kimlik belirtici herhangi bir işaret ve ismin bulunmaması, anket güvenliği açısından gereklidir. Verilen cevaplar gizli tutulacak ve toplu olarak sadece çalışmamızın amacı çerçevesinde kullanılacaktır.

Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir. Çalışmaya gösterdiğiniz ilgi ve katkıdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

EK 5: Anket Formu

SOSYO - DEMOGRAFİK BİLGİLER	
1. Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
2. Yaşınız	
3. Boy/Kilo	Boy: Kilo:
4. Medeni durumunuz	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Ayrılmış/boşanmış
5. Çocuğunuz var mı?	<input type="checkbox"/> evet [kaç tane] <input type="checkbox"/> hayır
6. Aile tipi	<input type="checkbox"/> Çekirdek aile (<i>anne, baba ve çocuk</i>) <input type="checkbox"/> Geniş aile (<i>anne, baba, çocuk ve diğer akrabalar</i>) <input type="checkbox"/> Parçalanmış aile (<i>anne ve baba ayrı yaşıyor</i>)
7. Hanede yaşayan kişi sayısı	
8. Oturduğunuz ev	<input type="checkbox"/> Kira <input type="checkbox"/> Kendi evi <input type="checkbox"/> Diğer.....
9. Haftada kaç gün gazete okursunuz?	
10. Çalışma durumu/Mesleğiniz	
11. Eşinizin Çalışma durumu./mesleği (evli olanlar yanıtlayacak)	
12. Eğitim durumunuz	<input type="checkbox"/> Okur-yazar değil <input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> İlköğretim/Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Ön lisans- Lisans <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans/Doktora
13. Sağlık masraflarınızı karşılayabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Çok kolay <input type="checkbox"/> Kısmen <input type="checkbox"/> Çok zor <input type="checkbox"/> Cevap yok/Bilmiyor/kabul etmedi
14. Faturalarınızı ödemede zorluk yaşıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Her zaman
15. Haneye giren toplam aylık geliriniz	
16. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İyi

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ANKETİ (SOYA-AB-Q47)

©HLS-EU Konsorsiyum

HLS-EU Matriksi ile ilişkisi	Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte, aşağıdakilerin ne kadar kolay olduğunu söylersiniz?	Çok zor	Zor	Kolay	Çok kolay	Bilmiyorum
Sağlık hizmeti/ bilgiye erişim	S1.1. Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	1	2	3	4	5
	S1.2. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	1	2	3	4	5
	S1.3. Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	1	2	3	4	5
	S1.4. Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi anlama	S1.5. Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	1	2	3	4	5
	S1.6. İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak	1	2	3	4	5
	S1.7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak	1	2	3	4	5
	S1.8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi değerlendirme	S1.9. Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek	1	2	3	4	5
	S1.10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	1	2	3	4	5
	S1.11. İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
	S1.12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi uygulamaya	S1.13. Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	1	2	3	4	5
	S1.14. İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	1	2	3	4	5
	S1.15. Acil durumda ambulans çağırmak	1	2	3	4	5
	S1.16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiye erişim	S1.17. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
	S1.18. Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
	S1.19. Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
	S1.20. Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi anlama	S1.21. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5
	S1.22. Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	1	2	3	4	5
	S1.23. Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
Hastalıkta korunma/ bilgiyi değerlendirme	S1.24. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
	S1.25. Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	1	2	3	4	5

	S1.26. Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
	S1.27. Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
	S1.28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi uygulama	S1.29. Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	1	2	3	4	5
	S1.30. Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığınız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	1	2	3	4	5
	S1.31. Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
Sağlığın geliştirilmesi / bilgiye erişim	S1.32. Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
	S1.33. Akıl sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb)	1	2	3	4	5
	S1.34. Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (Yönlendirme: gürültü ve kirliliğin azaltılması, yeşil alanlar yaratmak, boş zaman aktiviteleri)	1	2	3	4	5
	S1.35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, hükümet değişikliği, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması)	1	2	3	4	5
	S1.36. İşinizde sağlığınızı iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	1	2	3	4	5
Sağlığın geliştirilmesi / bilgiyi anlama	S1.37. Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	1	2	3	4	5
	S1.38. Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
	S1.39. Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)	1	2	3	4	5
	S1.40. Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
Sağlığın geliştirilmesi / bilgiyi değerlendirme	S1.41. Nerede yaşadığınızın sağlığınız ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek (Yönlendirme: içinde bulunduğunuz topluluk, yaşadığınız çevre)	1	2	3	4	5
	S1.42. Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
	S1.43. Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınızla ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	1	2	3	4	5
Sağlığın geliştirilmesi/ bilgiyi uygulama	S1.44. Sağlığınızı iyileştirecek kararlar vermek	1	2	3	4	5
	S1.45. İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	1	2	3	4	5
	S1.46. Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	1	2	3	4	5
	S1.47. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	1	2	3	4	5

KİŞİSEL SAĞLIK ALGILARI ve SAĞLIK SONUÇLARI/ÇIKTILARI		
Kişisel sağlık algıları	S2. Genel olarak sağlığınız nasıldır?	1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü 6. Bilmiyor/Kabul etmedi
	S3. Uzun süreli bir sağlık sorununuz veya hastalığınız var mı? (Uzun süre ile en az altı ay sürmüş veya sürmesini beklediğiniz problemleri kastediyoruz).	1. Evet, birden fazla 2. Evet, bir 3. Hayır 4. Bilmiyor/Kabul etmedi
	S4. Son 6 ayda, sağlık sorunlarınız genel olarak aktivitelerinizi / faaliyetlerinizi nasıl sınırladı?	1. Ciddi bir şekilde sınırladı 2. Sınırladı ancak ciddi bir şekilde değil 3. Sınırlamadı 4. Bilmiyor/Kabul etmedi
Sağlık sonuçları / çıktıları	S5. Ne tür bir sağlık sigortanız var?	
	S6.1. Son 2 yıl içinde acil servise kaç kez başvurmak zorunda kaldınız?	
	S6.2. Son 12 ay içerisinde doktora kaç kez başvurduunuz? (Sayı olarak açık bir şekilde yazınız)	
	S6.3. Son 12 ay içerisinde hastane hizmetlerini kaç kez kullandınız?	
	S6.4. Son 12 ay içerisinde diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, diş hekimi veya gözlükçü (optisyen) gibi diğer sağlık profesyonellerinden kaç kez hizmet aldınız?	
	S7. Sigara, puro veya pipo içme ile ilgili olarak yandakilerden hangisi size uygundur?	1. Şu anda sigara içiyorsunuz Süre:..... Adet:...../gün 2. İçiyordunuz bıraktınız 3. Hiç sigara içmediniz 4. Bilmiyor/Kabul etmedi
	S8. Son 12 ay içinde herhangi bir alkollü içecek içtiniz mi? (bira, şarap, sert alkollü içecekler, elma şarabı veya diğer yerel alkollü içecekler)	
	S9. Doktor randevunuza giderken size refakat edecek bir aile mensubu veya arkadaşınız var mı?	
S10. Aktif bir şekilde toplumsal faaliyetlere katılıyor musunuz?	1. Neredeyse her gün 2. Haftada birkaç kez 3. Ayda birkaç kez 4. Yılda birkaç kez 5. Hiç bir zaman 6. Bilmiyor/Kabul etmedi	

EN YENİ YAŞAMSAL BULGU ÖLÇEĞİ (EYYB)			
<input type="checkbox"/> Kişi okur yazar değil		<input type="checkbox"/> Kişi cevaplandırmak istemedi	
UYARI: Aşağıdaki 6 soru size verilen etiketteki bilgilere göre yanıtlanacaktır			
En Yeni Yaşamsal Bulgu	S11. Eğer tüm kutuyu (kutudaki dondurmanın tamamını) yerseniz kaç kalori almış olursunuz?		
	S12. Eğer tatlı için 60 gramdan fazla karbonhidrat yememeniz önerilirse, sahip olmanız gereken maksimum dondurma miktarı nedir?		
	S13. Doktorunuzun diyetinizdeki doymuş yağ miktarını azaltmayı tavsiye ettiğini hayal edin. Günlük olarak genellikle 42 gram doymuş yağ yiyorsunuz, bunun bir kısmını bir porsiyon dondurmadan alıyorsunuz. Eğer dondurma yemeyi bırakırsanız, her gün kaç gram doymuş yağ almış olursunuz?		
	S14. Eğer genel olarak her gün 2500 kalori yiyorsanız, bir porsiyon dondurma yediğinizde bu günlük kalori alımınızın yüzde kaç olur?		
	Aşağıdaki maddelere alerjiniz olduğunu varsayın ve sonraki 2 soruyu bu bilgiye göre cevaplayın: penisilin, yerfıstığı, lateks eldiven, arı sokması.		
	S15. Bu dondurmayı yemek sizin için güvenli midir?		
S16. 15. Soruya cevabınız “güvenli değil” ise neden güvenli değil?			

TIBBİ ÖYKÜ ve İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARI					
1. Kronik hastalıklar					
2. Egzersiz yapma durumu					
3. Zayıflama, hipertansiyon, diyabet gibi bir nedenle şu anda uyguladığınız bir diyet var mı?	<input type="checkbox"/> Diyetisyen tarafından verilen diyeti uyguluyor <input type="checkbox"/> Kendi bilgilerine dayanarak diyet yapıyor <input type="checkbox"/> Diyet yapmıyor				
4. İlaç kullanma alışkanlığınızla ilgili olarak sizin için uygun olan sıklığı belirtiniz	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman
4.1. Doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanır mısınız?	1	2	3	4	5
4.2. Çevre tavsiyesiyle ilaç kullanırım	1	2	3	4	5
4.3. Kendi ilaç bilgime dayanarak ilaç kullanırım	1	2	3	4	5
4.4. Eczaneme danışarak ilaç kullanırım	1	2	3	4	5
4.5. İnternette araştırarak ilaç kullanırım	1	2	3	4	5
4.6. Kendime iyi geldiğini düşündüğüm bir ilacı başkasına tavsiye ederim	1	2	3	4	5
4.7. Evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat ederim	1	2	3	4	5
4.8. İlaçlarımı doktorumun önerdiği miktarda kullanırım	1	2	3	4	5
4.9. İlaçlarımı doktorumun önerdiği süreye uygun şekilde kullanırım	1	2	3	4	5

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİ, SAĞLIK HİZMETLERİNİ ve KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANIM		
1. Son bir yıl içinde kaç kez herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduunuz?		
2. Başvurularınızın kaçında hastanenin acil bölümüne gittiniz?		
3. Acil hizmetler (ambulans) numarasını biliyor musunuz? Biliyorsanız söyleyiniz.		
4. Şimdiye kadar hiç ambulans çağırdınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
5. Hasta olduğunuzda genelde ilk olarak ne yaparsınız?	<input type="checkbox"/> Doktora giderim <input type="checkbox"/> Evdeki ilaçları kullanırım <input type="checkbox"/> Çevremdekilere danışırım <input type="checkbox"/> Eczaneme danışırım <input type="checkbox"/> Hastaneye giderim <input type="checkbox"/> Acile giderim <input type="checkbox"/> Bir şey yapmam <input type="checkbox"/> Diğer.....	
6. Genel olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?	<input type="checkbox"/> Aile Hekimliği <input type="checkbox"/> Devlet Hastanesi <input type="checkbox"/> Üniversite Hastanesi <input type="checkbox"/> Özel Hastane <input type="checkbox"/> Muayenehane <input type="checkbox"/> Diğer.....	
7. Aile hekiminizi tanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
8. Son bir yılda aile hekiminizi kaç defa ziyaret ettiniz?	<input type="checkbox"/> Hiç etmedim <input type="checkbox"/>defa ziyaret ettim	
9. Hekim seçme hakkınızın olduğunu biliyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
10. Şu ana kadar hiç hekim seçme hakkınızı kullandınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (sonraki soruyu atlayınız)	
11. Hekiminizi neye göre seçtiniz?	<input type="checkbox"/> Daha önceden gidip memnun kaldığım için <input type="checkbox"/> Çevrem önerisi üzerine / tavsiye üzerine <input type="checkbox"/> Akademik unvanına göre (Yrd. Doç., Doçent, Profesör) <input type="checkbox"/> Bekleme süresinin az olmasına göre <input type="checkbox"/> Diğer.....	
12. Aşağıdaki sağlık aktivitelerinden geçerli olanı işaretleyiniz		
Sağlık aktivitesi	VAR	YOK
12.1. Son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2. Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanı tarafından tansiyon ölçümü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3. 2015-2016sezonunda grip aşısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4. Kendi kendine meme muayenesi (18 yaş ve üstü kadınlarda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5. Mamografi çektirmek (40 yaş ve üzeri kadınlarda son iki yıl içinde, 50 yaş ve üzerinde son bir yıl içinde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.6. Serviks kanseri (pap smear) testi yaptırmak (30-65 yaş arası kadınlarda son beş yıl içinde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7. Kendi kendine testis muayenesi (18 yaş üstü erkekler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.8. Kolon kanseri taraması için kolonoskopi, sigmoidoskopi veya dışkıda gizli kan (50 yaş üstü)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.9. Osteoporoz taraması (65 yaş üstü kadınlar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.10. Son bir yıl içinde Diş Hekimine gitme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.11 . Sağlık Bakanlığının ulusal sağlık kampanyalarından haberiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bir Önceki Soruya Yanıtınız "VAR" İse. Bu kampanyaların adlarını belirtiniz		

EK 6: En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği Besin Etiketi**Ürün tanımı:** Dondurma

Porsiyon miktarı: 100 ml

Kutudaki porsiyon miktarı: 4

BESİN DEĞERİ	
<i>TİPİK MİKTARLAR</i>	<i>100 ml'de</i>
Enerji	1050 kJ
	250 kcal (kalori)
Protein	4g
Karbonhidrat	30g
Şekerlerden gelen	23g
Yağ	13 g
Doymuş yağlardan gelen	9 g
Tekli doymamış yağlardan gelen	0 g
Çoklu doymamış yağlardan gelen	3 g
Trans yağlardan gelen	1 g
Lif	0 g
Sodyum	0.05 g

İçindekiler: Krema, Yağsız süt, Şeker, Yumurta, Stabilizatörler, (Guar Gum),
Yerfıstığı yağı, Vanilya özü (%0.05)

10. ÖZGEÇMİŞ

20 Mayıs 1981 tarihinde Malatya’da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Malatya’da tamamladı. 2006 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu.

2006 yılında Adıyaman Gölbaşı ilçesi Balkar Sağlık Ocağında hekimlik, 2006-2010 yılları arasında Adıyaman Çelikhan ilçesinde aile hekimliği, 2010-2012 yılları arasında Malatya-Akçadağ Devlet Hastanesinde acil hekimliği, 2012 yılında Malatya-Arapgir Devlet Hastanesi Başhekimliği, 2012-2013 yılları arasında Malatya-Akçadağ Devlet Hastanesi Başhekimliği, 2013-2016 yılları arasında Malatya-Akçadağ İlçe Sağlık Müdürlüğü ve Toplum Sağlığı Merkezi Başkanlığı, 2016 yılında Sağlık Bakanlığı Saha Gözlemciliği görevlerinde bulundu. 03 Kasım 2016 tarihinde Mersin Halk Sağlığı Müdürü olarak atandı.

Evli ve bir çocuk babasıdır.