

**T.C.**  
**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

**ISPARTA GÜL KÜÇÜK SANAYİ SİTESİ KÜÇÜK ÖLÇEKLI İŞ  
YERİ ÇALIŞANLARINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ  
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**Dr. Öznur SEZGİN**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**  
**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**

**PROF. DR. ERSİN USKUN**

**ISPARTA-2019**

## TEŞEKKÜR

Işığı ve neşesi ile bulunduğu ortamı canlandıran, güzel yüreği ve her konuda desteğini hissettiğim tavrıyla hem arkadaş hem öğretmen olan, dik duruşu, azmi ve çalışkanlığıyla örnek insan değerli hocam Prof. Dr. Ersin USKUN'a;

Tecrübeleri ve bilgi birikimi ile halk sağlığı bakış açımızı geliştiren, hoşgörüsünü esirgemeyen, kedi babası değerli hocam, Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. A. Nesimi KİŞİOĞLU'na;

Uzmanlık eğitimimde destek ve katkılarını eksik etmeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ, Prof. Dr. Hikmet ORHAN, Dr. Öğr. Üyesi Özgür ÖNAL ve Dr. Öğr. Üyesi Giray KOLCU'ya;

Bilgisini ve desteğini paylaşan, iş ortamını eğlenceli hale getiren çalışma arkadaşlarıma;

Meşguliyetlerinin arasında kıymetli vakitlerini ayıran Isparta Gül Küçük Sanayi Sitesi'nin konuksever sakinlerine;

Her daim yanımda olan, sabır ve sevgileriyle en büyük destekçilerim, ailem, annem Nuran Sezgin, babam Galip Sezgin ve kardeşim Selman Yasir Sezgin'e;

Bu inişli çıkışlı süreçte hep yanımda olan biricik dostum Özden Hancı'ya;

Hayatımın neşe kaynağı, günümün güzelliği, gün ışıklarım minik dostlarıma;

Cânı gönülden teşekkür ederim.

**Dr. Öznur SEZGİN**

**Isparta 2019**

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
KISALTMALAR .....	vi
TABLOLAR DİZİNİ .....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Okuryazarlık.....	3
2.2. Sağlık Okuryazarlığı Tanımları.....	4
2.3. Sağlık Okuryazarlığı Tarihi.....	8
2.4. Sağlık Okuryazarlığını Geliştiren Bildirgeler .....	12
2.5. İşyerinde Sağlık Okuryazarlığı .....	13
2.6. Sağlık Okuryazarlığı Boyutları .....	14
2.7. En Çok Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Araçları .....	18
2.8. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler.....	23
2.9. Sağlık Okuryazarlığının Önemi .....	25
2.9.1. Etkilenen İnsan Sayısının Büyüklüğü: .....	26
2.9.2. Kötü Sağlık Sonuçları .....	26
2.9.3. Kronik Hastalık Oranlarında Artış .....	27
2.9.4. Sağlık Bakım Maliyeti .....	28
2.9.5. Sağlık Bilgilendirme Gerekliliği .....	28
2.9.6. Eşitlik .....	29
2.10. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Artırmak İçin Gereksinimler .....	29

2.10.1. Sağlık Okuryazarlığına Bir Bütün Hükümet ve Bir Bütün Toplum Sorunu Olarak Yaklaşın.....	29
2.10.2. Çoklu Sağlık Okuryazarlığı Paydaşlarını Dahil Edin .....	30
2.10.3. Sade Dil Girişimleri Geliştirin .....	33
2.10.4. Ölçüme ve Araştırmaya Yatırım Yapın .....	33
2.11. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Artırmaya Yönelik Ulusal Düzeyde Yapılanlar .....	34
3. MATERYAL VE METOD .....	36
3. 1. Araştırma Tipi .....	36
3.2. Araştırma evreni.....	36
3.3. Etik .....	36
3.4. Araştırmanın Hipotezi.....	36
3.5. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişken .....	37
3. 6. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler.....	37
3.7. Veri Toplama ve Değerlendirme.....	39
3. 8. İstatistik analiz .....	41
3. 9. Araştırmanın Zamanlanması .....	44
3. 10. Araştırmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları .....	44
4. BULGULAR .....	45
5. TARTIŞMA .....	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	106
ÖZET.....	113
SUMMARY .....	114
KAYNAKLAR .....	115
EKLER.....	129
EK 1. ETİK KURULU KARARI .....	129

EK 2. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (TSOY-32) KULLANIM İZİNİ .....	131
EK 3. ISPARTA GÜL KÜÇÜK SANAYİ SİTESİ KOOPERATİFİ ARAŞTIRMA İZİNİ.....	132
EK 4. VERİ TOPLAMA FORMU .....	133



## KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HLS-EU-Q47	European Health Literacy Survey-Questionnaire 47 (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-47)
ILO	International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
Maks	Maksimum
Min	Minimum
NAAL	National Assessment of Adult Literacy (Amerikan Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirmesi)
NALS	National Adult Literacy Survey (Amerikan Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması)
NVS	Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Belirti Testi)
OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
Ort	Ortalama
ÖS	Öznur Sezgin
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistiksel Paket Programı)
SS	Standart Sapma
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi)
TSOY-32	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	46
Tablo 2. Araştırma Grubunun Sayısal Sosyodemografik Özellikleri .....	46
Tablo 3. Araştırma Grubunun Meslekte Çalışılan Süre Ortalaması .....	47
Tablo 4. Araştırma Grubunun Mesleki Özellikleri .....	48
Tablo 5. Araştırma Grubunun Sosyal Güvence Durumu ve Sosyal Statü Algısının Dağılımı .....	49
Tablo 6. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Bazı Davranış Özellikleri .....	50
Tablo 7. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Sayısal Bazı Davranış Özellikleri.....	51
Tablo 8. Araştırma Grubunun Beslenme İle İlgili Davranış Özellikleri.....	52
Tablo 9. Araştırma Grubunun Besin Tüketim Özellikleri .....	53
Tablo 10. Araştırma Grubunun Genel Sağlık Algısı, Kronik Hastalık Varlığı, Ailede Kronik Hastalık Varlığı Dağılımı .....	54
Tablo 11. Araştırma Grubunun Kronik Hastalık Dağılımı .....	54
Tablo 12. Araştırma Grubunun Okuma Alışkanlıkları .....	55
Tablo 13. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Bilgi Aldıkları Kaynakların Dağılımı56	
Tablo 14. Araştırma Grubunun Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının Dağılımı .....	57
Tablo 15. Araştırma Grubunun Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının Dağılımı (Sayısal Veriler).....	58
Tablo 16. Araştırma Grubunun İlaç Kullanım Konusundaki Tutumlarının Dağılımı 59	
Tablo 17. Araştırma Grubunun Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Farkında Olma, Koruyucu Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumuna Göre Dağılımı .....	61
Tablo 18. Araştırma Grubunun Ulusal Sağlık Kampanyalarından Haberdar Olma Durumuna Göre Dağılımı .....	62
Tablo 19. Araştırma Grubunun İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitimi Alma, Kişisel Koruyucu Kullanma Ve İş Kazası Geçirme Durumlarına Göre Dağılımı .....	63

Tablo 20. Araştırma Grubunun Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Dağılımı ...	64
Tablo 21. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı .....	65
Tablo 22. Araştırma Grubunun Sayısal Sosyodemografik Özellikleri Ortalamalarına göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı .....	66
Tablo 23. Araştırma Grubunun Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Meslekte Çalışılan Süre Ortalamaları .....	67
Tablo 24. Araştırma Grubunun Mesleki Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı.....	67
Tablo 25. Araştırma Grubunun Sosyal Güvence Durumu, Son Bir Yılda Fatura Ödemekte Zorlanma Durumu ve Sosyal Statü Algısına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı.....	68
Tablo 26. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Bazı Davranış Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı .....	70
Tablo 27. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Sayısal Bazı Davranış Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Dağılımı.....	71
Tablo 28. Araştırma Grubunun Beslenme İle İlgili Davranış Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı .....	72
Tablo 29. Araştırma Grubunun Besin Tüketim Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı .....	73
Tablo 30. Araştırma Grubunun Genel Sağlık Algısı, Kronik Hastalık Varlığı ve Ailede Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı .....	74
Tablo 31. Araştırma Grubunun Okuma Alışkanlıklarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı.....	75
Tablo 32. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Bilgi Aldıkları İlk Kaynak ve Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı .....	77
Tablo 33. Araştırma Grubunun Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Dağılımı (Sayısal Veriler).....	78



Tablo 34. Araştırma Grubunun İlaç Kullanım Konusundaki Tutumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı .....	79
Tablo 35. Araştırma Grubunun Bazı Koruyucu Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı .....	80
Tablo 36. Araştırma Grubunun Kanseri Taramalarının Farkında Olma, Kanseri Taraması Yaptırma Ve Ulusal Sağlık Kampanyalarından Haberdar Olma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı .....	82
Tablo 37. Araştırma Grubunun İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitimi Alma, Kişisel Koruyucu Kullanma ve İş Kazası Geçirme Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı.....	83
Tablo 38. Yeterli-Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları .....	85

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi .....	7
Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığı Potansiyel Müdahale Noktaları .....	24
Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığı Paydaşları .....	30



## 1. GİRİŞ

‘İki yaşında bir çocuğa kulak enfeksiyonu tanısı konur ve antibiyotik reçete edilir. Annesine çocuğunun kulak iltihabı olduğu ve ilacını günde iki kez alması gerektiği anlatılır. Anne şişe üzerindeki etikete bakıp ilacın nasıl alınacağına karar veremeyince, ilacı bir çay kaşığına doldurur ve antibiyotiği kızının kulağına döker.’(1)

Yirmi birinci yüzyılda, tıbbi keşifler önceki zamanlarla kıyaslanamayacak bir hızla ilerlemektedir. Ne yazık ki daha iyi ve uzun bir yaşam sürmek için gerekli olan ideal sağlık davranışlarını benimseyemeyeler bu hıza erişmekte yetersiz kaldılar (2). Morgan’ın Bir Çift Yürek adlı kitabında aktardığı Aborjin sözünde ‘Çok hızlı ilerledik, ruhlarımız geride kaldı’(3) diyordu. Sağlıkla ilgili temel sağlık bilgilerine ulaşma, anlama ve uygulama kapasitesine erişmede gecikenler de bu hızlı tıbbi ilerlemenin gerisinde kalmakta, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün sağlık tanımındaki fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik haline (4) erişememektedirler.

Modern sağlık sistemlerinde, sağlık hizmeti alanlardan birtakım sorumluluklar beklenmektedir. Sağlık hizmetlerinde öz yönetim arttıkça, bireylerden bilgi alma, hak ve sorumlulukları anlama ve kendileri ve yakınları için sağlık kararları alma konularına dahil olmaları istenir (5).

Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesinde insanların hem kendi hem de çevreleri için sağlıklı seçimler yapmada kontrol sahibi olmalarının tam sağlık halinin gerçekleşmesi için gerekliliğinden söz edilir (6). Bunun için kişilerin kendi sağlık sorumluluklarını alacakları gerekli donanım ve becerilere sahip olması gerekir (5).

Bunun yanında yine modern toplumlar aşırı kentleşme, internet bağımlılığı, hazır gıda tüketimi gibi sağlıksız yaşam tarzını aktif olarak pazarlarken sağlık hizmetlerinden yararlanmak iyi eğitilmiş kişiler için bile zorlaşmaktadır. İnsanların sağlıkla ilgili bilgiye erişmeleri, anlamaları, değerlendirmeleri ve kullanmaları için yeterli beceriye sahip olmaları gerekir (7).

İnsanların hayatlarını sürdürmede kullandıkları bilgi ve becerileri yüksek olsa da sağlığın gereklerini anlama ve hayatlarına geçirmeleri zor olabilir. Hayatlarının başka yönleriyle etkili bir şekilde ilgilenen birçok insan, sağlık bilgisini edinmeyi, anlamayı

veya kullanmayı zor bulabilir. Örneğin bir çiftçi gübreyi ürün yetiştirmede etkin şekilde kullanıyor olsa da gübre ile ilgili güvenlik bilgilerini bilmiyor olabilir ya da bir aşçı harika yemekler yapıyor olsa da sağlıklı menüler hazırlamayı bilmiyor olabilir (5)

Sağlık okuryazarlığı uzun süre tıbbi metinlerdeki yazı ve rakamları anlamak olarak düşünülmüş ve buna uygun ölçeklerle ölçülmüş olsa da, bu tanım günümüzde genişlemiş ve okuduğunu anlama, yazılı sağlık bilgilerine uygun davranma, sağlık personeli ile iletişim ve sağlık tavsiyelerine uyum gibi birbiriyle ilintili yeterliliklerin birlikte kullanımını kapsar hale gelmiştir (8). Sağlık okuryazarlığı en belirgin ve sıkça kullanılan ifadeyle (9) 'Bireylerin, uygun sağlık kararları almak için gereken temel sağlık bilgi ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesidir' (2). Sağlık okuryazarlığında gelişme olmadan sağlık alanındaki bilimsel gelişmeler sağlık çıktılarını iyileştirmede yetersiz kalacaktır (5).

Sağlık okuryazarlık seviyesinin düşük olmasının daha az sağlıklı seçimler, daha riskli davranışlar, daha zayıf sağlık hali, daha az öz yönetim ve daha fazla hastaneye yatış ile sonuçlandığı gösterilmiştir (7). Sağlık okuryazarlığı, primer korumayı da ilgilendirdiği için sağlığın teşviki için de önemlidir. Ratzan ve arkadaşları sigarayı ortadan kaldırmak için sayısız çaba sonucunda orta düzeyde bir başarı elde edilmesinin ve meme, kolorektal ve rahim ağzı kanseri için tarama programlarına yeterince talep olmamasını insanların kendilerine sunulan sağlık bilgilerini anlayamamaları ve uygulayamamalarına bağlamaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sağlık sağlayıcıları ve hastalar arasında etkili olmayan iletişim, ilaçlar ve kişisel bakım talimatlarındaki yanlış bilgilenmeler nedeniyle tıbbi hatalarla sonuçlanabileceğinden ikincil korunmada da büyük önem taşır (2).

Sağlık okuryazarlığı, bireysel ve sosyal faktörlerin ortak bir sonucudur. Bireylerin sağlık okuryazarlığı becerileri eğitimlerinden, kültürlerinden ve dillerinden etkilenir. Aynı derecede önemli olan, bireylerin sağlık konusunda etkileşimde bulunduğu kişilerin iletişim ve değerlendirme becerileri ile sağlık kurumlarının ve medyanın sağlık bilgisi sağlama becerisidir (5)

Bu çalışmanın amacı; Isparta Gül Küçük Sanayi Sitesi'ndeki küçük ölçekli iş yerlerinde çalışanların sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Okuryazarlık

Okuryazarlık okuma, yazma, dinleme, konuşma ve aritmetik becerileri içeren bir dizi ölçülebilir beceridir. (10). Okuryazarlık, “Toplumda işlev görmek, hedeflerine ulaşmak ve bilgi ve potansiyelini geliştirmek için basılı ve yazılı bilgileri kullanmak” olarak tanımlanmaktadır (11). Okuma becerileri, odaklanma, yeni terimleri anlamak için bağlamsal analiz kullanma, anlama, sözcük tanıma ve yeni bilgilerin düzenlenmesi ve bütünleştirilmesi için metin yapısını kullanma gibi karmaşık bir meta-bilişsel davranışlar dizisini içerir (12).

Sağlık okuryazarlığı hem sağlık hem de okuryazarlığın günlük yaşam için kritik bir kaynak olduğu fikrine dayanır. Okuryazarlık seviyemiz, sadece sağlık bilgileriyle hareket etme becerimizi değil, aynı zamanda bireyler, aileler ve topluluklar olarak sağlığımızın kontrolünde daha fazla rol oynama yeteneğimizi doğrudan etkilemektedir (13). Bunun yanında okuryazar bireyler, ekonomik refahta daha aktif olarak yer alırlar, daha fazla kazanç ve istihdama sahip olurlar, daha eğitilmiş ve bilgilidirler ve toplum faaliyetlerine daha fazla katkıda bulunurlar ve daha iyi sağlık durumuna sahip olurlar (7).

Yetişkin eğitiminde, okuryazarlık ve sağlık arasındaki bağlantı, 'sağlık okuryazarlığı' teriminin kullanılmasından çok önce kabul edildi (14). Bu alandaki okuryazarlık araştırması, zayıf eğitim ve okuryazarlığın sağlık üzerindeki etkilerini araştırmak için başlamıştır (15). Okuma yazma bilhassa yetişkinler sağlık sistemi ile hasta olarak etkileşime girdiğinde önemlidir. Erişkin hastalar için okuryazarlığın sağlık sektörü ve sağlık profesyonelleriyle etkili sağlık iletişiminin ve sağlıkla ilgili bilgilerin edinilmesinin ve anlaşılmasının önemli bir belirleyicisi olduğu bilinmektedir (14).

Sağlık okuryazarlığını genel olarak okuryazarlıktan ayırmak önemlidir. 'Okuryazar' kelimesi tarih boyunca çoğunlukla 'edebiyata yatkın' veya genel anlamda 'iyi eğitilmiş' anlamına gelmiştir. Terim belirli bir alanda bilgili ya da eğitilmiş olma konusundaki daha geniş anlamını korurken, on dokuzuncu yüzyılın sonlarında da

metin okuma ve yazma becerilerine gönderme yapılmıştır (16). Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization-UNESCO) da kişinin ve topluluğunun etkili çalışması ve gelişimi için okuma, yazma ve hesaplamayı kullanmaya devam etmesine olanak tanıyan tüm faaliyetlerde bulunabilecek kişiyi fonksiyonel okuryazar olarak tanımlamıştır (17). Son yıllarda, dört okuryazarlık anlayışı ortaya çıkmıştır: Özerk bir beceri seti olarak okuryazarlık; uygulamalı, pratik ve yerleşik okuryazarlık; bir öğrenme süreci olarak okuryazarlık; ve metin olarak okuryazarlık (16).

Sağlık okuryazarlığı, temel okuryazarlık ve buna bağlı bilişsel gelişim seviyelerine net bir şekilde bağlıdır. Okuma ve yazma konusunda becerileri gelişmemiş kişiler, sadece sağlık konusunda daha az eğitim almış olmayacak, aynı zamanda alınan bilgileri kullanmak üzere daha az becerilere sahip olacaktır. Bu nedenlerden dolayı sağlık okuryazarlığını teşvik etmek için stratejiler ayrılmaz bir şekilde okuryazarlığı teşvik etmek için daha genel stratejilere bağlı kalacaktır. Bununla birlikte, bu temel ilişkiyi vurguladıktan sonra, yüksek okuryazarlık seviyesi olan bir kişinin sağlık eğitimi ve iletişim faaliyetlerine istenen şekilde yanıt vermesinin garantisi olmadığını kabul etmek önemlidir (18).

## **2.2. Sağlık Okuryazarlığı Tanımları**

Yakın geçmişte, sağlığın belirleyicilerinin yani sağlıklı yaşam tarzı, etkili sağlık hizmeti ve sağlıklı çevre faktörlerinin analizine ve sağlığın geliştirilmesi faaliyetleriyle ilgili sonuçların tanımlanmasına büyük önem verilmiştir (18). Bunlarda biri olan sağlık okuryazarlığının yıllar içinde genişleyen bir çerçevede çok sayıda tanımı mevcuttur:

1995'te Amerikan Ulusal Sağlık Eğitimi Standartları Ortak Komitesi (Joint Committee on National Health Education Standards) tarafından yapılan ilk net tanımda sağlık okuryazarlığı, 'Bireylerin temel sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, yorumlama ve anlama kapasitesi ve bu bilgi ve hizmetleri, sağlığı geliştirecek şekillerde kullanma becerisi' olarak tanımlanmıştır (19).

DSÖ'nün 1998 yılı Sağlığı Geliştirme Sözlüğü'nde kişisel güçlendirme ve eylem unsurlarını içeren tanımında 'Sağlık okuryazarlığı, iyi sağlık halinin sağlanması

ve sürdürülmesinde bireyin bilgiye ulaşma, anlama ve kullanma bilgisini ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal yetenekleri temsil eder' (20) denilmektedir. Bu tanım sağlıkla ilgili eleştirel düşünme, analiz, karar verme ve problem çözmenin gerektirdiği gelişmiş bilişsel becerileri ve bireylerin kişisel sağlık durumlarını ve içinde yaşadıkları toplulukların sağlıklarını iyileştirmelerini sağlamak için sosyal iletişim ve sorgulama becerilerini birleştirir (12). Nutbeam'a göre bu tanım sağlık okuryazarlığının sadece kişisel faydalara, daha sağlıklı yaşam tarzı seçimlerine ve mevcut sağlık hizmetlerinin etkin kullanılmasına yol açan kişisel bir kaynak olmadığı aynı zamanda nüfusun daha büyük bir kısmı arasında daha yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesine ulaşmanın, toplumun sağlığı için etkili bir topluluk eylemi sağlayarak ve sosyal sermayenin gelişmesine katkıda bulunarak, sosyal faydalara sahip olacağı anlamına gelir (18).

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) 1999 'da sağlık okuryazarlığını 'Sağlık hizmetinden faydalanmak için gereken temel okuma ve sayısal görevleri yapma becerisi de dahil olmak üzere bir beceriler kümesi' olarak tanımlamıştır (21). Bu tanım, okuma, yazma ve sayısal becerilerinin sağlık konusundaki materyallerin kullanımına ve sağlıkla ilgili etkinliklere uygulanabilmesine değinmekte, sözlü iletişim, sosyal etkileşim ve hareket etme kapasitesiyle olan ilişkisine değinmemektedir (12).

Nutbeam'ın 2000 yılında yayınladığı sağlığın geliştirilmesi modelinde sağlığın geliştirilmesinin sonuçları, sağlığın belirleyicilerini iyileştirmek için değiştirilebilecek kişisel, sosyal ve yapısal faktörleri temsil eder. Modelde sağlığı geliştirme sonuçlarının bir parçası da sağlık okuryazarlığıdır. Burada sağlık okuryazarlığı, 'Bireyin sağlığın geliştirilmesi ve korunması için bilgileri edinme, anlama ve kullanma yeteneğini belirleyen kişisel, bilişsel ve sosyal beceriler' olarak tanımlanmıştır. Bu beceriler, sağlık belirleyicilerinin gelişmiş bilgi ve anlayışı, sağlık davranışı ile ilgili tutum ve motivasyonların yanı sıra tanımlanmış görevlerle ilgili olarak geliştirilmiş öz yeterlilik gibi sonuçları içerir (18,22).

Kavram 2004 yılında Amerikan Ulusal Tıp Akademisi (American National Academy of Medicine) ve Sağlıklı İnsanlar 2010 (ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı tarafından yürütülen ulusal hastalık önleme ve sağlığı geliştirme hedefleri)

tarafından ‘Uygun sağlık kararlarını almak için gereken temel sağlık bilgi ve hizmetlerini alma, işleme koyma ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi’ olarak tanımlanmıştır (2,5). Bu bağlamdaki sağlık okuryazarlığı, bir bireyin sağlık hakkında bilinçli kararlar almak için daha karmaşık bir düşünme veya "anlama" düzeyi kullandığını göstermektedir (12).

Kickbusch ve arkadaşları 2005 ‘te Uluslararası Halk Sağlığı Ansiklopedisi’nde içeriğe dayalı bir sağlık okuryazarlığı tanımı önermiştir: ‘Sağlık okuryazarlığı vatandaşların evde, işte, sağlıkta, pazar yerinde ve siyasi alanda gibi günlük yaşamda sağlıkla ilgili sağlam kararlar alma yeteneğidir. İnsanların sağlıkları üzerindeki kontrollerini, bilgi bulma ve sorumluluk alma yeteneklerini arttırmak kritik bir güçlendirme stratejisidir’ (23).

2005’te hastalar, sağlık sağlayıcıları ve sağlık eğitimcileri dahil olmak üzere sağlıkla ilgili iletişim ve kararlara katılan tüm taraflar için beceri ve yeteneklerin önemi vurgulanmaya başlandı (16). Bu daha geniş görüş, sağlık okuryazarı bir kişinin sağlık kavramlarını ve bilgilerini yeni durumlara uygulayabilir, sağlık, tıp, bilimsel bilgiler ve kültürel inançlar hakkında diyaloglara katılabilir olduğunu belirten Zarcadoolas ve arkadaşları tarafından 2005’te önerilen tanımda sunulmuştur (24).

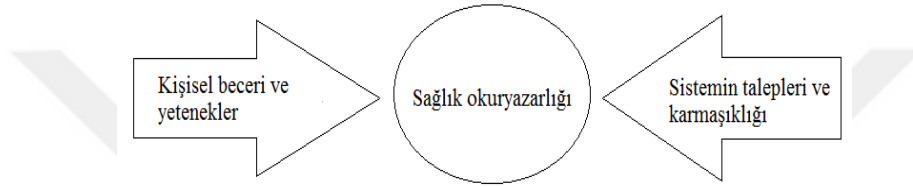
Benzer şekilde Kwan ve arkadaşları 2006’da “İnsanların yaşam boyu sağlığı teşvik etmek için farklı sağlık taleplerini yerine getirmek için bilgi bulma, anlama, değerlendirme ve iletme yeteneklerini” ifade eden bir sağlık okuryazarlığı tanımı sunmuş (25), ayrıca hastalar, sağlayıcılar, sağlık eğitimcileri ve meslekten olmayan insanlar da dahil olmak üzere, iletişim ve kararlara ilgili tüm tarafların katılım ve teçhizatlarının önemini vurgulamıştır (14).

Freedman ve meslektaşları, insanların sağlığını etkileyen faktörlere tıbbi bakış açısının toplumsal bir düzeye kaydırılması gerektiğini ve halk sağlığı okuryazarlığı ile bireysel sağlık okuryazarlığı arasında bir ayrım yapılması gerektiğini (16), halk sağlığı okuryazarlığının, sağlık okuryazarlığının kavramsal temellerinin bir grup veya topluluk için geçerli olduğunda söylenebileceğini savunmuşlardır (26) .

Bu tanımların ortak özelliği, uygun sağlık kararlarını almak için gerekli sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama becerilerine odaklanmalarıdır.



Bununla birlikte, sağlık okuryazarlığının rolü üzerine yapılan son tartışmalar, bireysel bir odağın ötesine geçmenin ve sağlık okuryazarlığının, sağlık sistemlerinin talepleri ile bireylerin becerileri arasında bir etkileşim olarak görülmemesinin önemini vurgulamaktadır (16). Amerikan Ulusal Tıp Akademisi raporunda, sağlık okuryazarlığının, bireylerin becerilerinin ve sosyal sistemlerin taleplerinin etkileşiminden ortaya çıkan sosyal ve bireysel faktörlerin ortak bir işlevi olduğu belirtilmiştir (5). şekil 1’de Parker bu dinamik ilişkinin bir özetini sunarak, kişisel beceri ve yeteneklerin sistemin talepleri ve karmaşıklığı ile aynı hizaya getirildiğinde sağlık okuryazarlığı sağlanabilir demiştir (27).



şekil 1. Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi (27)

Mevcut sağlık okuryazarlığı tanımları ve modellerinin sistematik bir literatür taramasını yapan Sørensen ve arkadaşları 2012 ‘de sağlık okuryazarlığını okuryazarlıkla ilişkilendirerek ‘Hayat boyu yaşam kalitesini sürdürmek veya geliştirmek için sağlık hizmetleri, hastalıkları önleme ve sağlığın teşviki ile ilgili günlük yaşamda kararlar almak için sağlık bilgilerine erişmek, anlamak, değerlendirmek ve uygulamak için bilgi, motivasyon ve yetkinlikler’ olarak bütünleşik bir tanım ile açıklamıştır (16).

Benzer şekilde, 2015 yılında, Dodson ve arkadaşları sağlık okuryazarlığının toplum yönünü vurgulayarak, ‘Bireyler ve toplumların sağlıkla ilgili kararlar almak için bilgiye erişmesi, anlaması, değer vermesi ve kullanması için gereken kişisel özellikler ve sosyal kaynaklar’ olduğunu belirtmiştir. Sağlık okuryazarlığı, bu kararları iletme, onaylama ve yürürlüğe koyma kapasitesini içerir (28).

Tanımlar, doğaları gereği, kelimeleri ve kavramları paylaşma konusunda ortak bir anlayış sağlar, aynı zamanda sorgulama ve ölçüler için parametreler de belirler (29). Ayrıca yine doğaları gereği tanımlar karmaşık fikirlerin ve eylemlerin özetini temsil eden kısıtlayıcı niteliktedir (30). Her biri, sağlık okuryazarlığının ne olduğunu

ve neden önemli olduğunu tanımlamamıza yardımcı olacak bulmacanın bir parçasını sunar (14). Araştırmalar, sağlık okuryazarlığı kavramının farklı bağlamlarda farklı şekillerde kullanıldığını göstermiştir. Nutbeam'a göre tecrübe büyüdükçe ve fikirler daha da geliştikçe, terimin anlamı ve alaka düzeyi için düzenli olarak değerlendirilmesi gerekir (30). Dodson ve ark.'na göre terimin kullanımı çoğu zaman duruma özgü olacak ve yorumunu etkileyebilecek geçerli sosyal, kültürel ve ekonomik koşullar tarafından şekillendirilecektir. Bu, özellikle yüksek, orta ve düşük gelirli ülkelerde sağlık okuryazarlığı tartışılırken geçerlidir (28).

### **2.3. Sağlık Okuryazarlığı Tarihi**

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk olarak 1974'te kullanıldı. Bununla birlikte, akademik olarak ilk bilimsel makale 1980'lerde, ikincisi 1990'ların başında olmak üzere 2006'da 100'den fazla makale yayınladı. On yıl sonra, PubMed'e göre yılda 1.000'den fazla bilimsel yayın sağlık okuryazarlığına hitap ediyordu ve bu büyüme şimdiye kadar 7.000'den fazla kayıtla sonuçlandı (14). Son 40 yılda, sağlık okuryazarlığı disiplinler arası ilginin bir nesnesi haline geldi ve bugün sağlıkla ilgili hemen hemen tüm bilimler konuyla ilgili araştırmalara katılıyor. Sağlık okuryazarlığı, birçok hükümetin, hükümete bağlı kuruluşların, ulusal ve DSÖ ve UNESCO gibi uluslararası kuruluşların dikkatini çekmiştir. Her ne kadar sağlık okuryazarlığı Batı ülkelerinde gelişmiş olsa da, bugün itibarıyla dünya çapında binlerce araştırmada araştırılmış ve sayısız sağlık eğitimi programlarında kullanılmış ve siyasetçilerin sağlık okuryazarlığını teşvik etmek için ulusal politikalar uygulamalarına yol açan küresel bir fenomen haline gelmiştir (31). Sağlık okuryazarlığı 1974'te ABD, New York, Saranac Gölü'nde başlayan ve Çin'de sağlığın teşviki ve geliştirilmesi üzerine DSÖ Şangay Konferansı'nda doruğa ulaşan tarihi bir serüveni vardır (14).

1974'te Simonds sağlık okuryazarlığı kavramını 'Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi' isimli makalede kullandı. Yazar sağlık eğitimini; sağlık sistemini, eğitim sistemini ve kitle iletişimini etkileyen bir politika konusu olarak tartışırken, sağlık okuryazarlığı için tüm okul seviyelerinde asgari standartlar oluşturulup (2,32). okullarda yüksek nitelikli sağlık eğitimi öğretmenleri tarafından sağlık eğitiminin verilmesini önerdi (32).

Bununla birlikte, 1995 yılına kadar okul temelli sağlık eğitimi ile ilgili sağlık okuryazarlığı konusunda neredeyse hiçbir bilimsel belge bulunmamakta olup (14), Amerikan Ulusal Sağlık Eğitimi Standartları Ortak Komitesi sağlık okuryazarlığındaki başarıyı okul sağlığı eğitiminin ana hedefi olarak tanımlamaktadır. Bu aynı zamanda, sağlık okuryazarlığının sağlık eğitimi bağlamında, sağlık bilgisi ve hizmetlerini edinme, yorumlama ve anlama ve bu bilgileri ve hizmetleri, sağlığı geliştirecek şekillerde kullanma yeterliliği olarak tanımlandığı ilk sefer olmuştur (19).

1982'de Amerika'da yapılan İngilizce Dil Yeterlik Çalışması (English Language Proficiency) verileri, tedavi gören hastaların yüksek bir yüzdesinin okuma düzeylerinin yetersiz olduğunu göstermiştir (33). Sağlık eğitimi materyalleri ile insanların bunları anlama kabiliyetleri arasındaki farkı gösteren ilk araştırma, 1985'te Leonard ve Cecelia Doak ve Jane Root tarafından Düşük Okuryazarlık Becerileri Olan Hastalara Öğretmek kitabında anlatıldı (34).

Yine sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda da kliniklerde yaygın olarak kullanılan hasta eğitim broşürlerinin, sağlık anketleri ve formlarının, hastalarının ortalama okuma yeteneğinin çok üstünde bir seviyede yazıldığını doğrulamıştır (33). Bu süre zarfında, yetişkin eğitimi ve sağlık profesyonelleri, hastaların okuma becerilerine karşılık gelen sağlıkla ilgili baskı materyalleri sağlamak için işbirliği yaptılar (35).

Düşük okuryazar nüfusun sağlıkla ilgili öğrenme gereksinimlerini araştıran hemşirelik, tıp ve halk sağlığı literatüründe sayısız makale yayınlandı. Ancak bu çalışmalar, okuduğunu anlama ve kelime tanıma testleri gibi geleneksel okuryazarlık ölçütlerini kullandı. Sağlık okuryazarlığına farklı bir kavram olarak bakmadı veya sağlıkla ilgili temel talimatları okuma ve anlama yeteneğini ölçen bir yöntem olarak değerlendirmede (12). Ayrıca standartlaştırılmış kod çözme ve anlama okuma testlerini yoğun birinci basamak sağlık veya halk sağlığı ortamlarında kullanım için pratik bulunmadı (33).

1993'teki Amerikan Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması (National Adult Literacy Survey -NALS), 90 milyon Amerikalı yetişkinin sağlık iletişimini etkileyen sınırlı fonksiyonel okuryazarlık becerilerine sahip olduğunu tespit ettiğinde durumun ciddiyetini ortaya koymuştur (36). NALS bulguları sağlık hizmetlerinde sağlık

okuryazarlığının önemli ölçüde artmasını tetikledi ve okuryazarlık ve işlevsel okuryazarlık 1990'lar ve 2000'ler boyunca temel gözlem birimleri haline geldi (14).

1990'ların başlarında Davis ve arkadaşları Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM), isimli yetişkin hastalarda tıbbi okuryazarlığın taranması için tasarlanmış bir tıbbi kelime telaffuz ve tanıma sınavını geliştirdi ve kullandı (33).

1995'te Parker ve arkadaşları hem İngilizce hem de İspanyolca konuşan erişkin hastalarda sağlık okuryazarlığı becerilerini ölçmek için Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi'ni (TOFHLA), geliştirdi (37). Çalışmada işlevsel okuryazarlık; okuma, yazma ve hesaplama becerilerini durumun ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde kullanma becerisi olarak tanımlanmıştır. Bir hastanın okuryazarlık becerileri evde ya da işte yeterli olabilir, ancak sağlık hizmeti ortamında yetersiz olabilir. Yeterli fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bir yazıyı okuma yeteneğine ek olarak sayısal bilgileri de anlama yeteneğini gerektirir. Çalışmada sağlık okuryazarlığı, okuma ve hesaplama becerileri gerektiren sağlıkla ilgili görevleri yerine getirme yeteneği olarak tanımlanmıştır. Daha önce bahsedilen okuma testlerinin hiçbiri, sayısal becerileri ölçmez. (38).

Bu çalışmanın ardından sağlık literatüründe sağlık okuryazarlığı ile ilgili çok sayıda çalışma bildirilmiştir. Bunların birçoğu, sağlık okuryazarlığının sağlık bilgisi, sağlık durumu ve sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilişkisini araştırmıştır (12).

Amerikan Tabipler Birliği 1997'de sağlık okuryazarlığı konusunu araştırmak için klinik tıp, sağlık hizmetleri araştırması, tıp eğitimi, psikoloji, yetişkin okuryazarlığı, hemşirelik ve sağlık eğitimi alanlarından oluşan özel bir komite atadı. Sağlık okuryazarlığı ve muayene ile ilgili literatürün kapsamlı bir gözden geçirilmesinden sonra 1999 yılında rapor yayınlandı. Raporda; sağlık okuryazarlığı konusunda mesleki ve kamuoyu farkındalığı oluşturulması, tıp öğrencilerinin ve doktorların eğitimi ve hasta-doktor iletişim becerilerinin geliştirilmesi, sağlık okuryazarlığı zayıf olanları etkili sağlık eğitimi teknikleriyle geliştirilmesi gerektiği belirtilirken, sağlık okuryazarlığı ile ilgili sonuçları ve maliyetleri ve sağlık okuryazarlığının sağlığı nasıl etkilediğinin nedensel yolunu belirlemek ve hastaları taramak için en uygun yöntemlere odaklanılmalıdır denilmiştir (21).

Diğer bir değerlendirme aracı ise ABD Eğitim Bakanlığı Ulusal Eğitim İstatistikleri Merkezi (US Department of Education National Center for Education Statistics) tarafından 2003'te uygulanan Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirmesi'nin sağlık okuryazarlığı bileşenidir (Health literacy component of the National Assessment of Adult Literacy-NAAL). Klinik bilginin anlaşılması (örneğin bir hasta bilgi formunun doldurulması), koruyucu hizmetlerin bilgisinin anlaşılması (örneğin bir kanser taramasına karar verilmesi) ve sağlık hizmetinde yön bulma (örneğin sağlık sigortası karmaşıklığı ile başa çıkmak) olmak üzere 3 faktörü irdeler. Değerlendirme, ABD nüfus gruplarının sağlıkla ilgili temel bilgileri anlama yeteneklerini gösteren sağlık okuryazarlığı endeksi puanları göstermektedir (39).

2005 yılında Weiss ve arkadaşları En Yeni Yaşamsal Belirti Testi'ni (Newest Vital Sign-NVS) geliştirdiler. TOFHLA iyi psikometrik özelliklere sahip ve İngilizce ve İspanyolca olarak mevcut olmasına rağmen uygulanması için gereken süre (tam sürüm için 18 ila 22 dakika ve kısa sürüm için 7 ila 10 dakika) yoğun birinci basamak ortamında uygulanmak için uzun olduğundan ve diğer test REALM, hızlı bir şekilde (3 dakikadan daha az) uygulanabilir olsa da yalnızca İngilizcesinin mevcut olması gibi çeşitli sıkıntıları olduğundan TOFHLA'yı referans alarak, hem İngilizce hem de İspanyolca olarak yeni bir hızlı okuma-değerlendirme aracını olarak NVS testini geliştirdiler (40).

Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine), 2004'te yayınladığı raporda, ABD'deki yetişkin nüfusun neredeyse yarısının sağlık bilgisini anlama ve ona uygun hareket etmede sorun yaşayabileceği belirtilmiş (5) ve bu bulgu sağlık okuryazarlığı salgını olarak adlandırılmıştır (41).

Bunlara cevap olarak, sağlık okuryazarlığı rehberleri oluşturarak (42) daha iyi sağlık iletişimi sağlamak için önlemler alınmış ve sağlık okuryazarlığını geliştirmek için disiplinler arası bir yaklaşım teşvik edilmiştir (43).

Amerikan Tabipler Birliği araştırma için dört alan önermiştir: Sağlık okuryazarlığının taraması, düşük sağlık okuryazarı hastalarıyla iletişimin iyileştirilmesi, kötü sağlık okuryazarlığının maliyetleri ve sonuçlarının araştırılması ve yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlığı nasıl etkilediğine bakılması (21).

## 2.4. Sağlık Okuryazarlığını Geliştiren Bildirgeler

Sağlık okuryazarlığının temeli aslında 1974 yılında Kanada'daki Lalonde raporuyla (44) geniş kitlelere ve sağlık politikasına “sağlığın teşviki” teriminin getirmesiyle atılmıştır. Sağlığını güçlendirmek için bir halk sağlığı çerçevesi önerilmiştir. Bu çerçeve özellikle çevre, yaşam tarzı ve sağlık kararları, bireysel sorumluluk ve sağlık davranışları, sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için risk altındaki popülasyonları ve sağlığın sosyal belirleyicilerini ve bu hedeflerin gerçekleştirilmesini desteklemek için duyarlı sağlık sistemleri ve sağlık politikalarının gereğinden bahsedilmiştir. Bu çağır açan fikirler daha sonra Ottawa Şartı'nda kabul edildi (14). Böylelikle konuyla alakalı diğer bildirelere ön ayak olundu:

Uluslararası Temel Sağlık Hizmeti Konferansı'nda (1978) yayınlanan Alma Ata Bildirgesi'nde: ‘Sağlık hizmetlerinin planlanmasına ve uygulanmasına tek tek ve toplu olarak katılmak halkın hak ve görevidir.’(45) denilmekte,

1. Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı'nda (1986) kabul edilen Ottawa Sözleşmesi'nde kişisel becerilerin gelişimini sağlığı geliştirme konusundaki beş stratejiden biri olarak tanımlarken: ‘Sağlığı geliştirme, bilgi sağlama ve sağlık eğitimi yoluyla ve yaşam becerilerini geliştirerek kişisel ve sosyal gelişimi destekler. Bunu yaparak, insanların kendi sağlıkları ve çevreleri üzerinde daha fazla kontrol kullanmalarını ve sağlık için elverişli seçimler yapmalarını mümkün kılar.’(6) denilmekte,

DSÖ'nün Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin 21. Yüzyıla Getirilmesi konulu Jakarta Bildirgesinde (1997), 21. Yüzyılda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için belirlenen önceliklerden biri de topluluğun kapasitesinin artırılması ve bireylerin güçlendirilmesidir. Bildirgede ‘Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanları dışarıda bırakmadan, onlarla birlikte ve yan yana yürütülmesi gereken bir süreçtir. Bu süreç hem bireylerin harekete geçme kabiliyetini geliştirmekte hem de grup, kuruluş ya da toplulukların sağlık belirleyicilerini etkileme kapasitesini arttırmaktadır.’(46) denilmekte,

Küreselleşen Dünyada Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Bangkok Şartı'nda (2005) Politika geliştirme, liderlik, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi

uygulaması, bilgi aktarımı ve araştırma ve sağlık okuryazarlığına yönelik kapasite oluşturmak eylem planlarından biri olarak geçmektedir.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 2015 yılında kabul edilen sürdürülebilir kalkınma hedefleri iyi yönetimi teşvik etmek, sağlıklı şehirler ve topluluklar oluşturmak, sağlık okuryazarlığını geliştirmek ve sağlık için sosyal seferberliği desteklemek için birçok sektörde eylem için bir çerçeve sunmaktadır (47).

9. Sağlık Geliştirilmesi Küresel Konferansında onaylanan Şangay Deklarasyonu, sürdürülebilir kalkınmanın sağlanması için sağlık ve refahı temel kabul etmekte, sağlık evrensel bir hak, günlük yaşam için temel bir kaynak, ortak bir sosyal amaç ve tüm ülkeler için politik bir öncelik olarak görmektedir. Deklarasyon cesur politik müdahaleler çağrısında bulunur ve ülke eylemini hızlandırmak için iyi yönetim, sağlıklı şehirler, sağlık okuryazarlığı ve sosyal seferberlik olmak üzere dört yol sunar (47).

Şangay Deklarasyonu'ndaki taahhütlerin ve tavsiyelerin ülke düzeyinde uygulanmasını desteklemek için geliştirilen rehberde, hükümetlerin yapabilecekleri adımlar belirlenerek sürdürülebilir kalkınma için sağlık teşviki ve geliştirilmesinin dönüştürücü potansiyelinin anlaşılması geliştirilmek istenmiştir. Bu adımlardan biri olan sağlık okuryazarlığı için bireysel, ailesel ve toplum sağlığı arayışı davranışlarını teşvik eder, vatandaşlara bireysel haklar ve kaliteli hizmetler talep etme yetkisi verir ve toplu sağlığı geliştirme eyleminde bulunmalarını sağlar denilmektedir (47).

## **2.5. İşyerinde Sağlık Okuryazarlığı**

Ottawa Sözleşmesi'nde 'İş ve eğlence, insanlar için bir sağlık kaynağı olmalıdır. Toplumların çalışmayı düzenleme şekli, sağlıklı bir toplum yaratmaya yardımcı olmalıdır. Sağlık teşviki ve geliştirilmesi, güvenli, teşvik edici, tatmin edici ve zevkli yaşam ve çalışma koşulları üretir' denilmektedir (6).

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (International Labour Organization-ILO) en yeni küresel tahminlerine göre, her yıl 2,4 milyonu meslek hastalıkları ile ilgili 2,78 milyon iş kaynaklı ölüm kaydedilmektedir. İşçilerin ve ailelerinin neden olduğu muazzam ıstırabın yanı sıra, ilişkili ekonomik maliyetler işletmeler, ülkeler ve dünya

için muazzamdır (48). İş sağlığı; ‘Her türlü işte çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik durumlarının korunması ve geliştirilmesi, çalışma şartlarından ötürü çalışanların sağlıklarının yitilmesinin önlenmesi, çalışma sırasında sağlıklarını olumsuz yönde etkileyecek faktörlerden korunmaları, onların fizyolojik ve psikolojik yapılarına uygun bir işe yerleştirilmesi ve bunun sürdürülmesini, özetle işin çalışana, çalışanın da işe uygunluğunun sağlanmasını amaçlar’ (49).

İş sağlığının oluşturulması iş yeri sağlık okuryazarlığından geçer. Rauscher ve Myers iş yeri sağlık okuryazarlığını ‘Bireylerin iş sağlığı ve güvenliği konusunda uygun kararlar almak için gereken temel iş sağlığı güvenliği bilgi ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi’ olarak tanımlamışlardır (50). Özel sektörde küçük, orta ve büyük ölçekli işyerlerinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin artışı verimlilik ve organizasyonel performansda da artışa sebep olur. Düşük sağlık okuryazarlığı, çalışanların sağlık ve güvenlik hususlarını anlamakta zorlanmaları, güvenli olmayan çalışma ortamlarına maruziyet, çalışan haklarıyla ilgili yetersiz bilgilenmeleri gibi sonuçları beraberinde getirebilir (51).

İşyerlerinde çalışanların organize bir topluluk olması, çalışanlara kesime ulaşma kolaylığı, günün önemli bir kısmının işte geçirilmesi, aynı işyerinde çalışanların grup dinamiklerinin daha kolay oluşturulabilmesi gibi özellikler, sağlığı geliştirme etkinlikleri açısından işyerlerini elverişli kılmaktadır (49). İşyerinde sağlığı geliştirme çabalarının amacı çalışanların sağlık düzeylerini optimal düzeyde sürdürme ve geliştirmektir. Bunun için bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda etkili kişilerin kendileri olduğu inancı ile olumlu sağlık davranışlarını geliştirme ve olumsuz sağlık davranışları ile baş etmeleri için her bireyin sağlığı ile ilgili olarak öz sorumluluk bilincinde olması gerekmektedir (52).

## **2.6. Sağlık Okuryazarlığı Boyutları**

Sağlık okuryazarlığını oluşturan bileşenler farklı kişilerce farklı şekillerde tanımlanmışlardır (16):

Amerikan Tıp Enstitüsü kültürel ve kavramsal bilgileri, dinleme, konuşma, aritmetik, yazma ve okuma becerilerini sağlık okuryazarlığının ana bileşenleri olarak



görmektedir (5). Speros da okuma ve sayısal becerileri tanımlayıcı özellikler olarak tanımlarken, sağlık tüketicilerinin karar vermede sağlık bilgilerini kullanabilme kapasitesini ve sağlık tüketici rolünün başarılı işleyişini kavrama eklemektedir (12). Baker sağlık okuryazarlığını sağlıkla ilgili yazılı okuryazarlık ve sağlıkla ilgili sözlü okuryazarlığa ayırırken (53), Paashe-Orlow ve Wolf dinleme, sözlü akıcılık, hafıza süresi ve sağlık sisteminde yön bulma arasında ayırım yapar (54). Lee ve ark. birbiriyle ilişkili dört faktörden bahsetmektedir: Hastalık ve öz bakım bilgisi, sağlık riski davranışı, koruyucu bakım ve doktor ziyaretleri ve ilaçla uyumluluk (55).

Sağlık okuryazarlığının bu tanımlayıcı unsurları değişmekle birlikte, hepsi bireyin sağlık sistemi içindeki rolünde işlev görme kapasitesini yansıtan bilişsel yetenekler ve davranışlarla ilgilidir. Diğer yandan, toplum sağlık okuryazarlığı görüşünün savunucuları, bireysel yeterliliklerin ve tıbbi bağlamın ötesine geçen boyutları içerecek şekilde kavramı genişletmektedir (16). Nutbeam'ın modeline göre sağlık okuryazarlığı üç farklı boyuta sahiptir (18):

### **1. Temel/ fonksiyonel okuryazarlık:**

Okuma ve yazmada, günlük durumlarda etkili bir şekilde çalışabilmesi için yeterli temel beceriler (18)

Bireylerin sağlıkla ilgili okuma yazma temel becerilerini gösterir. Bireyin onay formlarını, ilaç etiketlerini ve sağlık hizmeti bilgilerini okumasını ve doktorlar, hemşireler, eczacılar veya diğer sağlık profesyonelleri tarafından verilen yazılı ve sözlü bilgileri anlamalarını ve ilaçlarını alırken talimatlara uymasını, evde öz-bakımlarını yapabilmelerini ve randevu çizelgelerine uymalarını sağlayan becerilerdir (56).

Fonksiyonel okuryazarlık yaklaşımında sağlık riskleri ve sağlık hizmetlerinin daha iyi bilinmesi ve öngörülen faaliyetlere uyuma yönelik sınırlı hedefleri vardır. Bu seviye sağlık okuryazarlığı bireysel çıkarları ilgilendirir, ancak nüfusun yararına yönlendirilebilir (örneğin, aşılama ve tarama programlarına katılımı teşvik ederek). Etkileşimli iletişim, beceri geliştirme ve özerklik teşvik edilmez. Bu eylem biçiminin örnekleri, bilgi broşürlerinin üretilmesini ve geleneksel hasta eğitimini içerir (18)

## **2. İletişimsel/ etkileşimli okuryazarlık:**

Sosyal becerilerle birlikte günlük aktivitelere aktif olarak katılmak, bilgi almak ve farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarmak ve değişen yeni bilgileri uygulamak için kullanılacak daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerileri (18)

Bilgilendirilmiş seçimler yapmak, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için insanların sağlık bilgileri ve kavramlarını araştırmak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için yaşamları boyunca geliştirdikleri çeşitli beceriler ve yetkinlikleri içerir (56).

Etkileşimli okuryazarlık yaklaşımında destekleyici bir ortamda kişisel becerilerin geliştirilmesine odaklanılır. Eğitime yönelik bu yaklaşım, bilgiye dayalı olarak bağımsız bir şekilde hareket etmek için kişisel kapasitenin geliştirilmesine, özellikle de alınan tavsiyelere göre hareket etme motivasyonunun ve özgüveninin artırılmasına yöneliktir. Yine, bu aktivitenin çoğu, nüfus yararına değil, bireysel fayda ile sonuçlanacaktır. Bu tür eylem örnekleri, kişisel ve sosyal beceri geliştirme ve davranışsal sonuçlara yönelik birçok çağdaş okul sağlığı eğitimi programında bulunabilir (18).

## **3. Eleştirel okuryazarlık:**

Bilgiyi eleştirel olarak analiz etmek için sosyal becerilerle birlikte uygulanabilecek ve bu bilgiyi yaşam olayları ve durumları üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için kullanılacak daha gelişmiş bilişsel beceriler (18)

Sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme çabalarıyla yurttaşlık bağını bir araya getirerek sağlık için aktif vatandaşlığı güçlendirmektir. Hasta olarak haklarını ve sağlık sistemine ulaşma yeteneğini kullanmak, ürün ve hizmetlerin sağlık risklerini anlayarak sağlık hizmeti sağlayıcılarının seçenekleri hakkında bilinçli hareket etmek ve sosyal hareketlerin oylanması, savunulması veya üyeliği yoluyla siyasi sistem aracılığıyla sağlığı iyileştirmek için bireysel veya toplu olarak hareket etmeyi içerir (56).

‘Vatandaşların kendileri hakkında eleştirel diyaloga katılmalarını ve karar alma süreçlerinde yer almalarını sağlamak için kamu sorunlarının farkında olmalarını

sağlayan beceri ve yeteneklerin geliştirilmesini' içerir (24). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramı ile yakından bağlantılıdır ve kişisel becerileri geliştirmek, sağlıklı bir kamu politikası oluşturmak ve destekleyici ortamlar oluşturmak isteyen güçlendirme stratejilerinin önemli bir sonucudur (57).

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı tanımının aksine, DSÖ sağlık okuryazarlığını 'İyi sağlık halinin sağlanması ve sürdürülmesinde bireyin bilgiye ulaşma, anlama ve kullanma bilgisini ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal yetenekleri temsil eder' (20) olarak daha geniş şekilde tanımlamaktadır. Bu tanım etkileşimli ve eleştirel okuryazarlığın unsurlarını yansıtır. Sağlık okuryazarlığının sadece kişisel faydalara, daha sağlıklı yaşam tarzı seçimlerine ve mevcut sağlık hizmetlerinin etkin kullanılmasına yol açan kişisel bir kaynak olmadığı aynı zamanda nüfusun daha büyük bir kısmı arasında daha yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesine ulaşmanın, sağlık için etkili bir topluluk eylemi sağlayarak ve sosyal sermayenin gelişmesine katkıda bulunarak, sosyal faydalara sahip olacağı anlamına gelir (18).

Zarcadoolas ve ark. sağlık okuryazarlığını; temel okuryazarlık (sayıları okuma, konuşma, yazma ve yorumlama ile ilgili beceri ve stratejiler), fen okuryazarlığı (bilim ve teknoloji ile yeterlilik düzeyleri), sivil okuryazarlık (vatandaşların kamusal meselelerin farkında olmalarını ve karar alma sürecine dahil olmalarını sağlayan yetenekler) ve kültürel okuryazarlık (sağlık bilgisini yorumlamak ve hareket etmek için ortak inançları, gelenekleri, dünya görüşünü ve sosyal kimliği tanıma ve kullanma yeteneği) olarak ayırır (58).

Benzer bir anlayışla, Freedman ve ark. her biri ilgili yeterlikleri içeren üç halk sağlığı okuryazarlığı boyutu belirlemektedir (26):

### **1. Kavramsal temeller**

Halk sağlığı endişelerini anlamak ve harekete geçmek için gereken temel bilgi ve bilgileri içermektedir; Bireyler ve gruplar temel halk sağlığı kavramları, halk sağlığı yapıları ve ekolojik perspektifleri tartışabilmelidir.

## **2. Kritik beceriler**

Topluma yarar sağlayan halk sağlığı kararlarını almak için gerekli olan bilgiyi elde etmek, işlemek, değerlendirmek ve bunlarla ilgili hareket etmek için gerekli becerilerle ilgilidir. Bir birey veya grup, halk sağlığı bilgilerini elde edebilmeli, değerlendirebilmeli ve kullanabilmeli, kişisel ve toplumsal kaygıların halk sağlığı yönlerini tanımlayabilmeli ve halk sağlığı sorunlarını ve çözümlerini adlandıran ve çerçeveleyen erişebilmelidir.

## **3. Sivil yönelim, sivil sorumluluk yoluyla sağlık endişelerini gidermek için gerekli becerileri ve kaynaklar**

Bir birey veya grup, toplumun yük ve faydalarının dengesiz dağılımını açıkça söyleyebilmeli, halk sağlığı çabalarının kime yarar sağladığını ve kimlere zarar verebileceğini değerlendirebilmeli, mevcut halk sağlığı problemlerini anlatabilmeli ve sivil eylem, liderlik ve diyalog yoluyla halk sağlığı sorunlarına hitap edebilmelidir.

Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığının temel bileşenleri olarak kabul edilen faktörlerin kapsamı geniştir ve kavramsal modeller arasında geniş bir çeşitlilik vardır. Bununla birlikte, bu görüş çeşitliliği, özellikle sağlık okuryazarlığının temel nitelikleri (örneğin temel veya işlevsel, etkileşimli ve kritik sağlık okuryazarlığı) ve uygulama alanı ve kapsamı (örneğin sağlık alanında bir hasta olarak, sağlık sektöründe bir tüketici olarak, politik arenada bir vatandaş olarak veya sağlıkla ilgili medyada bir izleyici olarak) olmak üzere iki boyuta indirgenebilir (16).

### **2.7. En Çok Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Araçları**

Dünyanın ilk nükleer reaktörünün yaratıcısı Enrico Fermi'nin söylediği gibi: 'İki olası sonuç vardır: Sonuç hipotezi doğrulursa, o zaman bir ölçüm yaptınız. Sonuç hipoteze aykırıysa, o zaman bir keşif yaptınız.'

Günümüzün politika dünyasında, politika görüşmesine girmek için sayıların (ve dolayısıyla ölçümlerin) gerekli olduğu oldukça yaygın olarak ifade edilmektedir. Ölçümdeki mükemmellik, neyin ölçülmesi gerektiğine ve amacına ilişkin netlikle

başlar. Şu anki anlayışla sağlık okuryazarlığı ile ilgili ölçebileceğimiz her şeyi ölçmek için henüz yaygın olarak kabul edilmiş bir yöntem yoktur. Bu, ölçüm için çelişkili yaklaşımların ürettiği kıyaslanamaz veriler nedeniyle sistematik incelemeleri gereksiz yere zorlaştırmak da dahil olmak üzere, saha için daha büyük zorluklara yol açmaktadır (59). Sağlık okuryazarlığını ölçmek için 20'den fazla araç vardır. Mevcut sağlık okuryazarlığı ölçüleri hala bireylere yöneliktir ve ortak seviyeyi (topluluklar dahil) içerecek şekilde genişletilmeli ve materyallerin, kurumların ve ortamların okuryazarlık dostu olma durumlarını değerlendirilmelidir (7).

DSÖ sağlık okuryazarlığını ölçmenin yollarını üçe ayırmıştır (7):

### **1. Klinik Tarama Testleri: Okuduğunu Anlama, Sözcük Tanıma Ve Sayısallık**

Tıbbi etiketler ve talimatlar dahil olmak üzere sağlık bilgilerini anlamaya ve kullanmaya çalışırken zorlukların belirlenmesini ölçmeyi amaçlar. Sınırlı okuryazarlığı olan insanlar arasında utanç ve damgalanma duygusu ile sonuçlanabilir. Yüz yüze görüşmelerde bireysel düzeyde uygulanırlar ve sağlık okuryazarlığı kavramlarını tam anlamıyla kapsarlar.

### **2. Nüfus Okuryazarlığı Anketlerini Kullanarak Sağlık Okuryazarlığının Dolaylı Ölçümleri**

Günlük yaşamın karmaşık taleplerini karşılamak için yetersiz beceriye sahip olabilecek nüfusun oranının bir tahminini sunar. Sağlık okuryazarlığı kavramının kapsamını tam karşılamaz. Müdahaleleri geliştirmek veya uygulamak için yetersiz rehberlik sağlar.

### **3. Doğrudan Anket Uygulama**

Bir kişinin sağlık bilgilerini ve sağlık hizmetlerini anlama, erişme, değerlendirme ve kullanma becerisini ölçer. Gruplara veya popülasyonlara uygulanan

bu ölçekler, uygulayıcıların ve planlamacıların sınırlı sağlık okuryazarlığı olan insanlar için daha iyi hizmetler sunmalarını ve politika yanıtlarını bildirmelerini sağlayacak bilgiler sağlayabilir.

Şu anda, sağlık okuryazarlığının ölçülmesi veya taranması ile ilgili araçlardan elde edilebilecek en geniş araç koleksiyonu, ABD'de Boston Üniversitesi'nden Michael Paasche-Orlowe tarafından oluşturulan bir kaynak olan 'Health Literacy Tool Shed' isimli internet sitesinde bulunmaktadır (59). Bu yazı itibariyle (2019'un sonlarında), Tool shed çoğu ortak bir yaklaşımın çeşitliliğinden oluşan 191 araçtan oluşur (60). Örneğin REALM ölçeğinin beş farklı versiyonu bulunmaktadır.

Toplam atıf veya alıntı sayısı bakımından, TOFHLA ve REALM en sık kullanılan sağlık okuryazarlığı yöntemleridir (59).

#### **REALM: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) (33)**

Davis ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilmiş bir hızlı değerlendirme aracıdır. Hekimlere sınırlı okuma becerisi olan hastaları tanıma ve buna uygun materyaller ile hastaları bilgilendirme imkanı verir. Kişilerin tıbbi terimleri telaffuzlarını değerlendiren okuma testidir. Anlama ve sayısal becerileri değerlendiremez. 125 sözcük içerir. Uygulama 3-5 dakika sürer. Toplam puanları dikkate alınarak bireyler anlama derecelerine göre "alt/ temel seviye (3. sınıf ve altı), ilkokul (4,5 ve 6. Sınıflar), ortaokul (7 ve 8. Sınıf) ve lise seviyesi (9. Sınıf ve üstü)" olmak üzere dört seviyeye ayrılır (61).

#### **REALM-S: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Kısa Formu (Shortened REALM)(62)**

Davis ve arkadaşları 1993 yılında REALM üzerinde çalışmaya devam ederek bu testin kısa formu olan REALM-S ölçeğini geliştirmişlerdir. Sözcük sayısı azaltılmıştır, 66 sözcük içerir. Benzer şekilde tıbbi terimleri okumaları istenir (61).

**TOFHLA: Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults) (37)**

Parker ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Sağlıkla ilişkili durumlarla ilgili sayısal ve sözel anlama becerisini değerlendiren 67 madde içerir. Soruların cevaplanmasını istenerek verilen tıbbi bilgi ve talimatların anlaşılıp anlaşılmadığını değerlendirir. Test 22 dakika sürmektedir. Okuryazarlık düzeyleri yetersiz, düşük, yeterli olmak üzere 3 seviyeye ayrılır (61).

**S-TOFHLA: Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi-Kısa Formu (The Short TOFHLA)(63)**

Baker ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. TOFHLA 12 dakikada cevaplanacak şekilde kısaltılmıştır (61).

**NVS: En Yeni Hayati İşaret Testi (New Vital Sign Test) (40)**

Weiss ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiş bir tarama testidir. Kişilere besin etiketi verilir. Etiket bilgilerini nasıl yorumladıkları ve nasıl hareket edeceklerini içeren 6 soru sorulur. Besin etiketi ile sınırlıdır. 3-6 dakikada uygulanır. Sağlık okuryazarlığını çok sınırlı, sınırlı ve hemen hemen her zaman yeterli olmak üzere 3 düzeye ayırır (61).

**HLS-EU-Q47: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-47 (European Health Literacy Survey-Questionnaire 47) (64)**

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından, on beş yaş üzeri okuryazar olan kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 47 sorulu olup üç sağlık boyutunu (hastalıklardan korunma, tedavi, sağlığın geliştirilmesi) ve dört bilgi edinme sürecini (ulaşma, anlama, karar verme ve kullanma/uygulama) içermektedir. Bu boyut ve süreçler on iki bileşende zorluk derecelerine göre (çok zor, zor, kolay, çok kolay)

değerlendirilmiştir. Uygulama süresi uzundur ve kişinin kendi bildirimini ile sınırlıdır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen genel sağlık indeksi puanına göre yetersiz, sorunlu, yeterli, mükemmel olmak üzere dört kategoride değerlendirilip hassas grupları tespit etmek için yetersiz ve sorunlu seviyeler sınırlı sağlık okuryazarlığı olarak adlandırılan tek bir seviyeyle birleştirilmiştir. (14,23,61)

### **SOYA-AB (Sağlık Okuryazarlığı Anketi- Avrupa Birliği)**

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2014 yılında Tanrıöver ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (65)

### **ASOY-TR (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Türkçe)**

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2016 yılında Abacıgil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (66).

### **TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (67)**

Okyay ve arkadaşları tarafından 2016 yılında geliştirilen ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanmaktadır. Orijinal ölçekten farklı olarak iki temel boyut alınarak, 2X4'lük bir matrisle dayanarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (tedavi ve hizmet ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır (61).

Bunlar dışında, sağlık okuryazarlığını belirlemek için uygulaması kolay, özellikle klinik için kullanışlı kısa tarama soruları da bulunmaktadır. Bu tip ölçekler hemen uygulanabilirler ancak, çok sınırlı bilgi verirler (61).



## **Sağlık Okuryazarlığı Tarama Soruları (Health Literacy Screening Questions)**

Chew ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geliştirilen ‘Sağlık materyallerini okumakta ne sıklıkla yardım alırsınız? Yazılı bilgileri anlamakta zorlandığınız için tıbbi durumunuzu anlamakta ne sıklıkla zorlanırsınız? Formları kendi başınıza doldurmaya ne kadar güvenirsiniz? Sorularını içeren 3 maddelik bir tarama testidir. Yeterli, yetersiz yada sınırdaki sağlık okuryazarlığı olarak sınıflama yapar (68).

### **BHLS: Kısa Sağlık Okuryazarlığı Taraması (Brief Health Literacy Screen)**

Haun ve arkadaşlarının 2009’da geliştirdiği, Chew ve arkadaşlarının geliştirdiği teste Tıbbi durumunuz hakkında size ne söylendiğini anlamada ne sıklıkta sorun yaşıyorsunuz? Sorusunun eklenmesiyle oluşturulmuş dört maddelik bir tarama testidir. Yetersiz, sınırlı, yeterli sağlık okuryazarlığı olarak sınıflama yapar (69)

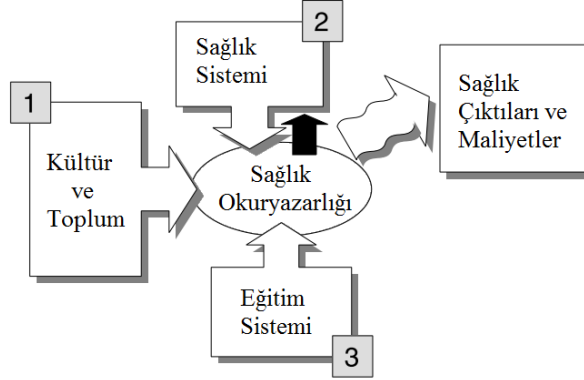
### **SILS: Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması (Single Item Literacy Screen)**

Morris ve arkadaşları tarafından 2006 yılında geliştirilen sadece “Doktorunuz veya eczanenizden verilen sağlık talimatları, broşürler veya diğer yazılı materyalleri okumak için hangi sıklıkla yardım alırsınız?” sıklık sorusunun sorulduğu 2’den fazla puan alanın sağlıkla ilgili belgeleri okumada zorlandığı şeklinde yorumlanan bir tarama testidir (70).

## **2.8. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler**

Sağlık okuryazarlığı, sosyal ve bireysel faktörlerin ortak bir işlevidir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı becerileri ve kapasiteleri eğitimlerinden, kültürlerinden ve dillerinden etkilenir. Aynı derecede önemli olan, bireylerin sağlık konusunda etkileşime girdikleri kişilerin iletişim ve değerlendirme becerileri ile medyanın ve devlet kurumlarının vatandaşa uygun bir şekilde sağlık bilgisi sağlama becerisidir.

Amerikan Ulusal Tıp Akademisi bireylerin eğitim sistemleri, sağlık sistemleri ve kültürel ve sosyal faktörlerle etkileşime girmesinin sağlık okuryazarlığı üzerindeki potansiyel etkisinin sağlık sonuçlarına ve maliyetlerine katkıda bulunacağını belirtmiştir (5).



Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığı Potansiyel Müdahale Noktaları (5)

DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu, hem düşük hem de yüksek gelirli ülkelerde sağlıkta eşitsizliklerin belirlenmesinde okuryazarlığı “merkezi bir rol” olarak tanımlamıştır (71). Sağlık okuryazarlığının sağlığın sosyal belirleyicilerinin birçoğu ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ve sonunda sağlıktaki eşitsizliklere katkısı olduğu bulunmuştur (7,72). Sağlık okuryazarlığı toplumsal ve bireysel faktörlerden etkilenmektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlık beceri ve kapasitelerine eğitim, kültür ve dil aracılık eder. Grossman ve Kaestner (1997), ‘Tamamlanmış resmi eğitim yıllarının iyi sağlığın en önemli korelasyonu olduğunu’ belirtmişlerdir (73).

Örneğin ABD’de, düşük eğitim, düşük gelir, azınlık olan ırk ve etnik köken, hepsi düşük sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilişkilendirilmiştir (39). Göç popülasyonları arasında da sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu saptanmıştır (74). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’nda sınırlı sağlık yeterliliği ile en çok mücadele eden insanlar genellikle yaşlı insanlar, etnik azınlık mensupları, yeni göçmenler, düşük eğitim seviyesine sahip insanlar ve/ veya ulusal dilde düşük yeterliliğe sahip insanlar ve ekonomik açıdan zorlanan insanlar olmuştur (7,23). Bu aynı zamanda Asya veya Orta Doğu’daki ülkelerde de doğrulanmıştır (75).

Benzer şekilde sağlık okuryazarlığı yaşla birlikte azalmaktadır (7,64). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonuçlarına göre, yaşlılar grubunun ve özellikle 76 yaş ve üzeri yaşlıların sağlık okuryazarlığının sınırlı olduğunu ve sağlık okuryazarlığı açısından en savunmasız gruplar arasında olduğunu göstermektedir. Bu yaş grubundaki yaşlı katılımcıların yüzde 60,8'inin sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve sağlık bilgisi ile başa çıkmada ciddi zorluklar yaşadıkları anlaşılmıştır (64).

Kültür kavramı ise çalışmalarda çoğunlukla ırk veya etnik kökenle, menşe ülkesiyle veya ana diliyle sınırlı kalmıştır. Oysaki kültür, irksal bir kategoriden çok daha fazlasıdır (72). Örneğin, bazı kültürlerde, manevi yardım istemek ya da bir sağlık tehdidiyle karşı karşıya kaldıklarında geleneksel çözümler kullanmak, başa çıkma ve tedavinin tamamlayıcısı olarak kabul edilebilir. Ancak, batı toplumlarında biyomedikal açıdan bakıldığında, bu uygulamaların genel sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir (76). Bu durumda kültür açıkça tanımlanmalı ve mevcut önlemlerin kültürler arası geçerliliğinin oluşturulması gerekmektedir (72).

Cinsiyet, eğitim veya gelir gibi pek çok belirleyicinin aksine, sağlık okuryazarlığı müdahale edilebilir bir faktör olarak kabul edilir. Sağlık okuryazarlığı düşük popülasyonlara kolayca anlaşılabilir bilgiler sağlayarak ve onlara ilgili becerileri öğreterek sağlık okuryazarlığı seviyesi yükseltilebilir (72). Bu argümana destek, sağlık okuryazarlığını sağlığın sosyal belirleyicileri ile sağlık sonuçları arasında potansiyel bir aracı olarak tanımlayan çalışmalardan gelmektedir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı, sosyal eşitsizliklerin sağlıkla ilgili sonuçlar üzerindeki etkisini azaltmaya çalışırken dikkate alınması gereken önemli bir faktördür (77).

## **2.9. Sağlık Okuryazarlığının Önemi**

Sağlığı geliştirme yollarından biri olarak kişilerin kendi ve toplum sağlıklarında söz sahibi olmalarının yolunu açan sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı için neden önemli olduğu DSÖ Doğu Akdeniz Bölgesel Ofisi (Eastern Mediterranean Regional Office-EMRO) ülkeleri için yayınlanmış literatürde şu genel altı tema ile belirlenmiştir (56):

### **2.9.1. Etkilenen İnsan Sayısının Büyüklüğü:**

Sağlık okuryazarlığı herkesin endişesidir. Her insan, sağlıkla ilgili kararlar ve sağlık okuryazarlığı becerilerinin uygulanmasını gerektiren durumlarla karşılaşır. Ulusal ve uluslararası düzeyde yapılan geniş kitlelere ulaşan çalışmaların sonuçları durumun ciddiyetini ortaya koymaktadır:

2003 Amerika Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi'nde yetişkinlerde %12'si yeterli, %53'ü orta düzeyde, %22'si temel düzeyde, %14'ü temel düzeyin altında sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanmıştır (39). Sekiz Avrupa ülkesinde yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda Avrupa genelinde ülkeler arası farklılıklar olmakla beraber katılanların sağlık okuryazarlığı %47,6 sınırlı (%12,4 yetersiz, %35,2 sorunlu) düzeyde bulunmuştur (64). Kanadalıların %60'ı (16 yaş ve üstü) sağlık bilgi ve hizmetlerini alma, anlama ve bunlara ilişkin hareket etme kapasitelerine ve kendi başlarına uygun sağlık kararları alma yeteneğine sahip değildir (78). Birleşik Krallık'ta 2.000 yetişkin arasında sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan bir araştırmada, beş kişiden birinin sağlıkla ilgili basit bilgilerin anlaşılması için gereken temel becerilerde zorluk yaşadığını tespit edildi (79). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nın sonuçlarına göre toplumun %64,6'sı yetersiz (%24,5) veya sorunlu (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorisindedir (65).

### **2.9.2. Kötü Sağlık Sonuçları**

Zayıf sağlık okuryazarlığı daha az sağlıklı seçimler, daha riskli davranışlar, daha kötü sağlık, daha az öz yönetim ve daha fazla hastaneye yatış ile sonuçlanmaktadır (7).

Düşük sağlık okuryazarlığı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalık tespiti faaliyetlerine daha az katılım, daha riskli sağlık seçimleri (daha yüksek sigara içme oranları gibi), daha fazla iş kazası, kronik hastalıkların (diyabet, HIV enfeksiyonu ve astım gibi) yanlış yönetimi, ilaç tedavisine azalmış uyum, hastanede yatışta artış, artmış morbidite ve erken ölüm ile ilişkilidir (7).

Sağlık okuryazarlığı yetersizliği ilaç hataları ve hastalığın ve tedavinin yanlış anlaşılması nedeniyle, çoğu zaman kötü sağlık çıktıları için bağımsız bir risk faktörü olmuştur (56). Düşük sağlık okuryazarlığı olan hastaların ilaç bilgisi ve uyumu

yetersiz olmaktadır. Kötü ilaç uyumu morbidite, mortalite ve sağlık bakım maliyetlerindeki artışlarla ilişkilidir. Düşük sağlık okuryazarlığı olanlar, ilaç isimleri ve amaçları hakkında daha az bilgi sahibi olmakta (80) ve ilaç etiketlerini anlama, ilaçların yeterli doz ve zamanda alınması konusunda eksiklikler yaşamaktadırlar (81).

Düşük sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerinin daha yoğun kullanılmasıyla da ilgilidir: hastaneler, yatarak tedavi olanaklar ve acil sağlık hizmetleri, düşük sağlık okuryazarlığı olan insanlar tarafından daha sık kullanılmaktadır. Buna karşılık, önleyici tedbirler ve tarama incelemeleri (örneğin, mamografi, bağırsak kanseri taraması, grip aşısı gibi) daha az sıklıkla kullanılırlar (81).

Demografik özellikleri, sosyoekonomik durumu ve temel sağlık değişkenlerini (kronik durumların sayısı, fiziksel işlevsellik, zihinsel sağlık) gibi çeşitli değişkenlerin kontrol eden çok değişkenli analizlerin yapıldığı çalışmalarda tüm nedenlere bağlı mortalite oranının düşük sağlık okuryazarlığı olanlarda daha yüksek olduğunu gösterilmiştir (82,83). Amerika'da yapılan bir prospektif kohort çalışması sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kişilerin için %50 ile %80 arasında artmış mortaliteye sahip olduğunu göstermektedir (56).

Sağlık okuryazarlığı hastanın katılımı için esastır. Eğer insanlar temel sağlık bilgilerini elde edemez, işleyemez ve anlayamazlarsa, kendilerine iyi bakamaz veya sağlıkla ilgili sağlam kararlar veremezler (56).

### **2.9.3. Kronik Hastalık Oranlarında Artış**

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, DSÖ Avrupa Bölgesi'nde önde gelen ölüm nedenleridir. Tüm ölümlerin% 75'inden fazlasına dört kronik hastalıktan biri neden olmaktadır: kanser, kalp hastalığı, diyabet ve solunum yolu hastalığı (7). Yine EMRO ülkelerinde de, toplam hastalık yükünün yaklaşık yarısının (%47) kronik hastalıklar olduğu tahmin edilmektedir. Kronik hastalıklarla etkili mücadelelerden biri hastaların öz yönetimlerini artırmaktır (56). Sağlık okuryazarlığı, kronik hastalıkların öz yönetiminde çok önemli bir rol oynar. Kronik veya uzun vadeli durumları günlük olarak yönetmek için, bireyler genellikle karmaşık bir tıbbi rejimi içeren sağlık bilgilerini anlayabilmeli, yaşam biçimi ayarlamalarını planlamalı ve yapmalı, bilinçli

kararlar vermeli ve gerektiğinde sağlık hizmetlerine nasıl erişileceğini anlamalıdır (56). Gelişmiş sağlık okuryazarlığı, çoğu durumda hastalar tarafından aktif özyönetimi etkinleştirmek için gerekli bir koşul olarak ortaya konulmaktadır (84).

Ayrıca kanser, kalp hastalığı ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar, fiziksel aktivite eksikliği, zayıf beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol kullanımı gibi sağlık okuryazarlığı ile ilgili olan risk faktörleri ile ilişkilidir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı olan insanlar sağlık durumlarını daha az sıklıkla “çok iyi” veya “iyi” olarak değerlendirmektedir. Aynı şekilde sınırlı sağlık okuryazarlığı olanlar arasında kronik hastalıkların, depresif semptomların, şiddetli ağrının ve kalıcı sağlık sorunlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (85).

#### **2.9.4. Sağlık Bakım Maliyeti**

Sınırlı sağlık okuryazarlığı, yüksek sağlık sistemi maliyetleri ile ilişkilidir. 1998'de, Birleşik Devletler Yaşlılık Derneği Ulusal Akademisi sınırlı sağlık okuryazarlığının yol açtığı ek sağlık masraflarının yaklaşık 73 milyar dolar olduğunu tahmin etmiştir (7). Bu rakam 2007'de 238 milyar dolara yükselmiştir (86). Sağlıkta düşük sağlık okuryazarlığı maliyetinin ilk sistematik incelemesi 2009'da 2000'den fazla makale taranarak yapıldığında sınırlı sağlık okuryazarlığının ek maliyetinin yıllık toplam sağlık maliyetinin % 3 ile % 5'i arasında değiştiği bulunmuştur (87). Zayıf sağlık okuryazarlığının, Avrupa ülkelerindeki sağlık alanındaki kaynakları azaltması beklenmektedir (7).

#### **2.9.5. Sağlık Bilgilendirme Gerekliliği**

Sağlıkla ilişkili materyallerin okuma seviyeleri ve hedef kitlenin okuma yetenekleri arasında uyumsuzluk vardır. Sıklıkla, sağlıkla ilgili kaynaklarda gereksiz yere zor bir teknik dil ve terminoloji kullanımı söz konusudur. Değerlendirilen materyallerin çoğunun ortalama lise mezunu okuma becerilerini aştığı bulunmuştur. Ayrıca okuma, bilgi aktarmanın yalnızca bir yoludur. Yapılan bir araştırmada hekim hasta karşılaşmalarının %81'inde ziyaret başına kullanılan ortalama dört terimden en

az birinin açıklanmamış tıbbi terim veya jargon terim içerdiği ve hastaların anlama oranlarının genellikle düşük olduğu bulundu (56).

### **2.9.6. Eşitlik**

Sağlık durumu kötü olanlarda sağlık okuryazarlığını geliştirmek; sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında önemli bir araçtır.

Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışma yüksek sağlık okuryazarlığındaki artışın, günlük sebze ve meyve tüketimi ve sigara kullanmamak gibi sağlıklı bir yaşam tarzına adapte olmayla ilişkili olduğunu göstermiştir (88). Yazarlar, "... düşük sağlık okuryazarlığı seviyeleri, bir kişinin kendi sağlığını etkin bir şekilde yönetemediği, sağlık hizmetlerine etkili bir şekilde erişemediği ve kendilerine sunulan bilgileri anlayamadığı ve böylece sağlıklı kararlar veremediği" anlamına geldiği sonucuna varmıştır. Sağlıkta en kötü sonuçları olanların sağlık okuryazarlığı sağlık eşitsizliğini azaltmada önemli bir araçtır (88). Volandes ve Paache-Orlow, sınırlı sağlık okuryazarlığından kaynaklanan kötü sağlık sonuçlarının etik bir sorun olduğunu ve sağlık sisteminin temel bir adaletsizliği olarak görülmesi gerektiğini savunuyorlar (89).

### **2.10. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Artırmak İçin Gereksinimler**

İnsanların sağlık okuryazarlığını geliştirmek, tüm nüfusun sağlık seviyesini yükseltmek için en temel, ekonomik ve etkili önlemlerden biridir (47).

DSÖ Avrupa Bölgesel Ofisi sağlık okuryazarlığının eylem alanlarını şöyle bildirmiştir (7):

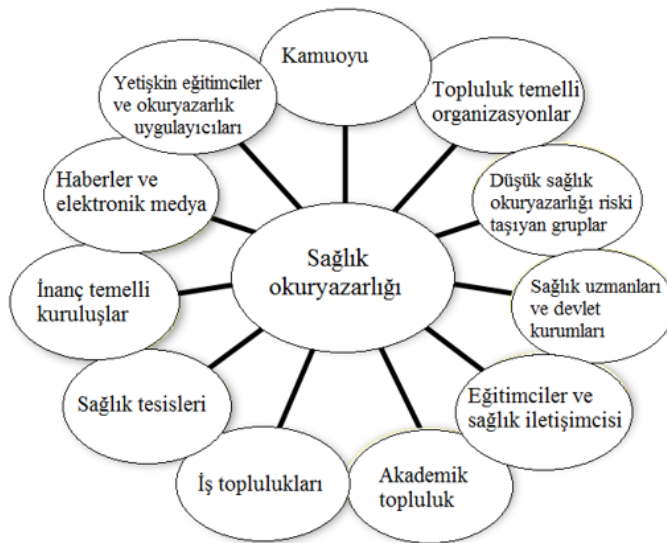
#### **2.10.1. Sağlık Okuryazarlığına Bir Bütün Hükümet ve Bir Bütün Toplum Sorunu Olarak Yaklaşım**

Sağlık okuryazarlığı sadece bireylerin, politika yapımcıların ya da sağlık profesyonellerinin sorumluluğu değil aynı zamanda çok çeşitli mesleğin ve sektörün de sorumluluğudur (Şekil 3). Çoğu temel yaşam becerisine benzer şekilde, insanlar

tüm ortamlarında ve etkinliklerinde öğrenirler ve bu yüzden sağlık okuryazarlığını geliştirmek bu tür kurumlarla sınırlı değildir. Artan sayıda çalışma, insanların sağlık okuryazarlığını aile, arkadaşlar, akran grupları ve kitle iletişim araçları gibi yaşadıkları sosyal ve kültürel bağlamda öğrendiklerini açıklamaktadır. Sağlık okuryazarlığı oluşturma girişimleri, günlük yaşamın düzeninde temellendirilmelidir. Sağlık, insanlar tarafından öğrendikleri, çalıştıkları, oynadıkları ve sevdikleri yer olan eğitim ortamı, okul, iş yeri, pazar ortamı, sağlık hizmeti ortamı, kitle iletişim araçları ve iletişim ve sosyal medya gibi günlük yaşamlarının düzeninde yaşar. Sağlıklı ortamların temel ilkeleri arasında topluluk katılımı, ortaklık, güçlendirme ve eşitlik sayılabilir. Sağlık okuryazarlığı sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kilit bir kavramdır ve sağlıklı ortamların kilit bir boyutudur (7).

### 2.10.2. Çoklu Sağlık Okuryazarlığı Paydaşlarını Dahil Edin

Sağlık okuryazarlığı bireyler, politika yapıcılar, sağlık sektörü çalışanları, kamuoyu, topluluk temelli organizasyonlar, kitlesel ve elektronik medya, inanç temelli kuruluşlar, sağlık tesisleri, düşük sağlık okuryazarlığı riski taşıyan gruplar, sağlık uzmanları ve devlet kurumları, iş toplulukları, akademik topluluklar, eğitimciler ve sağlık iletişimcileri, yetişkin eğitimciler ve okuryazarlık uygulayıcıları gibi birçok paydaşın dahil olması gereken bir alandır (7).



Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığı Paydaşları (90)



Sağlık eğitimi, bir yüzyıldan fazla bir süredir sağlığın teşvik edilmesi ve hastalığın önlenmesi için önemli bir eylem bileşeni olmuştur (71). DSÖ'nün Avrupa Bölge Ofisinin 2012'de yayınladığı Sağlık 2020 stratejik hedeflerinden birinci öncelikli konu olan yaşam boyu bir yaklaşımla sağlığa yatırım yapmak ve insanları güçlendirmek hedefi altında sağlık için daha iyi koşullar yaratmak, sağlık okuryazarlığını geliştirmek, bağımsız yaşamayı desteklemek ve sağlıklı seçimleri kolaylaştırmak yer almaktadır. Ve sağlık okuryazarlığı için okul temelli sağlık okuryazarlığı programları önerilir (91).

Sağlık okuryazarlığı, çok çeşitli öğrenme fırsatlarıyla öğrenilebilir. Bu fırsatlardan bazıları, okul sistemi veya sağlık sistemi gibi büyük toplumsal kurumların içindedir (7). Okulda örgün öğrenme yaklaşımıyla sağlıklı olma kavramı ve sağlık davranışları yerleştirilmesi amaçlanmaktadır. Yaş gruplarının öğrenme özelliklerine göre sağlıklı yaşam davranışları, sağlık riski oluşturan davranışlardan kaçınma, hastalıklar ve korunma, şiddet ve istismardan korunma ilk yardımın önemi ve temel yaklaşımlar, kişisel hijyen gibi temel sağlık eğitimi konularının verilmesi gerekmektedir. Yine okulların çocukların sağlıklı olmalarını sağlamak amacıyla okul sağlığı politikaları, çocuğun sağlıklı yaşama ile ilgili becerilerinin geliştirilmesi, okulda sağlığı destekleyici olumlu bir ortamın oluşturulması, toplum katılımı ve sağlık hizmetleri sunumunu içeren sağlığı geliştiren okul yaklaşımına uygun olması gerekir (92).

Bununla birlikte, yaşlı yetişkinler arasında sağlık okuryazarlığının belirleyicileri üzerine yapılan son araştırmalar, yaşam boyu öğrenmeye katılımın, bu popülasyon grubu arasındaki sağlık okuryazarlığının en güçlü belirleyicilerinden biri olduğunu bulmuştur. İnsanları yaşam boyu öğrenici olmaya teşvik eden müdahaleler (yapılandırılmış öğrenmeye katılmak veya günlük okuma veya bilgisayar becerileri öğrenme gibi günlük aktiviteler yoluyla), sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesi ve sürdürülmesini kolaylaştıracağı düşünülmektedir (7).

Sağlığın Geliştirilmesi Küresel Konferansında onaylanan Şanghai Deklarasyonu'ndaki taahhütlerin ve tavsiyelerin ülke düzeyinde uygulanmasını desteklemek için geliştirilen rehberde, sağlık okuryazarlığının temelleri kaliteli eğitim ve yaşam boyu öğrenmeye eşit erişim olarak belirtilmekte ve sağlık konularında

farkındalık ve sağlık okuryazarlığı, her şeyden önce okul müfredatı aracılığıyla oluşan becerilerin ve yaşam boyu gelişen yeterliliklerin ayrılmaz bir parçası olmalıdır denilmektedir (47).

Örnek olarak Hollanda'da, işlevsel olarak okuma yazma bilmeyen 1,5 milyon kişi (yetişkin nüfusun % 10'u) 2004 yılında tüm bakanlıkların, işveren örgütlerinin, işçi sendikalarının, iş dünyasının ve sivil toplum kuruluşlarının katılımı ile gerçekten sektörler arası bir program olan Ulusal Okuryazarlık Programı geliştirildi. Eğitim programlarında, becerilerin geliştirilmesi, sağlık, çocuk bakımı ve beslenme gibi yaşam için önemli konular hakkında daha fazla şey öğrenmek de bulunmaktadır (7).

Devletler ve hükümetler sağlık okuryazarlığının gelişimini destekleyici ortamlar sağlamalıdır. Toplumun okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi, sağlıklı seçimler için yol gösterici, geliştirici, düzenleyici politikaların oluşturulması, bilgiye erişimin sağlanması, öncelikli grupların belirlenmesi gibi sorumlulukları vardır.

Sağlık hizmet sunucularının hasta dostu kurumlar haline gelmesi sağlık okuryazarlığını yükseltmede atılabilecek önemli adımlardandır. Sivil toplum kuruluşlarının, devlet kurumlarının, eğitimcilerin özellikli grupları (göçmenler, kadınlar, yaşlılar, engelliler vb) hedef alacak şekilde iletişim, dil eğitimi, okuryazarlık gibi alanlarda sağlayacağı işbirliği, kütüphanelerdeki her yaşın ulaşabileceği sağlık okuryazarlığını destekler bilgi kaynaklarının oluşturulması, ibadethaneler gibi toplumun itibar ettiği mekanlarda amaca yönelik bilgilendirme, medya, internet, özellikle sosyal medya gibi kitle iletişim araçları ile her yerden öğrenmenin olduğu günümüzde doğru sağlık bilgisinin sağlanması, sağlığı geliştirici, riskli sağlık davranışlarını azaltmaya yönelik çalışmalar da farklı sektörlerin sağlık okuryazarlığına yapabileceklerine örnek gösterilebilir (51).

Simonds 1974' te daha iyi sağlık eğitimi için şunları vurgulamıştır;

‘Modern sağlık eğitimi ilkelerini benimsemek, tüm vatandaşlara sağlık sigortası sağlamak ve tüm ortamlarında sağlığın teşviki, eğitimi ve bakımına katılmakla sağlık sektörünün sosyal sorumluluğu; Çocuklara ve gençlere sağlık eğitimi uygulamak için eğitim sistemlerinin sorumluluğu; İletişim ve eğlence endüstrisinin, medya kanalları boyunca halk sağlığı eğitimini taahhüt etme ve sosyal pazarlamayı kullanarak ve

sağlıklı uygulamaları pekiştirerek aktif ve sağlığa duyarlı vatandaşların oluşturulmasını destekleme sorumluluğudur' (32).

### **2.10.3. Sade Dil Girişimleri Geliştirin**

Dinleyicinin veya okuyucunun ilk duyduğunda veya okuduğunda anlayabileceği sade bir iletişim dili geliştirmek gerekir. Sağlık bilgilendirme materyalleri, kültür, cinsiyet ve yaş gibi farklılıklara ve çeşitliliğe karşı duyarlı olmalıdır.

Buna örnek olarak Avrupa Komisyonu, 2010'da her dilde daha kısa ve daha basit dokümanları yapmak için kampanya başlatmıştır. Birleşik Krallık'ta, sade İngilizce hareketi 1970'lerin sonlarından beri var olmuştur. Birçok devlet dairesi, sade dilin belirli tüketici sözleşmelerinde bulunmasını zorunlu kılarak yayılmasını teşvik etmiştir. Bu harekette ayrıca yerel makamlar, sağlık hizmetleri ve büyük finans şirketleri yer almaktadır. Finlandiya'da, yasalar, idare ve vatandaşlar ile iletişimde net bir dil geliştirilmeye başlanmıştır. İsveç, Amerika Birleşik Devletleri, Almanya ve Avustralya gibi diğer ülkelerin de sade dil girişimleri ve mevzuatı vardır (7).

### **2.10.4. Ölçüme ve Araştırmaya Yatırım Yapın**

Sağlık okuryazarlığının kapsamlı bir şekilde ölçülmesi, sağlık okuryazarlığı sınırlı olan bireylere ve topluluklara cevap vermek için hangi müdahalelerin yapılması gerektiği konusunda rehberlik sağlar. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı araştırmalarının sistemlerin dostu olması gerekir. Etkili müdahaleyi desteklemek için yapılan araştırmaların finanse edilmesi gerekir. Avrupa düzeyinde bu yönde atılmış ilk önemli adım, Avrupa Birliği ve DSÖ Avrupa Bölgesi'nin daha fazla ülkesine yayılması ve düzenli aralıklarla tekrarlanması gereken Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması olmuştur (7).

## **2.11. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Artırmaya Yönelik Ulusal Düzeyde Yapılanlar**

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı’nın Görev ve Yetkileri’nin güncellenmiş haliyle ilk 3 maddesi: Sağlık okuryazarlığı düzeyinin saptanması amacıyla ölçek ve araçlar geliştirmek; Sağlık okuryazarlığı ile ilgili ulusal ve uluslararası gelişmeleri incelemek ve değerlendirmesini yapmak; ve Sağlık okuryazarlığı alanında uluslararası kuruluşlarla çalışmalar yürütmek olarak belirlenmiştir (93).

Bu kapsamda sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik olarak 2016 yılında Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) geliştirilmiştir (67).

Ayrıca “Sağlık Okuryazarlığı Eğitici Eğitimi Programı” düzenlenerek hekimlerin görev yaptıkları ildeki diğer hekimleri eğiterek aile sağlığı merkezi çalışanlarında farkındalık oluşturmak, sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan hasta ve yakınlarıyla iletişimin güçlendirilmesi böylelikle sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi, yaş, engellilik gibi parametrelerde dezavantajlı hasta gruplarına yaklaşım konusunda eğitilmesi hedeflemiştir (94).

Yine hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerine uygun broşür ve görsel materyal geliştirilip akılcı ilaç kullanımı, bebeklik dönemi aşuları, fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve anadili farklı hastayı yönlendirmede kullanılması hedeflenmiştir (94).

Bu kapsamda yapılan mevzuat düzenlemeleri, radyo ve televizyon kuruluşlarına yönelik yasal düzenlemeler (örn: Kanunda ‘Ticarî iletişimin, sağlık, çevre ve güvenliğe zarar verecek davranışa teşvik etmemek zorunda olduğu’ belirtilmektedir), tütünle mücadeleye yönelik düzenlemeler (örn: ‘Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun’ ile ‘Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu ile ulusal, bölgesel ve yerel yayın yapan özel televizyon kuruluşları ve radyolar, ayda en az doksan dakika tütün ürünleri ve sağlığa zararlı diğer alışkanlıkların zararları konusunda uyarıcı, eğitici mahiyette yayınlar yapmak zorundadır’ hükmü getirilmiştir) ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında değişimle ilgili yasal düzenlemelerdir (örn: Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü’nün görevleri arasında ‘Halk sağlığının

korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması, önlenmesi ve teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılabilmesi için uyarıcı, bilgilendirici ve eğitici mahiyette programlar hazırlamak veya hazırlatmak' bulunmaktadır) (95).

Sağlık bakanlığı çalışmalarına örnek olarak şu kampanyalar verilebilir: H1N1 Pandemi Bilgilendirme Kampanyası, Aile Hekimliği Tanıtım Kampanyası, Evde Sağlık Hizmetleri Tanıtım Kampanyası, Tütün ve Tütün Mamülleriyle Mücadele Kampanyası, Obezite Mücadele Hareketi Kampanyası, Yaşama Yol Ver Kampanyası, Akılcı Antibiyotik Kullanımı Kampanyası, Aşıyla Hastalıkları Aşıyoruz Kampanyası, Kızılay Kan Bağışı Kampanyası, Organ Bağışı Kampanyası, El Yıkama Kampanyası (95).



### **3. MATERYAL VE METOD**

#### **3.1. Araştırma Tipi**

Kesitsel analitik tipte bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırma evreni**

Çalışmamızın evreni Isparta Gül Sanayi Sitesi'ndeki küçük ölçekli iş yerlerinde çalışanlar (2000 kişi) olup küme örnekleme yöntemi kullanılarak OpenEpi Versiyon 3.01, 2013 programında sıklık Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırılmasından elde edilen yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı toplamı olan %65, sapma %10, desen etkisi 2 alınarak ulaşılması hedeflenen örnek sayısı %95 güven aralığında 168 kişi olarak belirlendi. Toplamda 28 sokaktan oluşan evren, 10'ar iş yerinden oluşan 50 kümeye ayrıldı. Her iş yerinde ortalama 4 kişi çalıştığı düşünülerek her kümede yaklaşık 40 kişiye ulaşılması hedeflenerek 5 küme basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçildi. Beş kümede ulaşılması hedeflenen 200 kişinin 183'üne (%91,5) ulaşıldı.

#### **3.3. Etik**

Araştırma öncesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu izni (09.07.2019 tarih ve 224 sayılı karar, EK-1), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanım izni (EK -2) ve Isparta Gül Küçük Sanayi Sitesi Kooperatifi'nden (EK-3) gerekli izinler alındı. Araştırma grubuna araştırmanın amacı, verilerin bilimsel amaçla değerlendirileceği ve bütün olarak sonuçların sunulacağı bireysel değerlendirme yapılmayacağı ile ilgili bilgiler verildi.

#### **3.4. Araştırmanın Hipotezi**

Bir sanayi sitesindeki küçük ölçekli işyeri çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri, bireylerin sosyodemografik özellikleri, okuma yazma davranışları, sağlık algısı, sağlıkla ilgili davranışları, sağlık hizmetlerinin kullanımı, akılcı ilaç kullanımı ve iş sağlığı ile ilgili özelliklere göre farklılık göstermektedir.

### 3.5. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişken

- Sağlık okuryazarlığı düzeyi

### 3. 6. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Eğitim durumu
- Medeni durum
- Çocuk varlığı, varsa sayısı
- Meslek sektöru
- Meslekte çalışma süresi
- Mesleki eğitim varlığı
- Mesleki eğitimin alındığı yer
- Sosyal güvence durumu
- Evde yaşayan kişi sayısı
- Aile tipi
- Aylık hane geliri
- Yaşamın büyük bölümünün geçirildiği yer
- Sosyal statü algısı
- Sigara kullanma durumu
- Alkol kullanma durumu
- Okuma yazma aktivitelerinde yardım alma durumu
- Gazete/ dergi, kitap okuma sıklığı
- Genel sağlık algısı
- Kişinin kendinde kronik hastalık varlığı
- Kişinin ailesinde kronik hastalık varlığı
- Haftalık banyo yapılan gün sayısı
- Diş fırçalama sıklığı
- İş giysisi giyme durumu
- İş giysisi giyiliyorsa yıkama/değiştirme sıklığı

- Günlük içilen su miktarı
- Günlük tüketilen ana öğün sayısı
- Günlük tüketilen ara öğün sayısı
- Gün içinde ara öğün yeme durumu
- Öğün atlama durumu
- En sık atlanan öğün
- En sık önem verilen ara öğün
- Çeşitli besinleri tüketme sıklığı (sebze, meyve, süt ve süt ürünleri, *fast food* şekerli içecek/atıştırma)
- Haftalık fiziksel aktivite miktarı
- Sağlıkla ilgili bilgi alınan kaynaklar
- Tedavi edici sağlık hizmeti alma konusundaki tutumlar
  - Yeni gelişen sağlık şikâyetlerinde ilk başvuru yapılan yer
  - Sağlık hizmeti almada en sık tercih edilen kurum
  - Sağlık kurumlarına en sık başvuru nedeni
  - Aile hekimini tanıma durumu
  - Son bir yılda yatarak tedavi olma durumu
  - Son bir yılda diş hekimine gitme durumu
  - Son bir yılda sağlık kurumuna başvuru sayısı
  - Son bir yılda acil servise başvuru sayısı
- İlaç kullanımı konusundaki tutumlar
  - Doktor gerek görmediği halde ilaç yazdırmak isteme,
  - Çevre tavsiyesi ya da kendi ilaç bilgisine dayanarak reçetesiz ilaç kullanma,
  - Kendine iyi gelen ilacı başkasına tavsiye etme,
  - İlaçların son kullanma tarihine dikkat etme,
  - İlaçları doktorun önerdiği sürede kullanma durumu
  - Bitkisel ilaç kullanma durumu
- Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma konusundaki tutumlar
  - Grip aşısı yaptırma durumu
  - Kan basıncını ölçtürme durumu
  - Kendi kendine meme muayenesini bilme durumu



- Kendi kendine meme muayenesi yapma durumu
- Smear testinden haberdar olma durumu
- Smear testi yaptırma durumu
- Mamografi taramasından haberdar olma durumu
- Mamografi yaptırma durumu
- Dışkıda gizli kan testinden haberdar olma durumu
- Dışkıda gizli kan testi yaptırma durumu
- Sağlık Bakanlığı'nın ulusal kampanyalarından haberdar olma durumu
- İş sağlığı güvenliği eğitimi alma durumu
- Kişisel koruyucu kullanma durumu
- İş kazası geçirme durumu

### **3.7. Veri Toplama ve Değerlendirme**

Araştırmanın verileri, soru formu (anket) kullanılarak araştırmacı (ÖS) tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Uygulama öncesinde araştırmanın amacı hakkında kişilere bilgi verildi. Anket formunun doldurulması her kişi için ortalama 25 dakika sürdü.

Anket sosyodemografik özellikleri sorgulayan sorular (14 soru), sağlık okuryazarlığı ile ilgili olabilecek durumları sorgulayan sorular (okuma yazma aktivitelerini sorgulayan 3 soru, sağlık durumunu sorgulayan 4 soru, sağlık davranışlarını sorgulayan 9 soru, öğün tüketim özelliklerini sorgulayan 6 soru, sağlık bilgisi alınan kaynakları sorgulayan 1 soru, tedavi edici hizmetlerden yararlanma durumunu sorgulayan 9 soru, ilaç kullanım özelliklerini sorgulayan 6 soru, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu sorgulayan 3 soru, ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olmayı sorgulayan 2 soru, işle ilgili özellikleri sorgulayan 3 soru) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nden (TSOY-32) oluşmaktadır (67).

Sosyodemografik özelliklerde aylık hane geliri, sosyal statü algısı ve sağlık algısı kişilerin kendi ifadelerine göre değerlendirildi.

Kişilerin beyan ettikleri meslekleri Mesleki Yeterlilik Kurumu'nun onayladığı Ulusal Meslek Standartlarına göre sektörlere ayrıldı (96,97).

Fiziksel aktivite hesaplanmasında kişilerin haftalık fizik aktivite yaptıkları süreler dikkate alındı. Fiziksel aktivite yapma durumu; DSÖ'nün Sağlık için Fiziksel Aktivite ile ilgili Global Öneriler isimli rehberinde geçen sınıflandırmaya göre fiziksel aktivite yapmıyor, 150 dakika altı süre fiziksel aktivite yapıyor ve 150 dakika ve üstü süre fiziksel aktivite yapıyor şeklinde gruplandırıldı (98).

Besin tüketim özellikleri tanımlayıcı tablolarda daha ayrıntılı olarak verilen (tüketmiyor/nadiren, haftada birkaç gün, günde bir ve günde birden fazla) tüketim sıklıkları çapraz tablolarda karşılaştırma ve yorumların daha rahat yapılabilmesi için birleştirilerek (Günde 1'den az ve Günde 1 ve daha fazla şeklinde) verildi.

Ulusal kanser tarama programındaki taramalarla ilgili (99) bilgi ve tarama yaptırmama durumu sorgulanırken cinsiyetlere ve yaşa göre uygun olan sorular soruldu. Kendi kendine meme muayenesini bilme ve yapma, smear testini bilme ve mamografiyi bilme ile ilgili sorular tüm kadınlara, smear testi yaptırmama durumu sorusu 30 yaş üstü kadınlara, mamografi yaptırmama durumu sorusu 40 yaş üstü kadınlara ve dışkıda kan testi yaptırmama durumu sorusu 50 yaş üstü kadın ve erkeklere soruldu.

Kişilerin beyan ettikleri ulusal sağlık kampanyaları Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün sayfasında belirtilen şekilde düzenlendi (100). Bu kampanyalar şunlardır: Tütün ve tütün mamulleriyle mücadele kampanyası, Akılcı antibiyotik kullanımı, Kızılkan kan bağışi kampanyası, KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi) kampanyaları, Obezite mücadele hareketi kampanyası, Her gün 10 bin adım kampanyası, Aile hekimi tanıtım kampanyası, Yeşilay kampanyaları, El yıkama kampanyası, Aşı kampanyası, Organ bağışi kampanyası

Bağımlı değişken olan sağlık okuryazarlığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) (67) ile ölçüldü. Bu ölçek Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ni temel alarak 15 yaş üzeri kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla Okyay ve arkadaşları tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili iki boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili dört bilgi edinme sürecini (ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma/uygulama) içermektedir. Ölçeğin Türkçe'de güvenilirliği; iç tutarlık (Cronbach Alfa) ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ölçeğin tamamı için 0,93 olmak üzere, birinci boyut için 0,88 ile ikinci boyut için 0,86 değer almıştır.

Her madde; 1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor olacak şekilde 4 derecelidir. “Fikrim yok” ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde aşağıdaki formül yardımıyla standardize edilmiştir(67).

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

İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

1= Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin en düşük 0 olmasına neden olur)

3= Ortalamanın aralığı

50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Ölçekte 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Ölçeğin geliştiricileri tarafından sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir:

(0-25) puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı

### 3. 8. İstatistik analiz

Veri bilgisayar ortamında SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences, Version 22.0) programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum (min-maks) değerler; analitik değerlendirmelerde ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi, Spearman korelasyon testleri, lojistik regresyon analizleri kullanıldı. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık için sınır değer  $p < 0,05$  kabul edildi. Bulgular bölümünde istatistik analiz sonuçları p değerlerinin gerçek değerleri verilerek sunuldu. Yalnız p değerinin 0,001’den küçük olduğu durumlarda  $p < 0,001$  şeklinde ifade edildi.

Yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyini öngörmedeki bağımsız prediktörleri belirlemek üzere, tek değişkenli (univariate) analizlerde anlamlı bulunan değişkenler modele alınarak, lojistik regresyon analizi yapıldı. İstatistiksel anlamlılık

için sınır değeri  $p < 0,05$  alındı. Model uyumu için model uyumuna karar vermede kullanılan Hosmer-Lemeshow testi kullanıldı. Bu testin istatistik anlamlılık bakımından  $p > 0,05$  olduğu durumlar prediksyon durumu yüksek olan modellere işaret etmektedir (101).

Bazı değişkenler analitik analize alınmadan önce gruplandırıldı:

En uzun süre yaşanan yer; kent büyük kent birleştirilerek kent/ büyük kent ve köy, kasaba, ilçe olarak verildi.

Meslek sektörleri; otomotiv dışındakiler birleştirilerek otomotiv ve diğer sektörler olarak verildi.

Mesleki eğitimin alındığı yer; teknik meslek okulu ve üniversite birleştirilerek teknik meslek okulu/ üniversite ve sertifikalı mesleki eğitim kursu olarak verildi.

Sosyal statü algısı; çok düşük, düşük ve ortanın altı birleştirilerek ortanın altına, çok yüksek, yüksek ve ortanın üstü birleştirilerek ortanın üstüne dönüştürülüp, ortanın altı, orta ve ortanın üstü olarak verildi.

Alkol kullanma durumu; nadiren ve sıklıkla kullanıyorum birleştirilerek, kullanıyor ve kullanmıyor olarak verildi.

İş giysisi yıkama sıklığı haftada bir, haftada birden çok ve her gün birleştirilerek, haftada 1 ve daha sık, ayda bir ve ayda birden çok birleştirilerek haftada 1'den az olarak verildi.

Diş fırçalama durumu nadiren, birkaç günde bir ve günde bir birleştirilerek, günde 2'den az, günde 2 ve üzeri ve fırçalamıyor olarak verildi.

Sebze, meyve, süt ve süt ürünleri tüketimi; tüketmiyor/ nadiren ve birkaç günde bir birleştirilerek günde birden aza, günde bir ve günde birden çok birleştirilerek, günde 1 ve daha fazlaya dönüştürülüp günde birden az ve günde 1 ve daha fazla olarak verildi.

Fast food ve şekerli içecek atıştırma tüketimi birkaç günde bir, günde bir ve günde birden çok birleştirilerek, tüketiyor ve tüketmiyor olarak verildi.

Genel sağlık algısı; mükemmel ve oldukça iyi birleştirilerek mükemmel/ oldukça iyiye, fena değil ve kötü birleştirilerek, fena değil/ kötüye dönüştürülüp mükemmel/ oldukça iyi, iyi ve fena değil/ kötü olarak verildi.

Ailede kronik hastalık varlığı; hayır ile bilmiyor birleştirilerek, hayır/ bilmiyor ve evet olarak verildi.

Okuma yazma ile ilgili aktivitelerde yardım alma durumu; genellikle yardım alırım cevaplanmadığı için ara sıra yardım alma yardım alıyor olarak değiştirilip yardım alıyor ve yardım almıyor olarak verildi.

Kitap okuma sıklığı; hiç okumam ile yılda bir okurum birleştirilerek yılda bir ya da daha aza, ayda bir, iki ile haftada bir birleştirilerek, ayda bir ya da daha sık dönüştürülüp, yılda bir ya da daha az, birkaç ayda bir ve ayda bir ya da daha sık olarak gruplandırıldı.

Sağlık bilgisi alınan ilk kaynak; doktor, hemşire seçeneği dışındakiler birleştirilerek, diğer kaynaklar ve doktor/hemşire olarak verildi.

Yeni gelişen sağlık şikâyetlerinde ilk başvuru yapılan yer; aile hekimi, hastane polikliniği ve acil servis dışındakiler birleştirilerek diğer seçeneklere dönüştürülüp aile hekimi, hastane polikliniği, acil servis ve diğer seçenekler olarak gruplandırıldı.

Sağlık kurumlarına en sık başvuru nedeni; tetkik ve muayene birleştirilerek ilaç yazdırmak, kronik hastalık takibi, tetkik-muayene, ani gelişen durumlar olarak verildi.

Doktor gerek görmediği halde ilaç yazdırma durumu, reçetesiz ilaç kullanma durumu, kendine iyi gelen ilacı başkasına tavsiye etme durumu, ilaçların son kullanım tarihine dikkat etme durumu, ilaçları doktorun önerdiği süre boyunca kullanma durumu ve bitkisel ilaç kullanma durumu genellikle ve bazen seçenekleri evet olarak birleştirilerek, evet ve hayır olarak gruplandırıldı.

Kişisel koruyucu kullanma durumu genellikle ve bazen seçenekleri evet olarak birleştirilerek, evet ve hayır olarak gruplandırıldı.

Tek değişkenli analizlerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile anlamlı ilişkili bulunan değişkenler regresyon analizine alınmadan önce aşağıdaki şekilde kodlandı:

- Cinsiyet için; kadın=1, erkek=0 (referans)
- Eğitim için üniversite/ yüksekokul=3, lise=2, ortaokul=1, ilkokul=0 (referans)
- Mesleki eğitim alınan yer için teknik meslek okulu/ üniversite=1, sertifikalı mesleki eğitim kursu=0 (referans)
- Diş fırçalama durumu için; günde 2 ve üzeri=2, günde 2'den az=1, fırçalamıyor=0 (referans)
- Gün içinde ara öğün tüketme durumu için; genellikle=2, bazen=1, ara öğün yemiyor=0 (referans)

- Okuma yazma ile ilgili aktivitelerde yardım alma durumu için; hayır=1, evet=0 (referans)
- Kitap okuma sıklığı için; ayda bir ya da daha sık=2, birkaç ayda bir=1, yılda bir ya da daha az=0 (referans)
- Son bir yılda diş hekimine gitme durumu için; evet=1, hayır=0; Reçetesiz ilaç kullanma durumu için hayır=1, evet=0 (referans)
- Kendine iyi gelen ilacı başkasına tavsiye etme durumu için; hayır=1, evet=0 (referans)
- İlaçların son kullanım tarihine dikkat etme durumu için; evet=1, hayır=0 (referans)
- Grip aşısı yaptıрма durumu için; evet=1, hayır=0 (referans)
- Son bir yılda bir sağlık çalışanı tarafından kan basıncı ölçülme durumu için; evet=1, hayır=0 (referans)
- İş sağlığı eğitimi alma durumu için evet=1, hayır=0 (referans)
- Dışkıda gizli kan testini yaptıрма durumu için evet=1, hayır=0 (referans)

### **3. 9. Araştırmanın Zamanlanması**

Araştırmanın planlanma aşaması 2 ay, veri toplama aşaması 1,5 ay, analiz ve rapor yazımı 4 ay, literatür taraması planlama aşamasından başlayarak yazım bitinceye kadar yaklaşık 7 ay sürdü.

### **3. 10. Araştırmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları**

Araştırmada hesaplanan örnek büyüklüğünün %91,5'ine ulaşılması ve sanayi sitesinde çalışanlarla sağlık okuryazarlığı düzeyi araştırması yapan sınırlı sayıda çalışma olması araştırmanın güçlü yanlarıdır.

Bazı değişkenlerde hatırlama faktörünün farklılıkları etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

#### 4. BULGULAR

Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 1 ve ve Tablo 2’de görülmektedir. Araştırmaya 183 kişi katıldı.

Grubun yaş ortalaması  $40,7 \pm 13,1$ ’di (minimum 15, maksimum 75). Araştırma grubunun %88,5’i erkek, %11,5’i kadındı. Grubun %36,1’i ilkokul, %17,5’i yüksekokul ve üniversite mezunuydu. Grubun %77,0’si evli ve %75,4’ü çocuk sahibiydi. Çocuk sahibi olanların ortalama çocuk sayısı  $2,3 \pm 1,0$ ’di (minimum 1, maksimum 7). Araştırma grubunun %91,8’i çekirdek aileye sahipti. Ortalama evdeki kişi sayısı  $3,6 \pm 1,4$ ’tü (minimum 1, maksimum 8) ve %84,7’si yaşamlarının büyük bölümünü kentte geçirmişlerdi. Katılımcıların belirttiği aylık hane gelirleri ortalama  $3738 \pm 1848$  TL idi (minimum 1000, maksimum 12000).

Tablo 1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Sayı	%	
Cinsiyet	Erkek	162	88,5
	Kadın	21	11,5
Eğitim durumu	İlkokul	66	36,1
	Ortaokul	34	18,6
	Lise	51	27,9
	Yüksekokul/ Üniversite	32	17,5
	Medeni durum	Evli	141
	Bekar	34	18,6
	Boşanmış/ Eşi ölmüş	8	4,4
Çocuk varlığı	Var	138	75,4
	Yok	45	24,6
Aile tipi	Çekirdek aile	168	91,8
	Geniş aile	12	6,6
	Dağılmış aile	3	1,6
En uzun süre yaşanılan yer	Köy kasaba İlçe	24	13,1
	Kent	155	84,7
	Büyük kent	4	2,2
<b>Toplam</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>	

Tablo 2. Araştırma Grubunun Sayısal Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Min	Maks	Ort ± SS
Yaş	15	75	40,7 ± 13,1
Çocuk sayısı	1	7	2,3 ± 1,0
Evde yaşayan kişi sayısı	1	8	3,6 ± 1,4
Aylık hane geliri (TL)	1000	12000	3738 ± 1848

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma



Araştırma grubunun mesleki özellikleri Tablo 3 ve Tablo 4’te görülmektedir. Araştırma grubunun mesleklerinde ortalama çalışma süresi  $19,1 \pm 14,3$  yıldır (minimum 0,1, maksimum 60) ve %48,1’i otomotiv sektöründe çalışıyordu. Grubun %51,4’ü mesleki eğitim almış ve mesleki eğitim alanların %58,5’i eğitimini sertifikalı mesleki eğitim kursundan almıştı.

Tablo 3. Araştırma Grubunun Meslekte Çalışılan Süre Ortalaması

<b>Özellikler</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>	<b>Ort <math>\pm</math> SS</b>
Meslekte çalışılan süre	1 ay	60 yıl	$19,1 \pm 14,3$ yıl

Tablo 4. Araştırma Grubunun Mesleki Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Meslek sektörleri		
Otomotiv	88	48,1
Ticaret (satış ve pazarlama)	31	16,9
Ulaştırma, lojistik ve haberleşme	14	7,7
Ağaç işleri, kağıt ve kağıt ürünleri	12	6,6
Enerji	10	5,5
Cam, çimento ve toprak	2	1,1
Turizm, konaklama, yiyecek- içecek hizmetleri	7	3,8
Metal	5	2,7
Kimya, petrol, lastik ve plastik	5	2,7
Elektrik ve elektronik	2	1,1
Maden	2	1,1
Makine	2	1,1
Gıda	1	0,5
İnşaat	1	0,5
İş ve yönetim	1	0,5
Mesleki eğitim varlığı		
Var	94	51,4
Yok	89	48,6
Mesleki eğitimin alındığı yer (n:94)*		
Sertifikalı mesleki eğitim kursu	55	58,5
Teknik meslek okulu	35	37,2
Üniversite	4	4,3
<b>Toplam</b>	<b>183</b>	<b>100</b>

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

\*Mesleki eğitim alanlar arasında değerlendirildi.

Araştırma grubunun sosyal güvence durumu ve sosyal statü algısının dağılımı Tablo 5’te görülmektedir. Katılımcıların %91,3’ü Sosyal Güvenlik Kurumu’na kayıtlı sigortalıydı. Katılımcılar sosyal statülerini %55,2 ile orta olarak değerlendirdiler.

Tablo 5. Araştırma Grubunun Sosyal Güvence Durumu ve Sosyal Statü Algısının Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Sosyal güvence durumu		
SGK*	167	91,3
Yok	15	8,2
Özel sigorta	1	0,5
Sosyal statü algısı		
Çok düşük	1	0,5
Düşük	14	7,7
Ortanın altı	15	8,2
Orta	101	55,2
Ortanın üstü	35	19,1
Yüksek	10	5,5
Çok yüksek	7	3,8
<b>Toplam</b>	<b>183</b>	<b>100</b>

\*Sosyal Güvenlik Kurumu

Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bazı davranış özellikleri Tablo 6 ve Tablo 7’de görülmektedir. Araştırma grubunun %58,5’i sigara kullandığını, %71,0’i alkol kullanmadığını belirtti. Sigara kullananlar günde ortalama  $1,1 \pm 0,6$  (minimum 0,2, maksimum 3,0) paket sigarayı, ortalama  $17,5 \pm 11,2$  (minimum 1, maksimum 50) yıldır tükettiklerini belirttiler.

Katılımcıların %63,9’u çalışırken iş giysisi giydiğini, iş giysisi giyenlerin de %43,6’sı iş giysilerini haftada birden çok kez yıkadığını ya da değiştirdiğini belirtti. Grubun %30,6’sı birkaç günde bir dişlerini fırçalarken, haftada  $4,9 \pm 1,9$  (minimum 2, maksimum 7) gün banyo yaptıklarını belirttiler.

Araştırma grubu günde ortalama  $7,5 \pm 4,4$  (minimum 0, maksimum 20) bardak su tüketmekteydi.

Tablo 6. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Bazı Davranış Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Sigara kullanma durumu		
Kullanıyor	107	58,5
Hiç kullanmamış	44	24,0
Bırakmış	32	17,5
Alkol kullanma durumu		
Kullanmıyor	130	71,0
Nadiren kullanıyor	48	26,2
Sıklıkla kullanıyor	5	2,7
İş giysisi giyme durumu		
Evet	117	63,9
Hayır	66	36,1
İş giysisi yıkama/değiştirme sıklığı (n:117)*		
Ayda bir	4	3,4
Ayda birden çok	2	1,7
Haftada bir	47	40,2
Haftada birden çok	51	43,6
Her gün	13	11,1
Diş fırçalama durumu		
Fırçalamıyor	36	19,7
Nadiren	31	16,9
Birkaç günde bir	56	30,6
Günde bir	35	19,1
Günde birden çok	25	13,7
Haftalık fiziksel aktivite miktarı		
Hiç yapmıyor	88	48,1
150 dakika altı	18	9,8
150 dakika ve üstü	77	42,1
<b>Toplam</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

\*İş giysisi giyenler arasında değerlendirdi

Tablo 7. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Sayısal Bazı Davranış Özellikleri

<b>Özellikler</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>	<b>Ort ± SS</b>
Günlük tüketilen sigara (paket)	0,3	3,0	1,1 ± 0,6
Sigara tüketilen süre (yıl)	1,0	50,0	17,5 ± 11,2
Haftalık banyo yapılan gün sayısı	2,0	7,0	4,9 ± 1,9
Günlük su tüketim miktarı (bardak )	0,0	20,0	7,5 ± 4,4

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Araştırma grubunun beslenme ile ilgili davranış özellikleri Tablo 8’de görülmektedir. Grubun %69,9’u günde 3 ana öğün tüketirken, %65,6’sı hiç ara öğün tüketmemekteydi. Grubun %43,2’si bazen öğün atladıklarını belirtti. En sık atlanılan öğün öğle yemeğiydi (%65,3). En sık önem verilen ara öğün ikindi ara öğünüydü (%57,1).

Tablo 8. Araştırma Grubunun Beslenme İle İlgili Davranış Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Günlük tüketilen ana öğün sayısı		
1	6	3,3
2	49	26,8
3	128	69,9
Günlük tüketilen ara öğün sayısı		
0	120	65,6
1	36	19,7
2	17	9,3
3	10	5,5
Öğün atlama durumu		
Genellikle	45	24,6
Bazen	79	43,2
Öğün atlamıyor	59	32,2
En sık atlanılan öğün (n:124)*		
Kahvaltı	35	28,2
Öğle	81	65,3
Akşam	8	6,5
Gün içinde ara öğün yeme durumu		
Genellikle	35	19,1
Bazen	28	15,3
Ara öğün yemiyor	120	65,6
En sık önem verilen ara öğün (n:63)**		
Kuşluk	20	31,7
İkinci	36	57,1
Gece	7	11,1
<b>Toplam</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

\*Öğün atlayanlar cevap verdi

\*\*Ara öğün yiyenler cevap verdi

Araştırma grubunun besin tüketim özellikleri Tablo 9'da görülmektedir. Grubun %44,3'ü sebze, %41,5'i meyveyi haftada birkaç gün tükettiklerini belirtti. Süt ve süt ürünlerini grubun %53,6'sı günde bir kez tüketmekteydi. Yüzde 83,1'i *fast-food* ürünlerini, % 55,2'si şekerli içecek ya da atıştırmalıkları tüketmediklerini ya da nadiren tükettiklerini belirttiler.

Tablo 9. Araştırma Grubunun Besin Tüketim Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Sebze tüketim sıklığı		
Tüketmiyor/nadiren	6	3,3
Haftada birkaç gün	81	44,3
Günde bir	72	39,3
Günde birden fazla kez	24	13,1
Meyve tüketim sıklığı		
Tüketmiyor/nadiren	5	2,7
Haftada birkaç gün	76	41,5
Günde bir	72	39,3
Günde birden fazla kez	30	16,4
Süt ve süt ürünleri tüketim sıklığı		
Tüketmiyor/nadiren	11	6,0
Haftada birkaç gün	48	26,2
Günde bir	98	53,6
Günde birden fazla kez	26	14,2
Fast food tüketim sıklığı		
Tüketmiyor/nadiren	152	83,1
Haftada birkaç gün	23	12,6
Günde bir	8	4,4
Günde birden fazla kez	0	0,0
Şekerli içecek, atıştırmalık		
Tüketmiyor/nadiren	101	55,2
Haftada birkaç gün	40	21,9
Günde bir	34	18,6
Günde birden fazla kez	8	4,4
<b>Toplam</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Araştırma grubunun genel sağlık algısı, kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı dağılımı Tablo 10’da görülmektedir. Grubun %42,6’sı genel sağlık algısını iyi olarak değerlendirdi. Grubun %28,4’ünün kendisinin, %37,7’sinin aileden birinin kronik bir hastalığı bulunmaktaydı.

Tablo 10. Araştırma Grubunun Genel Sağlık Algısı, Kronik Hastalık Varlığı, Ailede Kronik Hastalık Varlığı Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Genel sağlık algısı		
Mükemmel	34	18,6
Oldukça iyi	23	12,6
İyi	78	42,6
Fena değil	40	21,9
Kötü	8	4,4
Kronik hastalık varlığı		
Hayır	131	71,6
Evet	52	28,4
Ailede kronik hastalık varlığı		
Hayır	112	61,2
Evet	69	37,7
Bilgisi yok	2	1,1
<b>Toplam</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Araştırma grubunun kronik hastalık dağılımı Tablo 11’de görülmektedir. Araştırma grubunun %7,1’inde diyabet görülmekteydi. Bunu hipertansiyon (%5,5) ve kalp hastalığı (%5,5) izlemekteydi.

Tablo 11. Araştırma Grubunun Kronik Hastalık Dağılımı

Kronik hastalık çeşitleri*	Sayı	%
Diyabet	13	7,1
Hipertansiyon	10	5,5
Kalp hastalığı	10	5,5
Romatolojik hastalık	4	2,2
Böbrek hastalığı	3	1,6
Mide, bağırsak hastalığı	4	2,2
Nörolojik hastalık	4	2,2
Tiroid hastalıkları	3	1,6
Cilt hastalığı	2	1,1
Astım	1	0,5
Depresyon	1	0,5
Ürolojik hastalıklar	1	0,5

\*Tüm grup içinde değerlendirildi, satır yüzdesi alındı.



Araştırma grubunun okuma alışkanlıkları Tablo 12’de görülmektedir. Katılımcıların %33,9’u okuma yazma ile ilgili aktivitelerde ara sıra yardım aldığını belirtti. Grubun %31,7’si hiç gazete ve/veya dergi, %55,2’si hiç kitap okumadığını belirtti.

Tablo 12. Araştırma Grubunun Okuma Alışkanlıkları

Özellikler	Sayı	%
Okuma yazma ile ilgili aktivitelerde yardım alma durumu		
Yardım almıyor	121	66,1
Ara sıra	62	33,9
Gazete, dergi okuma sıklığı		
Hiç okumuyor	58	31,7
Ara sıra	69	37,7
Sıklıkla	22	12,0
Her gün	34	18,6
Kitap okuma sıklığı		
Hiç okumuyor	101	55,2
Yılda bir	20	10,9
Birkaç ayda bir	30	16,4
Ayda bir, iki	19	10,4
Haftada bir	13	7,1
<b>Toplam</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bilgi aldıkları kaynakların dağılımı Tablo 13’de görülmektedir. Katılımcıların en çok sağlık bilgisi aldıkları kaynak %74,9 ile doktor, hemşireydi. Bunu %31,2 ile eczacı, %34,1 ile aile üyesi, arkadaşlar izlemekteydi.

Tablo 13. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Bilgi Aldıkları Kaynakların Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Sağlık bilgisi alınan ilk kaynak		
Doktor, hemşire	137	74,9
İnternet	30	16,4
Aile üyesi, arkadaş	7	3,8
Eczacı	5	2,7
Televizyon	4	2,2
Sağlık bilgisi alınan ikinci kaynak (n:157)		
Eczacı	49	31,2
İnternet	44	28,0
Aile üyesi, arkadaş	28	17,8
Doktor, hemşire	21	13,4
Televizyon	12	7,6
Kitap, broşür	3	1,9
Sağlık bilgisi alınan üçüncü kaynak (n:138)		
Aile üyesi, arkadaş	47	34,1
Eczacı	27	19,6
İnternet	26	18,8
Televizyon	18	13,0
Kitap, broşür	8	5,8
Doktor, hemşire	7	5,1
Gazete	5	3,6
<b>Toplam</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Araştırma grubunun sağlık hizmeti alma konusundaki tutumlarının dağılımı Tablo 14 ve Tablo 15'te görülmektedir. Grubun %26,8'i yeni gelişen sağlık şikâyetlerinde ilk olarak acile başvurduğunu, %56,3'ü sağlık hizmeti almada en sık tercih edilen kurum olarak şehir hastanesini tercih ettiğini, %43,7'si sağlık kurumlarına en sık muayene amaçlı başvurduğunu belirtti. Grubun %68,9'u aile hekimini tanıdığını, %12,6'sı son bir yılda yatarak tedavi gördüğünü, %42,6'sı son bir yılda diş hekimine başvurduğunu ifade etti. Katılımcılar son bir yılda sağlık kurumuna

ortalama  $4,9 \pm 5,3$  (minimum 0, maksimum 30, ortanca 4,0) kez, son bir yılda acil servise ortalama  $2,3 \pm 3,6$  (minimum 0, maksimum 30, ortanca 1,0) kez başvurmuştu.

Tablo 14. Araştırma Grubunun Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yeni gelişen sağlık şikâyetlerinde ilk başvuru yapılan yer		
Acile gidiyor	49	26,8
Hastanedeki polikliniğe gidiyor	39	21,3
Aile hekimine gidiyor	31	16,9
Bir şey yapmıyor	26	14,2
Evdeki ilaçları kullanıyor	20	10,9
Bitkisel tedavi kullanıyor	13	7,1
Eczaneye danışıyor	3	1,6
Çevredekilere danışıyor	2	1,1
Sağlık hizmeti almada en sık tercih edilen kurum		
Şehir hastanesi	103	56,3
Özel hastane	33	18,0
Aile hekimliği	24	13,1
Üniversite hastanesi	23	12,6
Sağlık kurumlarına en sık başvuru nedeni		
Muayene	80	43,7
Ani gelişen durumlar	39	21,3
Kronik hastalık takibi	30	16,4
Tetkik	21	11,5
İlaç yazdırmak	13	7,1
Aile hekimini tanıma durumu		
Evet	126	68,9
Hayır	57	31,1
Son bir yılda yatarak tedavi olma durumu		
Hayır	160	87,4
Evet	23	12,6
Son bir yılda dış hekimine gitme durumu		
Hayır	105	57,4
Evet	78	42,6
<b>Toplam</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Tablo 15. Araştırma Grubunun Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının Dağılımı (Sayısal Veriler)

	<b>Min</b>	<b>Maks</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ortanca</b>
Son bir yılda sağlık kurumuna başvuru sayısı	0,0	30,0	4,9±5,3	4,0
Son bir yılda acil servise başvuru sayısı	0,0	30,0	2,3±3,6	1,0

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Araştırma grubunun ilaç kullanım konusundaki tutumlarının dağılımı Tablo 16'da görülmektedir. Grubun %92,3'ü doktor gerek görmediği halde kendi isteği ile ilaç yazdırmadığını, %71,6'sı çevre tavsiyesi ya da kendi ilaç bilgisine dayanarak reçetesiz ilaç kullanmadığını, %78,1'i kendine iyi gelen bir ilacı başkasına tavsiye etmediğini, %80,3'ü evdeki ilaçların son kullanma tarihine genellikle dikkat ettiğini, %49,7'si genellikle ilaçları doktorun önerdiği süre boyunca kullandığını, %67,2'si aktarın, tanıdıkların önerdiği ya da televizyondan gördüğü bitkisel bir ilacı kullanmadığını belirtti.

Tablo 16. Araştırma Grubunun İlaç Kullanım Konusundaki Tutumlarının Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Doktor gerek görmediği halde ilaç yazdırma durumu		
Hayır	169	92,3
Bazen	11	6,0
Genellikle	3	1,6
Çevre tavsiyesi ya da kendi ilaç bilgisine dayanarak reçetesiz ilaç kullanma durumu		
Hiçbir zaman	131	71,6
Bazen	47	25,7
Genellikle	5	2,7
Kendine iyi gelen ilacı başkasına tavsiye etme durumu		
Hiçbir zaman	143	78,1
Bazen	20	10,9
Genellikle	20	10,9
İlaçların son kullanım tarihine dikkat etme durumu		
Hiçbir zaman	32	17,5
Bazen	4	2,2
Genellikle	147	80,3
İlaçları doktorun önerdiği süre boyunca kullanma durumu		
Hiçbir zaman	52	28,4
Bazen	40	21,9
Genellikle	91	49,7
Bitkisel ilaç kullanma durumu		
Hayır	123	67,2
Evet	36	19,7
Bazen	24	13,1
<b>Toplam</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Araştırma grubunun koruyucu sağlık hizmetlerinin farkında olma, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma durumuna göre dağılımı Tablo 17’de görülmektedir. Grubun %20,8’i daha önce grip aşısı yaptırdığını, %57,9’u son bir yılda bir sağlık çalışanı tarafından kan basıncının ölçüldüğünü belirtti. Kadın katılımcıların %81,0’i meme kanseri taraması için kendi kendine meme muayenesinden haberdar olduğunu, %33,3’ü kendi kendine meme muayenesi yaptığını ifade etti. Kadın katılımcıların %76,2’i serviks kanseri taraması için smear testinden haberdar olduğunu, 30 yaş üstü kadınların %100’ü smear testinden haberdar olduğunu ve 30 yaş üstü kadınların %81,8’i smear testi yaptırdığını belirtti. Kadın katılımcıların 66,7’si meme kanseri taraması için mamografi taramasından haberdar olduğunu, 40 yaş üstü kadınların %100’ü mamografi taramasından haberdar olduğunu ve 40 yaş üstü kadınların %44,4’ü mamografi taraması yaptırdığını ifade etti. Tüm katılımcıların %20,8’i bağırsak kanseri taraması için dışkıda gizli kan testinden haberdar olduğunu, 50 yaş üstü tüm katılımcıların %36,7’si dışkıda gizli kan testinden haberdar olduğunu ve 50 yaş üstü tüm katılımcıların %20,4’ü dışkıda gizli kan testini yaptırdığını belirtti.

Tablo 17. Araştırma Grubunun Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Farkında Olma, Koruyucu Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler		Sayı	%
Grip aşısı yaptırma durumu	Hayır	145	79,2
	Evet	38	20,8
Son bir yılda bir sağlık çalışanı tarafından kan basıncı ölçülme durumu	Evet	106	57,9
	Hayır	77	42,1
Kendi kendine meme muayenesinden haberdar olma durumu (n:21)*	Bilgisi var	17	81,0
	Bilgisi yok	4	19,0
Kendi kendine meme muayenesini yapma durumu (n:21)*	Hayır	14	66,7
	Evet	7	33,3
Smear testinden haberdar olma durumu (n:21)*	Bilgisi var	16	76,2
	Bilgisi yok	5	23,8
Smear testi yaptırma durumu (n:11)**	Evet	9	81,8
	Hayır	2	18,2
Mamografi taramasından haberdar olma durumu (n:21)*	Bilgisi var	14	66,7
	Bilgisi yok	7	33,3
Mamografi yaptırma durumu (n:9)***	Hayır	5	55,6
	Evet	4	44,4
Dışkıda gizli kan testinden haberdar olma durumu	Bilgisi var	145	79,2
	Bilgisi yok	38	20,8
Dışkıda gizli kan testini yaptırma durumu (n:49)****	Hayır	39	79,6
	Evet	10	20,4
<b>Toplam</b>		<b>183</b>	<b>100,1</b>

\*Kadınlar cevapladı

\*\*30 yaş üstü kadınlar cevapladı

\*\*\*40 yaş üstü kadınlar cevapladı

\*\*\*\*50 yaş üstü kişiler cevapladı

Araştırma grubunun ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olma durumuna göre dağılımı Tablo 18’de görülmektedir. Katılımcıların %38,3’ü Sağlık Bakanlığı’nın ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olduğunu belirtti. Kampanyadan haberdar olanların %51,9’u tütün ve tütün mamulleriyle mücadele kampanyasını bildiğini belirtti.

Tablo 18. Araştırma Grubunun Ulusal Sağlık Kampanyalarından Haberdar Olma Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olma durumu		
Hayır	113	61,7
Evet	70	38,3
Haberdar olunan ulusal sağlık kampanyaları (n:79)*		
Tütün ve tütün mamulleriyle mücadele kampanyası	41	51,9
Akılcı antibiyotik kullanımı	10	12,7
Kızıl ay kan bağıışı kampanyası	10	12,7
KETEM kampanyaları	10	12,7
Obezite mücadele hareketi kampanyası	3	3,8
Her gün 10 bin adım kampanyası	3	3,8
Aile hekimi tanıtım kampanyası	2	2,5
Yeşil ay kampanyaları	2	2,5
El yıkama kampanyası	1	1,3
Aşı kampanyası	1	1,3
Organ bağıışı kampanyası	1	1,3
<b>TOPLAM</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

\*Bir kişi birden fazla cevap verdi.



Araştırma grubunun iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma, kişisel koruyucu kullanma ve iş kazası geçirme durumlarına göre dağılımı Tablo 19’da görülmektedir. Grubun %54,1’i iş sağlığı ve güvenliği eğitimi aldığını, %43,2’i çalışırken kişisel koruyucu kullandığını, %76,0’sı da iş kazası geçirmediğini belirtti.

Tablo 19. Araştırma Grubunun İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Alma, Kişisel Koruyucu Kullanma ve İş Kazası Geçirme Durumlarına Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
İş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumu		
Evet	99	54,1
Hayır	84	45,9
Kişisel koruyucu kullanma durumu		
Hayır	65	35,5
Bazen	39	21,3
Genellikle	79	43,2
İş kazası geçirme durumu		
Hayır	139	76,0
Evet	44	24,0
<b>Toplam</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre dağılımı Tablo 20’de görülmektedir. Grubun %18,0’i yetersiz, %43,2’si sorunlu, %29,0’u yeterli, %9,8’i mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahipti. Yetersiz ile sorunlu, yeterli ile mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyleri birleştirildiğinde; grubun %61,2’si yetersiz-sorunlu, %38,8’i ise yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti.

Tablo 20. Araştırma Grubunun Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Dağılımı

Özellikler		Sayı	%
Sağlık okuryazarlığı düzeyi	Yetersiz	33	18,0
	Sorunlu	79	43,2
	Yeterli	53	29,0
	Mükemmel	18	9,8
İki kategorili sağlık okuryazarlığı düzeyi			
	Yetersiz-sorunlu	112	61,2
	Yeterli-mükemmel	71	38,8
<b>Toplam</b>		<b>183</b>	<b>100,0</b>

Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 21 ve Tablo 22’de görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyine göre yaş ortalaması farklılık göstermekteydi. Yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların yaş ortalaması diğerlerinden daha düşüktü ( $p=0,011$ ). Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermekteydi. Kadınlarda yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların erkeklere göre daha fazla olduğu tespit edildi ( $p=0,001$ ). Eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermekteydi. Eğitim durumu arttıkça yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların yüzdesi artmaktaydı (Eğimde  $\chi^2=26,068$ ,  $p<0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyine göre çocuk sayısı ortalaması farklılık göstermekteydi. Yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların çocuk sayısı ortalaması yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olanlarından daha düşüktü ( $p=0,038$ ). Medeni durum, çocuk varlığı, aile tipi, en uzun süre yaşanan yere göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermemekteydi (sırasıyla  $p=0,548$ ,  $p=0,110$ ,  $p=0,086$ ,  $p=0,110$ ,  $p=0,299$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyine göre evde yaşayan kişi sayısı ve aylık hane geliri ortalamaları arasında farklılık belirlenmedi (sırasıyla  $p=0,890$ ,  $p=0,301$ ).

Tablo 21. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi			
		Yetersiz-Sorunlu		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	162	106	65,4	56	34,6
Kadın	21	6	28,6	15	71,4
$\chi^2=10,637, p=0,001$					
<b>Eğitim durumu</b>					
İlkokul	66	55	83,3	11	16,7
Orta okul	34	23	67,6	11	32,4
Lise	51	21	41,2	30	58,8
Üniversite/ yüksekokul	32	13	40,6	19	59,4
<b>Eğimdex<math>\chi^2=26,068, p&lt;0,001</math></b>					
<b>Medeni durum</b>					
Evli	141	89	63,1	57	36,9
Bekar	34	18	52,9	16	47,1
Boşanmış/ eşi ölmüş	8	5	62,5	3	37,5
$\chi^2=1,201, p=0,548$					
<b>Çocuk varlığı</b>					
Yok	138	89	64,5	49	35,5
Var	45	23	51,1	22	48,9
$\chi^2=2,559, p=0,110$					
<b>Aile tipi</b>					
Çekirdek aile	168	104	61,9	64	38,1
Geniş aile	12	8	66,7	4	33,3
Dağılmış aile	3	0	0,0	3	100,0
$\chi^2=4,918, p=0,086$					
<b>En uzun süre yaşanılan yer</b>					
Köy, kasaba, ilçe	24	17	70,8	7	29,2
Kent, büyük kent	159	95	59,7	64	40,3
$\chi^2=1,079, p=0,299$					
<b>Toplam</b>	<b>183</b>	<b>112</b>	<b>61,2</b>	<b>71</b>	<b>38,8</b>

\* Satır yüzdesi

Tablo 22. Araştırma Grubunun Sayısal Sosyodemografik Özellikleri Ortalamalarına göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler*	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				p
	Yetersiz- Sorunlu		Yeterli-Mükemmel		
	Sayı	Ort ± SS	Sayı	Ort ± SS	
Yaş	112	42,7 ± 13,4	71	37,6 ± 12,3	<b>p=0,011</b>
Çocuk sayısı	89	2,4 ± 1,1	49	2,0 ± 1,0	<b>p=0,038</b>
Evde yaşayan kişi sayısı	112	3,6 ± 1,4	71	1,4 ± 0,2	p=0,890
Aylık hane geliri	112	3625,3 ± 1828,7	71	3915,8 ± 1876,9	p=0,301

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

\*Değişkenlerin analizinde bağımsız gruplar t testi yapıldı.

Araştırma grubunun mesleki özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 23 ve Tablo 24'te görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyine göre meslekte çalışılan süre ortalamaları farklılık göstermekteydi. Yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların meslekte çalışma süre ortalaması yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı olanlara göre daha düşüktü (p=0,038). Mesleki eğitimin alındığı yere göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermekteydi. Teknik meslek okulunda veya üniversite mesleki eğitim alanların sertifikalı mesleki eğitim kursundan mesleki eğitim alanlara göre daha yüksek düzeyde yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlendi (p=0,001). Meslek sektörlerine göre ve mesleki eğitim varlığına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermemekteydi (sırasıyla p=0,118, p=0,292).

Tablo 23. Araştırma Grubunun Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Meslekte Çalışılan Süre Ortalamaları

Özellikler*	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				p
	Yetersiz- Sorunlu		Yeterli-Mükemmel		
	Sayı	Ort ± SS	Sayı	Ort ± SS	
Meslekte çalışılan süre	112	22,7 ± 14,7	71	13,6 ± 11,9	<b>p&lt;0,001</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

\*Analizde bağımsız gruplar t testi yapıldı.

Tablo 24. Araştırma Grubunun Mesleki Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				
		Yetersiz- Sorunlu		Yeterli- Mükemmel		
		Sayı	%*	Sayı	%*	
Meslek sektörleri						
	Otomotiv	88	59	67,0	29	33,0
	Diğer	95	53	55,8	42	44,2
		$\chi^2=2,438, p=0,118$				
Mesleki eğitim varlığı						
	Var	94	61	64,9	33	35,1
	Yok	89	51	57,3	38	42,7
		$\chi^2=1,109, p=0,292$				
Mesleki Eğitimin Alındığı Yer**						
	Sertifikalı mesleki eğitim kursu	55	42	76,4	13	23,6
	Teknik meslek okulu/ üniversite	39	19	48,7	20	51,3
		$\chi^2=7,655, p=0,006$				

\* Satır yüzdesi

\*\*Mesleki eğitim alanlar arasındaki dağılım verildiği için n:94

Araştırma grubunun sosyal güvence durumu ve sosyal statü algısına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 25’te görülmektedir. Sosyal güvence durumuna göre ve sosyal statü algısına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermemektedir (sırasıyla p=0,314, p=0,263).

Tablo 25. Araştırma Grubunun Sosyal Güvence Durumu ve Sosyal Statü Algısına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi			
		Yetersiz-Sorunlu		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
Sosyal güvence durumu					
Yok	15	11	73,3	4	26,7
Var	168	101	60,1	67	39,9
		$\chi^2=1,013, p=0,314$			
Sosyal statü algısı					
Ortanın altı	30	19	63,3	11	36,7
Orta	101	66	65,3	35	34,7
Ortanın üstü	52	112	61,2	71	38,8
		$\chi^2=2,674, p=0,263$			

\* Satır yüzdesi

Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bazı davranış özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 26 ve Tablo 27’de görülmektedir. Diş fırçalama durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermekteydi. Dişlerini fırçalama sıklığı arttıkça yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların yüzdesi artmaktaydı (Eğimde  $\chi^2=18,370$ ,  $p<0,001$ ). Sigara kullanma durumuna göre, alkol kullanma durumuna göre, iş giysisi giyme durumuna göre, iş giysisi yıkama/değiştirme sıklığına göre ve fiziksel aktivite süresine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermemekteydi (sırasıyla  $p=0,730$ ,  $p=0,391$ ,  $p=0,450$ ,  $p=0,387$ ,  $p=0,767$ ).

Yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı olanların günlük sigara tüketim ortalaması daha yüksek, günlük su tüketimi ortalaması daha düşüktü (sırasıyla  $p=0,016$ ,  $p=0,009$ ). Sigara tüketilen süre ve haftalık banyo yapılan gün sayısı ortalamaları sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre farklılık göstermemekteydi (sırasıyla  $p=0,371$ ,  $p=0,321$ ).

Tablo 26. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Bazı Davranış Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi			
		Yetersiz-Sorunlu		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Sigara kullanma durumu</b>					
Kullanıyor	107	66	61,7	41	38,3
Hiç kullanmamış	44	25	56,8	19	43,2
Bırakmış	32	21	65,6	11	34,4
$\chi^2=0,630, p=0,730$					
<b>Alkol kullanma durumu</b>					
Kullanıyor	53	35	66,0	18	34
Kullanmıyor	130	77	59,2	53	40,8
$\chi^2=0,735, p=0,391$					
<b>İş giysisi giyme durumu</b>					
Evet	117	74	63,2	43	36,8
Hayır	66	38	57,6	28	42,4
$\chi^2=0,572, p=0,450$					
<b>İş giysisi yıkama/ değiştirme sıklığı**</b>					
Haftada 1 ve daha sık	111	71	64,0	40	36,0
Haftada 1'den az	6	3	50,0	3	50,0
Fisher's exact test $p=0,387$					
<b>Diş fırçalama durumu</b>					
Fırçalamıyor	36	33	91,7	3	8,3
Günde 2'den az	122	69	56,6	53	43,4
Günde 2 ve üzeri	25	10	40,0	15	60,0
<b>Eğimde <math>\chi^2=18,370,</math> <math>p&lt;0,001</math></b>					
<b>Fiziksel aktivite süresi</b>					
Hiç yapmıyor	88	56	63,6	32	36,4
150 dakika altı	18	10	55,6	8	44,4
150 dakika ve üstü	77	46	59,7	31	40,3
$\chi^2=0,531, p=0,767$					

\* Satır yüzdesi

\*\*İş giysisi giyenler arasındaki dağılım verildiği için n:117



Tablo 27. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Sayısal Bazı Davranış Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Dağılımı

Özellikler*	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				
	Yetersiz- Sorunlu		Yeterli-Mükemmel		
	Sayı	Ort ± SS	Sayı	Ort±SS	p
Günlük tüketilen sigara (paket)**	66	1,2 ± 0,6	41	1,0 ± 0,4	<b>p=0,016</b>
Sigara tüketilen süre (yıl)**	50	18,3 ± 12,1	33	16,1 ± 9,8	p=0,371
Haftalık banyo yapılan gün sayısı	112	4,8 ± 2,0	71	5,1 ± 1,8	p=0,321
Günlük su tüketim miktarı (bardak )	112	6,8 ± 4,1	71	8,6 ± 4,7	<b>p=0,009</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

\*Değişkenlerin analizinde bağımsız gruplar t testi yapıldı.

\*\*Sigara tüketenler arasındaki dağılım verildiği için n:107

Araştırma grubunun beslenme ile ilgili davranış özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin göre dağılımı Tablo 28’de görülmektedir. Gün içinde ara öğün yeme durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermekteydi. Ara öğün yeme sıklığı arttıkça yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların yüzdesi artmaktaydı (Eğimde  $\chi^2=4,370$ ,  $p=0,037$ ). Öğün atlama durumu ve en sık atlanılan öğüne göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermemekteydi (sırasıyla  $p=0,219$ ,  $p=0,127$ ).

Tablo 28. Araştırma Grubunun Beslenme İle İlgili Davranış Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi			
		Yetersiz-Sorunlu		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
Öğün atlama durumu					
Genellikle	45	28	62,2	17	37,8
Bazen	79	53	67,1	26	32,9
Öğün atlamıyor	59	31	52,5	28	47,5
$\chi^2=3,036, p=0,219$					
En sık atlanılan öğün **					
Kahvaltı	35	19	54,3	16	45,7
Öğle	81	58	71,6	23	28,4
Akşam	8	4	50,0	4	50,0
$\chi^2=4,123, p=0,127$					
Gün içinde ara öğün yeme durumu					
Genellikle	35	16	45,7	19	54,3
Bazen	28	17	60,7	11	39,3
Ara öğün yemiyor	120	79	65,8	41	34,2
<b>Eğimde <math>\chi^2=4,370, p=0,037</math></b>					

\* Satır yüzdesi

\*\*Öğün atlayanlar arasındaki dağılım verildiği için n:124

Araştırma grubunun besin tüketim özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 29'da görülmektedir. Sebze tüketim, meyve tüketim, süt ve süt ürünleri tüketim, fast food tüketim, şekerli içecek atıştırılabilirlik tüketim sıklığına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermemekteydi (sırasıyla p=0,940, p=0,275, p=0,773, 0,108, p=0,718).

Tablo 29. Araştırma Grubunun Besin Tüketim Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi			
		Yetersiz-Sorunlu		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Sebze tüketim sıklığı</b>					
Günde 1'den az	87	53	60,9	34	39,1
Günde 1 ve daha fazla	96	59	61,5	37	38,5
$\chi^2=0,006, p=0,940$					
<b>Meyve tüketim sıklığı</b>					
Günde 1'den az	81	46	56,8	35	43,2
Günde 1 ve daha fazla	102	66	64,7	36	35,3
$\chi^2=1,191, p=0,275$					
<b>Süt ve süt ürünleri tüketim sıklığı</b>					
Günde 1'den az	59	37	62,7	22	37,3
Günde 1 ve daha fazla	124	75	60,5	49	39,5
$\chi^2=0,084, p=0,773$					
<b>Fast food tüketim sıklığı</b>					
Tüketmiyor	152	97	63,8	55	36,2
Tüketiyor	31	15	48,4	16	51,6
$\chi^2=2,581, p=0,108$					
<b>Şekerli içecek, atıştırma</b>					
Tüketmiyor	101	63	62,4	38	37,6
Tüketiyor	82	49	59,8	33	40,2
$\chi^2=0,131, p=0,718$					

\* Satır yüzdesi

Araştırma grubunun genel sağlık algısı, kronik hastalık varlığı ve ailede kronik hastalık varlığına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 30’da görülmektedir. Sayılan özelliklere göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermemekteydi (sırasıyla p=0,826, p= p=0,693, p=0,386).

Tablo 30. Araştırma Grubunun Genel Sağlık Algısı, Kronik Hastalık Varlığı ve Ailede Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				
		Yetersiz-Sorunlu		Yeterli-Mükemmel		
		Sayı	%*	Sayı	%*	
Genel sağlık algısı	Mükemmel/oldukça iyi	48	30	62,5	18	37,5
	İyi	78	49	62,8	29	37,2
	Fena değil/ kötü	57	33	57,9	24	42,1
$\chi^2=0,383, p=0,826$						
Kronik hastalık varlığı	Evet	131	79	60,3	52	39,7
	Hayır	52	33	63,5	19	36,5
$\chi^2=0,156, p=0,693$						
Ailede kronik hastalık varlığı	Evet	69	45	65,2	24	34,8
	Hayır/ bilmiyor	114	67	58,8	47	41,2
$\chi^2=0,752, p=0,386$						

\* Satır yüzdesi

Araştırma grubunun okuma alışkanlıklarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 31 ‘de görülmektedir. Okuma yazma ile ilgili aktivitelerde yardım alma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermemekteydi.

Yardıma almayanlarda alanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ). Kitap okuma sıklığına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermekteydi. Kitap okuma sıklığı arttıkça yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların yüzdesi artmaktaydı (Eğimde  $\chi^2=5,994$ ,  $p=0,014$ ). Gazete, dergi okuma sıklığına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermemekteydi ( $p=0,193$ ).

Tablo 31. Araştırma Grubunun Okuma Alışkanlıklarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				
		Yetersiz-Sorunlu		Yeterli-Mükemmel		
		Sayı	%*	Sayı	%*	
Okuma yazma ile ilgili aktivitelerde yardım alma durumu	Yardıma alıyor	62	50	80,6	12	19,4
	Yardıma almıyor	121	62	51,2	59	48,8
<b><math>\chi^2=14,928</math>, <math>p&lt;0,001</math></b>						
Gazete, dergi okuma sıklığı	Hiç okumuyor	58	41	70,7	17	29,3
	Ara sıra	69	37	53,6	32	46,4
	Sıklıkla	22	15	68,2	7	31,8
	Her gün	34	19	55,9	15	44,1
<b><math>\chi^2=4,724</math>, <math>p=0,193</math></b>						
Kitap okuma sıklığı	Yılda bir ya da daha az	121	80	66,1	41	33,9
	Birkaç ayda bir	30	19	63,3	11	36,7
	Ayda bir ya da daha sık	32	13	40,6	19	59,4
<b>Eğimde <math>\chi^2=5,994</math>, <math>p=0,014</math></b>						

\* Satır yüzdesi

Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bilgi aldıkları ilk kaynak ve sağlık hizmeti alma konusundaki tutumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 32 ve Tablo 33'te görülmektedir. Son bir yılda dış hekime gitme durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermekteydi. Son bir yılda dış hekime gidenlerde gitmeyenlere göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi ( $p=0,039$ ).

Sağlık bilgisi alınan ilk kaynak, yeni gelişen sağlık şikayetlerinde ilk başvuru yapılan yer, sağlık hizmeti almada en sık tercih edilen kurum, sağlık kurumlarına en sık başvuru nedeni, aile hekimini tanıma durumu ve son bir yılda yatarak tedavi olma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermemekteydi (sırasıyla  $p=0,319$ ,  $p=0,600$ ,  $p=0,928$ ,  $p=0,398$ ,  $p=0,772$ ,  $p=0,181$ ). Son bir yılda sağlık kurumuna başvuru sayısı ortalaması ve son bir yılda acil servise başvuru sayısı ortalaması sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre farklılık göstermemekteydi ( $p=0,593$ ,  $p=0,306$ ).

Tablo 32. Araştırma Grubunun Sağlıkla İlgili Bilgi Aldıkları İlk Kaynak ve Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi			
		Yetersiz- Sorunlu		Yeterli- Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
Sağlık bilgisi alınan ilk kaynak					
Doktor, hemşire	137	81	59,1	56	40,9
Diğerleri	46	31	67,4	15	32,6
$\chi^2=0,991, p=0,319$					
Yeni gelişen sağlık şikâyetlerinde ilk başvuru yapılan yer					
Diğer seçenekler	64	41	64,1	23	35,9
Aile hekimi	31	20	65,5	11	35,5
Hastane polikliniği	39	25	64,1	14	35,9
Acil servis	49	26	53,1	23	46,9
$\chi^2=1,870, p=0,600$					
Sağlık hizmeti almada en sık tercih edilen kurum					
Aile hekimliği	24	14	58,3	10	41,7
Şehir hastanesi	103	65	63,1	38	36,9
Üniversite hastanesi	23	13	56,5	10	43,5
Özel hastane	33	20	60,6	13	39,4
$\chi^2=0,458, p=0,928$					
Sağlık kurumlarına en sık başvuru nedeni					
İlaç yazdırmak	13	9	69,2	4	30,8
Kronik hastalık takibi	30	17	56,7	13	43,3
Tetkik- Muayene	101	66	65,3	35	34,7
Ani gelişen durumlar	39	20	51,3	19	48,7
$\chi^2=2,960, p=0,398$					
Aile hekimini tanıma durumu					
Evet	126	78	61,9	48	38,1
Hayır	57	34	59,6	23	40,4
$\chi^2=0,084, p=0,772$					
Son bir yılda yatarak tedavi olma durumu					
Evet	23	17	73,9	6	26,1
Hayır	160	95	59,4	65	40,6
$\chi^2=1,790, p=0,181$					
Son bir yılda diş hekimine gitme durumu					
Evet	78	41	52,6	37	47,4
Hayır	105	71	67,6	34	32,4
$\chi^2=4,272, p=0,039$					

\* Satır yüzdesi

Tablo 33. Araştırma Grubunun Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Dağılımı (Sayısal Veriler)

Özellikler*	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				p
	Yetersiz- Sorunlu		Yeterli-Mükemmel		
	Sayı	Ort±SS	Sayı	Ort±SS	
Son bir yılda sağlık kurumuna başvuru sayısı	112	4,7	71	5,1	0,593
Son bir yılda acil servise başvuru sayısı	112	2,1	71	3,3	0,306

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

\*Analizde bağımsız gruplar t testi yapıldı

Araştırma grubunun ilaç kullanım konusundaki tutumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 34'te görülmektedir. Çevre tavsiyesi ya da kendi ilaç bilgisine dayanarak reçetesiz ilaç kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermekteydi. Reçetesiz ilaç kullanmayanlarda kullananlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi ( $p=0,022$ ). Kendine iyi gelen ilacı başkasına tavsiye etme durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermekteydi. Kendine iyi gelen ilacı başkasına tavsiye etmeyenlerde edenlere göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi ( $p=0,044$ ). İlaçların son kullanım tarihine dikkat etme durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermekteydi. İlaçların son kullanım tarihine dikkat edenlerde etmeyenlere göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi ( $p=0,010$ ).

Doktor gerek görmediği halde ilaç yazdırma durumu, ilaçları doktorun önerdiği süre boyunca kullanma durumu, bitkisel ilaç kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermemekteydi (sırasıyla  $p=0,805$ ,  $p=0,286$ ,  $p=0,578$ ).



Tablo 34. Araştırma Grubunun İlaç Kullanım Konusundaki Tutumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				
		Yetersiz-Sorunlu		Yeterli-Mükemmel		
		Sayı	%*	Sayı	%*	
Doktor gerek görmediği halde ilaç yazdırma durumu	Evet	14	9	64,3	5	35,7
	Hayır	169	103	60,9	66	39,1
$\chi^2=0,061, p=0,805$						
Çevre tavsiyesi ya da kendi ilaç bilgisine dayanarak reçetesiz ilaç kullanma durumu	Evet	131	87	66,4	44	33,4
	Hayır	52	25	48,1	27	51,9
$\chi^2=5,270, p=0,022$						
Kendine iyi gelen ilacı başkasına tavsiye etme durumu	Evet	143	93	65,0	50	35,0
	Hayır	40	19	47,5	21	52,5
$\chi^2=4,047, p=0,044$						
İlaçların son kullanım tarihine dikkat etme durumu	Evet	151	86	57,0	65	43,0
	Hayır	32	26	81,3	6	18,8
$\chi^2=6,564, p=0,010$						
İlaçları doktorun önerdiği süre boyunca kullanma durumu	Evet	131	77	58,8	54	41,2
	Hayır	52	35	67,3	17	32,7
$\chi^2=1,140, p=0,286$						
Bitkisel ilaç kullanma durumu	Evet	60	35	58,3	25	41,7
	Hayır	123	77	62,6	46	37,4
$\chi^2=0,309, p=0,578$						

\* Satır yüzdesi

Araştırma grubunun bazı koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 35’te görülmektedir. Grip aşısı yaptırma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermekteydi. Grip aşısı yaptıranlarda yaptırmayanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi (p=0,002). Son bir yılda bir sağlık çalışanı tarafından kan basıncı ölçülme durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermekteydi. Kan basıncı ölçülenlerde ölçülmeyenlere göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi (p=0,035).

Tablo 35. Araştırma Grubunun Bazı Koruyucu Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				
		Yetersiz-Sorunlu		Yeterli-Mükemmel		
		Sayı	%*	Sayı	%*	
Grip aşısı yaptırma durumu						
Evet	38	15	39,5	23	60,5	
Hayır	145	97	66,9	48	33,1	
<b><math>\chi^2=9,536, p=0,002</math></b>						
Son bir yılda bir sağlık çalışanı tarafından kan basıncı ölçülme durumu						
Evet	106	58	54,7	48	45,3	
Hayır	77	54	70,1	23	29,9	
<b><math>\chi^2=4,462, p=0,035</math></b>						

\* Satır yüzdesi

Araştırma grubunun kanser taramalarının farkında olma ve kanser taraması yaptırmaya ve ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 36'da görülmektedir. Dışkıda gizli kan testini yaptırmaya durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermekteydi. Dışkıda gizli kan testini yaptıranlarda yaptırmayanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi ( $p=0,035$ ). Kendi kendine meme muayenesinden haberdar olma durumu, kendi kendine meme muayenesini yapma durumu, smear testinden haberdar olma durumu, smear testi yaptırmaya durumu, mamografi taramasından haberdar olma durumu, mamografi yaptırmaya durumu, dışkıda gizli kan testinden haberdar olma durumu ve ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermemekteydi (sırasıyla  $p=1,000$ ,  $p=0,354$ ,  $p=0,262$ ,  $p=0,331$ ,  $p=0,061$ ,  $p=0,053$ ,  $p=0,638$ ,  $p=0,230$ ).

Tablo 36. Araştırma Grubunun Kansere Taramalarının Farkında Olma, Kansere Taraması Yaptırma ve Ulusal Sağlık Kampanyalarından Haberdar Olma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi			
		Yetersiz-Sorunlu		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
Kendi kendine meme muayenesinden haberdar olma durumu**					
Bilgisi var	17	5	24,9	12	70,6
Bilgisi yok	4	1	25,0	3	75,5
Fisher's exact test p=1,000					
Kendi kendine meme muayenesini yapma durumu**					
Evet	7	3	42,9	4	57,1
Hayır	14	3	21,4	11	78,6
Fisher's exact test p=0,354					
Smear testinden haberdar olma durumu**					
Bilgisi var	16	6	37,5	10	62,5
Bilgisi yok	5	0	0,0	5	100,0
Fisher's exact test p=0,262					
Smear testi yaptırma durumu***					
Evet	9	4	44,4	5	56,6
Hayır	2	1	50,0	1	50,0
Fisher's exact test p=1,000					
Mamografi taramasından haberdar olma durumu**					
Bilgisi var	14	6	42,9	8	57,1
Bilgisi yok	7	0	0,0	7	100,0
Fisher's exact test p=0,061					
Mamografi yaptırma durumu****					
Evet	4	3	75,0	1	25,0
Hayır	5	2	40,0	3	60,0
Fisher's exact test p=0,524					
Dışkıda gizli kan testinden haberdar olma durumu					
Bilgisi var	38	22	57,9	16	42,1
Bilgisi yok	145	90	62,1	55	37,9
$\chi^2=0,221$ , p=0,638					
Dışkıda gizli kan testini yaptırma durumu*****					
Evet	10	5	50,0	5	50,0
Hayır	39	32	82,1	7	17,9
$\chi^2=4,421$ , p=0,035					
Ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olma durumu					
Bilgisi var	70	39	55,7	31	44,3
Bilgisi yok	113	73	64,6	40	35,4
$\chi^2= 1,438$ p=0,230					

\* Satır yüzdesi

\*\*Kadınlar arasındaki dağılım verildiği için n:21

\*\*\*30 yaş üstü kadınlar arasındaki dağılım verildiği için n:11

\*\*\*\*40 yaş üstü kadınlar arasındaki dağılım verildiği için n:9

\*\*\*\*\*50 yaş üstü kişiler arasındaki dağılım verildiği için n:49

Araştırma grubunun iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma, kişisel koruyucu kullanma ve iş kazası geçirme durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 37’de görülmektedir. İş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermekteydi. İş sağlığı ve güvenliği eğitimi alanlarda almayanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi (p=0,009). Kişisel koruyucu kullanma durumu ve iş kazası geçirme durumuna göre ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermemekteydi (sırasıyla p=0,378, p=0,072).

Tablo 37. Araştırma Grubunun İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Alma, Kişisel Koruyucu Kullanma ve İş Kazası Geçirme Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi			
		Yetersiz-Sorunlu		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
İş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumu					
Evet	99	52	52,5	47	47,5
Hayır	84	60	71,4	24	28,6
<b><math>\chi^2=6,839</math> p=0,009</b>					
Kişisel koruyucu kullanma durumu					
Evet	118	75	63,6	43	36,4
Hayır	65	37	56,9	28	43,1
$\chi^2= 0,777$ p=0,378					
İş kazası geçirme durumu					
Evet	44	32	72,7	12	27,3
Hayır	139	80	57,6	59	42,4
$\chi^2= 3,240$ p=0,072					

\* Satır yüzdesi

Yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan değişkenlerin lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 38’de görülmektedir. Yeterli-mkemmell sağlık okuryazarlığı ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan değişkenlerden “meslekte çalışılan süre” ile “yaş” arasında yüksek düzeyde korelasyon belirlenmesi sebebiyle ( $r=0,691$   $p<0,001$ ) regresyon modeline yaş değişkeni alındı, meslekte çalışma süresi modele alınmadı (102).

Yeterli-mkemmell sağlık okuryazarlığını;

- kadın cinsiyette olmak 5,01 kat,
- eğitim seviyesinin artması ilkokul seviyesine göre lise için 6,64 kat,
- dişlerini firalamamaya göre günde 2’den az firalamak 7,02 kat, günde 2 ve üzeri kez firalamak 11,32 kat,
- gün içinde genellikle ara oğn tüketmek hiç tüketmemeye göre 3,85 kat,
- okuma yazma aktiviterinde yardım almamak almaya göre 3,15 kat artırmaktaydı (sırasıyla  $p=0,045$ ,  $p=0,003$ ,  $p=0,009$ ,  $p=0,013$ ,  $p=0,025$  ve  $p=0,039$ ).

Tablo 38. Yeterli-Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları

	Yeterli-Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı Exp [B] (%95 Güven Aralığı)	p
Yaş (yıl)	0,98 (0,93 - 1,04)	0,560
Cinsiyet (kadın=1, erkek=0)	5,01 (0,71 - 1,86)	<b>0,045</b>
Çocuk sayısı	1,15 (0,69 - 1,88)	0,580
Günlük tüketilen sigara miktarı (paket)	0,88 (0,44 - 1,73)	0,705
Günlük tüketilen su miktarı (bardak)	1,06 (0,95 - 1,17)	0,308
Eğitim (ilkokul)		<b>0,025</b>
Eğitim (ortaokul)	2,21 (0,58- 8,48)	0,248
Eğitim (lise)	6,64 ( 1,92 -22,89)	<b>0,003</b>
Eğitim (üniversite/ yüksekokul)	4,06 (0,93 -17,70)	0,062
Mesleki eğitim alınan yer (teknik meslek okulu/ üniversite=1, sertifikalı mesleki eğitim kursu=0)	1,18 (0,41-3,40)	0,756
Diş fırçalama durumu (fırçalamıyor)		<b>0,021</b>
Diş fırçalama durumu (Günde 2'den az)	7,02 (1,64 -30,11)	<b>0,009</b>
Diş fırçalama durumu (Günde 2 ve üzeri)	11,32 (1,68-76,12)	<b>0,013</b>
Gün içinde ara öğün tüketme durumu (Ara öğün yemiyor)		0,080
Gün içinde ara öğün tüketme durumu (Bazen)	1,49 (0,49-4,49)	0,483
Gün içinde ara öğün tüketme durumu (Genellikle)	3,85 (1,18-12,53)	<b>0,025</b>
Okuma yazma ile ilgili aktivitelerde yardım alma durumu (hayır=1, evet=0)	3,15 (1,06-9,37)	<b>0,039</b>
Kitap okuma sıklığı (Yılda bir ya da daha az)		0,158
Kitap okuma sıklığı (Birkaç ayda bir )	0,34 (0,11-1,06)	0,063
Kitap okuma sıklığı (Ayda bir ya da daha sık )	0,93 (0,28-3,04)	0,903
Son bir yılda diş hekimine gitme durumu (evet=1, hayır=0)	1,88 (0,77-4,55)	0,164
Reçetesiz ilaç kullanma durumu (hayır=1, evet=0)	0,74 (0,28-1,9)	0,528
Kendine iyi gelen ilacı başkasına tavsiye etme durumu (hayır=1, evet=0)	0,67 (0,23-1,94)	0,461
İlaçların son kullanım tarihine dikkat etme durumu (evet=1, hayır=0)	1,97 (0,59 -6,61)	0,272
Grip aşısı yaptırma durumu (evet=1, hayır=0)	2,44 (0,89-6,71)	0,083
Son bir yılda bir sağlık çalışanı tarafından kan basıncı ölçülme durumu (evet=1, hayır=0)	2,07 (0,86 -5,02)	0,107
İş sağlığı eğitimi alma durumu (evet=1, hayır=0)	0,81 (0,32 -2,05)	0,648
Dışkıda gizli kan testini yaptırma durumu (evet=1, hayır=0)	1,54 (0,30-7,91)	0,603
Sabit	0,006	0,002
Uyarlanmış R <sup>2</sup>	0,370	0,471*

\*Hosmer-Lemeshow

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Isparta Gül Küçük Sanayi Sitesi'ndeki küçük ölçekli iş yerlerinde çalışanların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörler araştırıldı ve grubun %61,2'sinin sınırlı (%18,0'i yetersiz, %43,2'si sorunlu), %29,0'unun yeterli, %9,8'inin mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur.

HLS-EU CONSORTIUM (2012) tarafından yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin (HLS-EU-Q47) kullanıldığı 8 ülkede yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda Avrupa genelinde ülkeler arası farklılıklar olmakla beraber %47,6 sınırlı (%12,4 yetersiz, %35,2 sorunlu), %36,0 yeterli, %16,5 mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyleri tespit edilmiş ve sınırlı sağlık okuryazarlığı için Hollanda %28,7 yüzde ile sağlık okuryazarlığı için en iyi konumdaki ülke iken Bulgaristan 62,1 ile en düşük sağlık okuryazarlığına sahip ülke olmuştur (23). Bu çalışmada Bulgaristan ile benzer bir düzeyde sınırlı sağlık okuryazarlığı tespit edilmiştir.

Japonya Avrupa Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Geçerlilik Çalışması'nda katılımcıların %85,4'ü sınırlı (%49,9'u yetersiz, %35,5'i sorunlu), %10,4'ü yeterli, 4,2'si mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunmuştur (103).

Durusu-Tanrıöver ve arkadaşları tarafından 2014'te Türkiye'nin her bölgesinden toplamda 4924 katılımcıda yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının sonuçlarına göre toplumun %64,6'sı yetersiz (%24,5) veya sorunlu (%40,1), %27,8'i yeterli, %7,6'sı mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisindedir (65).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması'na göre katılımcıların %27,2 yetersiz, %42,2'si sorunlu, %24,8'i yeterli, %5,8'i mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisindedir (67).

Güner ve Ekmekçi'nin Ankara'da bir döküm fabrikasında çalışan işçilerde yaptığı çalışmaya göre, katılan işçilerin %13,5'i yetersiz, %47,5'i sorunlu, %30,9'u yeterli ve %8,2'si mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bulunmuştur (104).

Bu çalışmada yeterli, mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyleri küçük farklarla Türkiye geneli yapılan çalışmalardan daha yüksek bulunsa da genel olarak benzer



sağlık okuryazarlığı kategorileri gözlenmektedir. Bu da araştırma grubumuzun sağlık okuryazarlığı seviyeleri açısından ülke geneline benzer olduğunu ve Avrupa'nın daha gelişmiş ülkelerinden geride olduğumuzu göstermektedir. Japonya'daki yüksek sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi ise bazı toplumların yüksek özeleştirici özelliğine dayandırılmaktadır (7). Çalışmamız yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığının yüksek yüzdesi nedeni ile grubumuz için önemli bir sorun teşkil etmektedir.

Sağlık okuryazarlığını farklı kategorilerle ölçen çok sayıda farklı ölçüm aracı bulunmasından dolayı karşılaştırma açısından bir kısıtlılık faktörü olmakla birlikte yetersiz sağlık okuryazarlığının toplumlara göre değişimini incelemek için fikir edinilebilir.

1992 Amerikan Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Anketi'nin bir parçası olan sağlıkla ilgili değerlendirme soruları, bir sağlık faaliyetleri okuryazarlığı ölçeği geliştirmek üzere kullanılmış ve bu ölçek 2003 yılında Kanada Yetişkin Okuryazarlığı ve Becerileri Araştırması ve Amerika Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi'nde ve 2006 yılında Avustralya Yetişkin Okuryazarlığı ve Yaşam Becerileri Anketi'nin kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Buna göre Avustralyalı yetişkinlerin yaklaşık %57'si, Kanadalı yetişkinlerin %55'i bireylerin günlük yaşamın karmaşık taleplerini karşılaması ve bilgiye dayalı işlerde çalışması için gerekli minimum seviye olan 3. seviyenin altında kalmıştır. Amerika'daki yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ise %14'ü temel düzeyin altında, %22'si temel düzeyde, %53'ü orta düzeyde, %12'si yeterli düzeyde saptanmıştır (39).

Çoğunluğu TOFHLA ve REALM ölçeklerini kullanan 85 araştırmanın dahil edildiği Paasche-Orlow ve ark'nın yaptığı sistematik derlemede katılımcıların %26'sının düşük (TOFHLA için yetersiz ve REALM için 6. sınıf düzeyi ve altı) ve %20'sinin marjinal (TOFHLA için marjinal ve REALM için 7. ve 8. sınıf düzeyi ve altı) sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır (105).

Tayvan'da yapılan Mandarin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği'nin kullanıldığı ulusal düzeyde bir çalışmada katılımcıların %69,7'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli, %16,6'sı marjinal ve %13,7'si yetersiz kalmıştır (106). Çinde yapılan bir çalışmada çinli sakinlerin yaklaşık %91,2'sinin sağlık okuryazarlığının düşük veya

yetersiz olduğu bulunmuştur (107). İran'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %44'ünün sağlık okuryazarlığı sınırlı düzeyde bulunmuştur (108).

Sağlık okuryazarlığındaki ülkeler arası bu çeşitliliğin olması genel olarak sosyoekonomik farklılıklara dayansa da farklı ölçütlere verilen yanıtların sağlık okuryazarlığındaki gerçek farklılıkları ne kadar yansıttığının, sağlık sistemleri arasındaki farklılıkların veya kültürel farklılıkların ne denli etkilediğinin anlaşılmasının da etkili olduğu düşünülmektedir (72).

Bu çalışmada çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde yaş arttıkça yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi azalmaktadır.

Amerika Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi sonuçlarına göre, yaşlıların yaklaşık üçte biri sağlıkla ilgili bir broşürdeki bilgileri anlamak ve kullanmak için yeterli sağlık okuryazarlığından yoksundur (39). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında daha yaşlı gruplar daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip olma eğilimindeyken genel eğilimin tersine döndüğü Hollanda'da yaşlılar gençlerden daha yüksek sağlık okuryazarlığı puanına sahip olmuştur (23). Kanada'da yapılan araştırmada 65 yaş üstü kişilerin sadece %12'sinin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (109). Avustralya Yetişkin Okuryazarlığı ve Yaşam Becerileri Anketi sonuçlarına göre 40 yaşından sonra sağlık okuryazarlığı seviyelerinin düşmeye başladığı ve 65-74 yaş grubundaki kişilerin %80'inden fazlasının yeterli sağlık okuryazarlığı olmadığı belirtilmiştir (110). Altmış çalışmanın alındığı bir sistematik derlemede yaşlılık, tıbbi durumlarla ilgili okuduğunu anlama, muhakeme ve aritmetik becerileri olarak ölçen analizlerde sınırlı sağlık okuryazarlığı ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur (111).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'na göre yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı puanının azaldığı bulunmuştur (65). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması'na göre ileri yaş gruplarında sağlık okuryazarlığı puanı, daha genç yaş gruplarına göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (67). Özdemir ve ark.'nın çalışmasında yaşlılarda sağlık okuryazarlığı daha düşük bulunmuştur (112).

Benzer şekilde pek çok araştırmada gençlerde sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuştur (88,106,113–116).

Bunun yanında yaş ile sağlık okuryazarlığının da azalmadığı daha az çalışma da mevcuttur. Örneğin Japonya’da yapılan sağlık okuryazarlığı çalışmasında ise sağlık okuryazarlığı ortalama puanı yaş grupları arttıkça artmıştır. Bunu anketlerini internet üzerinden uygulamalarına dolayısıyla katılımcıların genel popülasyondan farklı özelliklere sahip olabilecek aktif internet kullanıcıları olmalarına bağlamaktadırlar (103). Güner ve Ekmekçi’nin bir döküm fabrikasında çalışanlarda yaptıkları çalışmada eğitime göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde farklılık bulunmamıştır (104).

Isparta’da yapılan çalışmalarda bu çalışmayla uyumlu sonuçlar bulunmuştur. Değerli’nin Isparta’da yaptığı çalışmada katılımcıların yaşları arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (117). Türkoğlu’nun Isparta’da yetişkin bireylerde yaptıkları çalışmada 50 yaş üstündekilerde sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları diğer yaş gruplarından düşük saptanmıştır (118).

Bu uluslararası araştırmalar göz önüne alındığında bu çalışmayla da uyumlu şekilde düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinin yaşla birlikte arttığını görülmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığının artması bazı çalışmalarda düşük eğitim seviyesi oranının yaşla birlikte artmasıyla ilişkilendirilirken (119), yaşın artmasıyla sağlığı korumak ve gerekli kararları verme konusunda sağlıkla ilgili bilgilere erişmek, anlamak, değerlendirmek ve uygulamak için yeterli kişisel beceri ve yeterliliklerin azalması (85), bilişsel ve fiziksel becerilerin bozulması, okuma akıcılığının azalması (120), sağlık sistemindekilerle iletişim kurma zorluklarının artması (85) gibi faktörler de yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlığının düşmesi ile ilintili görülmüştür. Ayrıca yaşlılarda daha sık rastlanan düşük bilgisayar okuryazarlığının da sağlık okuryazarlığındaki yetersizliği etkilediği düşünülmektedir (121).

Araştırma grubundaki kadınlarda yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi erkeklere göre 5,01 kat daha yüksek bulundu. Başka bir ifade ile kadın olmak beş kat yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olmanın öngörücülerinden biriydi.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında cinsiyet Hollanda ve İrlanda dışında sağlık okuryazarlığında farklılık yaratmamışken bu iki ülkede kadın cinsiyet

daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bulunmuştur (23). 2003 Amerika Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi'ne göre Amerika'da kadınların sağlık okuryazarlık düzeyi erkeklerden yüksektir (39). Japonya'da yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında sağlık okuryazarlığı seviyesi kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (103). Avustralya Yetişkin Okuryazarlığı ve Yaşam Becerileri Anketi sonuçlarına göre cinsiyet açısından sağlık okuryazarlığı seviyesinde farklılık gözlenmemiştir (122).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'na göre ise erkeklerde sağlık okuryazarlığı puanı daha yüksek bulunmuştur (65). Aynı şekilde zdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kadın katılımcılarda sağlık okuryazarlığı daha düşük bulunmuştur ve bunu kadınların istatistiki olarak daha az eğitimi olmasına bağlamaktadırlar (112). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı lekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik alışması'na göre cinsiyet açısından fark bulunmamıştır (67).

Kadınlarda daha yüksek sağlık okuryazarlığı sonucuna ulaşan araştırmalar olduğu gibi (88,113,123), erkeklerde sağlık okuryazarlığını daha yüksek bulan çalışmalar (115,124,125) ve cinsiyetin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilemediği çalışmalar da (116,126) mevcuttur.

Türkoğlu'nun Isparta'da yetişkin bireylerde yaptığı çalışmada kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi erkeklerden daha yüksek saptanmıştır (118). Değerli'nin Isparta'da yetişkin bireylerde yaptığı çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulunmuştur (117).

Kadınların ocuk bakımında daha etkin rol oynamaları, sağlıkları konusunda daha dikkatli olmaları ve sağlık hizmetlerinde daha aktif rol almaları daha yüksek yüzdede yeterli-mkemmek sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olmalarına sebep olabilir. Ayrıca sanayi ortamında çalışan kadınların daha ziyade muhasebe veya satış gibi ofis işlerinde çalışıyor olmaları dolayısıyla çoğunluğu otomotiv sektöründe çalışan erkeklere göre daha yüksek eğitim seviyesine sahip olmaları da bu sonuca neden olmuş olabilir.

Bu çalışmada eğitim seviyesinin artması yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi ilkokul mezunu olanlara göre lise mezunu olanlarda 6.64 kat daha yüksektir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda yüksek eğitilmiş bireyler daha yüksek sağlık okuryazarlığı puanlarına sahip olma eğilimindedir. Bu etki, düşük eğitim seviyeli nüfusların özellikle düşük sağlık okuryazarlığı puanlarına sahip olduğu Yunanistan, Bulgaristan, Polonya ve İspanya'da en güçlü, sağlık okuryazarlığı seviyelerinin daha iyi eğitilmiş gruplar içinde en az etkilendiği Almanya, Hollanda ve Avusturya'da en düşük bulunmuştur (23). 6 Asya ülkesinde yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı geçerlilik araştırmasında eğitim seviyesi artınca sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı olarak artırmıştır (75). Amerika Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi'nde de artan her eğitim seviyesiyle birlikte sağlık okuryazarlığı da artmıştır (39).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'na göre de eğitim seviyeleri arttıkça sağlık okuryazarlığı puanı artmıştır (65). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması'na göre eğitim durumu düşük gruplarda sağlık okuryazarlığı puanı, eğitim durumu daha yüksek gruplara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (67). Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim seviyesi düşük olanlarda sağlık okuryazarlığı daha düşük bulunmuştur (112). Aynı şekilde pek çok çalışmada eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı bulunmuştur (88,106,114-116,123,124,127-129).

Avustralya ve Japonya'da yapılan çalışmalarda ise eğitim seviyesi sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamlı bir fark oluşturmamıştır (103,130). Aynı şekilde bir döküm fabrikasında çalışanlarda yapılan çalışmada da eğitime göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde farklılık bulunmamıştır (104).

Değerli'nin Isparta'da yaptığı çalışmada eğitim düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir (117). Türkoğlu'nun Isparta'da yetişkin bireylerde yaptığı çalışmada eğitim durumu ilk ve orta okul olan katılımcıların, eğitim durumu lise ve üniversite olan katılımcılara göre sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük bulunmuştur (118).

Araştırmalarla uyumlu şekilde bu çalışmada da eğitim seviyesi sağlık okuryazarlığının belirleyici faktörlerinden biri olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyi bilgiyi arama ve bilgiye ulaşma yeteneğini, bilişsel ve dilbilimsel yetenekleri ve özyeterliliği etkiler. Bir bireyin eğitim düzeyi, sağlık bilgilerine erişme, hastalıkları önleme ve sağlığın teşviki ve öğrenilmesi, sağlık bakım rejimleri ve sağlık mesajlarıyla ilgili iletişim kurma yeteneklerini doğrudan etkilemektedir (7).

Bu çalışmada çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların ocuk sayısı ortalaması daha düşüktü.

Demirli'nin Edirne'de yaptığı çalışmada ocuk sayısı arttığa, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğünü bulunmuştur (126). Duman'ın İstanbul'da ilkokul velilerinde yaptığı çalışmada 3 ve daha fazla çocuğa sahip olanların daha az sayıda çocuğu olanlara göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları daha düşük olarak saptanmıştır (131). Avcının 0-24 aylık çocuğu olan annelerde yaptığı çalışmada ocuk sayısı 1 olan annelerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları ocuk sayısı 2 ve üstü olan annelere göre daha yüksek bulunmuştur (132). şen Uğur'un bir toplum sağlığı bölgesindeki erişkinlerde yaptığı çalışmada ocuk sayısı 3 ve üzeri olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı puan ortalaması daha az ocuk sahibi olanlara göre daha düşük bulunmuştur (133). Oğulluk'un polikliniğe başvuran yetişkinlerde yaptığı çalışmada ocuk sayısı arttığa sağlık okuryazarlık seviyesinin azaldığı bulunmuştur (134). Güven'in polikliniğe başvuran yetişkin hastalarda yaptığı çalışmada sahip olunan ocuk sayısına göre sağlık okuryazarlık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (135)

Türkoğlu'nun Isparta'da yetişkin bireylerde yaptığı çalışmada 3 ocuk ve üzerinde çocuğa sahip olanların sağlık okuryazarlığı düzeyi, daha az çocuğa sahip olanlardan düşük bulunmuştur (118).

Bu çalışmada da elde edilen sonuç literatürle uyumludur. Bu durum yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların eğitim seviyelerinin daha yüksek olması ve eğitim seviyesi yüksek olanların aile planlaması ile ilgili bilgi seviyelerinin yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı dişlerini fırçalamayanlara göre günde 2'den az fırçalayanlarda 7,02 kat, günde 2 ve üzeri kez fırçalayanlarda 11,32 kat yüksek bulunmuştur.

Amerikan Diş Hekimliği Birliği'nin dişleri günde iki kez fırçalanması önerisine (136) uygun bir şekilde bu çalışmada günde 2 ve üzeri kez fırçalayanların sağlık okuryazarlığı oldukça artmaktadır.

Ağız sağlığı okuryazarlığı "Bireylerin uygun sağlık kararlarını almak için gereken temel ağız sağlığı bilgilerini ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi" olarak tanımlanmaktadır (137). Parker ve arkadaşlarının yerli Avustralyalılarda yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı ile korele olan ağız sağlığı okuryazarlığı düzeyi dişlerini günde 2 ve daha fazla fırçalaması gerektiğine inananlarda daha yüksek bulunmuştur (138).

Vann ve arkadaşlarının ailelerin ağız sağlığı okuryazarlığının çocukların ağız sağlığına etkilerini araştıran çalışmalarında günlük diş fırçalamayan çocukların ailelerinin düşük sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğu ve günlük diş fırçalamann daha iyi ağız sağlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (139).

Ju ve arkadaşlarının Koreli yetişkinlerde yaptığı çalışmada katılımcılarda algılanan ağız sağlığı durumu kötüden iyiye doğru arttıkça ve günlük diş fırçalama sıklığı sayısı arttıkça sağlık okuryazarlığı seviyesinin arttığı saptanmıştır (140). Ueno ve arkadaşlarının Japon yetişkinlerde yaptığı çalışmada katılımcıların ağız sağlığı okuryazarlığı arttıkça diş fırçalama sıklıklarının da arttığı bulunmuştur (141). Lee ve arkadaşları tarafından 1400 yetişkinde yaptıkları, evde diş bakımını yapma ve dişleri yeterli fırçalama değişkenlerinin sorulduğu diş ihmal ölçeği ağız sağlığı okuryazarlığı ve ağız sağlığı durumunun incelendiği çalışmada ile diş ihmal puanlarının yüksek olması kötü ağız sağlığı durumu o da düşük sağlık okuryazarlığı puanı ile ilişkili bulunmuştur (142).

Kocaoğlu ve arkadaşlarının ilköğretim öğrencilerinde yaptığı çalışmada diş çürüğü ve kötü ağız hijyeni görülme oranı diş fırçası olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (143).

Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı, sağlıklı davranış sergileme yollarından biri olan diş fırçalama olasılığını artırmaktadır.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre sigara kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermemiştir. Bununla beraber yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı olanların çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde günlük sigara tüketim ortalaması daha yüksekti.

Jayasinghe ve arkadaşlarının dört Avustralya eyaletinde 30 farklı pretisyen hekime başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı olanların sigara içme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (130). Fernandez ve arkadaşlarının Amerika'da yaşlı yetişkinlerde yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda sigara içme ihtimali regresyonla anlamını kaybetmekle birlikte yüksek bulunmuştur (144). Liu Ve arkadaşlarının Çin'de 1400 yaşlı erişkinde yaptıkları çalışmada sigara içmeyen yaşlı yetişkinler daha yüksek sağlık okuryazarlığı puanlarına sahip bulunmuştur (145). Hoover ve arkadaşlarının Afrikan Amerikalılarda yapılan bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı olanlarda sigara tüketimi ihtimali daha yüksek bulunmuştur (146). Suka ve arkadaşlarının Japonya'da binden fazla kişide yaptıkları çalışmada sigara içmeyenlerde sağlık okuryazarlığı puanı daha yüksek bulunmuştur (147). Wagner ve arkadaşlarının İngiliz yetişkinlerde yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı puanları daha yüksek olan bireylerin de sigara içmeme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (88).

Bazı araştırmalarda ise sağlık okuryazarlığı ile sigara tüketimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Reisi ve arkadaşlarının İran'da yaşlı yetişkinlerde yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (124). Geboers ve arkadaşlarının Hollanda'da yaşlı yetişkinlerde yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (115). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması'nda günlük sigara içenler Hollanda'daki en düşük yüzde, Yunanistan'da en yüksek yüzde arasında değişmekle birlikte, sağlık okuryazarlığının sigara içme davranışı üzerindeki etkisi gösterilememiştir (64).



Üçpınar'ın çalışmasında bireylerin sigara kullanım durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (148). Yılmazel'in yaptığı çalışma da sigara kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyinde farklılık gözlenmemiştir (149). Deniz'in yaptığı çalışmada tütün kullanım durumlarına göre genel sağlık okuryazarlığı kategorileri farklı bulunmamıştır (125).

Teleş'in Ankara'da bir üniversitesi hastanesine başvuran hastalarda yaptığı çalışmada sigara kullanma durumları ve günlük tüketilen sigara miktarları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (150). Oğulluk'un çalışmasında günlük içilen sigara adedine göre sağlık okuryazarlığı seviyelerinde farklılık gözlenmemiştir (134).

Bu çalışmada sigara kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermemişken yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı olanların günlük sigara tüketim ortalaması daha yüksek olması grubun yarısından fazlasının sigara tüketiyor olması ve sanayi ortamında etkilenmenin kolay olma ihtimalinden dolayı yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların da sigara içme risklerinin başka topluluklara göre daha yüksek olmasıyla ilgili olabilir. Bununla birlikte her ne kadar sigara içmeye devam etseler de günlük içtikleri sigara adedini sınırlı tutmaya çalışıyor olabilirler.

Bu çalışmada çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların günlük su tüketimi ortalaması daha yüksekti.

Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye Beslenme Rehberi'nde yetişkin dönemde sağlıklı beslenme için sıvı tüketiminin artırılması, günde en az 8-10 su bardağı su içilmesi önerilmektedir (151).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda katılımcıların günlük su tüketimi  $6,7 \pm 0,1$  bardak olarak bulunmuştur (65).

Sözen ve arkadaşlarının metal sektöründe faaliyet gösteren bir iş yerinde çalışanlarda yaptığı çalışmada katılımcılar günde ortalama  $6,6 \pm 4,1$  bardak su tüketmektedirler (152).

Bu çalışmada günlük ortalama su tüketimi  $7,5 \pm 4,4$  bardak olarak bulunmuştur. Çalışma grubumuzda Türkiye genelinden ve bir sanayi sektöründe çalışanlardan yüksek ortalama su tüketimi mevcut olmakla birlikte önerilen miktarın altında kalmaktadır. Sağlık okuryazarlığının yeterli-mükemmel seviyede olmasının sağlıklı davranışları benimsemeyi artırmasının bir sonucu olarak tüketilen su miktarları yetersiz-sorunlu seviyedekilerden daha yüksektir.

Bu çalışmaya göre gün içinde genellikle ara öğün tüketenlerde hiç tüketmemeye göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı 3,85 kat yüksek bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye Beslenme Rehberi'nde yetişkin dönemde sağlıklı beslenme için 3 ana, 2 veya 3 ara öğün ile besin alımı önerilmektedir (151)

Benzer bir sağlık okuryazarlığı biçimi olarak ortaya çıkan beslenme okuryazarlığı bireylerin temel beslenme kavramlarını ve bilgilerini edinme, anlama ve benimseme becerisine sahip olmaları olarak tanımlanmıştır (153). Kalkan'ın genç yetişkinlerde beslenme alışkanlıklarını araştırdığı çalışmasında günlük ara öğün sayısını da sorgulayan yiyecek alışkanlıkları listesi puanları ile beslenme okuryazarlığı puanları arasında güçlü bir pozitif korelasyon bulunmuştur (154).

Sözen ve arkadaşlarının metal sektöründe faaliyet gösteren bir iş yerinde çalışanlarda yaptığı çalışmada katılımcıların %62,6'sının temel öğünler dışında yiyecek-içecek tüketme alışkanlığı bulunmuştur (152). Yurttagül ve Yücecan'ın mobilya sektöründe çalışan işçilerin beslenme alışkanlıklarını inceleyen çalışmalarında işçilerin %38,6'sı ara öğün tükettiklerini belirtmişlerdir (155). Bilge'nin konfeksiyon fabrikasında çalışan işçilerde yaptığı çalışmada işçilerin %45,7'sinin ara öğün tükettiği bulunmuştur (156). Kaner ve arkadaşlarının mobilya üretiminde çalışan işçilerde yaptıkları çalışmada işçilerin %31,4'ünün ara öğün tükettiği belirlenmiştir (157).

Bu araştırma grubunun % 34,4'ünde ara öğün tüketme alışkanlığı mevcuttur. Sanayi dallarında yapılan bu çalışmaların çoğuyla benzer şekilde bu çalışmadaki katılımcılar arasında da ara öğün tüketimi yetersiz kalmıştır. Özellikle işçi grubunun enerji, protein gereksinmesi arttığı için, öğün aralarında tüketilen besin tüketimine özen gösterilmesi gerekir. Bununla birlikte sağlık okuryazarlığının sonucu olarak

Kalkan'ın çalışmasına benzer şekilde bu çalışmada da ara öğün tüketenlerde yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığını yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmaya göre okuma yazma aktivitelerinde yardım almayanlarda yardım alanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı 3,15 kat yüksekti. Bu sonuç literatürle uyumludur.

Amerika Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi sonuçlarına göre sözlü okuma akıcılığı daha yüksek olanlarda sağlık okuryazarlığı yüksek bulunmuştur (113).

Üçpunar'ın çalışmasında okuduğunu anlama düzeyini iyi olarak belirten katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi, orta ve kötü olarak belirtenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (148). Duman'ın İstanbul'da ilkökul velilerinde yaptığı çalışmada okuma yazma durumunu kötü olarak değerlendirenlerde sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları daha düşük olarak saptanmıştır (131). Avcı'nın çalışmasında okuma yazma durumunu iyi olarak değerlendiren annelerin sağlık okuryazarlığı testi puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur (132). Uğurlu'nun sağlık kurumlarına başvuran hastalarda yaptığı çalışmada kendi okuma düzeyini kötü ve çok kötü olarak değerlendiren hastaların puan ortalamalarının diğer gruplara göre düşük olduğu saptanmıştır (158). Aslantekin ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %22,5'inin hastaneye yalnız gelememesini, en çok okumaz yazmazlık ile açıklamışlardır (148).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (The Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD) 33 ülkede okuryazarlık, sayısal alan ve problem çözme gibi üç alanda yeterliliği değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmaya göre Türk yetişkinlerin yeterliliği üç alanda da ortalamanın altında kaldığı (okuryazarlıkta 227 puan (OECD ortalaması = 268 puan) ve sayısal alanda 219 puan (OECD ortalaması = 263 puan)) saptanmıştır(159).

Okuryazarlık, sağlığı hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkileyen bir sosyal belirleyicidir: Doğrudan etkilemesi sağlık bilgisi toplama ve kavrama zorluğu ile sağlık sisteminin düzenlenmesi ve işleyişinde zorlanma gibi nedenlerle; dolaylı olarak da, genellikle sınırlı okuryazarlıkla ilgili olan kişisel ve sosyoekonomik zorluklar; örneğin, kendine güven, istihdam, gelir, barınma, sağlıklı beslenme gibi temel insani

ihtiyaçların karşılanması gibi zorluklarla karşı karşıya kalma gibi nedenlerle olmaktadır (57).

Bu çalışmada çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde kitap okuma sıklığı arttıkça yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi de artmaktaydı.

Kanada Öğrenme Konseyi'nin raporuna göre günlük okuma alışkanlığı sağlık okuryazarlığı için en güçlü etkileyici faktör olmuştur (78). İbrahim ve arkadaşlarının İngiltere'de koroner kalp hastalığı olan bireylerde, bir sağlık okuryazarlığı tarama aracının geçerliliğini değerlendiren çalışmalarında sağlık okuryazarlığı kitap okuma alışkanlığı olanlarda daha yüksek bulunmuştur (160).

Üçpunar'ın yaptığı çalışmada günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere "her zaman-sıklıkla" kitap ve broşürlerden ulaştığını bildirenlerin, "çok az-hiçbir zaman" ulaştığını bildirenlerine göre daha fazla yüzdesi yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunmuştur (148). Demirli'nin Denizli'de yaptığı çalışmada kitap okuma sıklığı arttıkça yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğü saptanmıştır (126). Duman'ın İstanbul'da ilkökul velilerinde yaptığı çalışmada kitap okuma alışkanlığı olanlarda sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları daha yüksek olarak saptanmıştır (131). Avcı'nın yaptığı çalışmada kitap okuma alışkanlığı olan annelerin sağlık okuryazarlığı testi puanları kitap okuma alışkanlığı olmayan annelere göre daha yüksek bulunmuştur (132). Özdemir'in bir aile sağlığı merkezine başvuranlarda yaptığı çalışmada kitap okuma oranı arttıkça sağlık okuryazarlık puanının da arttığı saptanmıştır (161). Oğulluk'un çalışmasında hiç okumadığını ifade eden grupta yetersiz sağlık okuryazarlığı yüksek oranda bulunmuştur (134).

'Bir toplumun okuma alışkanlığı düzeyi, aynı zamanda, bilginin toplumsallaşma düzeyinin en somut göstergelerinden birisidir. Bu toplumsallaşma ise bilginin organik bir gereksinim olarak kültürel dokuya yerleşmesi ve toplumun gelişme için temelli bir güç elde etmesi anlamına gelmektedir' (162). 'Okumak, insanda olumlu ilgilerin ve etkilerin uyanıp gelişmesine yardım etmekte ve kendi kendini eğitmesine katkıda bulunmaktadır' (163). Bu da mayası bilgi edinme, anlama ve uygulama olan sağlık okuryazarlığı için elzemdir.

Bu çalışmada çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde son bir yılda diş hekimine muayene olanlarda olmayanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu tespit edildi.

White ve arkadaşlarının Amerika Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi'ndeki 40 yaş üstü kişilerden aldığı sonuçlara göre artmış sağlık okuryazarlığı diş hekimine gitme ile pozitif ilişkili bulunmuştur (113). Kanada'da yaşayan Brezilyalı göçmenlerde yapılan araştırmada yeterli sağlık okuryazarlığı son bir yılda diş hekimine başvurma ile ilişkili bulunmuştur (164). Ju ve arkadaşlarının Koreli yetişkinlerde yaptığı çalışmada diş hekimine gitme sağlık okuryazarlığı seviyesiyle pozitif yönlü korele bulunmuştur (140). Henderson ve arkadaşlarının Amerikalı yetişkinlerde yaptığı çalışmada ağız sağlığı okuryazarlığı düşük olan hastaların geçen yıl diş hekimini ziyaret etme olasılıkları daha az bulunmuştur (165). Ueno ve arkadaşlarının Japon yetişkinlerde yaptığı çalışmada katılımcıların ağız sağlığı okuryazarlığı arttıkça düzenli diş muayenesi yaptırma olasılıklarının da arttığı bulunmuştur (141). Bu çalışmaların aksine Goto ve arkadaşlarının Japon popülasyonda yaptığı çalışmada diş hekimine gidenlerde sağlık okuryazarlığı farklı bulunmamıştır (166).

Guo ve arkadaşlarının yetişkinlerde yaptığı çalışmada düzenli diş hekimine gitmeyenlerde kötü ağız sağlığı durumunun daha sık görüldüğü ve bu kişilerde daha zayıf hasta diş hekimi iletişiminin ve daha düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinin olduğu ve daha yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesinin daha iyi hasta diş hekimi ilişkisiyle ilgili olduğu bulunmuştur (167).

Bu çalışmada literatürde olduğu gibi sağlık okuryazarlığının yeterli seviyede olması kişilerin tüm bedeni gibi ağız sağlığının önemini farkında olması ve gerekli ağız sağlığı bilgisine arama ve ulaşma gereği ile diş hekimine muayene olunmasını artırmaktadır.

Bu çalışmada çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde reçetesiz ilaç kullanmayanlarda kullananlara göre, kendine iyi gelen bir ilacı başkasına tavsiye etmeyenlerde edenlere göre, ilaçların son

kullanım tarihine dikkat edenlerde etmeyenlere göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu tespit edildi.

Reçeteli ilaçların uygun şekilde alınıp alınmadığını ölçen çalışmalarda düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi yanlış ilaç kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Kripalani ve arkadaşlarının koroner kalp hastalarına yaptığı çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı olanlarda kendi ilaçlarının kullanımlarını tanımlayabilme olasılıkları daha düşük bulunmuştur (168). Waldrop-Valverde ve arkadaşlarının HIV pozitif hastalarda ilaç talimatlarının anlaşılmasını ölçen çalışmalarında sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalar ilaç yönetiminden daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir (169). Kalichman ve arkadaşlarının HIV pozitif kişilerde sağlık okuryazarlığı iyileştirme müdahalelerini araştıran çalışmalarında sağlık okuryazarlığını artıran müdahaleler ilaç uyumunu artırmada istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur (170). Raehl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı yüksek olan yaşlı hastalar ilaçlarını daha doğru alabilmişlerdir (171). Yin ve arkadaşlarının yaptığı çocuk hastaların ilaç dozlarının ebeveynleri tarafından uygun olarak verilip verilmediğini araştıran iki çalışmada da sağlık okuryazarlığının yetersiz veya sınırdaki olması olumsuz bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (128,172). Benzer şekilde ilaç kullanımını yanlış anlama sonucu yanlış kullanımı araştıran iki çalışmada sağlık okuryazarlığının daha düşük olması risk faktörü olarak bulunmuştur (116,173).

Şen Uğur'un çalışmasında akılcı ilaç kullananlarda (reçetesiz ilaç kullanmayanlarda, ilaçların son kullanma tarihine dikkat edenlerde gibi) sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (133).

Yeniçeri'nin çalışmasında kendi kendini tedavi için ilaç kullanma ve ilaç tavsiye etmeye göre sağlık okuryazarlığı düzeyinde farklılık yokken ilaçların son kullanma tarihine dikkat edenlerde sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuştur (174).

Mevcut araştırmalar, hastaların sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesinin, tedaviye uyumu da içeren hastalık yönetimi davranışlarını iyileştirmek ve bu çalışmada da olduğu gibi akılcı ilaç kullanımını yerleştirmek için etkili bir eğitim ve önleme aracı olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda katılanların %48,3 ile çoğunluğu reçetesiz ilaç kullanmadığını, %52,3 ile çoğunluğu kendine iyi gelen bir ilacı başkasına tavsiye etmediğini ve %60,4 ile çoğunluğu her zaman evdeki ilaçların son kullanım tarihine dikkat ettiğini belirtmiştir (65).

Bu araştırma grubunun %70'inden fazlası reçetesiz ilaç kullanmadığını, başkasına ilaç tavsiyesinde bulunmadığını ve evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat ettiğini belirtti. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'ndan daha yüksek yüzdeler elde edilmesi yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı yüzdelerinin bu çalışmada az farklarla da olsa daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde grip aşısı yaptıranların yaptırmayanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu tespit edildi.

Bennett ve arkadaşlarının Amerika Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi'ndeki 65 yaş üstü kişilerde yaptıkları çalışmada artmış sağlık okuryazarlığı ile son bir yılda grip aşısı yaptırma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (127). Sudore ve arkadaşlarının yaşlılarda yaptığı çalışmada sınırlı sağlık okuryazarlığı olan kişilerde grip aşısı yaptırma olasılığı daha düşük bulunmuştur (123). Scott ve arkadaşlarının 65 yaş üstü kişilerde yaptığı çalışmada yeterli sağlık okuryazarlığı becerileri olmayan bireylerin, grip aşısı yaptırmadığını bildirme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (175).

White ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 65 yaş üstü kişilerde sağlık okuryazarlığı düzeyi grip aşısı yaptırma arasında pozitif bir ilişki bulunmuşken 40 yaşından gençler için negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (113). Moran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre ise grip aşısı yaptırma sıklığı sağlık okuryazarlığı düzeyine göre değişmemekle birlikte aşının güvenli olduğu inancı grip aşısı olma ihtimalini artırırken aşya olan güvenin yüksek olması da yüksek sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bulunmuştur (176).

Yeterli sağlık okuryazarlığı diğer koruyucu sağlık hizmetleri gibi grip aşısına da yaklaşımda olumlu bir niyete yol açmakta ve çoğu literatüre benzer şekilde bu çalışmada da olduğu gibi grip aşısı yaptırma olasılığını arttırmaktadır.

Bu çalışmada çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde son bir yılda kan basıncı ölçtürenlerin ölçtürmeyenlere göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu tespit edildi.

Yılmazel'in ilköğretim öğretmenlerinde yaptığı çalışmada katılanların %95,4'ü daha önce kan basıncı ölçümü yaptırdığını belirtmişler, hipertansiyon tanısı almadığını belirten kişilerin %6.9'unun çalışma esnasında hipertansiyonu olduğu belirlenmiştir (149). Taşçı ve arkadaşlarının 30 yaş üstü yetişkinlerde yaptığı araştırmada bireylerin % 29.8'inin kan basıncını hiç ölçtürmemiş olup yapılan ölçümlerde hipertansiyon tespit edilenlerin %54,1'inin bu durumdan habersiz olduğu bulunmuştur (177). Bu çalışmalar farkında olunmayan hipertansiyonun dolayısıyla her yıl kan basıncı ölçümü yaptırmanın önemini ortaya koymaktadır.

Kan basıncı taraması yaptırmanın yanı sıra sağlık okuryazarlığının hipertansiyon tanısı konulduğunda da kan basıncını kontrol altında tutmak için de önemli bir parametre olduğunu Pandit ve arkadaşları ve McNaughton ve arkadaşları hipertansiyon tanılı yetişkinlerde yaptıkları çalışmalarda sağlık okuryazarlığı becerileri düşük olan hastalarda kan basıncı kontrol yüzdelerini anlamlı derecede düşük bularak göstermektedirler (178,179).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'na göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanı tarafından tansiyon ölçümü %63,3 olarak bulunmuştur (65). Bu çalışmada son bir yıl içinde bir sağlık çalışanı tarafından kan basıncını ölçtürenlerin yüzdesi 57,9'dur. Türkiye genelinin altında kalan araştırma grubumuz bulunduğu sosyoekonomik ortamdan etkilenmiş ve hipertansiyon ihtimalini kendilerine yakın görmediklerinden dolayı kan basıncını ölçtürmeyi ihmal etmiş olabilirler. Beklenen şekilde kan basıncını ölçtürmeyi ihmal etmeyenlerde yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı daha fazla bulunmuştur.

Bu çalışmada çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde dışkıda gizli kan testi yaptıranların yaptırmayanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu tespit edildi.



White ve arkadaşlarının Amerika Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi'ndeki 40 yaş üstü kişilerden aldığı sonuçlara göre kolon kanser taraması yaptırma ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (113). Kobayashi ve arkadaşlarının İngiltere'de yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı yeterli olanların dışkıda gizli kan testi yaptırmış olma olasılıkları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (180).

Peterson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi ile dışkıda gizli kan testi yaptırma arasında anlamlı ilişki saptanmamakla beraber sınırlı sağlık okuryazarlığı olanlar testi yaptırmaya karşı utanç verici, ya da sıkıntılı bir süreç olacağı gibi daha fazla mazeret bildirmişlerdir (129). Arnold ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık okuryazarlığı düşük olan katılımcıların, dışkıda gizli kan testinin erken dönemde kolon ve rektum problemlerinin bulunmasına yardımcı olacağı inançlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (181).

Şen Uğur'un çalışmasında dışkıda gizli kan testi yaptıranlarda sağlık okuryazarlığı puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (133)

Çoğu literatüre benzer şekilde de bu çalışmada da yeterli sağlık okuryazarlığı dışkıda gizli kan testi yaptıranlarda daha yüksektir. Kolorektal kanser taraması Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz uygulanan tarama programlarından biridir (99). Tarama yaşındaki her ferдин bu ücretsiz ve çok etkili hizmetten yararlanmasını sağlamak için sağlık okuryazarlığı iyileştirilme çabaları büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların meslekte çalışma süre ortalaması daha düşüktü.

Yusida ve arkadaşlarının Endonezya'da kumaş işçilerinde yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığı kavramından yola çıkarak hazırladıkları çeşitli meslek hastalıklarını ve önleme yöntemlerini bilme, sağlık tehlikelerini tahmin etme ve iş sağlığı ve güvenliği kültürü hakkında bilgiye sahip olma ve anlamayı ölçen erişme, anlama, karar verme sorularını içeren iş sağlığı okuryazarlığını ölçen bir anket uygulamışlar. Çalışmalarında meslekte çalışma süresi arttıkça sağlık okuryazarlığının

da arttığını bunu da işçilerin yıllar içinde daha deneyimli, meslekleri ve ortamları hakkında daha çok bilgi sahibi olmaya bağlamışlardır (182).

Yılmazel ve arkadaşlarının bir sanayi kuruluşunda yaptığı çalışmada işte deneyim süresi daha az olanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanı daha yüksek bulunmuştur (183). Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ile pozitif yönde anlamlı ilişkilidir (184). Bu çalışmada da benzer şekilde yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanlarda meslekte çalışma süre ortalaması daha düşük bulundu. Regresyon analizi değerlendirilirken yapılan korelasyon esnasında meslekte geçen sürenin yaş ile yüksek korele olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada bulunan sonucun bu korelasyonla alakalı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada mesleki eğitim alma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde fark bulunmamış olmakla beraber çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde teknik meslek okulunda veya üniversite mesleki eğitim alanların sertifikalı mesleki eğitim kursundan eğitim alanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu tespit edildi. Bu durum sertifikalı mesleki eğitim kursundan eğitim alanların resmi okul yıllarının daha az olmasıyla ilgili olabilir.

Bu çalışmada çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde iş sağlığı eğitimi alanlarda almayanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu tespit edildi.

Bireyin işyerinde iyi sağlık kararları alması için, sağlık okuryazarlığının hem çalışan, hem denetçi hem de meslektaşları arasında ve tüm organizasyon sisteminde yüksek olması gerekir. Johnson & Johnson isimli şirket, çalışanları için kapsamlı, bütünsel, bir sağlık programı geliştirdi ve uyguladı. Sonuçta iş sağlığı eğitimi ve sağlık yönlendirmeleri ile sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılmasının personel katılımını artırdığı, genel kurumsal sağlık harcamasını ve çalışanın devamsızlığını düşürdüğü, aynı zamanda çalışanların sedanter davranış, sigara, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol de dahil olmak üzere olumsuz sağlık çıktılarını önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur (7).

Güner ve Ekmekçi'nin bir döküm fabrikası işçilerinde yaptıkları çalışmada iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma sayısına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde farklılık saptanmamışken, sağlık okuryazarlığı daha düşük olanlar eğitimi günlük çalışma pratiği için daha az yararlı bulmuşlardır (104).

Hem iş sağlığı güvenliği eğitiminden optimum faydalanmak için bireylerin sağlık okuryazarlık seviyesinin iyileştirilmesi etkili olabilir hem de sağlık okuryazarlığı etkin bir iş sağlığı ve güvenliği eğitimi ile artırılabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Isparta Gül Küçük Sanayi Sitesi'ndeki küçük ölçekli iş yerlerinde çalışanların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörler araştırıldı. Buna göre şu sonuçlara ulaşıldı:

1. Grubun yaş ortalaması  $40,7 \pm 13,1$ 'di. Araştırma grubunun %88,5'i erkekti, %36,1'i ilkokul, %17,5'i yüksekokul ve üniversite mezunuydu. Grubun %77,0'si evli ve %75,4'ü çocuk sahibiydi. Çocuk sahibi olanların ortalama çocuk sayısı  $2,3 \pm 1,0$ 'di. Grubunun %91,8'i çekirdek aileye sahipti. Ortalama evdeki kişi sayısı  $3,6 \pm 1,4$ tü ve %84,7'si yaşamlarının büyük bölümünü kentte geçirmişlerdi. Katılımcıların belirttiği aylık hane gelirleri ortalama  $3738 \pm 1848$  TL idi.

2. Araştırma grubunun mesleklerinde ortalama çalışma süresi  $19,1 \pm 14,3$  yıldır ve %48,1'i otomotiv sektöründe çalışıyordu. Grubun %51,4'ü mesleki eğitim almış ve mesleki eğitim alanların %58,5'i eğitimini sertifikalı mesleki eğitim kursundan almıştı.

3. Katılımcıların %91,3'ü Sosyal Güvenlik Kurumu'na kayıtlı sigortalıydı. Katılımcılar sosyal statülerini %55,2 ile orta olarak değerlendirdiler.

4. Araştırma grubunun %58,5'i sigara kullandığını, %71,0'i alkol kullanmadığını belirtti. Sigara kullananlar günde ortalama  $1,1 \pm 0,6$  paket sigarayı, ortalama  $17,5 \pm 11,2$  yıldır tükettiklerini belirttiler. Katılımcıların %63,9'u çalışırken iş giysisi giydiğini, iş giysisi giyenlerin de %43,6'sı iş giysilerini haftada birden çok kez yıkadığını ya da değiştirdiğini belirtti. Grubun %30,6'sı birkaç günde bir dişlerini fırçalarken, haftada  $4,9 \pm 1,9$  gün banyo yaptıklarını belirttiler. Araştırma grubu günde ortalama  $7,5 \pm 4,4$  bardak su tüketmekteydi. Haftada ortalama  $1,7 \pm 2,5$  gün fiziksel aktivite yaparken, fiziksel aktivite yaptıkları günde ortalama  $3,0 \pm 3$ , saat fiziksel aktivite yapmaktaydılar.

5. Grubun %69,9'u günde 3 ana öğün tüketirken, %65,6'sı hiç ara öğün tüketmemekteydi. Grubun %43,2'si bazen öğün atladıklarını belirtti. En sık atlanılan öğün öğle yemeğiydi (%65,3). En sık önem verilen ara öğün ikindi ara öğünüydü (%57,1).

6. Grubun %44,3'ü sebze, %41,5'i meyveyi haftada birkaç gün tükettiklerini belirtti. Süt ve süt ürünlerini grubun %53,6'sı günde bir kez tüketmekteydi. Yüzde 83,1'i *fast-food* ürünlerini, % 55,2'si şekerli içecek ya da atıştırmalıkları tüketmediklerini ya da nadiren tükettiklerini belirttiler.

7. Grubun %42,6'sı genel sağlık algısını iyi olarak değerlendirdi. Grubun %28,4'ünün kendisinin, %37,7'sinin aileden birinin kronik bir hastalığı bulunmaktaydı.

8. Araştırma grubunun %7,1'inde diyabet görülmekteydi. Bunu hipertansiyon (%5,5) ve kalp hastalığı (%5,5) izlemekteydi.

9. Katılımcıların %33,9'u okuma yazma ile ilgili aktivitelerde ara sıra yardım aldığını belirtti. Grubun %31,7'si hiç gazete ve/veya dergi, %55,2'si hiç kitap okumadığını belirtti.

10. Katılımcıların en çok sağlık bilgisi aldıkları kaynak %74,9 ile doktor, hemşireydi. Bunu %31,2 ile eczacı, %34,1 ile aile üyesi, arkadaşlar izlemekteydi.

11. Grubun %26,8'i yeni gelişen sağlık şikâyetlerinde ilk olarak acile başvurduğunu, %56,3'ü sağlık hizmeti almada en sık tercih edilen kurum olarak şehir hastanesini tercih ettiğini, %43,7'si sağlık kurumlarına en sık muayene amaçlı başvurduğunu belirtti. Grubun %68,9'u aile hekimini tanıdığını, %12,6'sı son bir yılda yatarak tedavi gördüğünü, %42,6'sı son bir yılda diş hekimine başvurduğunu ifade etti. Katılımcılar son bir yılda sağlık kurumuna ortalama  $4,9 \pm 5,3$  kez, son bir yılda acil servise ortalama  $2,3 \pm 3,6$  kez başvurmuştu.

12. Grubun %92,3'ü doktor gerek görmediği halde kendi isteği ile ilaç yazdırmadığını, %71,6'sı çevre tavsiyesi ya da kendi ilaç bilgisine dayanarak reçetesiz ilaç kullanmadığını, %78,1'i kendine iyi gelen bir ilacı başkasına tavsiye etmediğini, %80,3'ü evdeki ilaçların son kullanma tarihine genellikle dikkat ettiğini, %49,7'si genellikle ilaçları doktorun önerdiği süre boyunca kullandığını, %67,2'si aktarın, tanıdıkların önerdiği ya da televizyondan gördüğü bitkisel bir ilacı kullanmadığını belirtti.

13. Grubun %20,8'i daha önce grip aşısı yaptırdığını, %57,9'u son bir yılda bir sağlık çalışanı tarafından kan basıncının ölçüldüğünü belirtti. Kadın katılımcıların

%81,0'i meme kanseri taraması için kendi kendine meme muayenesinden haberdar olduğunu, %33,3'ü kendi kendine meme muayenesi yaptığını ifade etti. Kadın katılımcıların %76,2'i serviks kanseri taraması için smear testinden haberdar olduğunu, 30 yaş üstü kadınların %81,8'i smear testi yaptırdığını belirtti. Kadın katılımcıların 66,7'si meme kanseri taraması için mamografi taramasından haberdar olduğunu, 40 yaş üstü kadınların %44,4'ü mamografi taraması yaptırdığını ifade etti. Tüm katılımcıların %20,8'i bağırsak kanseri taraması için dışkıda gizli kan testinden haberdar olduğunu, 50 yaş üstü tüm katılımcılar %20,4'ü dışkıda gizli kan testini yaptırdığını belirtti.

14. Katılımcıların %38,3'ü Sağlık Bakanlığı'nın ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olduğunu belirtti. Kampanyadan haberdar olanların %51,9'u tütün ve tütün mamulleriyle mücadele kampanyasını bildiğini belirtti.

15. Grubun %54,1'i iş sağlığı ve güvenliği eğitimi aldığını, %43,2'i çalışırken kişisel koruyucu kullandığını, %76,0'sı da iş kazası geçirmediğini belirtti.

16. Grubun %18,0'i yetersiz, %43,2'si sorunlu, %29,0'u yeterli, %9,8'i mükemmel düzeyde okuryazarlığına sahipti. Yetersiz ile sorunlu, yeterli ile mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyleri birleştirildiğinde; grubun %61,2'si yetersiz-sorunlu,%38,8'i ise yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti.

17. Yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların yaş ortalaması daha düşüktü. Kadınlarda yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların erkeklere göre daha fazla olduğu tespit edildi. Eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermekteydi. Eğitim durumu arttıkça yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların yüzdesi artmaktaydı. Yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların çocuk sayısı ortalaması yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olanlarınkinden daha düşüktü. Medeni durum, çocuk varlığı, aile tipi, en uzun süre yaşanan yere göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermemekteydi. Sağlık okuryazarlığı düzeyine göre evde yaşayan kişi sayısı ve aylık hane geliri ortalamaları arasında farklılık belirlenmedi.

18. Yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların meslekte çalışma süre ortalaması yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı olanlara göre daha düşüktü. Teknik meslek okulunda veya üniversitede mesleki eğitim alanların sertifikalı mesleki eğitim

kursundan mesleki eğitim alanlara göre daha yüksek düzeyde yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlendi. Meslek sektörlerine göre ve mesleki eğitim varlığına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermemektedir.

19. Sosyal güvenceye göre ve sosyal statü algısına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermemektedir.

20. Dişlerini fırçalama sıklığı arttıkça yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların yüzdesi artmaktaydı. Sigara kullanma durumuna göre, alkol kullanma durumuna göre, iş giysisi giyme durumuna göre, iş giysisi yıkama/değiştirme sıklığına göre ve fiziksel aktivite süresine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermemektedir. Yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı olanların günlük sigara tüketim ortalaması daha yüksek, günlük su tüketimi ortalaması daha düşüktü. Sigara tüketilen süre ve haftalık banyo yapılan gün sayısı ortalamaları sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre farklılık göstermemektedir.

21. Ara öğün yeme sıklığı arttıkça yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların yüzdesi artmaktaydı. Öğün atlama durumu ve en sık atlanılan öğüne göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermemektedir.

22. Sebze tüketim, meyve tüketim, süt ve süt ürünleri tüketim, fast food tüketim, şekerli içecek atıştırma tüketim sıklığına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermemektedir.

23. Araştırma grubunun genel sağlık algısı, kronik hastalık varlığı ve ailede kronik hastalık varlığına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermemektedir.

24. Okuma yazma ile ilgili aktivitelerde yardım almayanlarda alanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi. Kitap okuma sıklığı arttıkça yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların yüzdesi artmaktaydı. Gazete, dergi okuma sıklığına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermemektedir.

25. Son bir yılda diş hekimine gidenlerde gitmeyenlere göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi. Sağlık bilgisi alınan ilk kaynak, yeni gelişen sağlık şikayetlerinde ilk başvuru yapılan yer, sağlık

hizmeti almada en sık tercih edilen kurum, sağlık kurumlarına en sık başvuru nedeni, aile hekimini tanıma durumu ve son bir yılda yatarak tedavi olma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermemektedir.

26. Son bir yılda sağlık kurumuna başvuru sayısı ortalaması ve son bir yılda acil servise başvuru sayısı ortalaması sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre farklılık göstermemektedir.

27. Çevre tavsiyesi ya da kendi ilaç bilgisine dayanarak reçetesiz ilaç kullanmayanlarda kullananlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi. Kendine iyi gelen ilacı başkasına tavsiye etmeyenlerde edenlere göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi. İlaçların son kullanım tarihine dikkat edenlerde etmeyenlere göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi. Doktor gerek görmediği halde ilaç yazdırma durumu, ilaçları doktorun önerdiği süre boyunca kullanma durumu, bitkisel ilaç kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermemektedir.

28. Grip aşısı yaptıranlarda yaptırmayanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi. Son bir yılda bir sağlık çalışanı tarafından kan basıncı ölçülenlerde ölçülmeyenlere göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi.

29. Dışkıda gizli kan testini yaptıranlarda yaptırmayanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi. Kendi kendine meme muayenesinden haberdar olma durumu, kendi kendine meme muayenesini yapma durumu, smear testinden haberdar olma durumu, smear testi yaptırma durumu, mamografi taramasından haberdar olma durumu, mamografi yaptırma durumu, dışkıda gizli kan testinden haberdar olma durumu ve ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermemektedir.

30. İş sağlığı ve güvenliği eğitimi alanlarda almayanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanların daha fazla olduğu tespit edildi. Kişisel koruyucu kullanma durumu ve iş kazası geçirme durumuna göre ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklılık göstermemektedir.

**Araştırmadan elde edilen bulgulara göre şu önerilerde bulunulabilir;**



- Sağlık okuryazarlığı müdahaleleri geliştirilirken yaş farklılığına dikkat edilmelidir. Daha genç yaştakiler için hedef bireyin bilgi ve bilgi iletişimi unsurlarını içeren sağlık okuryazarlığı güçlendirmeye yönelik müdahalelerken yaşlı bireyler söz konusu olunca sağlık okuryazarlığını güçlendirmek için sağlık sisteminin ulaşılabilir, anlaşılabilir ve uygulanabilirliğini artırmak daha etkili olabilir.
- İşyerinde yapılan müdahaleler, özellikle ulaşılması zor bir hedef olan erkekler için oldukça etkilidir. Bu çalışmada yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığının daha fazla görüldüğü erkekler için, iş yerinde ya da işte geçen süreler içinde topluluk halinde yapılacak sağlık okuryazarlığına yönelik müdahaleler bir fırsat olarak görülmelidir.
- Tamamlanmış resmi eğitim yeterli bir sağlık okuryazarlığı seviyesi için en temel unsurlardan biridir. Dahası eğitim durumu arttıkça sağlık okuryazarlığı da artmaktadır. Ayrıca mesleki eğitimin örgün eğitim kurumlarında alınması da yeterli sağlık okuryazarlığını artıran bir faktördür. Bu sonuçlar ışığında bütün bireylerin zorunlu eğitime devamının sağlanması, talep ediliyorsa ortaöğretim kısmının mesleki ve teknik lisede öğrenim görülmesi sağlanmalı, bireylerin eğitimini tamamlamadan direk çalışma hayatına atılmasının önüne geçilmelidir.
- Araştırma grubumuzdaki örgün eğitimi tamamlama fırsatını kaçıran katılımcılar göz önünde bulundurulduğunda ise yaşam boyu öğrenme hem onlar tüm sanayi sitesi çalışanları için bir fırsat olarak görülmelidir. Gelişen sağlık bilgileri, olanakları ve sistemlerine uyum sağlanabilmesi için uygun aralıklarla tekrarlanan eğitimlerin yapılması gerekir.
- Yaşam boyu öğrenme eğitimleri yapılırken bireylerin yaşları, eğitim durumları, sosyokültürel farklılıkları göz önünde bulundurulmalı, bağlı olduğu (örn: sanayi kooperatifi gibi) kurumların önderliğinde çok sektörlü bir yaklaşımla Sağlık Müdürlüğü ve konu ile ilgili Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Başkanlıkları'ndan destek alınarak etkin ve aktif katılımın sağlanacağı düzenli sağlık okuryazarlığı eğitimleri verilmelidir.
- Bir yaşam boyu öğrenme aracı da iş sağlığı güvenliği eğitimleridir. Bu eğitimler işyerinde sağlık okuryazarlığı ortamı yaratma yolunda atılmış ilk

adım dahası tek fırsat olabilir. Bu yüzden iş sağlığı güvenliği eğitimlerine tüm çalışanların düzenli olarak katılmaları sağlanmalı ve sağlık okuryazarlığı eğitimleri iş sağlığı güvenliği eğitimlerine entegre edilmelidir.

- Araştırma grubumuzda her ne kadar okuryazar olmayan katılımcımız olmasa da okuma yazma aktivitelerinde yardım almaya ihtiyaı olan çalışanlara yönelik Milli Eğitim Bakanlığı'nın ve eğitimcilerin de katkılarıyla çalışmalar yapılmalı, halka yönelik sağlık materyallerinin dili basitleştirilmeli, kitap okuma alışkanlığını teşvik için erişim kolaylığı açısından sanayi sitesi içinde bir kütüphane kurulmalıdır.
- Katılımcılar sağlık bilgisini en çok doktor ve hemşireden ve ikinci olarak da eczacılardan aldıkları için sağlık kurumlarında diş firalama, diş hekimine muayene olma gibi ağız sağlığı için yapılması gerekenler, akılcı ilaç kullanımı, grip açısının önemi ve çekincelerin giderilmesi, uygun beslenme alışkanlıklarının yerleştirilmesi ve kan basıncı ölümü, kolon kanseri taraması gibi koruyucu hekimlik uygulamaları konusunda halkın bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
- Araştırma grubunun ikinci olarak bilgi aldığı kaynak olan internetten de aynı alanlarda güvenilir bilgi edinilmesi ve bilginin yaygınlığının artırılması için Sağlık Bakanlığı'nın gözetiminde yürütülen sitelerden ya da mobil uygulamalardan insanların yararlanması teşvik edilmeli ve kolaylaştırılmalıdır.

## ÖZET

### Isparta Gül Küçük Sanayi Sitesi Küçük Ölçekli İş Yeri Çalışanlarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler

Sağlık okuryazarlığı bireylerin iyi sağlık halinin geliştirilmesi ve sürdürülmesi amacıyla bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesidir.

Bu çalışmanın amacı; Isparta Gül Küçük Sanayi Sitesi'ndeki küçük ölçekli iş yerlerinde çalışanların sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Kesitsel analitik tipteki çalışmanın evreni Isparta Gül Küçük Sanayi Sitesi'ndeki küçük ölçekli iş yeri çalışanlarıdır (2000 kişi). Küme örnekleme yöntemi kullanılarak OpenEpi (versiyon 3.01, 2013) programında örneklem büyüklüğü hesaplandı. Sıklık değeri için Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda elde edilen sonuçlarla uyumlu olarak sağlık okuryazarlığı yetersiz kategorisi ve sorunlu kategorisindekilerin toplamı %65 alındı. Sapma değeri %10, desen etkisi 2 alınarak ulaşılması hedeflenen örneklem sayısı %95 güven aralığında 168 kişi olarak belirlendi. Toplamda 28 sokaktan oluşan evren, 10'ar iş yerinden oluşan 50 kümeye ayrıldı. Her iş yerinde ortalama 4 kişi çalıştığı düşünülerek her kümede yaklaşık 40 kişiye ulaşılması hedeflenerek 5 küme basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçildi. Beş kümede ulaşılması hedeflenen 200 kişinin 183'üne (%91,5) ulaşıldı.

Sağlık okuryazarlığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ile ölçüldü. Yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanan veri SPSS 22.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler; analitik değerlendirmelerde ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi, Spearman korelasyon testleri, lojistik regresyon analizleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için sınır değer  $p < 0,05$  kabul edildi.

Grubun %18,0'i yetersiz, %43,2'si sorunlu, %29,0'u yeterli, %9,8'i mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahipti. Kadınlarda, eğitim durumu yüksek olanlarda, okuma yazma aktivitelerinde yardım almayanlarda, daha sık ara öğün tüketenlerde, daha sık diş fırçalayanlarda, yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı daha fazlaydı.

Isparta Gül Küçük Sanayi Sitesi küçük ölçekli iş yeri çalışanlarında yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi ülke geneli yapılan çalışmalardaki sonuçlara benzemekle birlikte gelişmiş Avrupa ülkelerindeki sonuçlardan düşüktür. Sağlık okuryazarlığı düzeyini yükselten örgün ve yaşam boyu eğitime önem verilmeli, okuryazarlık düzeyleri yükseltilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık okuryazarlığı, TSOY-32, sanayi sitesi, iş yeri çalışanları, sağlıkla ilgili davranışlar

## SUMMARY

### **Health Literacy Level of Small Scale Workplace Employees in Isparta Gül Small Industrial Estate and Related Factors**

Health literacy is the cognitive and social skills which determine the ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.

The aim of this study is to determine the health literacy level of the employees who are working in small scale workplaces in Isparta Gül Small Industrial Estate and to measure related factors.

The population of the cross-sectional analytical research is small-scale workplace employees (2000 persons) in Isparta Gül Small Industrial Estate. The sample size was calculated with OpenEpi (version 3.01, 2013) program by using the cluster sampling method. The frequency value is set as 65% which is the sum of the frequency of inadequate and problematic health literacy categories obtained in the Turkey Health Literacy Survey. Based on the deviation value of 10% and design effect of 2, the sample size targeted to be reached is determined as 168 people with 95% confidence interval. The population, which consists of 28 streets in total, is divided into 50 clusters consisting of 10 workplaces. Considering the average of 4 people working in each workplace, 5 clusters are selected by simple random sampling method with the aim of reaching 40 people in each cluster. 183 people (91.5%) are reached out of 200 who are targeted to be surveyed in five clusters.

Health literacy is measured by Turkey Health literacy Scale (TSOY-32). Data collected by face to face interviews are evaluated using SPSS 22.0 program. Descriptive statistics include; numbers, percentages, mean, standard deviation, and minimum and maximum values. For analytical evaluations; chi-square test, t-test in independent groups, Spearman correlation tests, and logistic regression analyses were used. For statistical significance, p-value of 0.05 was used.

According to the results, 18.0% of the group were inadequate, 43.2% were problematic, 29.0% were adequate, 9.8% had excellent health literacy. Adequate-excellent health literacy was higher among who are women, those with high educational status, those who did not receive help in literacy activities, who consumed more snacks, who brushed teeth more often.

Adequate-excellent health literacy level in Isparta Gül Small Industrial Site small scale workplace employees is similar to that of Turkey-wide surveys but lower compared to the results from developed European countries. Formal and lifelong education, which increases the level of health literacy, should be given importance and literacy levels should be increased.

**Keywords: Health literacy, TSOY-32, industrial estate, workplace employees, health related behaviors**

## KAYNAKLAR

1. Parker RM, Ratzan SC, Lurie N. Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care. *Health Affairs*. 2003;22(4):147–53.
2. Selden CR, Zorn M, Ratzan S, Parker RM. National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy [Internet]. Patrias K, editor. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. Bethesda; 2000. Available from: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
3. Marlo M. Bir Çift Yürek. Klan Yayınları; 2011.
4. Constitution [Internet]. [cited 2019 Jul 17]. Available from: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
5. Lynn Nielsen-Bohlman, Allison M. Panzer DAK, editor. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, D.C.: National Academies Press; 2004. 1-58 p.
6. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986 [Internet]. WHO. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
7. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy The solid facts. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, editors. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen Ø, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2013.
8. Nur F, Aksakal B. Sağlık Okuryazarlığı Halk Sağlığının Temeli. Sağlık Okuryazarlığı 1 Baskı Ankara Türkiye Klin. 2019;1–5.
9. Malloy-Weir LJ, Charles C, Gafni A, Entwistle V. A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *J Public Health Policy*. 2016;37(3):334–52.
10. Kirsch I. The International Adult Literacy Survey (IALS): Understanding What Was Measured. Princeton; 2001.
11. Jenkins L, Baldi S. THE NATIONAL ADULT LITERACY SURVEY: AN OVERVIEW. In: Jenkins L, editor. THE NATIONAL ADULT LITERACY SURVEY. National Centre for Education Statistics, US Department of Education; 1992. p. 1–10.
12. Speros C. Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2005.
13. Tözün M, Sözmen MK. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı Health Literacy with Perspective of Public Health. *Smyrna Tıp Derg*. 2014;48–54.
14. Sørensen K. Defining health literacy: Exploring differences and commonalities. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K,

- editors. *INTERNATIONAL HANDBOOK Research , practice and policy across the lifespan*. 1st ed. Bristol: Policy Press; 2019. p. 5–20.
15. Segall A, Roberts LW. A comparative analysis of physician estimates and levels of medical knowledge among patients. *Sociol Health Illn*. 1980;2(3):317–34.
  16. 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* [Internet]. 2012 Dec 25 [cited 2019 Apr 13];12(1):80. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
  17. UNESCO. *Education for All: Literacy for Life. A Global Monitoring Report 2006*. Paris: UNESCO Publishing; 2005.
  18. Nutbeam DON. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259–68.
  19. *National health education standards: Achieving health literacy*. Joint Committee on National Health Education Standards (1995). New York: American Cancer Society; 1995. 5 p.
  20. *Health Promotion Glossary* [Internet]. Geneva: Division of Health Promotion, Education and Communications Health Education and Health Promotion Unit. World Health Organization; 1998 [cited 2019 Apr 13]. 10 p. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article-lookup/doi/10.1093/heapro/13.4.349>
  21. *Health Literacy Report of the Council on Scientific Affairs*. Vol. 281, Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. 1999.
  22. Nutbeam D. Health outcomes and health promotion: defining success in health promotion. *Heal Promot J Aust*. 1996;6:58–60.
  23. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–8.
  24. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Elaborating a definition of health literacy: A commentary. *J Health Commun*. 2003;8:119–20.
  25. Kwan B, Frankish J, Rootman I. The development and validation of measures of “health literacy” in different populations. Institute of Health Promotion Research. 2006. 80 p.
  26. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public Health Literacy Defined. *Am J Prev Med* [Internet]. 2009;36(5):446–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001>
  27. Parker R. MEASURING HEALTH LITERACY: WHAT? SO WHAT? NOW WHAT. In: Hernandez LM, editor. *Measures of health literacy: Workshop summary, Roundtable on Health Literacy* [Internet]. Washington, DC: The

- National Academies Press; 2009. p. 91–8.
28. Dodson S, Good S, Osborne R, editors. Health literacy toolkit for low- and middle-income countries. A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems [Internet]. National Network of Libraries of Medicine Southeastern/Atlantic Region. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2015. Available from: [http://apps.searo.who.int/PDS\\_DOCS/B5148.pdf?ua=1](http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5148.pdf?ua=1)
  29. Rudd RE. Health literacy: Insights and issues. *Stud Health Technol Inform.* 2017;240:60–78.
  30. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Heal Promot Int England*) [Internet]. 1998;13(4):349–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10318625>
  31. Okan O. From Saranac Lake to Shanghai: A brief history of health literacy. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *INTERNATIONAL HANDBOOK Research , practice and policy across the lifespan.* 1st ed. Bristol: Policy Press; 2019. p. 21–38.
  32. Simonds SK. Health Education as Social Policy. *Health Educ Monogr.* 1974;2(1\_suppl):1–10.
  33. Murphy P, Davis TC, Long SW, Jackson RH, Decker BC. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM): A Quick Reading Test for Patients. *J Read.* 1993;37(2):124–30.
  34. Doak CC, Doak LG, Root JH. *The Literacy Problem.* In: *Teaching Patients with Low Literacy Skills.* 2nd ed. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott; 1996. p. 1–9.
  35. Plimpton S, Root J. Materials and strategies that work in low literacy health communication. *Public Health Rep.* 1994;109(1):86–92.
  36. Kirsch IS, Jungeblut A, Jenkins L, Kolstad A. *Adult literacy in America: A first look at the results of the National Adult Literacy Survey.* Educational Research. Washington, DC: Department of Education; 1993.
  37. Parker RM, Baker DW, Willia M V., Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med.* 1995;10:537–41.
  38. Williams M V., Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, et al. Inadequate Functional Health Literacy Among Patients at Two Public Hospitals. *JAMA J Am Med Assoc.* 1995;274(21):1677–82.
  39. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C, White S. *The Health Literacy of America's Adults Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy* [Internet]. Vol. 483, U.S. Department of Education. 2006. Available from: <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>
  40. 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. *2005;3(6):514–22.*

41. Davis TC, Wolf MS. Health literacy: Implications for family medicine. *Fam Med.* 2004;36(8):595–8.
42. Health Literacy Innovations: The Health Literacy & Plain Language Resource Guide. AmeriHealth Mercy Family of Companies; 2008. 1-32 p.
43. Lloyd LLJ, Ammary NJ, Epstein LG, Johnson R, Rhee K. A Transdisciplinary Approach to Improve Health Literacy and Reduce Disparities. *Health Promot Pract.* 2006;7(3):331–5.
44. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document (Lalonde report). Government of Canada. Ottawa; 1974.
45. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata; 1978.
46. WHO | Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. WHO [Internet]. 2010 [cited 2019 Jul 24]; Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index2.html>
47. Promoting health: Guide to national implementation of the Shanghai Declaration. In Geneva: World Health Organization; 2017.
48. International Labour Standards on Occupational Safety and Health [Internet]. [cited 2019 Nov 3]. Available from: <https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/occupational-safety-and-health/lang--en/index.htm>
49. İLHAN MN, KARAHAN EA. İşyerinde Sağlık Okuryazarlığı. In: ÖZKAN S, editor. Sağlık Okuryazarlığıyazarlığı. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p. 46–9.
50. Rauscher KJ, Myers DJ. Occupational health literacy and work-related injury among US adolescents. *Int J Inj Contr Saf Promot* [Internet]. 2014;21(1):81–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/17457300.2013.792288>
51. İKİŞİK H, MARAL I. Sağlık Okuryazarlığına Çok Sektörlü Yaklaşım. In: ÖZKAN S, editor. Sağlık Okuryazarlığı. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p. 42–5.
52. Bilir N. İş Sağlığı ve Güvenliği Profili: Türkiye. Ankara: Uluslararası Çalışma Örgütü, ILO Türkiye Ofisi; 2016.
53. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):878–83.
54. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav.* 2007;31(SUPPL. 1):19–26.
55. Lee SYD, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: A research agenda. *Soc Sci Med.* 2004;58:1309–21.
56. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health promotion. *Consult to East*



- Mediterr Reg World Heal Organ [Internet]. 2009;1–46. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
57. Sykes S, Wills J. No Title Critical health literacy for the marginalised: Empirical finding. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, editors. INTERNATIONAL HANDBOOK Research , practice and policy across the lifespan. 1st ed. Bristol: Policy Press; 2019. p. 167–81.
  58. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promot Int*. 2005;20(2):195–203.
  59. Pleasant A, Maish C, O’Leary C, Carmona R. Measuring health literacy in adults: An overview and discussion of current tools. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. INTERNATIONAL HANDBOOK Research , practice and policy across the lifespan. 1st ed. Bristol: Policy Press; 2019. p. 67–81.
  60. Health Literacy Tool Shed [Internet]. [cited 2019 Oct 26]. Available from: <https://healthliteracy.bu.edu/all>
  61. Okyay P, Ad HS. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi. Sağlık Okuryazarlığı 1 Baskı Ankara Türkiye Klin. 2019;10–5.
  62. Davis T, Long S, Jackson R, Mayeaux E, George R, Murphy P et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*. 1993;25:391–5.
  63. Baker D, Williams M, Parker R, Gazmararian J, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*. 1999;38:33–42.
  64. HLS-EU CONSORTIUM (2012): COMPARATIVE REPORT OF HEALTH LITERACY IN EIGHT EU MEMBER STATES. THE EUROPEAN HEALTH LITERACY SURVEY HLS-EU [Internet]. (SECOND RE. 2014. Available from: <http://www.health-literacy.eu>
  65. DURUSU TANRIÖVER M, YILDIRIM HH, DEMİRAY N, ÇAKIR B, AKALIN HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 1. Baskı. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2014.
  66. Abacıgil F, Harlak H, Okyay P, Kiraz DE, Gursoy Turan S, Saruhan G, et al. Validity and reliability of the Turkish version of the European Health Literacy Survey Questionnaire. *Health Promot Int*. 2018;1–10.
  67. Okyay P, Abacıgil F, editors. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. 1st ed. ANKARA: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1025; 2016.
  68. Chew LD, Griffin JM, Partin MR, Noorbaloochi S, Grill JP, Snyder A, et al. Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *J Gen Intern Med*. 2008;23(5):561–6.
  69. Haun J, Noland-dodd V, Varnes J, Graham-pole J, Rienzo B, Donaldson P. Testing the brief health literacy screening tool: implications for utilization of a BRIEF health literacy indicator. *Fed Pract* [Internet]. 2009;26(12):24–8.

Available from:  
<https://pdfs.semanticscholar.org/3250/e45ac0b4a8c4ea01c63e36423f12c36447ce.pdf>

70. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Fam Pract*. 2006;7:1–7.
71. Nutbeam D, McGill B. Improving health literacy in clinical and community populations. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *INTERNATIONAL HANDBOOK Research , practice and policy across the lifespan*. 1st ed. Bristol: Policy Press; 2019. p. 219–32.
72. Mantwill S, Diviani N. Health literacy and health disparities: A global perspective. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *INTERNATIONAL HANDBOOK Research , practice and policy across the lifespan*. 1st ed. Bristol: Policy Press; 2019. p. 139–52.
73. Grossman M, Kaestner R. The effects of education on health. Behrman J, Stacey N, editors. *The Social Benefits of Education*. University of Michigan Press; 1997. 69–123 p.
74. Mantwill S, Schulz PJ. Does acculturation narrow the health literacy gap between immigrants and non-immigrants—An explorative study. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2017;100:760–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.021>
75. Duong T V., Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham T V., Pham KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol* [Internet]. 2017;27(2):80–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.je.2016.09.005>
76. Kagawa Singer M. Applying the concept of culture to reduce health disparities through health behavior research. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2012;55:356–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.02.011>
77. Sentell TL, Halpin HA. Importance of adult literacy in understanding health disparities. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):862–6.
78. *Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding* [Internet]. Ottawa; 2008. 1-38 p. Available from: <http://en.copian.ca/library/research/ccl/health/health.pdf>
79. Sihota S, Lennard L. *Health Literacy: being able to make the most of health*. London: National Consumer Council; 2004.
80. Keller DL, Wright J, Pace HA. Impact of health literacy on health outcomes in ambulatory care patients: A systematic review. *Ann Pharmacother*. 2008;42:1272–81.
81. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes : An Updated. *Ann Intern Med* [Internet]. 2011;155:97–107. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17142495>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2010.06.007>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17916588>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24146229>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2012.10.004>
82. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. *BMJ*. 2012;344(e1602).
  83. Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J., & Baker DW (2010). In search of “low health literacy”: Threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality [Internet]. Vol. 70, *Social Science & Medicine*. 2010. p. 1335–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.013>
  84. Schloman B. Health Literacy: A Key Ingredient for Managing Personal Health. *J Issues Nurs*. 2004;February.
  85. Vogt D, Schaeffer D, Berens E-M. Health literacy in later phases of life: Findings from Germany and other countries. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *INTERNATIONAL HANDBOOK Research , practice and policy across the lifespan*. 1st ed. Bristol: Policy Press; 2019. p. 153–66.
  86. Vernon J a, Trujillo A, Rosenbaum S, Debuono B. *Low Health Literacy: Implications for National Health Policy*. 2007;
  87. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: A systematic review. *Int J Public Health*. 2009;54:313–24.
  88. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(12):1086–90.
  89. Volandes AE, Paasche-Orlow MK. Health literacy, health inequality and a just healthcare system. *Am J Bioeth*. 2007;7(11):5–10.
  90. Mitic W, Rootman I, editors. *An Intersectoral Approach for Improving HEALTH LITERACY for Canadians*. Vancouver: Public Health Association of British Columbia; 2012.
  91. *Health 2020. A European Policy Framework Supporting Action Across Government and Society for Health and Well-Being*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe; 2012.
  92. ÖZCEBE H. Okullarda Sağlık Okuryazarlığını Güçlendirme. In: ÖZKAN S, editor. *Sağlık Okuryazarlığı*. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p. 50–5.
  93. Sağlıkın Teşviki Daire Başkanlığının Görev ve Yetkileri [Internet]. [cited 2019 Oct 26]. Available from: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,55178/sagligin-tesviki-daire-baskanligi.html>
  94. Sağlık Okuryazarlığı İçin Düğmeye Basıldı [Internet]. [cited 2019 Oct 27]. Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,2638/saglik-okuryazarligi-icin-dugmeye-basildi.html>

95. Tüzün H, ÖZKAN S. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Artırmaya Yönelik Ulusal Düzeyde Yapılanlar. In: ÖZKAN S, editor. Sağlık Okuryazarlığı. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p. 79–84.
96. SEKTÖRLER [Internet]. [cited 2019 Aug 31]. Available from: <https://www.myk.gov.tr/index.php/en/ulusal-meslek-standard/182>
97. MYK Portal [Internet]. [cited 2019 Aug 31]. Available from: [https://portal.myk.gov.tr/index.php?option=com\\_yeterlilik&view=arama](https://portal.myk.gov.tr/index.php?option=com_yeterlilik&view=arama)
98. Global Recommendations on Physical Activity for Health. WHO. Switzerland; 2010. 7-8 p.
99. Ulusal Kanser Tarama Standartları [Internet]. [cited 2019 Sep 21]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari>
100. Kampanyalar [Internet]. [cited 2019 Sep 10]. Available from: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,3961/kampanyalar.html>
101. Hayran M, Hayran M. Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. Ankara: Omega Araştırma; 2011. 361 p.
102. Hayran M, Hayran M. Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. Omega Araştırma; 2011. 357 p.
103. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, et al. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: A validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC Public Health [Internet]. 2015;15(505).
104. Güner MD, Ekmekci PE. Health Literacy Level of Casting Factory Workers and Its Relationship With Occupational Health and Safety Training. Work Heal Saf. 2019;67(9):452–60.
105. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. J Gen Intern Med. 2005;20(2):175–84.
106. Lee SYD, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of taiwanese adults: Results from a national survey. BMC Public Health. 2010;10(614).
107. Liu H, Zeng H, Shen Y, Zhang F, Sharma M, Lai W, et al. Assessment tools for health literacy among the general population: A systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(8).
108. MAHMOUD T, ALIASGHAR HM, SHAHRAM R, ATOOSA S, FATEME S, MONA A, et al. HEALTH LITERACY IN IRAN: FINDINGS FROM A NATIONAL STUDY. Vol. 15. PAYESH; 2016. p. 95–102.
109. Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. A Vision for a Health Literate Canada: Report of the Expert Panel on Health Literacy. Canadian Council on Learning. Ottawa: Canadian Public Health Association; 2008. 1-48 p.

110. Pink B, Australian Bureau of Statistics. Adult literacy and life skills survey, summary results. *Literacy*. 2006;1–87.
111. Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, Von Wagner C. Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71(3):445–57.
112. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Educ Res*. 2010;25(3):464–77.
113. White S, Chen J, Atchison R. Relationship of preventive health practices and health literacy: A national study. *Am J Health Behav*. 2008;32(3):227–42.
114. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. *Heal Expect*. 2017;20(1):112–9.
115. Geboers B, De Winter AF, Luten KA, Jansen CJM, Reijneveld SA. The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. *J Health Commun*. 2014;19:61–76.
116. Davis TC, Wolf MS, Bass PF, Thompson JA, Tilson HH, Neuberger M, et al. Literacy and misunderstanding prescription drug labels. *Ann Intern Med*. 2006;145:887–94.
117. DEĞERLİ H. Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi Ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Algılarına Etkisinin İncelenmesi. YÜKSEK LİSANS TEZİ. SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ; 2018.
118. TÜRKOĞLU Ç. Sağlık Okuryazarlığı İle Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Isparta İli Örneği. YÜKSEK LİSANS TEZİ. SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ; 2016.
119. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med*. 2005;165:1946–52.
120. Chesser A, Keene Woods N, Smothers K, Rogers N. Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontol Geriatr Med*. 2016;2:1–13.
121. Bickmore TW, Pfeifer LM, Byron D, Forsythe S, Henault LE, Jack BW, et al. Usability of conversational agents by patients with inadequate health literacy: Evidence from two clinical trials. *J Health Commun*. 2010;15(SUPPL. 2):197–210.
122. 4233.0 - Health Literacy, Australia, 2006 [Internet]. [cited 2019 Nov 16]. Available from: <https://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Latestproducts/4233.0MainFeatures22006?opendocument&tabname=Summary&prodno=4233.0&issue=2006&num=&view=>
123. Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, Harris TB, Newman AB, Satterfield S, et al. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(5):770–6.

124. Reisi M, Javadzade SH, Heydarabadi AB, Mostafavi F, Tavassoli E, Sharifirad G. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *J Educ Health Promot.* 2014;3(1):119.
125. DENİZ S. Malatya İli Akçadağ İlçesinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi. DOKTORA TEZİ. FIRAT ÜNİVERSİTESİ; 2018.
126. DEMİRLİ P. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği. YÜKSEK LİSANS TEZİ. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ; 2018.
127. Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Ann Fam Med.* 2009;7(3):204–11.
128. Yin HS, Dreyer BP, Foltin G, van Schaick L, Mendelsohn AL. Association of Low Caregiver Health Literacy With Reported Use of Nonstandardized Dosing Instruments and Lack of Knowledge of Weight-Based Dosing. *Ambul Pediatr.* 2007;7:292–8.
129. Peterson NB, Dwyer KA, Mulvaney SA, Dietrich MS, Rothman RL. The influence of health literacy on colorectal cancer screening knowledge, beliefs and behavior. *J Natl Med Assoc.* 2007;99(10):1105–12.
130. Jayasinghe UW, Harris MF, Parker SM, Litt J, van Driel M, Mazza D, et al. The impact of health literacy and life style risk factors on health-related quality of life of Australian patients. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2016;14(1):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-016-0471-1>
131. DUMAN A. Fatih İlçesinde İlkokul 1. Sınıf Aşılamalarında Velilerin Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Belirleme. TIPTA UZMANLIK TEZİ. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ; 2017.
132. Avcı E. Annelerin Anne Sütü İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Ve Etkileyen Faktörleri Saptama. TIPTA UZMANLIK TEZİ. GAZİ ÜNİVERSİTESİ; 2013.
133. ŞEN UĞUR VY. Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Erişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi. UZMANLIK TEZİ. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ; 2016.
134. OĞULLUK ZA. Sosyodemografik Özellikler İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etkisinin Araştırılması. TIPTA UZMANLIK TEZİ. T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ; 2019.
135. GÜVEN A. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler Ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi; 2016.
136. Brushing your teeth: How often and when? - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2019 Nov 17]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/expert-answers/brushing-your-teeth/faq-20058193>
137. The Invisible Barrier: Literacy and Its Relationship with Oral Health. In: *Journal of Public Health Dentistry.* National Institute of Dental and Craniofacial

Research, National Institutes of Health, U. S. Public Health Service, Department of Health and Human Services; 2005. p. 174–82.

138. Parker EJ, Jamieson LM. Associations between Indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes. *BMC Oral Health*. 2010;10(3):1–8.
139. Vann WF, Lee JY, Baker D, Divaris K. Oral health literacy among female caregivers: Impact on oral health outcomes in early childhood. *J Dent Res*. 2010;89(12):1395–400.
140. Ju H-J, Lee H-S, Oh H-W. Relationship of oral health literacy with oral health behaviors among adults. *J Korean Acad Oral Heal*. 2015;39(3):186.
141. Ueno M, Takeuchi S, Oshiro A, Kawaguchi Y. Relationship between oral health literacy and oral health behaviors and clinical status in Japanese adults. *J Dent Sci* [Internet]. 2013;8:170–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jds.2012.09.012>
142. Lee JY, Divaris K, Baker AD, Rozier RG, Vann WF. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. *Am J Public Health*. 2012;102(5):923–9.
143. Kocoglu D, Ceylan B, Sarı E. Düşük Sosyoekonomik Durumdaki Öğrenciler Arasında Ağız-Diş Sağlığı Sorunları ve Risk Faktörleri. *TAF Prev Med Bull* [Internet]. 2014;13(6):479–86. Available from: [www.korhek.org](http://www.korhek.org)
144. Fernandez DM, Larson JL, Zikmund-Fisher BJ. Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: Findings from the health and retirement study. *BMC Public Health* [Internet]. 2016;16(596):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3267-7>
145. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12:9714–25.
146. Stewart Hoover D, Vidrine JI, Shete S, Spears CA, Cano MA, Correa-Fernandez V, et al. Health Literacy, Smoking, and Health Indicators in African American Adults. *J Health Commun*. 2015;20(sup2):24–33.
147. Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, et al. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2015;98(5):660–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.013>
148. Üçpunar E. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılma Çalışması. *YÜKSEK LİSANS TEZİ. ANKARA ÜNİVERSİTESİ*; 2014.
149. Yılmazel G. Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı Ve Kontrolü Arasındaki İlişki. *Doktora Tezi.ERCİYES ÜNİVERSİTESİ*; 2011.
150. TELEŞ M. Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri Ve Hasta Sonuçlarına Etkisi:

- Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalar Üzerinde Bir Araştırma. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi; 2018.
151. Rehber B. TÜRKİYE BESLENME REHBERİ TÜBER 2015. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031; 2019.
  152. Sözen S, Bilir N, Yıldız AN, Yıldız E, Sözen T. Metal Sektöründe Bir İşyerinde Çalışanların Beslenme Alışkanlıkları ve İlişkili Antropometrik Ölçümleri. TOPLUM HEKİMLİĞİ BÜLTENİ. 2011;28(3):7-14.
  153. Velardo S. The Nuances of Health Literacy, Nutrition Literacy, and Food Literacy. J Nutr Educ Behav [Internet]. 2015;47:385-389.e1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2015.04.328>
  154. Kalkan I. The impact of nutrition literacy on the food habits among young adults in Turkey. Nutr Res Pract. 2019;13(4):352-7.
  155. Yurttagül M, YÜCECAN S. MOBİLYA İŞİNDE ÇALIŞAN İŞÇİLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI. Beslenme ve Diyet Derg. 1985;14:39-49.
  156. BİLGE E. Bir İşletmede Çalışanların Beslenme Durumları Ve Enerji Harcamalarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ; 2009.
  157. Kaner G, Soylu M, Başmısırlı E, İnanç N. Kayseri ' de Mobilya Üretiminde Çalışan İşçilerin Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Belirlenmesi Determination of Nutritional Habits of Furniture Manufacturing Workers in. Bes Diy Derg. 2015;43(3):191-9.
  158. UĞURLU Z. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının Ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. DOKTORA TEZİ. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ; 2011.
  159. OECD (2016), Skills Matter: Further Results from the Survey of Adult Skills, OECD Skills Studies [Internet]. Vol. 25, Acta Ginecologica. Paris: OECD Publishing; 2016. 44-58 p. Available from: [https://www.oecd-ilibrary.org/education/skills-matter\\_9789264258051-en](https://www.oecd-ilibrary.org/education/skills-matter_9789264258051-en)
  160. Ibrahim SY, Reid F, Shaw A, Rowlands G, Gomez GB, Chesnokov M, et al. Validation of a health literacy screening tool (REALM) in a UK Population with coronary heart disease. J Public Health (Bangkok). 2008;30(4):449-55.
  161. ÖZDEMİR Y. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi : Kahramanmaraş İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
  162. Yılmaz B. Okuma alışkanlığı sorunu bir enstitü örneği ve Türkiye için öneriler. Türk Kütüphaneciliği. 1998;12(3):244-51.
  163. Arı E, Demir MK. İlköğretim Bölümü Öğretmen Adaylarının Kitap Okuma Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Ana Dili Eğitimi Derg. 2014;1(1):116-28.
  164. Calvasina P, Lawrence HP, Hoffman-Goetz L, Norman CD. Brazilian immigrants' oral health literacy and participation in oral health care in Canada.



- BMC Oral Health [Internet]. 2016;16(18):1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0176-1>
165. Henderson E, Dalawari P, Fitzgerald J, Hinyard L. Association of oral health literacy and dental visitation in an inner-city emergency department population. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(1748).
  166. Goto E, Ishikawa H, Okuhara T, Kiuchi T. Relationship of health literacy with utilization of health-care services in a general Japanese population. *Prev Med Reports* [Internet]. 2019;14:1–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.01.015>
  167. Guo Y, Logan HL, Dodd VJ, Muller KE, Marks JG, Riley JL. Health literacy: A pathway to better oral health. *Am J Public Health*. 2014;104(7):85–91.
  168. Kripalani S, Henderson LE, Chiu EY, Robertson R, Kolm P, Jacobson TA. Predictors of medication self-management skill in a low-literacy population. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):852–6.
  169. Waldrop-Valverde D, Jones DL, Jayaweera D, Gonzalez P, Romero J, Ownby RL. Gender differences in medication management capacity in HIV infection: The role of health literacy and numeracy. *AIDS Behav*. 2009;13(1):46–52.
  170. Kalichman S, Cherry J, Cain D. Nurse-delivered antiretroviral treatment adherence intervention for people with low literacy skills and living with HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2005; 16(5)3–15. 2005;16(5):3–15.
  171. Raehl CL, Bond CA, Woods TJ, Patry RA, Sleeper RB. Screening Tests for Intended Medication Adherence Among the Elderly. *Ann Pharmacother*. 2006;40:888–93.
  172. Yin H, Mendelsohn A, Wolf M et al. Parents' medication administration errors: role of dosing instruments and health literacy. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(2):181–6.
  173. Wolf M, Davis T, Shrank W, Rapp D, Bass P, UM C et Al. To err is human: patient misinterpretations of prescription drug label instructions. *Patient Educ Couns*. 2007;67:293–300.
  174. YENİÇERİ Ş. Çocuk acil hastalari ebeveynlerinin akilci ilaç kullanimi ve yetişkin sağlık okuryazarliği. Yüksek Lisans Tezi. TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ; 2019.
  175. Scott TL, Gazmararian JA, Williams M V., Baker DW. Health literacy and preventive health care use among medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care*. 2002;40(5):395–404.
  176. Moran MB, Chatterjee JS, Frank LB, Murphy ST, Zhao N, Chen N, et al. Individual, cultural and structural predictors of vaccine safety confidence and influenza vaccination among Hispanic female subgroups. 2017;19(4):790–800.
  177. TAŞÇI S, ÖZTÜRK A, ÖZTÜRK Y. HİSARCIK AHMET KARAMANCI SAĞLIK OCAĞI KIRANARDI BÖLGESİNDE 30 YAŞ ÜSTÜ NÜFUSTA


HİPERTANSİYON PREVELANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER. 59  
Sağlık Bilim Derg (Journal. 2005;14:59–65.

178. Pandit AU, Tang JW, Bailey SC, Davis TC, Bocchini M V., Persell SD, et al. Education, literacy, and health: Mediating effects on hypertension knowledge and control. *Patient Educ Couns.* 2009;75:381–5.
179. McNaughton CD, Jacobson TA, Kripalani S. Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. *Patient Educ Couns [Internet].* 2014;96:165–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.007>
180. Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Prev Med (Baltim) [Internet].* 2014;61:100–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.11.012>
181. Arnold CL, Rademaker A, Bailey SC, Esparza JM, Reynolds C, Liu D, et al. Literacy barriers to colorectal cancer screening in community clinics. *J Health Commun.* 2012;17(SUPPL. 3):252–64.
182. Yusida H, Suwandi T, Yusuf A, Sholihah Q, Yani JA, 36 K, et al. Relationship Individual Factors With Occupational Health Literacy (Observational Study on Industrial Workers of Sasirangan in South Kalimantan). *Int J Sci Res Publ [Internet].* 2016;6(1):481–4. Available from: [www.ijsrp.org](http://www.ijsrp.org)
183. Yılmazel G, Naçar M, Çetinkaya F. Bir sanayi kuruluşunda çalışan işçilerin sağlığı geliştirme Davranışları. *TAF Prev Med Bull.* 2015;14(2):161–70.
184. Sezer A. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi. YÜKSEK LİSANS TEZİ.MARMARA ÜNİVERSİTESİ; 2012.

## EKLER

### EK 1. ETİK KURULU KARARI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
Araştırmanın Açık Adı	Isparta Gül Küçük Saunayı Sitesi Küçük Ölçekli İş Yeri Çalışanlarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve İlişkili Faktörler, (09.07.2019 tarih ve 224 sayılı karar)				
<b>ETİK KURULU BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı - (2012-KAEK-38)			
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA			
	TELEFON	246.2115704			
	FAKS	246.2371165			
	E-POSTA	tipetik@sdu.edu.tr			
<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ersin USKUN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 : <input type="checkbox"/>	FAZ 2 : <input type="checkbox"/>	FAZ 3 : <input type="checkbox"/>	FAZ 4 : <input type="checkbox"/>
		Güzelimsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>	
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz : Anket					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
<b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b>	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
<b>DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER</b>	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER	<input checked="" type="checkbox"/>	- Anket Örneği			



Prof. Dr. Mekan SEZİK  
Etik Kurul Başkanı

**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

Araştırmanın Açık Adı		Isparta Gül Kılıçık Sanayi Sitesi Küçük Ölçekli İş Yeri Çalışanlarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve İlişkili Faktörler						
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Karar No: 224	Tarih: 09/07/2019						
	Yusanda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel yönden sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
	<b>SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>							
<b>ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI</b>		-İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik -İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>		Prof. Dr. Mekin SEZİK						
<b>Unvanı/Adı/Soyadı</b>	<b>Uzmanlık Alanı</b>	<b>Kurumu</b>	<b>Cinsiyet</b>		<b>Araştırma ile İlişkisi</b>		<b>Katılım *</b>	<b>İzlen</b>
Prof. Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hast. ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa TÖZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Buker ARIDOĞAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLI
Prof. Dr. Mehmet Fahrettin ÖNDER	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyoloji	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLI
Doç. Dr. Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Mehtap SAVRAN	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Abdullah Meriç ÜNAL	Ortopedi ve Travmatoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Giray KOLCU	Aile Hekimliği	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzman Dr. Tuğba GÜRSOY KOCA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Isparta Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Uzman Dr. Ümmü Güi YILDIZ	Kadın Hast. Ve Doğum	Özel Isparta Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Erhan ŞAHİN	Biyomedikal ve Cihaz Teknoloji	ISUBU Teknik Bil. M.Y.O.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLI
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Esnaf	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\* : Toplantıda Bulunma

## EK 2. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (TSOY-32) KULLANIM İZİNİ

19.07.2019 Mail - öznur sezgin - Outlook

**Re: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği -32 (TSOY- 32) kullanma izni**

**PİNAR OKYAY** <pinarokyy@adu.edu.tr>  
Sun 4/28/2019 8:50 AM

**To:** öznur sezgin <sezgin.oznur@hotmail.com>  
Sevgili Öznur,

Ölçeği kullanmana çok seviniriz.  
Böylece amacına hizmet etmiş olur.  
Eğer herhangi bir aşamada bir sorun olursa lütfen tekrar yaz.  
Hocalarıma ve tüm asistan arkadaşlarıma sevgi ve selamlarımı ilet lütfen.  
Kolaylıklar diliyorum.

Pınar

iPhone'umdan gönderildi

öznur sezgin <[sezgin.oznur@hotmail.com](mailto:sezgin.oznur@hotmail.com)> şunları yazdı (28 Nis 2019 08:22):

**Merhaba Hocam**

SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD'nda uzmanlık öğrencisiyim. Uzmanlık bitirme tezi için Isparta sanayi sitesinde sağlık okuryazarlığı üzerine çalışma yapmak istiyorum. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği -32 (TSOY- 32)'yi tezimde kullanmama izin vererseniz çok sevinirim.

İyi çalışmalar dilerim

---

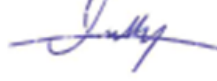
 Virüs bulunmuyor. [www.avast.com](http://www.avast.com)

**EK 3. ISPARTA GÜL KÜÇÜK SANAYİ SİTESİ KOOPERATİFİ  
ARAŞTIRMA İZİNİ**

Dr. Öznur Sezgin 'in ' Isparta Gül Küçük Sanayi Sitesi Küçük Ölçekli İş Yeri Çalışanlarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler ' adlı uzmanlık tezinde kullanmak üzere Isparta Gül Küçük Sanayi Sitesi'nde veri toplama amaçlı anket uygulamasında yönetim kurulumuz tarafınca sakınca bulunmamaktadır.

Isparta Gül Küçük Sanayi Sitesi Kooperatif Başkanı

Mehmet BOYACI



## EK 4. VERİ TOPLAMA FORMU

### ISPARTA GÜL KÜÇÜK SANAYİ SİTESİ KÜÇÜK ÖLÇEKLİ İŞ YERİ ÇALIŞANLARINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Sayın katılımcı,

Sağlık okuryazarlığı, sağlık ile ilgili bilgileri okuma, anlama ve bu bilgileri kullanma ile ilgili becerilerin tümünü ifade etmektedir.

Verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak olup, uzmanlık tezinde kullanılmak amacıyla istatistiki bilgi olarak kullanılacaktır.

SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD  
Dr. Öznur Sezgin

1. Yaşınız?.....
2. Cinsiyetiniz? 1. Erkek 2. Kadın
3. Eğitim durumunuz? (En son mezun olduğunuz okul)  
1.Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite/yüksekokul
4. Medeni durumunuz? 1.Evli 2. Bekar 3. Boşanmış/ eşi ölmüş
5. Çocuğunuz var mı? 1. Yok 2. Var (Çocuk sayısı .....)
6. Hangi iş sektöründe çalışıyorsunuz? 1. Otomotiv 2. Diğer.....
7. Kaç yıldır bu meslekte çalışıyorsunuz? .....yıl
8. Mesleki eğitim aldınız mı?  
1. Hayır  
2. Evet (1. Teknik meslek okulunda okudum 2. Sertifikalı mesleki eğitim kursundan eğitim aldım 3. Üniversitede )
9. Sosyal güvence durumunuz? 1.Yok 2. SGK 3. Yeşil kart 4. Özel sigorta
10. Evde yaşayan kişi sayısı? .....
11. Aile tipiniz? 1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Dağılmış aile
12. Aylık toplam hane geliriniz ne kadardır? (Hanede yaşayan tüm çalışanların aylık gelirlerinin toplamı) .....TL
13. Yaşamınızın büyük bölümünü nerede geçirdiniz?  
1. Köy-kasaba-ilçe 2. Kent 3. Büyük kent (nüfusu 750.000'in üzerinde olan kentler)
14. Sosyal statünüzü kişisel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?(Toplum içindeki ekonomik ve kültürel açıdan yeriniz)  
1. Çok düşük 2. Düşük 3. Ortanın altında 4. Orta 5. Ortanın üzerinde 6. Yüksek 7. Çok yüksek
15. Sigara kullanıyor musunuz?  
1. Evet (Günde kaç paket?..... Kaç yıl?.....) 2. Hayır (Hiç kullanmadım) 3. Bıraktım
16. Alkol kullanıyor musunuz? 1. Hiç kullanmıyorum 2. Nadiren kullanıyorum 3. Sıklıkla kullanıyorum
17. Okuma yazma ile ilgili aktivitelerde ne sıklıkla yardım alırsınız?  
1. Yardım almam 2. Ara sıra 3. Her zaman
18. Ne sıklıkla gazete/dergi okursunuz?  
1. Hiç okumam 2. Ara sıra okurum 3. Sıklıkla okurum 4. Her gün okurum
19. Ne sıklıkla bir kitap okursunuz?  
1. Hiç okumam 2. Yılda bir 3. Birkaç ayda bir 4. Ayda bir, iki 5. Haftada bir
20. Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?  
1. Mükemmel 2. Oldukça iyi 3. İyi 4. Fena değil 5. Kötü
21. Düzenli ilaç kullanımını gerektirecek bir hastalığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır (23. Soruya geçiniz)



**22. Cevabınız evet ise nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

1. Diyabet 2. Hipertansiyon 3. Kalp damar hastalığı 4. Böbrek hastalığı 5. Astım, KOAH  
6. Karaciğer hastalığı 7. Romatolojik hastalık 8. Depresyon, psikiyatrik hastalık 9. Diğer.....

**23. Ailenizde düzenli ilaç kullanımını gerektirecek bir hastalığı olan var mı?** 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum

**24. Haftada kaç gün banyo yaparsınız?** .....gün

**25. Ne sıklıkla dişlerinizi fırçalarsınız?**

1. Fırçalamam 2. Nadiren 3. Birkaç günde bir 4. Günde bir 5. Günde birden çok

**26. Ayrı bir iş giysisi giyiyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır **(28. Soruya geçiniz)**

**27. İş giysisiz ne sıklıkla yıkanır yada değiştirirsiniz?**

1. Ayda bir 2. Ayda birden çok 3. Haftada bir 4. Haftada birden çok 5. Her gün

**28. Günde kaç bardak su içersiniz?.....**

**29. Günde kaç öğün beslenirsiniz?** .....ana öğün .....ara öğün

**30. Öğün atlar mısınız?**

1. Genellikle 2. Bazen 3. Öğün atlamam **(Öğün atlamıyorsanız 32. Soruya geçiniz)**

**31. En çok hangi ana öğünü atlarsınız?** 1. Kahvaltı 2. Öğle yemeği 3. Akşam Yemeği

**32. Gün içinde ara öğün yer misiniz?** 1. Genellikle 2. Bazen 3. Ara öğün yemem **(34. Soruya geçiniz)**

**33. En çok hangi ara öğüne önem verirsiniz?** 1. Kuşluk (sabah öğle arası) 2. İkinci (öğle akşam arası) 3. Gece ara öğünü

**34. Aşağıdaki besinleri ne sıklıkla tüketirsiniz?**

	Tüketmem	Birkaç haftada bir	Haftada 1-2	Haftada 3-4	Her gün günde bir	Günde 2-3	Günde 4 ve üzeri
Sebze							
Meyve							
Süt/yoğurt							
Şekerli içecekler/ atıştırmalıklar							
Fast food (hazır gıda)							

**35. Haftada kaç kere orta yoğunlukta (yürüyüş, bahçe işleri, bisiklete binme, yüzme, hafif tempoda koşu) fizik aktivite yapıyorsunuz?.....**

**36. Fizik aktivite yaptığımız günde ortalama ne kadar süreyle yapıyorsunuz?.....**

**37. Sağlıkla ilgili bilgi aldığımız ilk 3 kaynağı sırası ile belirtiniz?**

Doktor, hemşire		Televizyon	
Eczacı		İnternet	
Aile üyesi, arkadaş		Gazete	
Kitap, broşür			

**38. Hasta olduğunuzda genelde ilk olarak ne yaparsınız?**

1. Bir şey yapmam 2. Evdeki ilaçları kullanırım 3. Çevremdekilere danışırım 4. Eczaneme danışırım  
5. Aile hekimine giderim 6. Hastanede polikliniğe giderim 7. Acile giderim 8. Diğer.....

**39. Sağlıkla ilgili en sık tercih ettiğiniz kurum hangisidir?**

1. Aile hekimliği 2. Şehir hastanesi 3. Üniversite hastanesi 4. Özel hastane 5. Diğer ....

**40. Son bir yıl içinde kaç kez bir sağlık kuruluşuna başvurduunuz?.....**

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

1. İlaç yazdırmak 2. Kronik hastalıkların takibi 3. Tetkik 4. Muayene  
5. Koruyucu sağlık hizmetleri (aşı, kanser tarama vb.) 6. Ani gelişen durumlar 7. Diğer.....

**42. Aile hekiminizi tanıyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır



43. Son bir yılda kaç kez aile hekiminize başvurduunuz? .....
44. Son bir yıl içinde kaç kez acil servise başvurduunuz? .....
45. Son bir yıl içinde herhangi bir hastanede yatarak tedavi oldunuz mu? 1. Evet 2. Hayır
46. Doktor gerek görmediği halde kendi isteğinizle ilaç yazdırır mısınız? 1. Hayır 2. Bazen 3. Genellikle
47. Çevre tavsiyesi ya da kendi ilaç bilginize dayanarak reçetesiz ilaç kullanır mısınız? 1. Hiçbir zaman 2. Bazen 3. Genellikle
48. Size iyi gelen bir ilacı başkasına tavsiye eder misiniz? 1. Hiçbir zaman 2. Bazen 3. Genellikle
49. Evdeki ilaçların son kullanım tarihine dikkat eder misiniz? 1. Hiçbir zaman 2. Bazen 3. Genellikle
50. İlaçlarımızı doktorun önerdiği süre boyunca kullanır mısınız? 1. Hiçbir zaman 2. Bazen 3. Genellikle
51. Aktarın, tanıdıklarınızın önerdiği ya da televizyondan gördüğünüz bitkisel bir ilacı kullanır mısınız?  
1. Evet 2. Hayır 3. Bazen
52. Son bir yılda diş hekimine gittiniz mi? 1.Evet 2.Hayır
53. Son bir yılda grip aşısı oldunuz mu? 1.Evet 2.Hayır
54. Son bir yılda bir sağlık çalışanı tarafından kan basıncınız ölçüldü mü? 1. Evet 2. Hayır
55. Aşağıdaki taramalardan yaş ve cinsiyetinize uygun olanı yaptınız ya da yaptırdınız mı?

	Bilgim var	Bilgim yok	Yaptırdım	Yaptırmadım
20 yaş üstü <u>kadınlar</u> da ayda bir kendi kendine meme muayenesi				
30 yaş ve üstü <u>kadınlar</u> için 5 yılda bir smear testi				
40 yaş üstü <u>kadınlar</u> için 2 yılda bir mamografi taraması				
50 yaş üstü <u>kadın</u> ve <u>erkek</u> için 2 yılda bir dışkıda gizli kan testi				

56. Sağlık bakanlığı ulusal sağlık kampanyalarından haberiniz var mı? 1. Evet 2. Hayır (59. Soruya geçiniz)
57. Bu kampanyalardan bildikleriniz nelerdir?.....  
.....  
.....
58. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitim aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır
59. Yaptığımız işte kişisel koruyucu kullanıyor musunuz?(maske, eldiven, ayakkabı vb.)  
1. Hayır 2. Bazen 3. Genellikle
60. İş kazası geçirdiniz mi? 1. Evet 2. Hayır

	Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini “çok kolay/ kolay / zor /çok zor” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					