



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BELİRLEYİCİLERİ VE HASTA  
SONUÇLARINA ETKİSİ: KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNE  
BAŞVURAN HASTALAR ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA**

Mesut TELEŞ

Doktora Tezi

Ankara, 2018



SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BELİRLEYİCİLERİ VE HASTA SONUÇLARINA  
ETKİSİ: KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALAR ÜZERİNDE  
BİR ARAŞTIRMA

Mesut TELEŞ

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2018

## KABUL VE ONAY

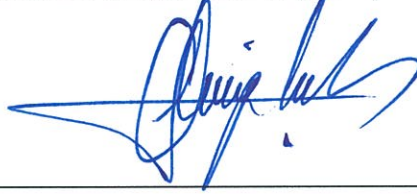
Mesut Teleş tarafından hazırlanan “Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri ve Hasta Sonuçlarına Etkisi: Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalar Üzerinde Bir Araştırma” başlıklı bu çalışma, 26.06.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Mehmet TOP (Başkan)



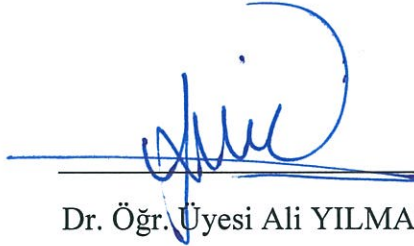
Prof. Dr. Sıdıka KAYA (Danışman)



Doç. Dr. Oğuz IŞIK



Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK



Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

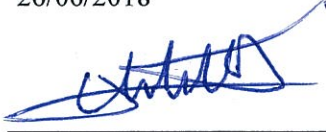
Enstitü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun 2 (iki) yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

26/06/2018



Mesut Teleş

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

**o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

**o Tezimin/Raporumun .....tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

**o Tezimin/Raporumun 26/06/2020 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

**o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

26/06/2018

**Mesut TELEŞ**

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanının nvanı, Adı SOYADI danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



*Mesut TELEŞ*

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde akademik görüş ve katkıları ile çalışmama yön veren danışman hocam Sayın **Prof. Dr. Sıdıka KAYA**'ya,

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde önerileri ile katkı yapan ve tez izleme komitesinde yer alan Sayın **Doç. Dr. Mehmet TOP** ve **Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ**'a,

Çalışmada kullanılan görüşme formunu doldurmak suretiyle katkı sağlayan **her bir katılımcıya**,

Tez çalışması süresince telkinleri ve anlayışıyla destek olan arkadaşlarım Sayın **Ahmet YILDIZ**, **Cahit KORKU** ve **Murat KONCA**'ya,

Bu günlere gelmemde büyük pay sahibi olan ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim canım **anneme**, **babama** ve **kız kardeşlerime**,

Manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve yoğun çalışma dönemlerinde sabırla bana destek olan çok değerli eşim **Ayfer YILDIRIM TELEŞ**'e sonsuz teşekkürlerimi;

Yaşam enerjim olan canım oğullarım **Mehmet Eren TELEŞ** ve **Gökseven Kıvanç TELEŞ**'e sonsuz sevgilerimi sunarım.



## ÖZET

TELEŞ, Mesut. *Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri ve Hasta Sonuçlarına Etkisi: Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalar Üzerinde Bir Araştırma*, Doktora Tezi, Ankara, 2018.

Sağlık okuryazarlığı önemlidir, çünkü bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hasta sonuçları arasında ilişki olduğuna dair tutarlı kanıtlar vardır. Bu araştırmanın amacı Ankara’da bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini, sağlık okuryazarlığını etkileyen hasta özelliklerinin neler olduğunu, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi (bağı) ve sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisini belirlemektir. Hastaların sağlık okuryazarlığını düzeyini belirlemede The European Health Literacy Survey Consortium (2012) tarafından geliştirilen Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (The European Health Literacy Survey - HLS-EU) kullanılmıştır. HLS-EU 47 maddeden oluşmaktadır. Araştırmada kota örnekleme yöntemiyle 537 hastaya ulaşılmış, sağlık okuryazarlığı indeks hesaplamaları için geçerli cevap sayısı yeterli olan 530 hasta sağlık okuryazarlığı indeks puanı hesaplamalarında analizlere dahil edilmiştir. Ölçek kapsamında sağlık okuryazarlığı indeksleri genel sağlık okuryazarlığı indeksi; sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri (üç adet) ve sağlık bilgisi süreçleri indeksleri (dört adet) ile bu indekslerin kombinasyonundan oluşan 12 alt-boyut indekslerinden oluşmaktadır. Belirtilen bu sağlık okuryazarlığı indekslerinin alfa katsayıları 0,821-0,986 arasında yüksek güvenilirlerdir. Araştırmada hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması 50 üzerinden  $31,3 \pm 10,3$ ’tür. Hastalar genel sağlık okuryazarlığı indeks puanına göre nitelendirildiğinde yaklaşık her beş hastadan ikisi (%41,9) yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde iken her beş hastadan üçü (%58,1) ise yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Eğitim düzeyi daha yüksek, yaşı daha küçük, hanehalkı geliri daha yüksek, yaşadığı yer il merkezi, sosyal statü algısı daha yüksek, istihdam durumu çalışan ve öğrenci olan hastaların sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamaları ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha yüksektir. Çoklu regresyon analizleri sonucuna göre, diğer değişkenlerin varlığında eğitim düzeyi, hanehalkı geliri ve sosyal statü algısı daha yüksek, yaşadığı yer il merkezi ve cinsiyeti kadın olan hastaların sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmada sağlık okuryazarlığının; sağlık davranışları ve sağlık

riskleri, sağlık statüsü, sağlık hizmetleri kullanımı ve memnuniyetle ilgili hasta sonuçlarının nerdeyse tamamıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Çalışma sonunda, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastaların sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesi ve bununla ilgili olarak hastane yönetimi, sağlık çalışanları, hasta yakınları ve toplumun tüm kesimlerinde farkındalığın oluşturulması; gelecekte başta hastalar olmak üzere tüm toplumun genel sağlık okuryazarlığı becerilerinin yükseltilerek onların sağlık hizmeti sürecine daha fazla dahil olmaları ve hastaların hastalıklarının, özellikle de kronik hastalıkların yönetiminde daha fazla sorumluluk almaları gerektiği yönünde önerilerde bulunulmuştur.

### **Anahtar Sözcükler**

Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Davranışları, Sağlık Riskleri, Sağlık Hizmetleri Kullanımı, Sağlık Statüsü, Memnuniyet, Hasta Sonucu, Kardiyoloji, Kalp Hastalıkları

## ABSTRACT

TELEŞ, Mesut. *Determinants of Health Literacy and It's Effects on Patient Outcomes: A Study on Patients Admitted to Cardiology Polyclinics of a Hospital*, Doctoral Thesis, Ankara, 2018.

Health literacy is important because there is consistent evidence indicating an association between individual health literacy and patient outcomes. The aim of this research is to measure the health literacy levels of patients who have admitted to the cardiology polyclinic of a university hospital in Ankara and to determine the patient characteristics affecting their health literacy and to determine the association between health literacy level and patient outcomes and to show the effect of health literacy on patient outcomes. The European Health Literacy Survey (HLS-EU) developed by the European Health Literacy Survey Consortium (2012) was used to determine the level of health literacy of patients. The HLS-EU consists of 47 items. In the study, 537 patients were identified by quota sampling and 530 patients who had sufficient valid answers for health literacy index calculations were included in the analysis of health literacy index score calculations. Health literacy indexes consist of the general health literacy index, health literacy domain indexes (three), health information process indexes (four), and 12 sub-dimension index, which is combination of these indexes. The alpha coefficients of these health literacy indexes were between 0,821-0,986 and were highly reliable. The average general health literacy index score of the patients was  $31,3 \pm 10,3$  out of 50. When the patients were classified according to general health literacy index score; approximately 2/5 (41.9%) of the patients had sufficient or excellent health literacy level, and 3/5 (58.1%) had insufficient or limited health literacy level. Patients who had higher educational level, had higher household income, were living in provincial center, had higher social status, were working and were students had higher health literacy index score averages and health literacy levels. According to the result of multiple regression analysis, in existence of the other variables, the level of health literacy index score and health literacy level of patients who female, living in urban centers, higher education level, household income and social status were found to be higher. In this study it was found that health literacy was closely related to health behaviors and health risks, health status, health care use and patient outcomes related to satisfaction. At the

end of the study, it was suggested to develop health literacy skills of patients with low health literacy levels and thus to raise awareness among hospital management, health workers, patient relatives and all segments of society; it was also suggested that the overall health literacy skills of the entire community, particularly the patients, should be promoted, that the community and the patients should be more involved in the health care process, and that patients should take more responsibility for the management of their illnesses, especially chronic illnesses.

**Keywords**

Health Literacy, Health Behaviors, Health Risks, Health Care Use, Health Status, Satisfaction, Patient Outcome, Cardiology, Heart Diseases

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY .....</b>	<b>i</b>
<b>BİLDİRİM .....</b>	<b>ii</b>
<b>YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....</b>	<b>iii</b>
<b>ETİK BEYAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>v</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>x</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....</b>	<b>xiv</b>
<b>TABLOLAR LİSTESİ.....</b>	<b>xvi</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ.....</b>	<b>xxvii</b>
<b>GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>1. BÖLÜM: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. OKURYAZARLIK VE İLİŞKİLİ OLDUĞU KAVRAMLAR .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2. OKURYAZARLIK, SAĞLIK VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ .....</b>	<b>8</b>
<b>1.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI NEDİR? .....</b>	<b>12</b>
<b>1.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KAVRAMSAL YAPISI.....</b>	<b>20</b>
1.4.1. National Assessment of Adult Literacy Tarafından Geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli.....	21
1.4.2. Institute of Medicine Tarafından Geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli .....	22
1.4.3. Baker'in Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli.....	24
1.4.4. HLS-EU Consortium Tarafından Geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli .....	26
<b>1.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BOYUTLARI .....</b>	<b>28</b>
1.5.1. Nutbeam'a Göre Sağlık Okuryazarlığının Boyutları .....	28

1.5.2. Zarcadoolas, Pleasant ve Greer'e Göre Sağlık Okuryazarlığının Boyutları .....	30
1.5.3. HLS-EU Consortium'a Göre Sağlık Okuryazarlığının Boyutları .....	34
<b>1.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BELİRLEYİCİLERİ .....</b>	<b>35</b>
1.6.1. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Uzak Faktörler .....	36
1.6.2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Yakın Faktörler .....	38
<b>1.7. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ.....</b>	<b>40</b>
<b>1.8. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KRONİK HASTALIKLAR VE KALP HASTALARI İÇİN ÖNEMİ.....</b>	<b>46</b>
<b>1.9. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KISITLI OLAN HASTALARI BELİRLEME YÖNTEMLERİ.....</b>	<b>48</b>
1.9.1. Kırmızı Bayraklar .....	48
1.9.2. Sosyal Öykü .....	50
1.9.3. İlaç Tedavisi İncelemesi.....	50
<b>1.10. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK YAKLAŞIMLAR.....</b>	<b>51</b>
1.10.1. Sağlık Hizmeti Tüketicilerinin Rolü .....	51
1.10.2. Sağlık Hizmeti Sunucularının Rolü .....	52
1.10.3. Yerel Düzeyde Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların Rolü.....	55
1.10.4. Resmi Kuruluşlar, Düzenleyiciler, Tavsiye Organları ya da Sağlık ve Eğitim Politikalarının Rolü.....	55
1.10.5. Eğitim ve Öğretim Kuruluşlarının Rolü.....	56
1.10.6. Destek Hizmetleri ve Diğer Kuruluşların Rolü.....	57
<b>1.11. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI DEĞERLENDİRME TESTLERİ.....</b>	<b>57</b>
1.11.1. Kelime Tanıma Testleri .....	58
1.11.2. Okuduğunu Anlama Testleri.....	59
1.11.3. Resmi Olmayan Testler.....	61
<b>1.12. TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....</b>	<b>62</b>
<b>2. BÖLÜM: HASTA SONUÇLARI .....</b>	<b>67</b>

<b>3. BÖLÜM: SAĞLIK OKURYAZARLIĞIYLA HASTA SONUÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER .....</b>	<b>78</b>
<b>4. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>84</b>
4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	84
4.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE ARAŞTIRMA SORULARI.....	86
4.3. VERİ TOPLAMA ARACI.....	89
4.4. EVREN VE ÖRNEKLEM .....	97
4.5. VERİLERİN TOPLANMASI.....	100
4.6. VERİLERİN ANALİZİ .....	101
4.7. SINIRLILIKLAR VE VARSAYIMLAR.....	112
<b>5. BÖLÜM: BULGULAR.....</b>	<b>114</b>
<b>5.1. TANIMLAYICI BULGULAR.....</b>	<b>114</b>
5.1.1. Hastaların Özelliklerinin Değerlendirilmesi .....	114
5.1.2. HLS-EU'nun Maddelerinin Değerlendirilmesi.....	116
5.1.3. Sağlık Okuryazarlığı İndekslerinin Değerlendirilmesi .....	119
5.1.4. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi .....	121
5.1.5. Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi .....	122
5.1.5.1. Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleriyle İlgili Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	122
5.1.5.2. Sağlık Statüsüyle İlgili Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	127
5.1.5.3. Sağlık Hizmetleri Kullanımıyla İlgili Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi .	129
5.1.5.4. Memnuniyetle İlgili Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi .....	132
<b>5.2. ÇIKARIMSAL BULGULAR.....</b>	<b>136</b>
5.2.1. Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri Arasındaki İlişkilerin Değerlendirmesi.....	137
5.2.2. Hastaların Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	140
5.2.3. Hastaların Özelliklerine Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması .....	164
5.2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Hasta Özelliklerinin Belirlenmesi .....	166

5.2.5. Genel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması .	171
5.2.5.1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleriyle İlgili Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması .....	171
5.2.5.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Statüsüyle İlgili Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	187
5.2.5.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Hizmetleri Kullanımıyla İlgili Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	196
5.2.5.4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Memnuniyetle İlgili Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	207
5.2.6. Sağlık Okuryazarlığının Hasta Sonuçlarına Etkisi.....	211
5.2.6.1. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleriyle İlgili Hasta Sonuçlarına Etkisi .....	212
5.2.6.2. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Statüsüyle İlgili Hasta Sonuçlarına Etkisi ....	249
5.2.6.3. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmetleri Kullanımıyla İlgili Hasta Sonuçlarına Etkisi .....	258
5.2.6.4. Sağlık Okuryazarlığının Memnuniyetle İlgili Hasta Sonuçlarına Etkisi.....	298
<b>6. BÖLÜM: TARTIŞMA.....</b>	<b>312</b>
<b>7. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>383</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>397</b>
<b>EK 1. ANKET FORMU.....</b>	<b>409</b>
<b>EK 2. ANKET FORMU KULLANIM İZİNİ .....</b>	<b>415</b>
<b>EK 3. ETİK KURUL İZİNİ.....</b>	<b>416</b>
<b>EK 4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HASTANEDEN ALINAN İZİNLER .....</b>	<b>417</b>
<b>EK 5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE KONTROL DEĞİŞKENLERİNİN HASTA SONUÇLARINA ETKİSİNİN REGRESYON ANALİZLERİ SONUÇLARIYLA İLGİLİ SPSS ÇIKTILARI.....</b>	<b>419</b>
<b>EK 6. ORJİNALLİK RAPORU .....</b>	<b>509</b>



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde
$\chi^2$	: Ki-kare testi
<	: Küçüktür
>	: Büyüktür
$\leq$	: Küçük Eşittir
$\geq$	: Büyük Eşittir
kg	: Kilogram
<i>r</i>	: Pearson Korelasyon Katsayısı
m	: Metre
vd.	: ve diğerleri
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACSQHC	: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
AF	: Anlamlı Fark
AMA	: American Medical Association
AMAF	: American Medical Association Foundation
EKG	: Elektrokardiyografi
EÖSBK	: En Önemli Sağlık Bilgi Kaynağı
HLS-EU	: The European Health Literacy Survey
INR	: International Normalized Ratio
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MART	: Medical Terminology Achievement Reading Test
NAAL	: National Assessment of Adult Literacy
NALA	: National Adult Literacy Agency
NC IOM	: North Carolina Institute of Medicine
NVST	: Newest Vital Sign Test
OECD	: Organization for Economic Cooperation & Development
OO	: Odds Oranı
IOM	: Institute of Medicine
REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SMS	: Short Message Service

SPSS	: Statistical Package for Social Science for Windows
S-TOFHLA	: The Short Test of Functional Health Literacy in Adults
TL	: Türk Lirası
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy in Adults
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	: United Nations Educational Scientific & Culture Organization
VIF	: Variance Inflication Factor (Varyans Şişme Değeri)
WHO	: World Health Organization
WRAT	: Wide Range Achievement Test
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu



## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. HLS-EU'nun 12 Alt Boyutlu Matrisi.....	34
Tablo 2. Sağlık Sistemi İçerisindeki Farklı Rollere Göre Sağlık Okuryazarlığının Yükseltilmesinin Önemi .....	42
Tablo 3. Kısıtlı Sağlık Okuryazarlığını İşaret Eden Davranışlar ve Yanıtlar .....	49
Tablo 4. Bazı Tıbbi Terimlere Alternatif Sade Kelimeler .....	53
Tablo 5. Öğrenileni Geri Anlatma Metodu .....	54
Tablo 6. Bana-3-Şey-Sor Programı.....	54
Tablo 7. Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçlerinin Maddeleri; İndeks Puanı Hesaplaması için Gerekli Olan Minimum Geçerli Madde Sayısı; Minimum ve Maksimum İndeks Puan Aralığı .....	92
Tablo 8. Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları, Sağlık Bilgisi Süreçleri ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Madde Sayıları ve Güvenirlik Katsayıları .....	95
Tablo 9. Yaşam Doyum Ölçeğinin Maddeleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları, Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları ve Güvenirlik Katsayıları.....	97
Tablo 10. Araştırma Öncesi ve Araştırma Dönemi Evrenleri ile Örneklemin Karşılaştırılması .....	100
Tablo 11. Hastaların Özellikleri (n=530).....	115
Tablo 12. Hastaların HLS-EU'nun Maddelerine İlişkin Değerlendirmeleri.....	117
Tablo 13. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının Dağılımı .....	120
Tablo 14. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Bu Düzeylere Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı Ortalamaları ve Yüzdeler Dağılımları .....	121
Tablo 15. Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleriyle İlgili Hasta Sonuçları.....	124
Tablo 16. Sağlık Statüsüyle İlgili Hasta Sonuçları .....	128
Tablo 17. Sağlık Hizmetleri Kullanımıyla İlgili Hasta Sonuçları.....	130
Tablo 18. Memnuniyetle İlgili Hasta Sonuçları.....	133
Tablo 19. Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları .....	138

Tablo 20. Hastaların Cinsiyetine Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçleri İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	141
Tablo 21. Hastaların Cinsiyetine Göre Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	142
Tablo 22. Hastaların Medeni Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçleri İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	143
Tablo 23. Hastaların Medeni Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	144
Tablo 24. Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçleri İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	146
Tablo 25. Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	147
Tablo 26. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçlerinin İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	149
Tablo 27. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	150
Tablo 28. Hastaların İstihdam Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçleri İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	152
Tablo 29. Hastaların İstihdam Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	154
Tablo 30. Hastaların Hanehalkı Gelirine Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçleri İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	156
Tablo 31. Hastaların Hanehalkı Gelirine Göre Sağlık Okuryazarlığı 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	158
Tablo 32. Hastaların Yaşadığı Yere Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçleri İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	159

Tablo 33. Hastaların Yaşadığı Yere Göre Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	160
Tablo 34. Hastaların Sosyal Statü Algısına Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçleri İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	162
Tablo 35. Hastaların Sosyal Statü Algısına Göre Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	163
Tablo 36. Hastaların Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması .....	165
Tablo 37. Hastaların Özellikleri ve Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı Arasındaki Korelasyon Katsayıları .....	167
Tablo 38. Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicilerinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	168
Tablo 39. Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicilerinin Çoklu Sıralı Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	170
Tablo 40. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Egzersiz Yapma Durumunun Karşılaştırılması .....	172
Tablo 41. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Yaptıkları Egzersiz Türünün Karşılaştırılması .....	172
Tablo 42. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması .....	173
Tablo 43. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Günlük İçtikleri Sigara Sayısının Karşılaştırılması .....	173
Tablo 44. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Alkol Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması .....	174
Tablo 45. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Alkol Alma Sıklıklarının Karşılaştırılması (N=69) .....	174
Tablo 46. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Diyet Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması .....	175
Tablo 47. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre BKİ (kg/m <sup>2</sup> ) Ölçüsü Ortalamasının Karşılaştırılması.....	175
Tablo 48. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Beden Kitle İndeksi Nitelendirmelerinin Karşılaştırılması.....	176

Tablo 49. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Doktor Tavsiyesi Olmadan/Reçetesiz İlaç Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	176
Tablo 50. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Çevre Tavsiyesiyle İlaç Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	177
Tablo 51. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kendi İlaç Bilgisine Dayanarak İlaç Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması .....	177
Tablo 52. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Eczaneye Danışarak İlaç Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	178
Tablo 53. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre İnternette Araştırarak İlaç Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	178
Tablo 54. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kendisine İyi Geldiğini Düşündüğü Bir İlacı Başkasına Tevsiye Etme Durumlarının Karşılaştırılması .....	179
Tablo 55. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Evdeki İlaçların Son Kullanma Tarihine Dikkat Etme Durumlarının Karşılaştırılması.....	179
Tablo 56. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre İlaçlarını Doktorunun Önerdiği Miktarla Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	180
Tablo 57. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre İlaçlarını Doktorunun Önerdiği Süreye Uygun Şekilde Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	180
Tablo 58. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Televizyonu Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	181
Tablo 59. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Radyoyu Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması .....	181
Tablo 60. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Gazete-dergi Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması .....	182
Tablo 61. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada İnternet Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması .....	182
Tablo 62. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Doktoru Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması .....	183
Tablo 63. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Hemşireyi Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması .....	183
Tablo 64. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Eczacıyı Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	184

Tablo 65. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Diğer Sağlık Çalışanlarını Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	184
Tablo 66. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Algıladığı En Önemli Sağlık Bilgi Kaynağının Karşılaştırılması .....	185
Tablo 67. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Kullandıkları Sağlık Bilgi Kaynağı Sayısı Ortalamasının Karşılaştırılması.....	186
Tablo 68. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Kullandıkları Sağlık Bilgi Kaynağı Sayılarının Karşılaştırılması.....	186
Tablo 69. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Genel Sağlık Durumunun Karşılaştırılması .....	187
Tablo 70. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Uzun Süreli Bir Sağlık Sorunu veya Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması.....	188
Tablo 71. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Sorunlarının Genel Olarak Aktivite/Faaliyetleri Sınırlaması Durumunun Karşılaştırılması .....	188
Tablo 72. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kalp-damar Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması .....	189
Tablo 73. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hiperlipidemi Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması.....	189
Tablo 74. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Diyabet Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması .....	190
Tablo 75. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hipertansiyon Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması.....	190
Tablo 76. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması.....	191
Tablo 77. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Astım Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması .....	191
Tablo 78. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Böbrek Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması .....	192
Tablo 79. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Karaciğer Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması .....	192
Tablo 80. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre İnme/Felç Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması .....	193

Tablo 81. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Romatolojik Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması .....	193
Tablo 82. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kanser Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması .....	194
Tablo 83. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Psikiyatrik Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması .....	194
Tablo 84. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Diğer Bir Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması .....	195
Tablo 85. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hastalık Sayılarının Karşılaştırılması .....	195
Tablo 86. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Acil Servis Kullanım Durumlarının Karşılaştırılması .....	196
Tablo 87. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Doktora Başvurma Durumlarının Karşılaştırılması .....	197
Tablo 88. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hastane Hizmetlerini Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	197
Tablo 89. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Diğer Sağlık Profesyonellerinden Hizmet Alma Durumlarının Karşılaştırılması.....	198
Tablo 90. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kardiyoloji Polikliniğine Başvurma Durumlarının Karşılaştırılması .....	198
Tablo 91. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hastaneye Yatış Durumlarının Karşılaştırılması .....	199
Tablo 92. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hastaneye Yatış Sayılarının Karşılaştırılması.....	199
Tablo 93. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hastanede Yatış Süresinin Karşılaştırılması .....	200
Tablo 94. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Doktor Randevusuna Giderken Yanında Refakatçi Bulundurma Durumlarının Karşılaştırılması.....	200
Tablo 95. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hastalığıyla İlgili Başka Doktorlardan İkinci Bir Görüş Alma İhtiyacı Hissetme Durumlarının Karşılaştırılması .....	201
Tablo 96. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kendi İsteğiyle Tetkik veya Tedavi İsteme Durumlarının Karşılaştırılması .....	201



Tablo 97. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Genel Bir Doktor Muayenesinden Geçme Durumlarının Karşılaştırılması .....	202
Tablo 98. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Tansiyon Ölçümü Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması .....	202
Tablo 99. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Grip Aşısı Olma Durumlarının Karşılaştırılması .....	203
Tablo 100. Kadın Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumlarının Karşılaştırılması .....	203
Tablo 101. Kadın Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Mamografi Çektirme Durumlarının Karşılaştırılması .....	204
Tablo 102. Kadın Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Serviks Kanseri Testi Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması .....	204
Tablo 103. Erkek Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kendi Kendine Testis Muayenesi Yapma Durumlarının Karşılaştırılması .....	205
Tablo 104. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kolon Kanseri Taraması Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması .....	205
Tablo 105. Kadın Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Osteoporoz Taraması Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması .....	206
Tablo 106. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Diş Hekimine Muayene Olma Durumlarının Karşılaştırılması .....	206
Tablo 107. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Yaşam Doyum Algısının Karşılaştırılması .....	207
Tablo 108. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Doktorların Sorulara Anlayacakları Şekilde Yanıt Vermesi Durumlarının Karşılaştırılması .....	208
Tablo 109. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Doktorların Yeterince İlgili ve Nezaketli Olma Durumlarının Karşılaştırılması .....	209
Tablo 110. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Başka Bir Doktora Muayene Olmayı Düşünme Durumlarının Karşılaştırılması .....	209
Tablo 111. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Poliklinik Hizmetlerini Genel Olarak Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması .....	210
Tablo 112. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Egzersiz Yapma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları .....	214

Tablo 113. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Sigara Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları .....	216
Tablo 114. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Alkol Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları .....	218
Tablo 115. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Diyet Uygulama Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları .....	220
Tablo 116. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların BKİ (kg/m <sup>2</sup> ) Ölçüsü Üzerine Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları .....	222
Tablo 117. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Doktor Tavsiyesi Olmadan/Reçetesiz İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	224
Tablo 118. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Çevre Tavsiyesiyle İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	226
Tablo 119. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Kendi İlaç Bilgisine Dayanarak İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları .....	228
Tablo 120. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Eczaneye Danışarak İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	230
Tablo 121. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların İnternette Araştırarak İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	232
Tablo 122. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Kendisine İyi Geldiğini Düşündüğü Bir İlaç Başkasına Tavsiye Etme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	234
Tablo 123. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Evdeki İlaçların Son Kullanma Tarihine Dikkat Etme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	236

Tablo 124. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların İlaçlarını Doktorun Önerdiği Miktarda Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	238
Tablo 125. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların İlaçlarını Doktorun Önerdiği Süreye Uygun Şekilde Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	241
Tablo 126. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların En Önemli Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak Doktoru Algılaması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	243
Tablo 127. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların En Önemli Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak İnterneti Algılaması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	245
Tablo 128. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Sağlık Bilgisine Ulaşmada Kullandığı Bilgi Kaynağı Sayısı Üzerine Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları .....	248
Tablo 129. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Genel Sağlık Durumu Algısı Üzerine Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	251
Tablo 130. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Uzun Süreli Bir Sağlık Sorunu veya Hastalığının Olması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	253
Tablo 131. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-Boyutunun Hastaların Sağlık Sorunlarının Genel Olarak Aktivite/Faaliyetlerini Sınırlaması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları .....	255
Tablo 132. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Toplam Hastalık Sayısı Üzerine Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları .....	257
Tablo 133. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Acil Servis Kullanımı Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları .....	260
Tablo 134. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Doktora Başvurma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları .....	262

Tablo 135. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Hastane Hizmetleri Kullanımı Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	264
Tablo 136. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Diğer Sağlık Profesyonellerinden Hizmet Alma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	266
Tablo 137. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Kardiyoloji Polikliniğine Başvurma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	268
Tablo 138. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Hastaneye Yatışı Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	270
Tablo 139. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Doktor Randevusuna Giderken Yanlarında Refakatçi Bulundurma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları .....	272
Tablo 140. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Hastalığıyla İlgili Başka Doktorlardan İkinci Bir Görüş Alma İhtiyacı Hissetme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	274
Tablo 141. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Doktor Gerek Görmediği Halde Kendi İsteğiyle Tetkik veya Tedavi İsteme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları .....	276
Tablo 142. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Genel Bir Doktor Muayenesinden Geçme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları .....	278
Tablo 143. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Tansiyon Ölçümü Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	280
Tablo 144. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Grip Aşısı Olma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları .....	282
Tablo 145. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Kadın Hastaların Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	285
Tablo 146. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Kadın Hastaların Mamografi Çektirme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	287

Tablo 147. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Kadın Hastaların Serviks Kanseri Testi Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	289
Tablo 148. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Erkek Hastaların Kendi Kendine Testis Muayenesi Yapma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	291
Tablo 149. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Kolon Kanseri Tarama Testi Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	293
Tablo 150. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Kadın Hastaların Osteoporoz Tarama Testi Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	295
Tablo 151. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Diş Hekimine Gitme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	297
Tablo 152. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Yaşam Doyum Algısı Üzerine Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	300
Tablo 153. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-Boyutunun Hastaların Almış Olduğu Poliklinik Hizmetinde Doktorlarının Şikayetlerini Dinleyip Hastalıklarıyla İlgili Sorulara Anlayacakları Şekilde Cevap Verme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	303
Tablo 154. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-Boyutunun Hastaların Almış Olduğu Poliklinik Hizmetinde Doktorlarının Kendilerine Karşı Yeterince İlgili ve Nezaketli Olma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	306
Tablo 155. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-Boyutunun Hastaların Bugünkü Almış Olduğu Poliklinik Hizmetinden Sonra Aynı Rahatsızlıktan Dolayı Başka Bir Doktora Muayene Olmayı Düşünme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	309
Tablo 156. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Poliklinik Hizmetini Genel Olarak Değerlendirmesi Üzerine Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	311

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. NAAL'ın Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi.....	21
Şekil 2. Institute of Medicine'in Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli .....	23
Şekil 3. Institute of Medicine'in Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modelinde Yer Alan Potansiyel Müdahale Alanları .....	24
Şekil 4. Bireysel Kapasite, Sağlıkla İlişkili Yazılı ve Sözel Okuryazarlık ile Sağlık Arasındaki İlişkinin Kavramsal Modeli .....	25
Şekil 5. HLS-EU Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli .....	26
Şekil 6. Sağlık Sonuçları Çerçevesi .....	70
Şekil 7. Araştırma Modeli .....	88

## GİRİŞ

Modern sağlık sistemleri sağlık tüketicilerinin taleplerini daha karmaşık hale getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin kullanımında bireylerin katılımı artarken, onlardan bilgiye ulaşma, haklarını ve sorumluluklarını anlama, sağlık kararlarını alma konularında yeni roller üstlenmeleri talep edilmektedir (Institute of Medicine, 2001, s.3). Bu beklentilerin gerçekleşmesi ise, kişilerin sağlıkla ilgili konularda bilgi ve yeterlilik sahibi olmaları, yani yeterli düzeyde bir sağlık okuryazarlığına sahip olmaları ile mümkündür.

Sağlık okuryazarlığı kavramının kökeni genel okuryazarlık alanına dayanmaktadır (Çınarlı, 2004, s.21). Genel olarak okuryazarlık, bir kişinin toplumda işlevlerini yerine getirebilmesi, hedeflerine ulaşabilmesi, bilgi ve potansiyelini geliştirebilmesi için basılı ve yazılı bilgileri kullanabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Sørensen vd., 2012, s.7). HLS-EU Consortium (The European Health Literacy Survey Consortium) (2012) tarafından yapılan sağlık okuryazarlığı tanımı ise şu şekildedir; *“sağlık okuryazarlığı; okuryazarlık ile ilişkilidir ve insanların hayatı boyunca yaşam kalitesini devam ettirmesi ve geliştirmesi için günlük hayatta sağlık hizmetleri, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili yargıda bulunması ve kararlar alması amacıyla sağlık bilgisine erişme, sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve uygulama için onların bilgisini, motivasyonunu ve yeterliliklerini gerektiren bir kapsama sahiptir.”* Görüleceği üzere sağlık okuryazarlığı, bilişsel ve sosyal beceriler kadar kişinin sağlık bilgisine ulaşma motivasyonunu da içermektedir. Çok genel olarak belirtmek gerekirse, bireylerin muhatap oldukları eğitim sistemi, kültürel ve toplumsal faktörler ve sağlık sistemi potansiyel olarak sağlık okuryazarlığını etkilemekte ve şekillendirmekte, bu faktörler ise nihayetinde sağlık sonuçlarını etkilemektedir (Durusu Tanrıöver vd., 2014, s.18).

Sağlık sonuçları, bireyler veya toplumlardaki sağlık hizmetlerine atfedilebilen (istendik veya istenmedik) değişiklikler anlamına gelmektedir (Kaya, 2005, s.85). Sağlık okuryazarlığı önemlidir, çünkü bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık sonuçları arasında ilişki olduğuna dair tutarlı kanıtlar vardır. Genel olarak, bireysel

sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan insanların olumsuz sonuçları yaşama olasılıklarının 1,5-3 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (ACSQHC, 2013, s.14). Berkman ve diğerleri (2011) tarafından yapılan bir sistematik derleme çalışmasında düşük sağlık okuryazarlığı ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda, düşük sağlık okuryazarlığı ile daha çok hastaneye yatış, daha sık acil servis kullanımı, koruyucu sağlık hizmetlerinden mamografi çekirme ve grip aşısı yaptırma oranının daha düşük olması, uygun ilaç kullanım düzeyinin daha düşük olması, sağlık mesajları ve etiketleri yorumlayabilme kabiliyetinin daha düşük olması, sağlık statüsünün zayıf olması ve daha yüksek ölüm oranı arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Berkman vd., 2011, s.97). Yapılan çalışmalar sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti kullanımı ve maliyeti arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Institute of Medicine (2004) tarafından düşük sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmetleri arasında; azalan hastalık ve hastalığın tedavisi hakkında bilgi, artan yatış oranları, azalan koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı ve artan sağlık hizmetleri maliyetinin dahil olduğu dört genel ilişki tespit edilmiştir.

Kanser, diyabet gibi bulaşıcı olmayan bir hastalık türü olan kalp hastalığı değiştirilebilir çok sayıdaki risk faktörüyle, özellikle de fiziksel aktivitenin yokluğu, kötü beslenme alışkanlıkları, sigara içme ve alkol kullanımı gibi davranışsal belirleyicilerle ilişkiliken sağlık okuryazarlığı da bu tür sağlık davranışlarıyla ilişkilidir (WHO, 2013, s.13). Dünyada 2005 yılında meydana gelen toplam 58 milyon ölümün 35 milyonu kronik hastalıklar sebebiyle olmuş, kronik hastalıklardan kaynaklanan 35 milyon ölümün ise 17.528.000'i kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle olmuştur. Kardiyovasküler hastalıklar %30 ile tüm ölümlerin, %50 ile de kronik hastalıklardan kaynaklanan ölüm sebeplerinin başında gelmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2009, s.28). Kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümlerin %80'den fazlası gelişmekte olan ülkelerdedir. Türkiye İstatistik Kurumunun ölüm verileri, toplam ölümlerin içinde kalp hastalıklarının payının gittikçe artma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Türkiye'de kalp hastalıkları 2016'da %40 ile tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2013, s.3; TÜİK, 2018).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2023 yılında koroner kalp hastalığı için risk grubu olarak kabul edilen 40 yaş ve üstü nüfusun %39,7 oranında artacağını tahmin



etmektedir. Yaşlanan nüfusla beraber kronik hastalıkların topluma getireceği yük, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ciddi bir tehdit oluşturmaktadır (Akalin vd., 2012, s.31). Dünya Sağlık Örgütüne göre etkin girişimlerle küresel düzeyde kronik hastalıklara bağlı ölüm hızı her yıl %2 azaltılabilirse, 2005-2015 yılları arasında 36 milyon ölümün önlenebileceği öngörülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2013, s.3).

Sağlık programlarındaki değişikliklerin başarıya ulaşması için özellikle en yüksek riskli hastalar hedef alınmalıdır. Sağlık okuryazarlığının artırılması için de ilk hedef kronik hastalar olmalıdır (Akalin vd., 2012, s.29-30). Sağlık okuryazarlığının önemli olduğu alanlardan bir tanesi kronik hastalık yönetimidir ve kardiyovasküler hastalıklar kronik hastalıklar denilince genellikle ilk akla gelen hastalıklardan biridir (Doyle vd., 2012, s.13).

Literatürde, Türkiye'de sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların çok az sayıda olduğu, bu çalışmaların çoğunun da belirli bir hasta ya da hastalık grubundan ziyade toplumun genelinden seçilen örneklemeler üzerinde yapıldığı ve daha çok katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyesini belirleyen tanımlayıcı çalışmalar olduğu; sağlık okuryazarlığının belirleyicilerinin neler olduğunu, sağlık okuryazarlığı ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi (bağı) ve sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisini belirleyen çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir. Araştırmada, alandaki bu eksiklikleri tamamlamak üzere Ankara'da bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini, sağlık okuryazarlığını etkileyen hasta özelliklerinin neler olduğunu, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi (bağı) ve sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Araştırma yedi bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık okuryazarlığı, ikinci bölümde hasta sonuçları, üçüncü bölümde ise sağlık okuryazarlığı ve hasta sonuçları arasındaki ilişkiler hakkında genel bilgiler verilmiştir. Araştırmanın dördüncü bölümünde araştırmanın gereç ve yöntemine, beşinci bölümünde araştırmanın bulgularına, altıncı bölümünde ise bu bulgularla ilgili tartışmaya yer verilmiştir. Son bölümünde ise araştırmanın sonuçları ve önerileri birlikte sunulmuştur.

## 1. BÖLÜM: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Bu bölümde öncelikle okuryazarlık ve ilişkili olduğu kavramlar açıklanmış, sonrasında okuryazarlık, sağlık ve sağlık okuryazarlığı ilişkisi açıklanıp arkasından sağlık okuryazarlığı tanımlarına yer verilmiştir. Daha sonra sağlık okuryazarlığının kavramsal yapısı, sağlık okuryazarlığının boyutları, sağlık okuryazarlığının belirleyicilerinin neler olduğu, sağlık okuryazarlığının önemi, sağlık okuryazarlığının kronik hastalıklar ve kalp hastaları için önemi, sağlık okuryazarlığı kısıtlı olan hastaların nasıl anlaşılacağı, sağlık okuryazarlığını geliştirme yaklaşımları, sağlık okuryazarlığını değerlendirme ölçütleri ve Türkiye’de sağlık okuryazarlığı konuları anlatılmıştır.

### 1.1. OKURYAZARLIK VE İLİŞKİLİ OLDUĞU KAVRAMLAR

Okuma-yazma (reading-writing) ve okuryazarlık (literacy) kavramları, günlük yaşamda, sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır. Okuryazarlık kavramı, tarihsel gelişime paralel olarak okuma-yazma kavramından doğmakla birlikte, okuma-yazmadan daha geniş bir kavramsal içeriğe sahiptir. İki kavramın birbirinden ayrıldığı bazı temel noktalar bulunmaktadır. Ancak, bu kavramları tanımlamadan önce, her iki kavramda ortak olan “okuma” ve “yazma” becerilerinin anlaşılmasında yarar vardır (Gül, 2007, s.18).

*Okuma kavramı*, değişik yönleri dikkate alındığından birçok araştırmacı tarafından değişik şekillerde tanımlanmıştır. Bunun temel sebebi okuma eyleminin gözle görülmeyen karmaşık zihinsel bir sürece sahip olmasıdır. En kısa ve doğru tanımıyla okuma; yazılı simgeleri anlamlandırma, kavrama ve yorumlama eylemi (Kurudayıoğlu, 2011, s.16), bir başka deyişle yazılı bir ifadede yer alan sembollerini çözümleyebilme becerisidir. Okuma; okuyucu, okunan metin ve okuma durumunun kapsamı arasında iletişim kurulması yoluyla anlam oluşturma sürecidir (Gül, 2007, s.17). Okuma sürecinde okunan metin sadece bir uyarıcıdır. Çünkü asıl amaç alfabeler halinde kodlanarak iletilen mesajın, okuyan insanın beyninde anlamlandırılmasıdır; metin burada sadece bir araçtır. Buna göre okuma, yazılı bir metin karşısında kişide ortaya çıkan bir dizi tepki olarak tanımlanabilir (Kurudayıoğlu, 2011, s.16). Günümüzde okuma ile ilgili araştırmalar okuma işlemi; belleğin gelişmesine en büyük katkıyı

sağlayan yüksek düzeyli zihinsel işlemler olarak tanımlamaktadır. Okuma işlemi bir bilgi değil beceriler toplamıdır ve bu beceriler de uygulayarak edinilmektedir. İyi okuma becerisi ise çeşitli alıştırmaya ve okuma çalışmalarısıyla kazanılmaktadır. (Güneş, 2003, s.39).

*Yazma kavramı ise;* aynı okuma gibi, gelişimsel ve iletişimsel perspektiften incelenir. Yazma, çocukların küçük yaşlardan beri tanışık olduğu bir metin oluşturma ve anlam ifade etme sürecidir, toplum içinde öğrenilir ve temel amacı iletişimdir. Buna ek olarak, yazma bir öğrenme aracı olarak da kullanılır. Herhangi bir konuyu yazmak, kişinin o konuyu daha derinlemesine anlaması ve o konu hakkındaki duygu ve düşüncelerini çözümlemesi açısından faydalıdır (Ege, 2011, s.182). Kısaca yazma becerisi, konuşmanın görselleştirilmiş ya da kağıda dökülmüş hali değildir ve sadece motor bir aktivite olmanın ötesinde okuma becerisinden ayrılması mümkün olmayan, daha üst düzeyde ve daha karmaşık bir planlama gerektiren, daha karmaşık bir zihinsel eylemdir (Ege, 2011, s.183; Gül, 2007, s.17-18).

Yukarıdaki tanımlardan da anlaşılacağı üzere okuma ve yazma becerileri birbirleri ile ilişkili olan, birbirlerini tamamlayan kavramlardır. Okuma da, yazma da bir dil etkinliğidir ve dil gelişiminden ayrı tutulamaz. Okuma ile yazma da birbirinden ayrılmaz. “Önce okuma öğrenilir, sonra da yazılır” görüşü hatalıdır. Okuma yazmayı, yazma da okumayı destekler (Ege, 2011, s.175). Bu iki becerinin birbiri ile olan ilişkisi, bunların birlikte kullanılmasını gerektiren tek bir kavramın *okuma-yazma* kavramının kullanılmasına neden olmuştur. Okuma-yazma kavramına ilişkin pek çok tanım bulunmaktadır. Okuma-yazma kavramı, bu iki eylemin birbirinden ayrılmadığını ortaya koymakla birlikte genel olarak; ses sembollerinin zihinsel olarak bir araya getirilmesi ve sözel olarak ifade edilmesi ve yazı yoluyla zihinsel ifadelerin aktarılması süreci olarak tanımlanmaktadır (Gül, 2007, s.19). Bir başka ifadeyle okuma-yazma, yazı sembollerini kullanmak ve yine aynı yazı sembolleriyle oluşturulan anlamı çözmektir (Aşıcı, 2009, s.11). Yapılan tanımların hemen hepsinde, okuma-yazmanın dile bağlı becerileri gerektirdiği ve iletişimsel hedefler için anlam yaratmak amacıyla kullanıldığı vurgulanmıştır (Gül, 2007, s.19).

Burada, *okuryazar* terimine de değinmekte fayda vardır. Daha önceleri sadece adını okuyup yazabilene okuryazar deniliyordu. Uluslararası bilinen ilk tanım, United Nations

Educational Scientific & Culture Organization (UNESCO) tarafından 1951’de düzenlenen bir toplantıda Şu Şekilde yapılmıştır; “*Okuryazar, günlük hayatı ile ilgili basit ve kısa bir cümleyi anlayarak okuyup-yazabilen kişidir*” (Güneş, 1997b, s.6). Sonraları UNESCO 1962’de Paris’te yaptığı bir toplantıda okuryazarı; “kendisinin ve içinde yaşadığı toplumun gelişmesine katkıda bulunabilecek derecede okuma-yazma ve hesap yapma becerilerine sahip, grup ve topluluk içindeki görevlerini etkin bir Şekilde yerine getirebilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanmıŐ kişi” olarak tanımlamıŐtır (Güneş, 1997a, s.449-504).

*Okuryazarlık (literacy)* kavramı ise konunun başında da belirtildiği gibi, okuma-yazma kavramından doĐmuŐtur. Okuryazarlık kavramının kullanımı, rastlantısal olmaktan çok uzaktır ve okuma-yazma geliŐiminde bir paradigma deĐiŐikliĐini ifade etmektedir. Bu değişikliği anlamak için okuma-yazma öğretimindeki geliŐmeleri anlamak gereklidir (Ege, 2011, s.171). Okuryazarlığın tarihi Mısır ve Yunan kültürlerine kadar uzanmaktadır. Bu süre zarfında okuryazarlık sözlü çabalardan yazılı açıklamalara geçiŐ yapmıştır. Genel olarak okuryazarlık, bir kişinin toplumda işlevlerini yerine getirebilmesi, hedeflerine ulaşabilmesi, bilgi ve potansiyelini geliştirebilmesi için basılı ve yazılı bilgileri kullanabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Sörensen vd., 2012, s.7). Başka bir tanıma göre okuryazarlık, hem belirli bir dilde okuma ve yazma için gerekli olan minimal gereklilik, hem de günlük yaşamda okuma ve yazmanın kullanımı hakkındaki bir düŐünce seti ya da düşünme Őeklidir (Ingram, 2010, s.20). UNESCO’nun tanımına göre okuryazarlık, değişik türdeki yazılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesap yapma yeteneğidir. Toplumun geniş bir kitlesine hitap edebilmek, bilgisini ve gücünü geliŐtirerek hedeflerine ulaşılması için bireye olanak veren olgudur (UĞurlu, 2014, s.41).

Yukarıdaki tanımlardan anlaşılacağı üzere bir sözcüğü söylemek için harflerin sesbirimsel karŐılıklarının kullanılması ya da harflerin sözcükler oluşturmak için bir araya getirilmesi okuryazarlık kavramını tanımlamamaktadır (Gül, 2007, s.19). Okuryazarlık, iletişim kurabilmek ve bilgiyi iŐleyebilmek için dinlemeyi, konuşmayı, okumayı, yazmayı, hesap yapabilmeyi ve günlük teknolojiyi kullanabilmeyi içerir. Okuryazarlık, iletişimin teknik becerilerinden daha fazlasını kapsamaktadır. Aynı

zamanda kişisel, sosyal ve ekonomik boyutları vardır. Okuryazarlık, bireylerin durumlarını yansıtmaya ve değişimi başlatma fırsatını artırmaktadır (National Adult Literacy Agency [NALA], 2009, s.6).

Okuryazarlık, herhangi bir durumda kişinin, ev, okul, işyeri veya başka herhangi bir yerde yalnız olsun ya da olmasın, okuma -yazma eyleminde bulunması ve bu eylemlerin bir sosyal bağlamda kullanılması anlamına gelmektedir. Bu tanımda yer alan sosyal bağlam, okuryazarlığın statik olmaktan öte, oluşturmaya ve dinamik olduğunu vurgulamakta, anlamın bir bağlamdan diğer bağlama göre değiştirilmesi okuryazarlık olarak tanımlanmaktadır. Burada, okuryazarlığın durumsallık özelliği vurgulanmakla birlikte, okuryazarlığı, okuma-yazmadan ayıran temel özelliklerin başında durumsallık özelliğinin geldiğini söyleyebiliriz. Çünkü okuma-yazma, okuyucu tarafından yazılı materyal ile okuma durumunun kapsamı arasında iletişim kurmayı gerektiren bir süreçken, okuryazarlık bağlamları arasında değişiklik yapabilmeyi ve becerilerin farklı bağlamlara aktarılmasını ya da aktarılmamasını ifade etmektedir. Örneğin; okuma-yazmayı bilen bir kişi, bilgisayar kullanımı açısından okuryazar olmayabilir ya da çalıştığı alanla ilgili bir metni kolaylıkla okurken bilmediği bir konu ya da alandaki metni okumakta güçlük çekebilir (Gül, 2007, s.18). Özetle okuryazarlık; okuma ve yazma faaliyetinin eşliğinde kişinin yaşadığı hayatı ve bu hayat içindeki nesne ve olayları algılayışı, anlaması ve sosyal hayatındaki bütün ilişkilere bir anlam yüklemesi ile ilgili bir kavramdır (Aşıcı, 2009, s.11).

Okuryazarlık kavramının dünyadaki gelişimini ve bu konu hakkında yapılan araştırmaları dikkate alan UNESCO, 1987 yılında, “Herkes İçin Eğitim” programı çerçevesinde, okuryazarlığı yeniden ele alarak konunun daha iyi anlaşılması için üç farklı düzeyde okuryazarlık tanımı yapmıştır (Aşıcı, 2009, s.14; Güneş, 2007b, s.16):

*Birinci Düzey - Temel Okuryazarlık:* Birinci düzey, kelimeleri seslendirme ve cümleleri anlama gibi temel okuma yazma becerilerine sahip olma düzeyi olan temel okuryazarlık düzeyidir. Okuryazarlığın ilk ve temel aşaması olarak görülür. Bu aşamadan sonra kişi, kendini yetiştirmesine bağlı olarak daha üst düzeydeki okuryazarlık boyutlarına geçebilir (Özenç, 2012, s.33). Bu seviyedeki kişilerde ilerleme sağlanamaz veya olduğu gibi bırakılırsa, okuryazarlık becerileri gerilemekte ve kişiler okuma-yazma becerilerini unutarak, okumaz-yazmazlık düzeyine düşebilmektedir (Güneş, 1997b, s.15).

*İkinci Düzey - Fonksiyonel (İşlevsel) Okuryazarlık:* Okuma- yazma ve aritmetikle ilgili edinilen bilgi ve becerilerin bireysel, sosyal, ekonomik ve kültürel alanlarda kullanılabilme durumunu anlatır. Fonksiyonel okuryazarlıkta ağırlık, okuma-yazma ve aritmetikle ilgili temel bilgi ve becerilerin öğrenilmesi ve bunların günlük yaşamda kullanılmasına yöneliktir. Bir başka ifadeyle fonksiyonel okuryazarlık düzeyi hem teknik hem de fonksiyonel becerileri kapsamaktadır. Hatta bireyin sosyal, yurttaşlık ve ekonomik rollerine daha iyi hazırlanmasına ve gelişmesine yardımcı bir düzey olarak da görülmektedir (Güneş, 1997a, s.506).

*Üçüncü Düzey - Multifonksiyonel Okuryazarlık:* Bu düzey, okuma-yazma ve aritmetikle ilgili temel bilgi ve becerilerin edinilmesine, bunların bireysel, sosyal, ekonomik ve kültürel alanlarda kullanılmasına ve giderek bireyin kapasitesini sonuna kadar geliştirebilmesine imkan veren bir düzeydir. Bu düzeydeki okuryazarlık sadece bireyin değil toplumun da daha ileri düzeylere gitmesine imkan sağlar. Bu düzeyin özellikleri; bireyin kendini gerçekleştirme, yaratıcılığını geliştirme, derin değerlere sahip olması, daha karmaşık sorunları araştırmaya yönelmesi, daha kapsamlı dünya görüşüne sahip olarak objektif olması vb. sayılabilir. Ayrıca bu düzey sosyal, politik ve ekonomik hayat için zorunlu bütün bilgilerin anahtarı ve bilgi edinmenin kapısı olarak görülmektedir (Güneş, 1997b, s.16).

Okuryazarlık düzeyleri incelendiğinde, okuryazarlık düzeyleri yükseldikçe okuma-yazma ve aritmetikle ilgili temel bilgi ve becerilerin gelişmesi yanında, günlük yaşamla ilgili işlevsel bilgilerin kazanılmasının da arttığı görülmektedir.

## **1.2. OKURYAZARLIK, SAĞLIK VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ**

Sağlık okuryazarlığı, eğitim ve sağlığa işaret eden bir dizi farklı okuryazarlık türlerinden birisidir. Diğer okuryazarlık türlerine kültürel okuryazarlık, teknoloji okuryazarlığı, medya okuryazarlığı ve bilimsel okuryazarlık örnek verilebilir. Bütün bu okuryazarlık türlerinin her biri farklı beceri ve yeteneklerin kazanılmasını gerektirir. Bunların hepsi bir temelin üzerine inşa edilmiştir ve genel okuryazarlıkla yakından ilişkilidir (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC],

2013, s.10). Literatür araştırmalarında sağlık ve eğitim arasındaki ilişkinin olası üç nedeni genellikle şu şekilde belirtilmektedir (Murray ve Shillington, 2012, s.15):

1. Sağlığın kötü olması, eğitim düzeyinin düşük olmasına neden olabilir,
2. Daha yüksek eğitim seviyesi sağlığı geliştirebilir,
3. Diğer faktörler hem eğitimi hem de sağlığı artırabilir.

Politikalar açısından eğitim ve sağlık arasındaki gözlenen ilişkinin, bu açıklamaların her biri tarafından ne kadarının açıklandığının anlaşılması önemlidir. Esasında, okullaşmanın teşvik edilmesi toplum sağlığının iyileşmesini sağlayacak, yani eğitim sağlığa neden olacaktır. Bunun yanısıra gelir, sağlık hizmetlerine erişim, bilgi, bilişsel beceriler, tercihler ve sosyal ağlar gibi değişkenlerin de eğitim ve sağlık arasındaki ilişkiye aracılık ettiği unutulmamalıdır (Murray ve Shillington, 2012, s.15).

Bir bireyin herhangi bir sağlık bilgisini anlaması, yorumlaması ve analiz edebilmesi için okuma ve yazma becerilerinin üzerine fonksiyonel okuryazarlık, analitik düşünme, kültür ve dil gibi diğer becerilerini de eklemesi gerekmektedir. Bu beceriler her bireyde farklıdır ve kişiye özeldir. Temel okuma-yazma becerisi (yazılı bir şeyi okuyabilme, yazabilme ve anlayabilme becerisi) bireysel tıbbi formları doldurmak, sağlıkla ilgili konuları okumak ve bireyin kendi sağlığı için ne yapması gerektiğini anlaması için gereklidir. Dinleme ve konuşma becerilerini gerektiren sözel okuryazarlık (*oral literacy*), bireylerin hastalık geçmişlerini ve semptomlarını sağlık hizmeti sunucularına anlatabilmesi ve sağlık ihtiyaçları hakkında iletişim kurabilmesi için gereklidir. Analitik beceriye yani sayıları kullanabilme becerisine; zaman, mantık ve çok adımlı işlemleri anlayabilmek için ihtiyaç duyulur. Üzerinde sayıların yazılı olduğu kızaklı insülün kalemlerinin kullanılabilmesi veya reçeteli ilaç dozlarının ayarlanması buna örnek gösterilebilir. Fonksiyonel okuryazarlık yani belli bir görevi yerine getirebilmek için okuma-yazmanın kullanılması, glukometre gibi tıbbi cihazların herhangi bir parçasını kalibre edebilmek için gereklidir (McLaughlin, 2009, s.12).

Sağlık okuryazarı bir kişi, sağlık kavramlarını kullanabilen ve yeni durumlar karşısında bilgiyi üretebilen ve uygulayabilen kişidir (Zarcadoolas vd., 2005, s.196). Okuryazarlık, sağlık okuryazarlığının bir parçası olduğundan bireyden ayrı düşünölemeyen kültür ve

dil gibi bireysel faktörlerin karmaşık bir ağını kapsamaktadır. Okuryazarlık, sağlık bilgisinin anlamlı ve anlaşılır olabilmesi ve uygun eylemler yapılabilmesi için kişinin sağlık bakım hizmetine entegre edilmelidir (McLaughlin, 2009, s.12).

Kısıtlı okuryazarlar; koruyucu sağlık programları ve faaliyetleriyle daha az ilgilidir, hastalıkları ve hastalıklarının tedavisi hakkında daha az bilgiye sahiptir, kronik hastalıklarını daha az kontrol altında tutmakta, hastanede daha fazla yatmakta ve tıbbi tedavileri hakkında daha az araştırma yapmaktadırlar (NALA, 2009, s.13). Yetersiz bilgi bireyin kendine uygun bakımı yapmasında bir bariyerdir. Örneğin, okuma becerisi düşük olan astım hastaları inhalerlerini doğru dozda kullanmakta zorlanmaktadır. Benzer şekilde okuma yazma becerisi düşük olan diyabet hastaları diyabeti ya da sağlık problemlerini nasıl yöneteceklerini daha zor anlamaktadırlar (North Carolina Institute of Medicine [NC IOM], 2007, s.23). Okuryazarlığı sınırlı olan kadınlar daha sık şiddete maruz kalma, hamilelik süresi dahil daha fazla sigara kullanma ve daha az emzirme gibi sağlıklı olmayan davranışlar sergileyebilmektedirler (Weiss, 2003, s.11).

Düşük genel okuryazarlık ve düşük sağlık okuryazarlığı birlikte düşünüldüğünde her ikisi de güvenlikle ilişkilidir ve sağlık hizmetlerinde eşitsizliğe neden olabilirler ve aynı zamanda düşük okuryazarlık, tüketicilerin sağlık sistemi, kendi sağlık bakımları ve sağlık bakım yönetimiyle olan uğraşlarının kapsamıyla da ilişkilidir (ACSQHC, 2013, s.10).

Genel okuryazarlık sağlığın önemli bir belirleyicisi olmasına rağmen sağlık okuryazarlığı kavramı gelişmiştir, çünkü bugünün tüketicileri karşılaştıkları bazı karmaşık sağlık ve sağlık sistemi sorunlarını yönetebilmek için genel okuryazarlık becerilerinden çok daha fazlasına ihtiyaç duymaktadırlar (ACSQHC, 2013, s.10). “Okuryazarlık” ve “sağlık okuryazarlığı” terimleri birçok kişi tarafından birbirinin yerine kullanılabilir. Bu durum, sağlık okuryazarlığı alanına yeni olan kişiler için kafa karıştırıcı olabilmekte ve sağlık sonuçları bağlamında, okuryazarlık ile sağlık okuryazarlığı arasında ayırım yapmanın gerekli olup olmadığı konusunda bir soruyu akla getirmektedir (Ploeg, 2012, s.12-13). Sağlık okuryazarlığının temel okuryazarlık seviyesine bağlı olduğu ve bilişsel gelişimle ilişkili olduğu açıktır (Onotai, 2008, s.33). Elbette her ikisi arasında yadsınamaz ve iyi derecede belgelenmiş bir ilişki vardır ve genel okuryazarlık becerileri sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir, fakat yüksek bir genel



okuryazarlık doğrudan yüksek bir sağlık okuryazarlığı ile ilişkili değildir (ACSQHC, 2013, s.10; Ploeg, 2012, s.12-13). Yani, okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı yakından ilişkili ancak aynı değildirler (U.S. Department of Health and Human Services, 2010, s.5).

Yüksek okuryazarlık seviyeleri (okuma ve yazma becerisi açısından değerlendirildiğine), bir kişinin sağlık eğitimine ve iletişim faaliyetlerine istenilen şekilde yanıt vereceğini garanti etmez (Onotai, 2008, s.33). Okuryazarlık, sağlık okuryazarlığının bir parçası olarak görülürken, sağlık okuryazarlığı birçok faktörden etkilenen daha karmaşık bir yapıdadır (McLaughlin, 2009, s.12). Okuryazarlık toplumda başarılı olmak için gerekli olan temel becerilere işaret ederken, sağlık okuryazarlığı çeşitli bağlamlarda sağlık bilgisinin bulunması, değerlendirilmesi ve entegrasyonu gibi bazı ek becerileri gerektirir. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı hem sağlıkla ilişkili bir miktar kelime bilgisini, hem de sağlık sisteminin kültürünü bilmeyi gerektirir (Kanj ve Mitic, 2009, s.10).

Okuryazarlık; okuma, yazma, temel matematik, konuşma ve anlama gibi temel bir takım becerilerden oluşmaktadır. Bizler toplum içinde günlük işleyişin devam edebilmesi için bu becerilere ihtiyaç duyarız. Eğitim ve yetişkin okuryazarlığı hakkında yapılan ilk çalışmalar, okuryazarlığın bir kişinin bilgiye ulaşma becerisini, yazılı materyalleri kullanımını ve topluma katılımını etkilediğini göstermektedir. Bizler bir besin etiketini okumak, grip aşısı yaptırmak veya sağlık durumunu yönetmek gibi, sağlık bağlamında bu becerilere başvurduğumuzda zamanla geliştirdiğimiz sağlık okuryazarlığı becerilerimizi kullanırız. Genel okuryazarlık bize sağlık bilgisini anlama, iletişim kurma ve ilgilenme için gerekli olan bazı beceriler verir ama hepsini vermez. Tamamlanan okul yılı okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı becerilerinin tahmin edilmesinde yanıltıcı olabilir. Bir kişi yeterli miktarda okul yılı tamamlasa bile, hala sınırlı sağlık okuryazarı olabilir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde lise mezunlarının yaklaşık %45'i sınırlı sağlık okuryazarıdır (U.S. Department of Health and Human Services, 2010, s.5).

Düşük okuryazarlık ve düşük sağlık okuryazarlığı terimleri de ilişkili olmalarına rağmen birbirlerinin yerine geçemez. Düşük sağlık okuryazarlığı özel içeriklidir, bir kimse belirli durumlarda okuyabilir ve yazabilir, ancak sağlıkla ilgili yabancı

kelimelerin ve kavramların yazılı olduğu materyalleri veya malzemeleri anlamakta zorluk yaşayabilir (Schwartzberg vd., 2007, s.96).

Yukarıda belirtildiği gibi okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı ilişkili ancak farklı kavramlardır ve bu ilişkinin kesin doğası araştırmacılar arasında hala bir tartışma konusudur. Çok sayıda araştırmacı bu iki kavramın tamamen ayrı ve farklı olduğunu savunmakla birlikte, sağlık bağlamında sağlık okuryazarlığının okuryazarlıktan başka bir şey olmadığını savunan araştırmacılar da mevcuttur. Bu tartışma, muhtemelen bir süre daha devam edecek gibi görünmektedir (Rootman ve Gordon-El-Bihbety, 2008, s.12).

### 1.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI NEDİR?

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1974 yılında Simonds tarafından “Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi (Health Education as Social Policy)” isimli makalede kullanılmıştır. Sağlık eğitiminin sağlık hizmetleri sistemini, eğitim sistemini ve kitle iletişimini etkileyen bir politika olduğunun tartışıldığı bu eserde, sağlık okuryazarlığının okul eğitiminin her düzeyinde ele alınması gerektiği ifade edilmiştir (Çınarlı, 2004, s.22). Sağlık okuryazarlığı terimi, 1970’li yıllarda ortaya çıkmasına rağmen terimin 1990’lı yıllarda akademik araştırmalarda yer almasıyla birlikte bu terimin gelişimi bir ivme kazanmıştır (ACSQHC, 2013, s.11). Bir kişinin sağlık bilgisini okuma ve kavrama yeteneği, 1990’lı yıllarda sağlık eğitim araştırmalarının odak noktası olmuştur (Ingram, 2010, s.20).

Sağlık okuryazarlığının tanımı ve kavramsallaşması onun kısa tarihi boyunca önemli değişikliklere uğramıştır. Mancuso, sağlık okuryazarlığının tarihçesini şu ifadeleriyle özetlemektedir (Mancuso, 2009, s.78):

*“Sağlık okuryazarlığı bir kişinin eleştirel düşünmesi, problem çözmesi, karar vermesi, bilgiyi araştırması ve iletişim kurabilmesi için gerekli olan ve sağlık sistemi içerisinde işlevlerin yerine getirilebilmesi için zorunlu olan çok sayıda sosyal, kişisel ve bilişsel beceriler ile birlikte okuma ve sayısal düşünme becerilerinden meydana gelmiştir. Buna ek olarak sağlık okuryazarlığı kültür, günün koşulları ve dil alanlarının içerisinde gelişmiştir.”*

Sağlık okuryazarlığı, iki kelimedenden yani “sağlık” ve “okuryazarlık” kelimelerinin bir araya gelmesinden oluşmaktadır. Bu kelimeler sağlığı devam ettirebilmenin temel bileşenleridir. Sağlık okuryazarlığı yeni bir kavramdır ve sağlık okuryazarlığı tanımı konusunda bir görüş birliği yok gibi görünmektedir (Mahmud, 2013, s.22). Sağlık okuryazarlığı tanımı ve kavramsal çerçevesi konusunda görüş birliğine varılamaması, karışıklığın ve tartışmanın kaynağını oluşturmaktadır. Sağlık okuryazarlığı tanımını yapmadan önce, sağlık okuryazarlığının tanımı ile ilgili tartışmalarda en sık yer alan kavramları incelemekte fayda vardır (ACSQHC, 2013, s.11-12):

**1. Bireysel Beceri ve Yetenekler:** Institute of Medicine (IOM) (2004) tarafından yayınlanan “*Health Literacy: A Prescription to End Confusion*” isimli rapora göre, sağlık okuryazarlığı bazı bireysel beceriler gerektirmektedir. Bu beceriler kültürel ve kavramsal bilgi, dinleme (işitsel), konuşma, yazma, okuma ve sayısal (numeracy) becerileridir (IOM, 2004, s.38).

*Kültürel ve kavramsal bilgi;* sağlık okuryazarlığının bağlamsal özellikte olduğunu, bir bireyin deneyimlerinin ve sağlığın anlaşılmasının kendi kültüründen ayrı düşünülmemeyeceğini kabul eder (Moyer, 2012, s.52), sağlık ve hastalığın anlaşılmasını, risklerin ve faydaların kavramsallaştırılmasını içerir (IOM, 2004, s.38).

*İşitsel okuryazarlık becerileri,* hem teknik ve kompleks dilin kullanılmasını hem de diyalogun gidişatını, yoğunluğunu ve interaktifliğini (etkileşimini) yönlendirmeyi içerir. Yoğun konuşma durumlarında yani konuşmacının ara vermeksizin nispeten uzun süre konuştuğu durumlarda, işitsel okuryazarlık talebi artış gösterir. İnteraktif dil ise bunun tersine, katılımcılar arasında karşılıklı konuşmayı destekler ve bu da işitsel okuryazarlık talebini azaltır (Moyer, 2012, s.52).

*Dinleme ve okuma becerileri* halk sağlığı iletişimi, ticari sektörlerin reklam hedefleri ve hasta-hizmet sunucusu etkileşimi (teşhis için gerekli olan kritik semptomların belirlenmesi vb.) için çok önemlidir (IOM, 2004, s.38).

Sıklıkla yazılı okuryazarlık (print literacy) olarak adlandırılan *yazma ve okuma becerilerine* sağlık eğitim broşürleri ve ilaç şişelerinin üzerindeki etiketleri okuma ve bilgilendirilmiş onam belgesini doldurma gibi yazılı kelimelerin kullanımına ilişkin durumlarda ihtiyaç duyulur.

*Sayısal becerilere* ise beslenme etiketlerini hesaplamak, sıcaklığı ayarlamak, faydalı paketleri karşılaştırmak, ilaçların uygun dozajlarını ve zamanlamasını ayarlamak gibi durumlarda ihtiyaç duyulmaktadır (IOM, 2004, s.38). Golbeck ve diğerleri (2005), sayısal sağlık okuryazarlığı (health numeracy) kavramının kapsamlı tanımını şu şekilde yapmıştır:

*“Sayısal sağlık okuryazarlığı, etkili sağlık kararları alabilmek için ihtiyaç duyulan sayısal, kantitatif, grafiksel, biyoistatistiksel ve olasılıksal sağlık bilgilerine bireyin erişebilme, işleme, yorumlayabilme, iletişim kurabilme ve harekete geçebilme kapasitesinin derecesidir.”*

Sayısal sağlık okuryazarlığı becerileri derecelerine göre dört fonksiyonel kategoride işlevselleştirilmiştir (Golbeck vd., 2005, s.375-376):

1. *Temel sayısal sağlık okuryazarlığı (Basic health numeracy)* - sayıları tanımlamak ve elle hesaplama gerektirmeyen nicel verilerin mantığını anlamak için gerekli olan temel becerilerdir. Örneğin, reçete edilen bir ilaç şişesinden uygun miktarda hap alabilmek, doktor randevusunun tarihini ve saatini bilmek, bir klinisyene ulaşabilmek için telefon rehberini kullanabilmek gibi.
2. *Bilişimsel sayısal sağlık okuryazarlığı (Computational health numeracy)* - günlük sağlık koşullarında işlev gören sağlık bağlamındaki sayılar, miktarlar, maddeler veya temel elementleri sayma, ölçme, hesaplama veya kullanabilme becerilerini içerir. Örneğin, bir besin etiketinin üzerindeki bilgiye göre, o besinin net karbonhidrat miktarını hesaplayabilme veya değişen bir skalada fiyatları hesaplayabilme gibi.
3. *Analitik sayısal sağlık okuryazarlığı (Analytical health numeracy)* - önceki seviyelerden daha yüksek bir okuryazarlık seviyesi gerektirir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığında olduğu gibi, bilgilerin mantıklı bir biçimde değerlendirilebilme becerisini içerir, ancak çıkarım yapma (genelleme), tahmin, oran, yüzde, frekans ve eşdeğer durumlar gibi daha üst düzey kavramları kapsar. Analitik sayısal sağlık okuryazarlığı çoklu kaynaklardan ve formatlardan çekilebilecek bilgilere ihtiyaç duyar. Örneğin, kolesterol seviyelerinin normal

sınırlarda olup olmadığı bilme, temel grafikleri anlama, çeşitli sigorta poliçeleri ve programlarının faydalarını karşılaştırabilme gibi.

4. *İstatistiksel sağlık okuryazarlığı (Statistical health numeracy)* – olasılık ifadelerini içeren temel biyoistatistiği anlamayı, farklı ölçeklerde (olasılık, oran, yüzde) sunulan bilgileri karşılaştırabilme becerisini, doğuştan beklenen yaşam süresi ve risk gibi kantitatif sağlık bilgilerini eleştirel bir şekilde analiz edebilmeyi, randomizasyon ve kör çalışma gibi istatistiksel kavramları anlamayı içerir. Örneğin, etkinlik ve yan etki olasılıklarını göz önüne alarak tedavi tercihini belirleyebilme, sağlık bilgisinin kompleks grafiklerini yorumlayabilme, mutlak riske karşı göreceliği de dikkate alarak karar verebilme gibi.

IOM (2004), bu becerilerin sağlık okuryazarlığının vazgeçilmez öğeleri olduğunu kabul etmektedir. Sağlık okuryazarlığının sağlık bilgisinin nerede ve ne zaman araştırılacağına bilinmesini, sözlü iletişim ve okuma-yazma becerisini, girişkenliği, bilgiyi işlemeyi, onu elde tutmayı ve uygulama becerisini içermesi tüketiciler için önemli yetenekler olarak tanımlanmıştır (ACSQHC, 2013, s.11). Kısaca özetlemek gerekirse, sağlık okuryazarlığı becerileri sağlık çalışanlarıyla iletişim kurma, sağlık bilgisini okuma ve anlama, tıbbi uyumluluk ve tedavi seçenekleri hakkında karar verebilme durumları için gereklidir (Moynihan, 2015, s.7).

**2. Bireysel Bağlam ve Özellikler:** Yaş, eğitim, meslek, ırk, kültürel geçmiş, dil, sosyoekonomik statü, soysal destek ve ağlar, hastalık ve sağlık sistemi ile ilgili ön bilgi ve deneyim gibi bir dizi bağlamsal faktör ve kişisel özellikler, sağlık ve sağlık hizmeti konusunda karar vermek ve harekete geçmek için tüketicilerin beceri ve yetenekleri üzerinde etki yaparlar. Bu faktörlerin etkisi, tüketicilerin ihtiyaçları ve yeteneklerinin zamanla değişebileceği, yaşamın sağlık okuryazarlığının bazı tanımlarına dahil edilmiş bir faktör olduğu anlamına gelmektedir.

**3. Çevresel ve Sosyal Faktörler:** Halk sağlığı ve sağlığın teşviki alanlarından gelen sağlık okuryazarlığı için farklı bir yaklaşım, sağlık üzerinde bir etkiye sahip olan çevresel ve sosyal faktörlere odaklanmasıdır. Bu modelde sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitimi ve iletişiminin bir sonucudur. İyileştirilmiş sonuçlar ve azaltılmış sağlık eşitsizlikleri daha fazla güçlendirme ve etkileşimle, davranış değişikliği ve

uygulamalarla, savunmayla ve sağlığın sosyal belirleyicilerini daha iyi anlamayla başarılı olabilir.

**4. Bireysel Talepler ve Yükler:** Son on yılda karmaşık sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen tüketicilerin talepleri ve üzerlerindeki yüklerle odaklanılması konusunda bir artış meydana gelmiştir. Bu talepler ve yükler sağlık sisteminin organize edilme şekli, hastalar için hazırlanan online, yazılı ve diğer materyaller, sağlık hizmeti sunucuları ve hastalar arasındaki etkileşimler, sağlık hizmetlerinin fiziksel çevresi ve düzenlemeler gibi faktörlerle ilişkilidir. Bazı sistemler ve süreçler erişimi sınırlandıracak şekilde tasarlanmıştır. Bu durum, tüketicilere bariyerler empoze etmekte ve hizmetin bölünmesine neden olabilmektedir. Sağlık okuryazarlığının birçok modeli beceriler, talepler ve sağlık hizmeti tüketicileri arasındaki etkileşim üzerine odaklanmaktadır. Becerilerin yükselerek ve taleplerin azalarak birlikte hareket etmesi hem tüketicilerin karar vermek hem de onların sağlık ve sağlık hizmeti konusunda harekete geçmek için en iyi pozisyonda olduğunu garanti etmesi bakımından önemlidir (ACSQHC, 2013, s.12).

Sağlık okuryazarlığı tanımlarında en sık yer alan kavramlar incelendikten sonra, şimdi de tarihi sıralamaya göre, bazı kişi ve kuruluşlarca yapılan çok sayıda sağlık okuryazarlığı tanımları aşağıda verilmiştir. Bu kişi ve kuruluşlarca yapılan sağlık okuryazarlığı tanımları şunlardır (Chinn, 2011, s.60; Sørensen vd., 2012, s.4; Murray ve Shillington, 2012, s.37-38; Sørensen vd., 2013, s.31-32):

*Center for Health Care Strategies (1997):* Sağlık bakım hizmeti bilgilerini okuma, anlama ve bu bilgilere göre hareket edebilme yeteneğidir.

*Joint Committee on National, Health Education Standards (1998):* Bireylerin temel sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, yorumlama, anlama kapasitesi ile sağlığı geliştirme yollarında bu bilgi ve hizmetleri kullanabilme yeterliğidir.

*World Health Organization (WHO) (1998):* Bireylerin, iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla bilgiye ulaşması, onu anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesidir.

*American Medical Association (1999)*: Sağlık kuruluşlarında işlevlerin yerine gelebilmesi için gerekli olan temel okuma ve sayısal hesap yapabilme becerilerinin de içinde olduğu bir beceriler kümesidir.

*Nutbeam (2000)*: Bireylerin iyi sağlık halini sürdürmek ve geliştirmek için bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve kullanma yeteneklerini tanımlayan bireysel, bilişsel ve sosyal becerilerdir.

*Institute of Medicine (2004)*: Bireylerin uygun sağlık kararlarını alabilmeleri için ihtiyaç duyulan temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesidir.

*United Kingdom National Consumer Council (2004)*: Bir bireyin temel sağlık bilgisini ve sağlığı artırıcı hizmetleri elde edebilme, yorumlayabilme ve anlama kapasitesidir.

*Kickbusch, Wait & Maag (2005)*: Günlük yaşam bağlamında –evde, toplumda, iş yerinde, sağlık hizmeti sisteminde, pazar yerinde ve politik arenada– doğru sağlık kararlarını verebilme yeteneğidir. Sağlık okuryazarlığı insanların kendi sağlıklarında kontrollerini artırmak, bilgiyi araştırma ve sorumluluk alma becerilerini yükseltmek için kritik bir güçlendirme stratejisidir.

*Zarcadoolas, Pleasant & Greer (2003, 2005, 2006)*: İnsanların bilinçli seçimler yapmak, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için sağlık bilgisi ve kavramlarını araştırma, anlama, değerlendirme ve kullanmayı geliştirmede gerekli olan çok çeşitli beceri ve yetkinliklerdir.

*Paasche-Orlow & Wolf (2006)*: Bir kişinin sağlıkla ilgili kararlar vermek için sahip olması gereken becerilerdir ve bu şu anlama gelir; sağlık okuryazarlığı her zaman spesifik görevler bağlamında incelenmelidir ve bunun başarılması gerekir. Sağlık okuryazarlığının kavramsal değerinin öneminin altı çizilmelidir.

*European Union (2007)*: Sağlam (doğru) kararlar oluşturmak amacıyla sağlık bilgisini okuma, süzme ve anlama yeteneğidir.

*Pavlekovic (2008)*: Sağlık düzeyini yükseltmek için temel sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, yorumlama ve anlama kapasitesi ile bu tür bilgileri kullanabilme yeterliliğidir.

*Rootman & Gordon-Elbihbety (2008):* Yaşam boyunca çok çeşitli bir düzende sağlığı teşvik etme, devam ettirme ve iyileştirmenin bir yolu olarak bilgiye erişebilme, bilgiyi değerlendirebilme, anlama ve iletişim kurabilme becerisidir.

*Ishikawa & Yano (2008):* Sağlık hizmetleri sistemindeki etkileşimlere ilişkin bilgi, beceri ve yeteneklerdir.

*Mancuso (2008):* Bir kişinin yaşamı boyunca gelişen, kapasite, anlama ve iletişim özelliklerini kapsayan bir süreçtir. Sağlık okuryazarlığının nitelikleri, sağlık okuryazarlığına ulaşmak için gerekli olan yeterliklerin içinde yer alan beceriler, stratejiler ve yeteneklerle entegredir ve bunların önünde yer alır.

*Yost vd. (2009):* Bir kişinin uygun sağlık ve bakım kararları verebilmesi için sağlıkla ilgili yazılı materyalleri okuma ve kavrama, grafik formatında (şekiller, grafikler ve tablolar ile) sunulan bilgiyi tanımlama ve yorumlayabilme ile aritmetik işlemler gerçekleştirebilme kapasitesinin derecesidir.

*Adams vd. (2009):* Yazılı, sözlü ya da dijital biçimdeki sağlık bilgisinin anlamını kavrayabilme, yorumlayabilme becerisi ile insanların bunu benimsemede nasıl motive oldukları ya da sağlıkla ilgili eylemleri nasıl dikkate almadıklarıdır.

*Adkins vd. (2009):* Çeşitli becerileri kullanarak sağlıkla ilgili amaçları gerçekleştirmek için farklı iletişim biçimlerinden anlam türetebilme yeteneğidir.

*Freedman vd. (2009):* Bireylerin ve grupların topluma yararlı halk sağlığı kararlarını alabilmesi için gerekli bilgiyi işleme, anlama, değerlendirme ve bilgiye dayalı hareket edebilme derecesidir.

Bu tanımların dışında, kavramının karmaşıklığından dolayı Avustralya Sağlık Hizmetleri Güvenlik ve Kalite Komisyonu (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC]) tarafından sağlık okuryazarlığının tanımı için iki farklı terim kullanılmıştır (ACSQHC, 2013, s.12): *Bireysel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı çevresi.*

*1. Bireysel sağlık okuryazarlığı (Individual health literacy):* Sağlık ve sağlık hizmeti konusunda etkili kararlar alabilmek ve uygun davranışlar sergileyebilmek için sağlık



bilgisine erişme, onu anlama, değerlendirme ve uygulamada tüketicinin (consumer) bilgisi, motivasyonu ve yeterliğidir. Bireysel sağlık okuryazarlığı sağlıklı beslenme için hangi besinlerin alınması gerektiği, bir kardiyak rehabilitasyon destek grubuna katılmak için motive olabilme ve bir doğum öncesi kliniğinden randevu alarak gerekli yeterlikleri kazanma gibi bir dizi beceri, davranış ve aktiviteleri kapsar. Bireysel sağlık okuryazarlığı hem kişisel, sosyal, kültürel ve çevresel koşullardan etkilenir, hem de sağlık sistemi ve günlük yaşam içinde bireylerin spesifik amaç ve görevinden etkilenir. Bireysel sağlık okuryazarlığı statik değildir, durumsal koşullara göre değişebilir. Buna hastalık, stres veya kişinin hayatını nerede yaşadığı örnek verilebilir.

2. *Sağlık okuryazarlığı çevresi (Health literacy environment)*: Sağlık sistemi içerisinde mevcut olan altyapı, politikalar, süreçler, materyaller ve ilişkiler tüketicilerin sağlık ve sağlık hizmeti konusunda etkili kararlar alabilmesi ve uygun davranışlar sergileyebilmesi için onların sağlık bilgisi ve hizmetini anlamasını, yönlendirebilmesini ve kullanabilmesini çok kolay ya da çok zor hale getirebilmektedir. Sağlık okuryazarlığı çevresi yerel, bölgesel ve ulusal seviyede sistemleri, politikaları, prosedürleri ve protokolleri içerir; hastanelerin tasarımı ve düzenlenmesi, kronik hastalığı olan hasta gruplarının desteklenmesi ve tüketiciler için eğitim gibi konuları kapsar. Sağlık okuryazarlığı çevresi aynı zamanda, sağlık hizmeti tüketicileri ve sunucuları arasında var olan iletişim süreçlerini ve ilişkileri de içermektedir. Örneğin; karar alma sürecinin paylaşılması, sağlık hizmeti sunucularının konsültasyon süresince bireysel tüketiciler için kişiye özel bilgi vermesi ya da bu bilgilerin tüketiciler tarafından anlaşıldığının kontrol edilmesi gibi.

Komisyon (ACSQHC) göre, tüketicilerin sağlık ve sağlık hizmeti konusunda etkili kararlar alması ve uygun davranışlar sergilemesi, güvenli ve yüksek kaliteli bir sağlık sistemine katkıda bulunacaktır. Tüketicilerin *bireysel sağlık okuryazarlığı* yeterli düzeyde olmalıdır ve bunun için de *sağlık okuryazarlığı çevresi* onları desteklemeli ve güçlendirmelidir. Bu da sağlık okuryazarlığının belirlenmesi ve geliştirilmesinin politikacılara, sağlık hizmeti sunucularına ve tüketicilere ait olduğu anlamına gelir (ACSQHC, 2013, s.12-13).

Sørensen ve arkadaşları (2012) çok sayıda araştırmayı inceleyerek yapmış oldukları içerik analizi sonucunda sağlık okuryazarlığı tanımlarının özelliklerinin: 1) yeterlik,

beceriler ve yetenekler, 2) eylemler, 3) bilgi ve kaynaklar, 4) hedef, 5) bağlam ve 6) zaman olmak üzere altı kümede toplanabileceğini belirtmişler ve sağlık okuryazarlığının kapsamlı tanımını şu şekilde yapmışlardır (Sørensen vd., 2012, s.3-4):

*“Sağlık okuryazarlığı; okuryazarlık ile ilişkilidir ve insanların hayatı boyunca yaşam kalitesini devam ettirmesi ve geliştirmesi için günlük hayatta sağlık hizmetleri, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili yargıda bulunması ve kararlar alması amacıyla sağlık bilgisine erişme, sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve uygulama için onların bilgisini, motivasyonunu ve yeterliliklerini gerektiren bir kapsama sahiptir.”*

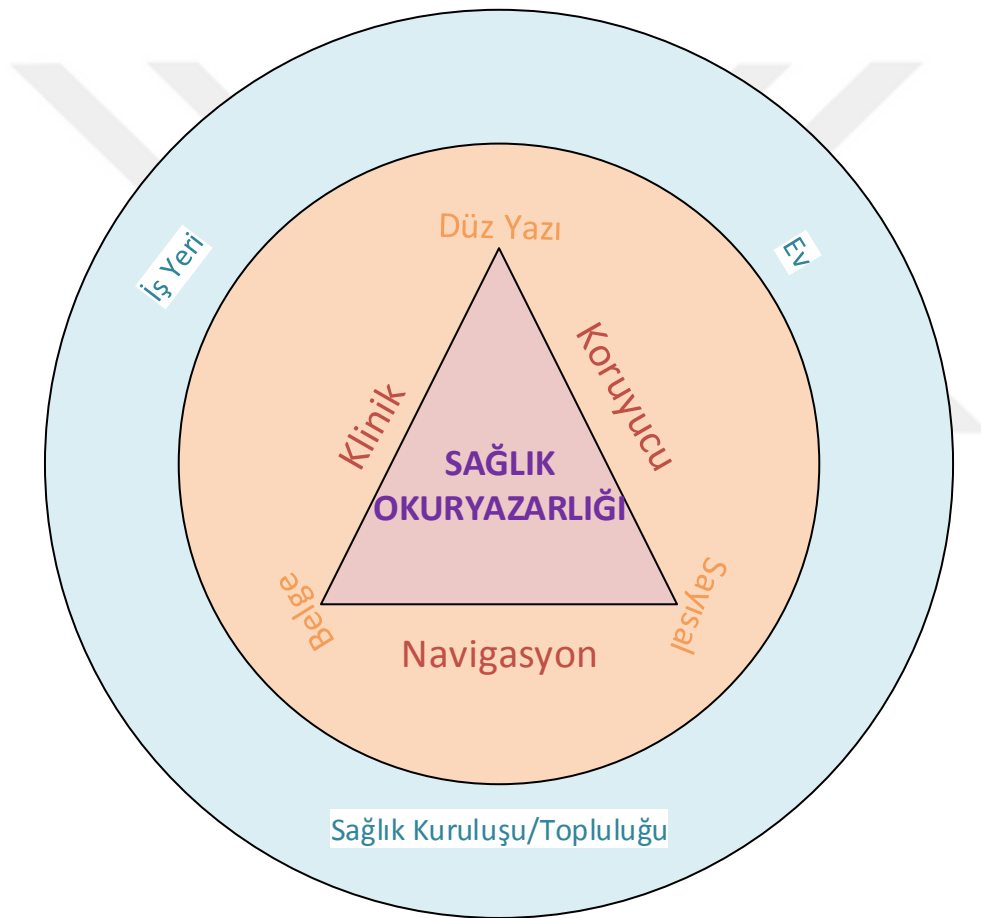
Bu tanım daha çok halk sağlığı bakış açısına sahiptir ve sağlığın üç boyutunun, yani “hasta olma, risk altında olma ve sağlıklı kalmannın” “sağlık hizmeti, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki” ile ikame edildiğinde bireysel yaklaşımla çok kolay karşılaştırılabilir olduğu görülmektedir (Sørensen vd., 2012, s.3). Bu bağlamda değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olup karmaşık okumaları, dinleyip anlamayı, analitik düşünme ve karar verme becerisini ve bu beceriyi sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi içerir (Durusu Tanrıöver vd., 2014: 18).

#### **1.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KAVRAMSAL YAPISI**

Sağlık okuryazarlığı tanımı gibi kavramsal çerçevesi konusunda da görüş birliğine varılamamıştır (ACSQHC, 2013, s.11). Sağlık okuryazarlığının kavramsal çerçevesi ile ilgili çok sayıda farklı görüş vardır (Kwan, 2006, s.9; Sørensen vd., 2012, s.6). Bu başlık altında yayın tarihlerinin kronolojik sıralamasına göre en fazla kabul gören modellerden National Assessment of Adult Literacy (NAAL) (2003), IOM (2004), Baker (2006) ve HLS-EU Consortium (2012) tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı kavramsal modelleri anlatılacaktır.

### 1.4.1. National Assessment of Adult Literacy Tarafından Geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

ABD’de NAAL’ın kullanmış olduğu sağlık okuryazarlığı çerçevesi üç açıdan oluşmaktadır (Şekil 1). Birincisinde kurulum tanımlanmaktadır. Bunlar; ev, iş yeri ve topluluktur (sağlık kuruluşları dahil). İkincisinde genel okuryazarlığın üç farklı türü tanımlanmıştır. Bunlar; düz yazı, belge ve sayısal okuryazarlıktır. Son olarak da sağlık okuryazarlığının üç tip görevi; klinik, koruyucu ve navigasyon olarak belirlenmiş (Kwan vd., 2006, s.14) ve bu görevler aşağıda açıklanmıştır.



**Şekil 1. NAAL’ın Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi** (Kaynak: White ve Dillow, 2005, s.3; Kwan vd., 2006, s.14)

*Klinik görevler* sağlık hizmetlerine işaret etmekte ve klinik bir ortamda yaygın olan faaliyetleri kapsamaktadır. Bu faaliyetlere muayeneye giden bir kişinin hasta bilgi formunu doldurması, ilaçlarını doğru biçimde nasıl alacağını bilmesi, kendisine önerilen

tedavi ve tanı yöntemlerini anlaması ya da mamografi çekimi için talimatları yerine getirmesi vb. örnek verilebilir (Kwan vd., 2014; NC IOM, 2007, s.16).

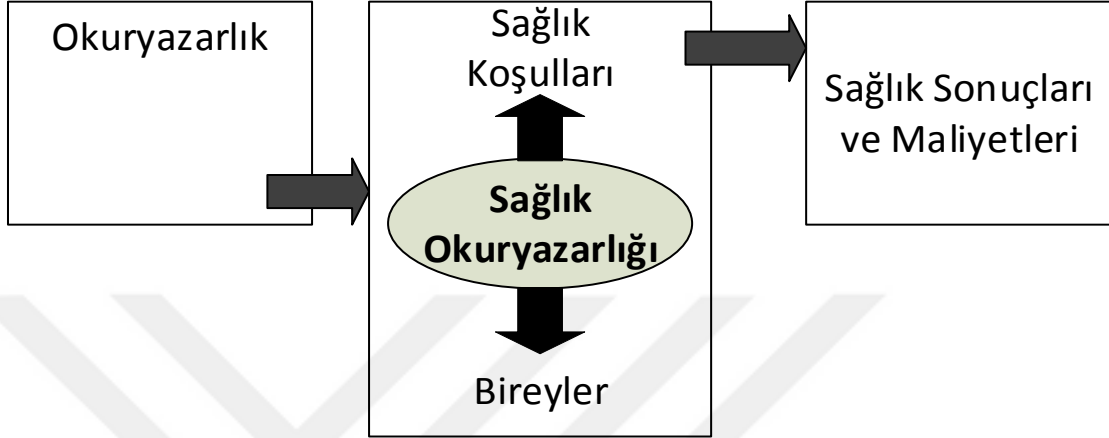
*Koruyucu görevler* sağlıklı alışkanlıklara ve hastalıkların önlenmesine işaret etmekte (Kwan vd., 2006, s.14), sağlığın devam ettirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili faaliyetleri kapsamakta ve temel sağlık bilgisini anlayabilme becerisini içermektedir (NC IOM, 2007, s.16). Buna, bir kişinin bilgilendirici broşürleri anlaması, hekime hizmet verebilmesi için gerekli olan semptomları anlatabilmesi, yaşa uygun koruyucu sağlık hizmetleri çizelgesini takip etmesi, mamografinin ne olduğunu ve niçin önemli olduğunu anlaması örnek verilebilir (Kwan vd., 2006, s.14; NC IOM, 2007, s.16).

Sağlık sisteminin *navigasyon boyutu*, sağlık sisteminin nasıl çalıştığı ile ilgili aktiviteleri kapsamakta (NC IOM, 2007, s.16), sağlık hizmeti alabilmek için gerekli olan bürokratik ihtiyaçlara işaret etmektedir (Kwan vd., 2006, s.14). Buna, bir kişinin sigortanın faydalarını (hangi hizmetleri kapsadığını ve kapsamadığını tanımlama) okuma ve anlama becerisi, aydınlatılmış onam vermek için gerekli bilgileri sağlaması, radyoloji departmanını bulması ve daha sonra faturayı ödemesi örnek verilebilir (Kwan vd., 2006, s.14; NC IOM, 2007, s.16).

#### **1.4.2. Institute of Medicine Tarafından Geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli**

IOM sağlık okuryazarlığı sorununun kapsamını ve sağlık okuryazarı bir toplum yaratmanın önündeki engelleri belirlemek, Birleşik Devletler (ABD) ve diğer ülkelerde sağlık okuryazarlığını artırmak amacıyla denenmiş girişimleri değerlendirmek, sağlık okuryazarlığı çalışmalarında hedefler belirlemek, sağlık okuryazarlığı önündeki engellerin üstesinden gelmek için yaklaşımlar önermek ve bütün bu hedeflere ulaşmak amacıyla bir rapor yayınlamıştır. Bu raporda sağlık okuryazarlığının kavramsal çerçevesi belirlenmiştir (Şekil 2). Bu çerçevede okuryazarlık, sağlık okuryazarlığının temeli olarak görülmekte ve sağlık okuryazarlığı bireyler ve sağlık bağlamları (koşulları) arasında aktif bir aracı olarak yer almaktadır. Diğer bir deyişle, sağlık okuryazarlığı, okuryazarlık ve sağlık bağlamları arasında bir köprü görevi yapmaktadır.

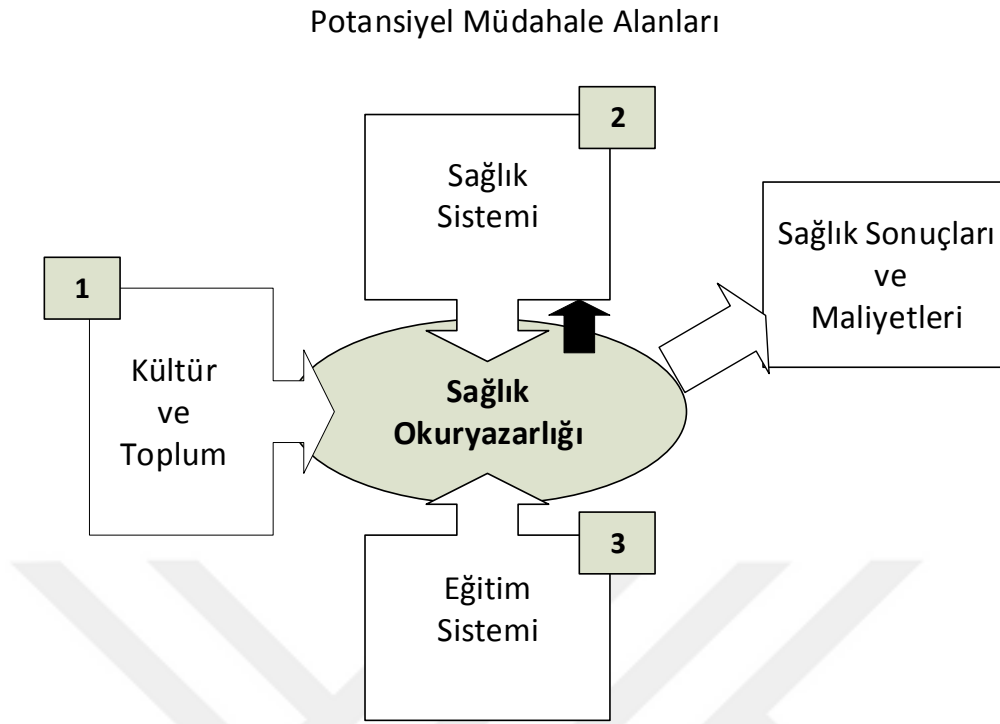
Buradaki sağlık bağlamları, “sağlıkla ilgili olan birçok durumu ve faaliyeti” yansıtmaktadır (Kwan vd., 2006, s.15-16).



## Şekil 2. Institute of Medicine’ın Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

(Kaynak: IOM, 2004, s.33)

Sağlık okuryazarlığı, sosyal ve bireysel faktörlerin ortak noktasıdır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerine ve kapasitelerine eğitim, kültür ve dil aracılık eder. Raporda, sağlık okuryazarlığının çerçevesini hazırlayan komite, müdahale edilmesi gereken üç temel alan belirlemiştir. Bunlar; kültür ve toplum, sağlık sistemi ve eğitim sisteminden oluşmaktadır (Şekil 3). Bu çerçevede, sağlık okuryazarlığı üzerindeki potansiyel etkiler gösterilmekte, bireylerin etkileşim içinde oldukları eğitim sistemi, sağlık sistemi, sosyal ve kültürel faktörler nihayetinde sağlık sonuçlarını ve maliyetini etkilemektedir (IOM, 2004, s.5-6). Başka bir ifade ile sağlık okuryazarlığı; bireylerin bireysel becerilerinin sağlık ortamları, sağlık sistemi, eğitim sistemi ve aileyle, bunların dışında iş ve toplumdaki sosyal ve kültürel faktörlerle etkileşmesi sonucu şekillenmektedir (Durusu Tanrıöver vd., 2014, s.18).

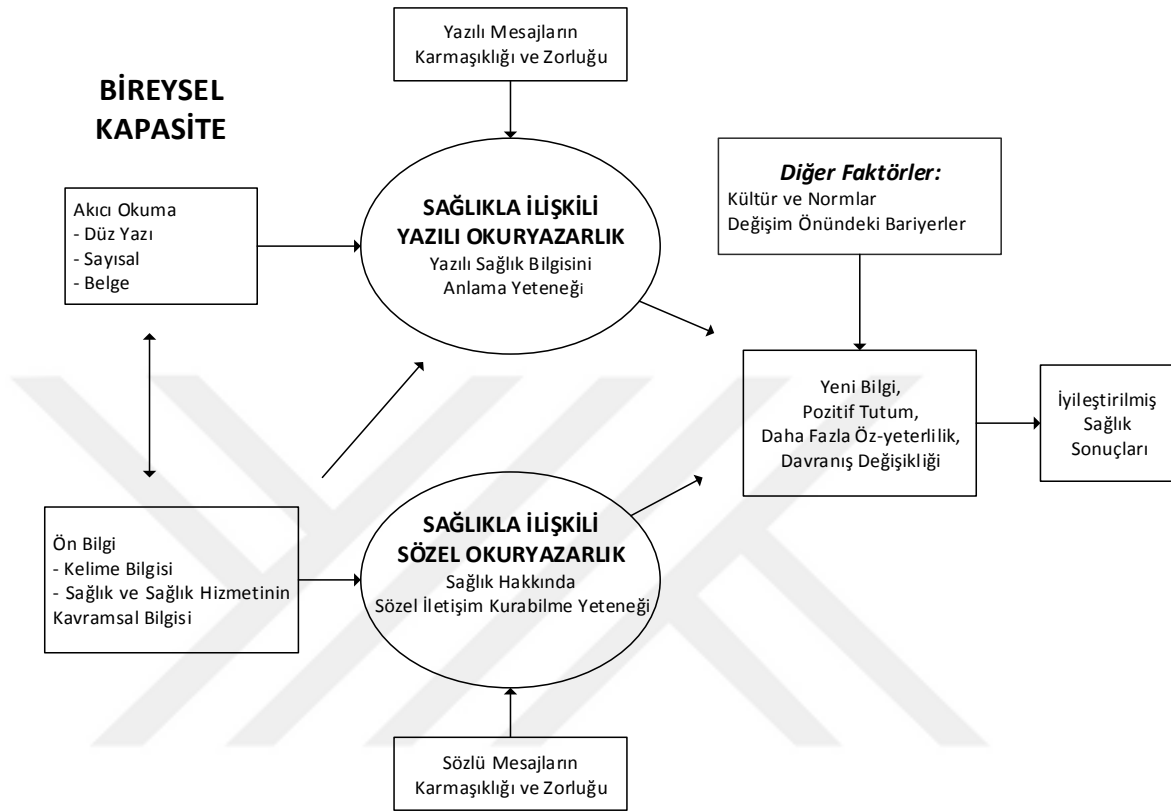


**Şekil 3. Institute of Medicine'in Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modelinde Yer Alan Potansiyel Müdahale Alanları** (Kaynak: IOM, 2004, s.6)

### 1.4.3. Baker'in Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

Baker'in sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli Şekil 3'te gösterilmiştir. Model içerisindeki birinci alan bireysel kapasitedir. Bireysel kapasite bir kişinin sağlık bilgisi, sağlık personeli ve sağlık sistemi ile etkili bir şekilde başa çıkabilmesi için gerekli olan kaynaklar kümesidir. Burada kapasitenin iki alt boyutuna, yani akıcı okuma ve ön bilgiye odaklanılmıştır. Bunlar, kelime bilgisi ile sağlık ve sağlık hizmetinin kavramsal bilgisini içermektedir. Akıcı okuma, yazılı materyalleri zihinsel olarak anlama süreci ve yeni bilgi oluşturabilme becerisidir. Ön bilgi (yani bir kişinin sağlıkla ilgili bir materyali okumadan ya da profesyonel sağlık personeliyle konuşmadan önceki bilgisi) kelime bilgisinden (kelimelerin ne anlama geldiğini bilme) ve kavramsal bilgiden (dünyanın farklı yönlerini anlama, yani vücudun farklı organlarının nasıl çalıştığını ya da kanserin ne olduğunu ve vücuda nasıl zarar verdiğini anlama gibi) oluşmaktadır. Kelime bilgisi ve akıcı okuma, aralarında yüksek korelasyon olmasına rağmen ayrı kavramlardır. İnsanlar okuma sayesinde çok fazla kelime bilgisi edinirler. Benzer akıcı okumaya sahip

iki kişinin, sahip oldukları sağlıkla ilgili kelime ve kavram bilgisine bağlı olarak sağlıkla ilişkili materyalleri okuma ve anlama becerileri birbirlerinden farklı olabilir.

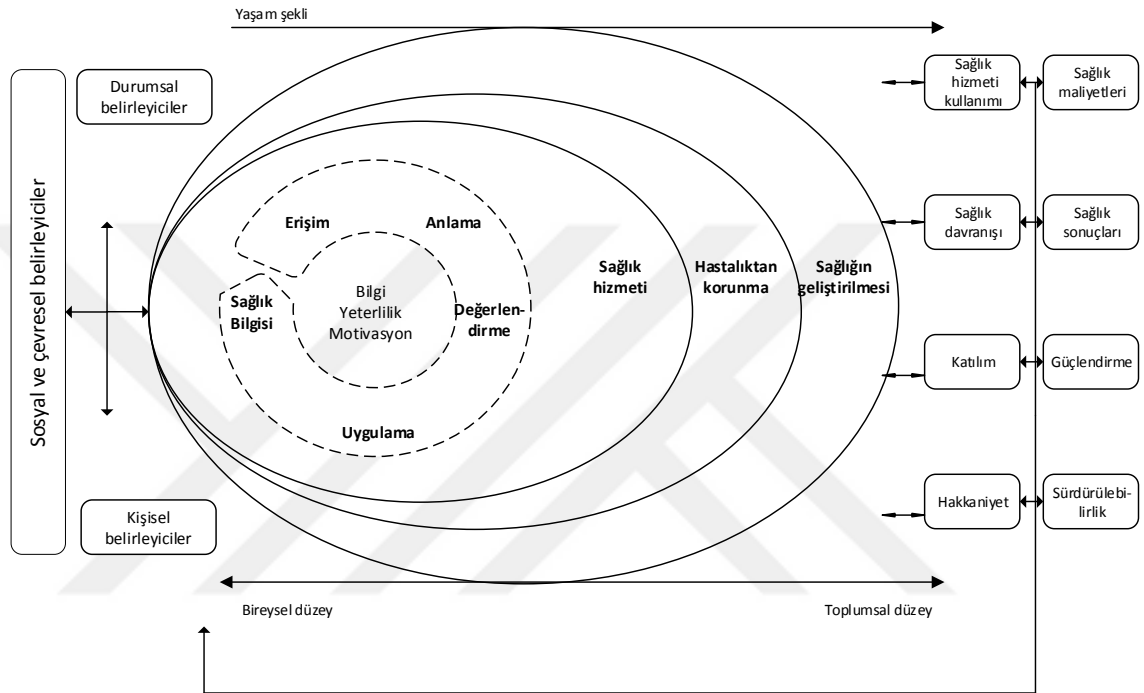


**Şekil 4. Bireysel Kapasite, Sağlıkla İlişkili Yazılı ve Sözel Okuryazarlık ile Sağlık Arasındaki İlişkinin Kavramsal Modeli** (Kaynak: Baker, 2006, s.879)

Modelde ikinci önemli alan sağlık okuryazarlığıdır. Yazılı ve sözel okuryazarlık arasında ne ölçüde fark olduğu çok net olmamakla birlikte, IOM sağlık okuryazarlığını *sağlıkla ilişkili yazılı okuryazarlık* (health-related print literacy) ve *sağlıkla ilişkili sözel okuryazarlık* (health-related oral literacy) olmak üzere ikiye ayırmıştır. Sağlıkla ilişkili yazılı ve sözel okuryazarlık, sağlık kavramlarının yer aldığı materyaller ve tartışmalarla, bir kişinin sağlık hizmeti içinde karşılaştığı yazılı ve sözlü mesajların karmaşıklığı ya da zorluğu ile birlikte, bireyin sağlıkla ilgili konuları akıcı bir şekilde okumasına, sağlıkla ilgili kelime bilgisine ve sağlıkla ilgili konulara aşina olmasına bağlıdır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı, hem bireylerin hem de sağlık sisteminin özelliklerine göre belirlenir. Sağlık okuryazarlığı, birçok faktörden (kültür, sosyal normlar ve sağlık hizmetine erişebilirlik gibi) sadece bir tanesidir ve bu durum yeni bilgilerin, daha

olumlu tutumların, daha fazla öz-yeterliğin, pozitif sağlık davranışlarının ve daha iyi sağlık sonuçlarının kazanılmasını sağlar (Baker, 2006, s.878-880).

#### 1.4. 4. HLS-EU Consortium Tarafından Geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli



**Şekil 5. HLS-EU Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli** (Kaynak: HLS-EU Consortium, 2012, s.7; Sørensen vd., 2012, s.9)

Sağlık okuryazarlığı kavramsal çerçevelerinin her biri sağlık okuryazarlığı becerilerinin sağlık sonuçlarına olan etkisi ve gelişimi hakkında önemli katkılar sağlamıştır (Squiers, 2012, s.45). Ancak, literatürde karşılaşılan bu çok sayıdaki sağlık okuryazarlığı kavramsal modellerinden hiçbiri değişen sağlık okuryazarlığı tanımlarına ve bu tanımların ima ettiği yeterliliklere gerektiği kadar kapsamlı bir şekilde değinmemiştir. Bu durumun muhtemel sebebi, sağlık okuryazarlığını kavramsallaştırma girişimlerinde bugüne kadar sağlık okuryazarlığı konusunda farklı bakış açılarını kapsayan mevcut bilgilerin entegrasyonunun başarısız olmasıdır. Bu eksikliği gidermek için, Sørensen ve meslektaşları tarafından, mevcut çok sayıda sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli incelendikten sonra, bu modellerin ana boyutlarını içeren entegre sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli geliştirilmiştir (Şekil 5). Model, sağlık okuryazarlığının temel



boyutlarını ana hatlarıyla ortaya koyan nitelikleri birleştirmektedir. Lojistik model hem sağlık okuryazarlığına etki eden yakın (proksimal) ve uzak (distal) faktörleri, hem de sağlık okuryazarlığını sağlık sonuçlarına bağlayan yolları göstermektedir (Sørensen vd., 2012, s.8).

Modelde sağlıkla ilgili bilgiye erişim, onu anlama, değerlendirme ve uygulama süreçlerine ilişkin yeterlilikler gösterilmekte ve bu yeterliliklerin her biri sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu temsil etmektedir. Bu boyutlar ise belli beceriler gerektirmektedir. Bir bireyin sağlık okuryazarı olabilmek için öncesinde sahip olması gereken beceriler işlevsel, interaktif, özerk, bilgilendirme, bağlamsal ve kültürel yetkinlik olarak tanımlanmıştır. Model, sağlık okuryazarlığının bileşenlerine ek olarak, onun gerisindeki ana etmenleri ve sonuçları da göstermektedir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerden uzak faktörler sosyal ve çevresel belirleyicileri (demografik durum, kültür, dil, politik güçler ve toplumsal sistemler gibi), yakın faktörler ise daha çok kişisel belirleyicileri (yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum, eğitim, meslek, istihdam, gelir, okuryazarlık gibi) ve durumsal belirleyicileri (sosyal destek, aile ve akran etkileri, medya kullanımı ve fiziksel çevre gibi) kapsamaktadır (Sørensen vd., 2012, s.9-10).

Sağlık okuryazarlığının sırasıyla sağlık davranışları ve sağlık hizmetleri kullanımını etkilemesinin toplumdaki sağlık sonuçları ve sağlık maliyetleri üzerinde etkisi olacaktır. Bireysel düzeyde zayıf sağlık okuryazarlığından kaynaklanan etkisiz iletişim sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği açısından hata, düşük kalite ve riskleri de beraberinde getirecektir. Toplumsal düzeyde sağlık okuryazarı kişiler sağlık, tıp, bilimsel bilgi ve kültürel inançlar hakkında devam eden kamusal ve özel diyaloglara katılabilirler. Böylece sağlık okuryazarlığının faydaları yaşam aktivitelerini geniş bir yelpazede –ev, iş, toplum ve kültür– etkilemiş olur. Sağlık okuryazarlığının ilerlemesi, giderek daha fazla özerklik ve kişisel güçlendirme sağlayacak, sağlık okuryazarlığı süreci yaşam kalitesinin iyileştirilmesi yönünde, bireyin gelişiminin bir parçası olarak görülebilecektir. Aynı zamanda toplumda, halk sağlığı alanında daha fazla eşit ve sürdürülebilir değişiklikler olmasını sağlayacaktır. Sonuç olarak, düşük sağlık okuryazarlığına kişilerin eğitilerek daha becerikli olması (kişisel sağlık okuryazarlığının

arttırılması gibi) ve görevlerini tam yapması ya da daha az talepte bulunmasıyla (sistemin okunabilirliğinin artırılması gibi) yön verilebilir (Sørensen vd., 2012, s.10).

## **1.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BOYUTLARI**

Sağlık okuryazarlığının boyutlarının ne olması gerektiği ile ilgili henüz bir anlaşmaya varılamamıştır. Bu durum farklı sağlık okuryazarlığı tanımlarının gelişimi göz önüne alındığında çok da şaşırtıcı değildir. Farklı kişi ve kuruluşlar tarafından belirlenen boyutların arasında örtüşme olması ise oldukça muhtemeldir (Kwan vd., 2006, s.18). Bu başlık altında yine kronolojik sıralamaya göre Nutbeam (2000), Zarcadoolas ve arkadaşları (2005) ile HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılmış olan sınıflandırmalar anlatılacaktır.

### **1.5.1. Nutbeam'a Göre Sağlık Okuryazarlığının Boyutları**

Nutbeam sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde eğitimin büyük önem taşıdığını vurgulamakta ve eğitimin, sadece bireylerin bilgi birikimlerinin, anlayışlarının ya da yaşam tarzlarının değiştirilmesine ilişkin bir yönlendirme olmaması gerektiğini savunmaktadır. Sağlık eğitimi yolu ile sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerle ilgili farkındalığın da artacağını iddia etmekte; bu faktörlerin değişmesi için kişisel ve toplumsal hareketlerin teşvik edilmesi gerektiğini düşünmektedir (Sezgin, 2013, s.77-78). Nutbeam, her yaş grubu için farklı bir eğitim çalışması ile yükseltilebileceğini düşündüğü sağlık okuryazarlığını üç düzeyde ele almaktadır (Nutbeam, 2000: 263-264):

**1. Temel/fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığı (Basic/functional literacy):** Bu düzeydeki bireyler, yeterli miktarda temel okuma ve yazma becerisiyle günlük yaşamın gereklerini etkin bir şekilde yerine getirebilmektedir (Nutbeam, 2000, s.263). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı becerisi, günlük kullanım için gerekli olan temel okuma, yazma ve sayısal hesap yapabilme becerilerinden oluşmakta ve sağlıktaki değişiklikleri anlayabilmeyi, sağlık hizmetlerinde farkındalığı ve sağlık sistemini kullanabilmeyi desteklemektedir (Gilbert vd., 2014, s.5).

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, okuryazarlık becerisini reçete, randevu kartı ve ilaç etiketi gibi sağlıkla ilişkili materyallere uygulayabilme yeteneğidir (Christmann, 2005, s.5). Hem temel okuma, yazma ve okur-yazarlık becerilerini hem de geleneksel sağlık eğitimi sonucunda oluşması beklenen sağlık koşulları ve sağlık sistemi hakkında bilgilenmeyi içerir (Chinn, 2011, s.601). Bu alanda, somut bilginin paylaşılması ve eğitim yoluyla sağlık risk bilgisi, sağlık hizmetleri ve tıbbi tavsiyeye uyum teşvik edilebilmektedir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığını geliştirmek için yapılabilecek faaliyetlere, bilgilendirme broşürlerinin üretimi ve geleneksel hasta eğitimi örnek gösterilebilir (Christmann, 2005, s.5). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığının kazanımı daha çok bireye yönelik olmakla birlikte, toplumsal faydası da yadsınmaz (Sezgin, 2013, s.78). Örneğin tarama ve immünizasyon programlarına katılımın artırılmasıyla toplum yararına yönelik fayda sağlanabilir (Üçpunar, 2014, s.18).

## **2. İletişimsel/etkileşimli sağlık okuryazarlığı (Communicative/interactive literacy):**

Daha ileri düzeyde bilişsel, sosyal ve okuryazarlık becerilerini içermektedir. Bu beceriler iletişimin farklı şekillerinden anlam türetip bilgiyi süzmek ve sürekli olarak değişen yeni bilgileri kullanmak amacıyla günlük aktivitelere katılımda aktif olarak kullanılırlar (Nutbeam, 2000, s.263-264). Kişi, bu basamakta aktiftir (Özkan, 2014: 39). Etkileşimli sağlık okuryazarlığı pozitif bir ortamda kişisel becerilerin gelişimini desteklemekte, olumlu sağlık davranışlarını geliştirmek için bireysel motivasyonu ve özgüveni geliştirmeye odaklanmaktadır (Gilbert vd., 2014, s.5).

Etkileşimli sağlık okuryazarlığı, bilgiye dayanarak bağımsız hareket edebilme kapasitesinin yanısıra bilgi sağlama ve sosyal gruplarla etkileşim içinde olmak için motive olma ve kendine güvenme gibi kişisel beceriler ile karakterize edilmektedir. Etkileşimli sağlık okuryazarlığını geliştirme çalışmaları, bireysel ve sosyal becerileri geliştirme ile davranışsal sonuçlara odaklanıldığında bireysel yarar ile sonuçlanacaktır (Christmann, 2005, s.5). Etkileşimli sağlık okuryazarlığının kazanımı işlevsel sağlık okuryazarlığındaki gibi daha çok bireysel düzeydedir (Sezgin, 2013, s.78). Bu tür sağlık okuryazarlığını geliştirme çalışmalarına, okullardaki sağlık eğitim programları ve farklı grupların özel ihtiyaçlarına yönelik hazırlanmış sağlık iletişimi örnek olarak verilebilir (Christmann, 2005, s.5).

**3. Eleştirel sağlık okuryazarlığı (Critical literacy):** Eleştirel sağlık okuryazarlığı, bilgiyi eleştirel olarak analiz edebilen ve bu bilgiyi yaşanan olaylara ve şartlara göre daha fazla kontrol sağlamada kullanabilen ileri düzeydeki bilişsel ve sosyal becerilerden oluşmaktadır (Nutbeam, 2000, s.264). Bu beceriler ile kişi sağlık bilgilerini eleştirel olarak değerlendirebilmekte, bireysel ve toplumsal kapasiteyi geliştirebilmekte, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine göre davranabilmekte, sağlığın politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilmekte ve bu boyutları yorumlayabilmektedir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014, s.330-331). Kişi bu basamakta proaktiftir (Özkan, 2014: 39).

Eleştirel sağlık okuryazarlığı, toplum içinde ve toplumsal seviyede olumlu değişim sağlayabilen gelişmiş analitik, savunmacı ve sosyal becerilerden oluşmaktadır (Gilbert vd., 2014, s.5). Bireysel hareket kadar, etkili sosyal ve politik hareketleri desteklemeye yönelik bilişsel düzey ve becerilerin gelişimiyle de ilişkilidir. Eleştirel sağlık okuryazarlığında, bireyin sağlık hizmeti sunanlardan edindiği ve medyada yer alan sağlık bilgilerini doğru yorumlaması ve değerlendirmesi beklenmektedir. Birey verilen bilgileri değerlendirip sorguladığı takdirde, bireysel kazanımın yanısıra daha belirgin bir biçimde toplumsal kazanım da sağlanmış olacaktır (Sezgin, 2013, s.78). Eleştirel sağlık okuryazarlığını geliştirmek için yapılabilecek çalışmalara, toplumsal eylemleri destekleyecek teknik bilginin sağlanması örnek olarak verebilir (Christmann, 2005, s.5).

Nutbeam'in sınıflandırmasında, farklı okuryazarlık düzeylerinde belirtilen özellikler arasındaki ayrım, gelişimsel mantık yaklaşımıyla üst basamakta daha fazla bağımsızlık ve kişisel yetkilendirmeyi ifade etmektedir. Düzeyler arasındaki ilerleme sadece eğitim yoluyla bilişsel gelişmeye bağlı değil, aynı zamanda farklı bilgilerle/mesajlarla karşılaşma pratiğine de dayalıdır (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014, s.330-331).

### **1.5.2. Zarcadoolas, Pleasant ve Greer'e Göre Sağlık Okuryazarlığının Boyutları**

Sağlık okuryazarlığına ilişkin bir diğer sınıflandırma Zarcadoolas, Pleasant ve Greer (2005) tarafından yapılmıştır. Nutbeam (2000)'in yapmış olduğu sağlık okuryazarlığı sınıflandırmasıyla karşılaştırıldığında kavramlara vermiş oldukları isimler farklı olsa da konuya bakış açıları aynı olmakla beraber, Zarcadoolas ve diğerlerinin (2005) yapmış olduğu sınıflandırma, daha geniş ve geliştirilmiş bir model olarak karşımıza çıkmaktadır

(Sezgin, 2013, s.78). Zarcadoolas ve diğerlerine göre sağlık okuryazarlığı temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, yurttaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık olmak üzere dört temel boyuttan oluşmaktadır (Zarcadoolas vd., 2005, s.197).

**Temel okuryazarlık (*fundamental literacy*):** Temel okuryazarlık okuma, konuşma, yazma ve sayıları yorumlamayı (sayısal beceriyi) içeren becerileri ve stratejileri ifade etmektedir (Zarcadoolas vd., 2005, s.197). Sağlık okuryazarlığında kelimeleri anlamak, anahtar noktaları fark etmek, sayıları okumak ve yorumlayabilmek önemlidir. Düşük sağlık okuryazarlık seviyesine sahip bir bireyin materyalleri okuyarak sağlık sorunlarını, sağlık sistemini veya hak ve sorumluluklarını anlaması güç olacaktır. Bu durumda hastaların, bilgileri değerlendirmek üzere bazı temel becerilere sahip olmaları süreç açısından önem taşımaktadır. Temel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı için kilit öneme sahiptir. Sağlık hizmeti veya tedavinin güvenilirliği, kalitesi, tedavinin göreceli riskleri veya yararları ile ilgili analiz yapabilme, ilaç alımında doz takibi, test/tahlil sonuçları, görsel olarak grafik, resim ve benzerlerini anlama, bilgisayar kullanma, bilgi edinme ve uygulama, sayısal hesap yapabilme veya sayısal sonuç çıkarabilme gibi becerilere sahip olma, bireyin sağlık okuryazarlığı ile ilgilidir. Sağlık enformasyonları ve materyalleri bireyin okuma, yazma, konuşma ve hesaplama becerilerine her zaman uygun olmadığından, temel okuryazarlık becerisi ne kadar yüksekse sağlık okuryazarlık düzeyinin de o oranda yüksek olacağı ve böylece bireyin anlama düzeyinin de yüksek olacağı varsayılmaktadır (Sezgin, 2013, s.79).

**Bilimsel okuryazarlık (*scientific literacy*):** Bilimsel okuryazarlık, bilimsel süreçteki bazı farkındalıklar dahil teknoloji ve bilimle ilgili becerileri ifade etmektedir (Zarcadoolas vd., 2005, s.197). Bilimsel okuryazarlık, bilim ve teknolojiyi anlama ve kullanma ile ilgili becerileri tanımlamakta (Sezgin, 2013, s.79), kısaca bilim ve teknolojideki yeterlilik seviyesi olarak ifade edilmektedir (Sørensen vd., 2012, s.5). Bilimsel okuryazarlık özellikle temel bilimsel kavramlar bilgisini, teknik karmaşıklığı kavrayabilme becerisini, teknolojiyi anlamayı, kesin olmayan bilimsel anlayışı ve bilimde kabul gören hızlı değişimlerin mümkün olması anlayışını içermektedir (Zarcadoolas vd., 2005, s.197). Günümüzde giderek karmaşık hale gelen tıbbi teknolojiler ve bilimsel ilerlemeler, bireylerin bilimle ilgili bir kavrayışa sahip olmalarını zorunlu kılmaktadır (Sezgin, 2013, s.79).

**Yurttaşlık okuryazarlığı (civic literacy):** Yurttaşlık okuryazarlığı, insanların kamu sorunlarının farkına varabilmesi ve karar verme sürecine dahil olabilmesi için onları etkinleştiren becerileri ifade etmektedir. Sağlık okuryazarlığının bu boyutunda medya okuryazarlığı becerileri, sivil ve resmi süreçleri bilme, kamu sağlığını etkileyebilecek kişisel sağlık kararları hakkında bir farkındalığın olması konuları yer almaktadır (Zarcadoolas vd., 2005, s.197). Bireylerin toplumun hiyerarşik yapısını bilmeleri, kamu otoritelerini etkileme konusunda daha yüksek becerilere sahip olmalarını beraberinde getirmektedir. Bireyler yaşadıkları toplumdaki ilişki ağları hakkında bilgi sahibi ise yurttaşlık okuryazarlıkları da yüksek olacaktır. Kamusal konuların farkında olma ve bu konularla ilgili ciddi tartışmalara dahil olabilme, bilgi sunan kaynakların güvenilirliğini ve kalitesini yargılayabilme, bilgiye nereden ve nasıl ulaşılacağını öğrenme, kendisi veya başkaları için nasıl savunuculuk yapılacağını bilme, bireyin eylemleri ile daha büyük sosyal gruplar arasındaki ilişkiyi anlayabilme becerileri, bu okuryazarlık kapsamında sıralanabilir (Sezgin, 2013, s.79).

**Kültürel okuryazarlık (cultural literacy):** Kültürel okuryazarlık, sağlık bilgisini yorumlamak ve uygulamak için kolektif inançlar, gelenekler, dünya görüşü ve sosyal kimliği tanımlayan ve kullanabilen becerileri ifade etmektedir. Bu boyut sağlık bilgisi çerçevesinde sağlık bilgisinin, bilimin, bireysel ve kolektif eylemin güçlü kültürel anlamını karşılayabilmek amacıyla iletişimin parçası olan becerileri içermektedir (Zarcadoolas vd., 2005, s.197).

Sağlık okuryazarlığı açısından kültür kavramına daha geniş bir açıdan bakmak gereklidir (Sezgin, 2013, s.80). Kültür, belirli bir toplumun yaşamlarından doyum sağlayabilmeleri için başarmış oldukları tüm bilgi, inanç, sanat, ahlak, yetenek ve alışkanlıklarla toplumsal kuramları kapsar. Kültür, farklı insan gruplarının sahip olduğu, farklı yaşam biçimleri anlamına gelmektedir. Bir kültürün oluşması için, insanların bir araya gelmesi ve öğrendiklerini paylaşmaları gerekmektedir. Kültür durağan olduğu kadar devamlıdır ve değişebilir (Şimşek ve Fidan, 2005, s.5). Sadece kişisel deneyimlerden değil, bir bütün olarak toplumun değişiminden etkilenir (Sezgin, 2013, s.80).

Sağlık enformasyonları sahip olunan kültürün filtresinden geçmektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireyin kültürel altyapısına bağlıdır. (Sezgin, 2013, s.80). Sağlık

okuryazarı olan kişiler, sağlıkla ilgili kavramları ve edindikleri bilgilerini yeni karşılaştıkları durumlarda kullanabilmeli, sağlık, bilimsel bilgi ve kültürel inançları hakkında kamu ve özel yaşam alanlarında iletişim kurabilmeli, konuşmalara katılabilmelidir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014, s.331).

Kültürel okuryazarlık belirli bir kültürde sağlıklı olma anlayışının ne olduğu ve kültürel uygulamaların kişinin sağlık durumunu nasıl etkilediği hakkında bir anlayışa sahip olunması gerektiğini ifade eder. Her kültürden, sınıftan, ırktan, etnik kökenden ve dinden kişilerin ve kurumların birbirlerine saygı duymasını, etkili bir biçimde iletişim kurabilmelerini mümkün kılar (Sezgin, 2013, s.80).

İletişim, mesajın içeriği hakkındaki bilginin yanısıra katılımcılar arasındaki ilişki hakkında da bilgi sağladığından bu durumun kültürler arasında iletişim kurulduğu zamanlarda dikkate alınması ayrıca önem taşımaktadır. Çünkü, kültürel farklılıklar çatışmayı artırma potansiyeline sahiptir (Zarcadoolas vd., 2005, s.197). Kişinin ya da kurumun iletişim kurulan kişiye yaklaşımı, kişinin onurunu koruyacak, farklılıklarını kabul edecek ve kişiye saygı gösterecek şekilde olmalıdır. İletişimi kuran taraflar (sağlık çalışanları ve hastalar) birbirlerinin genel ve mesleki kültürel özelliklerinin farkında olmalı, kültürel okuryazarlık karşılıklı olmalıdır (Sezgin, 2013, s.80).

Özetle, temel okuryazarlık bilişsel, davranışsal ve sosyal beceri ve yetenekleri geniş bir yelpazede etkilemekte, bu özelliği nedeniyle bilimsel okuryazarlık (teknik karmaşıklığı, ortak bir teknolojiyi ve beklenen bilimsel belirsizliği anlama becerilerine sahip olma vb.), kültürel okuryazarlık (kolektif inançları, gelenekleri, dünya görüşlerini ve sosyal kimlik ilişkilerini tanıma ve kullanma vb.) ve yurttaşlık okuryazarlığı (bilgi kaynakları ve gündem hakkında ve bunların nasıl yorumlanacağı ile ilgili bilgi sahibi olma vb.) gibi diğer spesifik okuryazarlık türlerinden ayrılmaktadır (Sørensen vd., 2012, s.10). Zarcadoolas ve diğerleri (2005)'nin belirlemiş olduğu sağlık okuryazarlığı boyutları, sağlık okuryazarlığının sadece okuma ve anlama becerilerinden çok daha fazlası olduğunu göstermektedir.

### 1.5.3. HLS-EU Consortium'a Göre Sağlık Okuryazarlığının Boyutları

HLS-EU Consortium tarafından oluşturulan modele göre, sağlık bilgisinin kullanılma sürecine işaret eden dört boyutun (erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama) üç farklı alanla (sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) olan kombinasyonu sonucunda, Tablo 1'de gösterildiği gibi sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutlu bir matrisi oluşmuştur (HLS-EU Consortium, 2012: 8; Sørensen ve diğerleri., 2012, s.9).

**Tablo 1. HLS-EU'nun 12 Alt Boyutlu Matrisi**

Sağlık Okuryazarlığı	Sağlıkla ilgili bilgiye erişim	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama
<b>Sağlık Hizmeti</b>	1 Tıbbi veya klinik konularla ilgili bilgiye ulaşabilme becerisi	2. Tıbbi bilgiyi anlama ve tıbbi bilgiden anlam türetebilme derecesi	3. Tıbbi bilgiyi yorumlama ve değerlendirebilme becerisi	4. Tıbbi konular hakkında bilinçli karar verebilme derecesi
<b>Hastalıktan Korunma</b>	5. Risk faktörleri ile ilgili bilgiye ulaşabilme becerisi	6. Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi anlama ve risk faktörlerinden anlam türetebilme becerisi	7. Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi yorumlama ve değerlendirebilme becerisi	8. Risk faktörleriyle ilgili bilgiler hakkında karar verebilme derecesi
<b>Sağlığın Geliştirilmesi</b>	9. Sağlıkla ilgili konularda kendini güncelleyebilme becerisi	10. Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ve bu bilgiden anlam türetebilme becerisi	11. Sağlıkla ilgili konuları yorumlama ve değerlendirebilme becerisi	12. Sağlıkla ilgili konularda görüş yansıtabilme becerisi

**Kaynak:** HLS-EU Consortium, 2012, s.8

Model aslında sağlıkla ilgili erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama süreçlerine ilişkin yeterlilikleri göstermektedir. Bu yeterliliklerin her biri sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu temsil etmekte, belirli bilişsel yetenekler gerektirmektedir. *Erişim*, sağlık bilgisini araştırma, bulma ve elde etme becerisine; *anlama*, ulaşılan sağlık bilgisini kavrama becerisine; *değerlendirme*, elde edilen sağlık bilgisini yorumlama, filtreleme, yargılama ve değer biçme becerilerine ve *uygulama* sağlığı devam ettirme ve



koruma için karar vermede iletişim ve bilgiyi kullanabilme becerisine işaret etmektedir (Sørensen vd., 2012, s.8-9).

Modele göre sağlık okuryazarlığı alanları; sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanı, hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı alanı ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı alanı olmak üzere üç farklı alandan oluşmaktadır ve bireylerin bu alanlardaki sağlık okuryazarlığı becerileri farklılık gösterebilmektedir.

*Sağlık hizmeti alanı* içerisindeki sağlık okuryazarlığının dört boyutu; tıbbi ya da klinik konularla ilgili bilgilere ulaşma, tıbbi bilgileri anlama, yorumlama ve değerlendirme, tıbbi konularda bilinçli kararlar alabilme ve tıbbi tavsiyelere uyabilme becerilerini kapsamaktadır.

*Hastalıktan korunma alanı* içerisindeki sağlık okuryazarlığının dört boyutu; özellikle sağlık risk faktörleriyle ilgili bilgilere ulaşma, bu bilgileri anlama, bu bilgilerden sonuç çıkarma, bu bilgileri yorumlama, değerlendirme ve bilinçli kararlar alabilme becerilerini içermektedir.

*Sağlığın geliştirilmesi alanı* içerisindeki sağlık okuryazarlığının dört boyutu; özellikle sosyal ve fiziksel çevre içerisinde sağlığın belirleyicileri konusunda bir kişinin kendisini düzenli olarak güncelleyebilmesi, sağlığın belirleyicileriyle ilgili bilgileri anlayabilmesi, bu bilgilerden sonuç çıkarabilmesi, bu bilgileri değerlendirmesi, yorumlaması ve bilinçli kararlar alabilme becerilerini içermektedir (Sørensen vd., 2012, s.10).

Sørensen ve meslektaşlarının anlayışına göre sağlık okuryazarlığının boyutları incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının; sağlık hizmeti, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında bireylerin güçlendirilmesini geliştirmeye yarayan bir araç olduğu anlaşılmaktadır.

## **1.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BELİRLEYİCİLERİ**

Eğitim, erken çocukluk dönemi, yaşlanma, bireysel kapasite, yaşam ve çalışma koşulları, cinsiyet ve kültür genel okuryazarlığı etkileyen önemli faktörlerdir. Bu faktörlerden bazıları aynı zamanda hem sağlığın belirleyicileri olarak düşünülebilmekte hem de sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (Sabbahi, 2013, s.10). Birçok yazara göre

demografik, psikososyal ve kültürel faktörlerle birlikte genel okuryazarlık, bireysel özellikler, hastalıklarla ilgili deneyimler ve sağlık sistemi sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli faktörlerdendir (Sørensen vd., 2012, s.7). Sørensen ve meslektaşları, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin, Şekil 5'te kavramsal modelde de gösterildiği gibi uzak (distal) faktörler ve yakın (proksimal) faktörler şeklinde gruplanabileceğini ifade etmişlerdir (Sørensen vd., 2012, s.10). Sağlık okuryazarlığını etkileyen bu faktörler aşağıda anlatılmıştır.

### 1.6.1. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Uzak Faktörler

Uzak faktörler, sağlık okuryazarlığını etkileyen demografik durum, kültür, dil, politik güç ve toplumsal sistem gibi sosyal ve çevresel belirleyicilerdir.

Sağlık okuryazarlığını etkileyen *demografik durum* değişkenlerine sosyoekonomik düzey, meslek, istihdam, sosyal destek ve eğitim örnek verilebilir. Yapılan birçok çalışmada bireylerin tam zamanlı çalışması, toplum içindeki sosyal statüsü, eğitim seviyesi ve gelirinin yüksek olmasının sağlık okuryazarlığını pozitif yönde etkilediği bulunmuştur (HLS-EU, 2012, s.32-46; Ingram, 2010, s.37).

*Kültürel inançlar* sağlık okuryazarlığına şekil vermektedir (Lee vd., 2015, s.1118). Kişisel ve kolektif değerler kültür olarak özetlenebilir ve bunlar bireylerin sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Kültürel faktörlerin bireylerin sağlık problemi olduğunda ne hissettiklerini nasıl tanımladıkları, problemi ya da bir hastalığın belirtileriyle ilgili kaygılarını nasıl ifade ettikleri, ne tür bir sağlık hizmetini, ne zaman ve kimden alacakları ile ilgili kararları nasıl verdikleri ve tedavi programına nasıl uyum sağladıkları gibi konularda etkisi vardır (Center for Health Care Strategies, 2013, s.5). Kültür; sağlık bilgi ve mesajlarına önem verir, hastalık ve sağlığın, tercihlerin, dil ve kültürel bariyerlerin, bakım süreci bariyerlerinin ve alışkanlıkların algılanışını ve tanımlanmasını şekillendirir (IOM, 2004, s.12). Sağlık ve hastalıkla ilgili kültürel inançlar, bir kişinin sağlık hizmeti sunucularının talimatlarını anlama ve ona göre hareket edebilme becerisine katkıda bulunur (Shaw, 2008, s.1). Yapılan bir çalışmada göçmenlerin kültürel inançlarının, kendilerine hizmet sunan sağlık çalışanlarının talimatlarını nasıl algıladıklarını ve uyguladıklarını etkilediği bulunmuştur (Lee vd., 2015, s.1118).

*Ana dil*, bir kişinin ne tür bir sağlık bilgisini nerede, ne zaman, nasıl araştırdığını ve bu bilgiyi nasıl yorumladığını etkiler (Williams, 2014, s.26). Dil bariyerleri hastaların iletişim problemi yaşamasına neden olabilmekte ve kaliteli bir sağlık hizmeti alabilmesine engel olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı beceri düzeyleri yakın zamanda gelen göçmenler ve yaşadığı ülkenin dilini kısıtlı derecede konuşanlar arasında daha düşük olma eğilimindedir. Kültürel farklılıklar ve dil bariyerleri birleştiğinde yanlış anlamalara, uyumsuzluklara, zarara ve kötü sonuçlara neden olabilmektedir (Abrams vd., 2014, s.88). Bu nedenle sağlık okuryazarlığı kültür ve dil bağlamında anlaşılmalı ve ele alınmalıdır (IOM, 2004, s.13). Sağlık okuryazarlığı, hasta merkezli bakım sunma ile kültürel ve dilsel olarak uygun hizmet sunmanın önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Yerel faktörlerle sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelendiğinde, çıkan sonuçlar sağlık personeli ile hastalar arasındaki kültürel ve dilsel uzaklığın iletişimi engellediğine işaret etmektedir. Batılı biyomedikal kavramlara dayalı olan doktor talimatları, ilaçlar ya da broşürler gibi daha spesifik sağlık bilgileri sağlık okuryazarlığının etkili seviyelere ulaşmasına engel olabilmektedir (Johnson, 2014, s.42).

*Politik güç ve toplumsal sistem* faktörleri de göz ardı edilmemelidir (Medibank, 2011, s.17). Eğitim ve sağlık sistemi, toplum yapısı, işyerleri, sağlık enformasyonu ve iletişimi, sağlık profesyonelleri gibi sistematik faktörler bireylerin sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığının temelleri okul yıllarında oluşmakta, ancak sağlıkla ilgili bölgesel farklılıklar ve sağlık konusunda uzman öğretmenlerin olmaması gibi durumlar bunu zorlaştırmaktadır. Sağlık ve güvenlik, sağlıklı yaşam gibi programları uygulayan işyerleri işçilerin genel sağlığına önemli katkılar sağlamakta, sağlık okuryazarlığını yerleştirebilmektedir. Sağlık hizmetleri, bilimsel gelişmeler ve yeni teknolojilerin giderek karmaşık hale gelmesi sağlık hizmeti tüketicileri üzerinde okuma, yazma, sayısal hesap yapma ve problem çözme becerisi taleplerini yoğunlaştırmıştır. Düşük sağlık okuryazarlığı becerileri birçok hastanın hastalıklarını kendi kendine yönetebilmelerinin önünde engeldir. Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada okuma becerisi düşük olan hastaların %62'sinin hastalıklarını kendi kendine yönetmede yetersiz ya da isteksiz olduğu bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin ise düşük sağlık okuryazarlığının yaygın olduğu, hastaların sağlığını nasıl etkilediği ve sağlık okuryazarlığı becerilerinin nasıl geliştirilebileceği ile ilgili farkındalıkları düşük

seviyededir (Rootman ve Gordon-El-Bihbety, 2008, s.25-27). İlaçların karmaşıklığı, muayene sürelerinin kısa olması, kendi kendine bakım taleplerinin artması, sağlık hizmetinin birçok parçadan oluşması, sigorta, evrak ve form işlemleri kısıtlı sağlık okuryazarlığı problemine katkıda bulunmaktadır. Mevcut sağlık sistemlerinin çoğu hastaların bakımlarını yönetmede giderek daha fazla sorumluluk almalarını gerektirmektedir. Bu zorluk artıkça tedavi kararlarını vermek daha da karmaşık hale gelmektedir (Medibank,2011, s.17). Ayrıca, sağlık hizmeti ve sigorta sistemleri sağlık sistemi navigasyonu (sağlık sistemini uygun bir şekilde kullanabilme) açısından okuryazarlık seviyesi yüksek olan kişiler için bile bazen kafa karıştırıcı olabilmektedir (NC IOM, 2007, s.27).

### **1.6.2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Yakın Faktörler**

Sağlık okuryazarlığını etkileyen yakın faktörler ise daha çok bireysel ve durumsal belirleyicileri kapsamaktadır (Sørensen vd., 2012, s.10).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen *bireysel belirleyicilere* yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum, eğitim, meslek, istihdam, gelir ve okuryazarlık örnek verilebilir (Sørensen ve diğ, 2012, s.10). Sağlık okuryazarlığı bireysel özellikler açısından verilen bu örneklerle birlikte görme, işitme, konuşma, hafızada tutma ve muhakeme etme gibi yeteneklere; fiziksel ve sosyal becerilere; okuma, anlama ve sayısal hesap yapabilme gibi meta-bilişsel becerilere göre de tahmin edilebilmektedir (Sørensen vd., 2012, s.7).

Günümüz dünyasında sağlık okuryazarı olabilmek için gerekli olan becerileri geniş bir yelpazede geliştirme ya da kullanabilmeyi zorlaştıran bazı *kişisel özellikler* bulunmaktadır. Bu özelliklere yaşlanmayla birlikte gelen kayıplar, sadece okuma ve yazmayla uygulama becerilerinin kazanılamaması, örgün eğitimin düşük seviyede ya da sağlık hakkında bilgi ve beceri eksikliğinin olması, dil farklılığı, kültürel inançlar ve engelli yaşam örnek verilebilir (Rootman ve Gordon-El-Bihbety, 2008, s.24). Sağlık okuryazarlığı beceri düzeyleri yaşlı insanlar, daha az eğitim görenler, yoksullar, azınlık grupları ve yakın zamanda gelen göçmenler arasında daha düşük olma eğilimindedir (Abrams vd., 2014, s.88). Eğitim seviyesi düşük olan kişiler sağlık bilgisini anlamakta

ya da kronik sağlık problemlerini yonetmede eğitim seviyesi yuksek olanlara gore daha cok zorlanmaktadır. (NC IOM, 2007, s.25).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen bireysel belirleyicilerden *genel okuryazarlığa* ayrıca değinmek gerekir. Nutbeam (2000), sağlık okuryazarlığının eğitim (hasta eğitimi, okul eğitimi, basın-medya iletişimi), sosyal mobilizasyon ve savunuculuk gibi sağlığı geliştirme çabalarının bir sonucu olduğunu vurgulamıştır (Nutbeam, 2000, s.262). Sağlık okuryazarlığının temel okuryazarlık seviyesine bağlı olduğu ve bilişsel gelişimle ilişkili olduğu açıktır, ancak daha once de belirtildiği gibi, yuksek bir genel okuryazarlık doğrudan yuksek bir sağlık okuryazarlığı garanti etmez (Onotai, 2008, s.33; ACSQHC, 2013, s.10; Ploeg, 2012, s.12-13).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen *durumsal belirleyicilere* ise sosyal destek, aile ve akran etkileri, medya kullanımı ve fiziksel çevre örnek verilebilir (Sørensen vd., 2012, s.10). *Sosyal destek* alamayan, temel okuma-yazma becerisi olmayan bireyler, özellikle de yeni göçmenler sağlıkla ilgili bilgiyi yonetmede ve sağlık sistemi bağlamında yeterli düzeyde bir sağlık okuryazarı olabilmekte zorlanmaktadır (Rootman ve Gordon-El-Bihbety, 2008, s.26). *Akran ve ebeveynler* ergenlerin sağlık okuryazarlığını etkileyebilmektedir (Sørensen vd., 2012, s.7). Günümüzde *medyada* sağlık enformasyonu sunumunun çok merkezli ve hızlı yayılan tabiatı göz önüne alındığında, medyaya eleştirel yaklaşım ve medyada sağlık enformasyonunun nasıl yayınlandığının bilinmesi, sağlık okuryazarlığı açısından önemlidir (Sezgin, 2013, s.80). Sağlık kuruluşlarının *fiziksel çevreyi*; etkili iletişim ile navigasyonu destekleyecek biçimde tasarlaması, sağlık okuryazarlığının kurum misyonu, yapısı ve faaliyetlerine entegre edilebilmesi bakımından önemlidir (ACSQHC, 2013, s.24). Birleşik Devletler Sağlık ve İnsan Hizmetleri Depatmanı'nın (U.S. Department of Health and Human Services) sağlık kuruluşlarına sağlık okuryazarlığını oluşturabilmek için önerdiği stratejilerden bir tanesi fiziksel çevrenin erişilebilirliğini (hastanelerde evrensel semboller ve anlaşılır tabelaların kullanılması vb.) geliştirmektir (Chiarelli, 2006, s.1).

## 1.7. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ

Sağlık okuryazarı bir kişi sağlık, tıp, bilimsel bilgi ve kültürel inançlar hakkında devam eden genel ve özel diyaloglara rahatlıkla katılabilir. Sağlık okuryazarlığı en karmaşık insan becerileri gibi kişinin ömrü boyunca gelişmeye devam eder ve sağlık statüsünün yanısıra demografik, sosyopolitik, psikososyal ve kültürel faktörlerden etkilenir. Böylece sağlık okuryazarlığının faydaları ev, iş, toplum ve kültür gibi hayatın bütün aktivitelerini tamamıyla etkiler. Bu durum, Ottawa Sağlık Teşviki Sözleşmesi'nde ifade edildiği gibi; "sağlık yaşamın amacı değil, hayatın kaynağıdır" sözüyle tamamen uyumludur (Zarcadoolas vd., 2005, s.196).

Sağlık okuryazarlığı kaliteli bakım için bir temeldir ve *IOM Quality Chasm Report*'da açıklanan kalite iyileştirmenin 6 amacından 3'ü ile ilişkilidir. Bunlar; güvenlik, hasta merkezli bakım ve adil tedavidir (IOM, 2001, s.3). Bu 3 amacın her birinin sağlık okuryazarlığıyla olan ilişkisi örneklerle aşağıda kısaca açıklanmıştır (Abrams vd., 2014, s.12).

*Güvenlik (Safety):* Güvenlik, sağlık hizmeti alan ve yardım etme niyeti olunan hastalarda yaralanmaların önlenmesidir (IOM, 2001, s.3). Sağlık okuryazarlığı açısından, örneğin hastalara ilaç tedavisinin verildiği anda sade bir dilin ve öğrenileni geri anlatma tekniğinin kullanılması, ilaç hatalarını azaltmaya ve uyumu artırmaya yardımcı olabilir (Abrams, 2014, s.12). İlaç hataları tıbbi hataların en yaygın olanıdır ve ilaç hatalarının çoğu hastaların ilaçlarını nasıl alacaklarını anlamadıkları için olmaktadır. ABD'de yapılan bir çalışmada, "günde iki kez ağız yoluyla iki tablet" talimatını, düşük okuryazar olan kişilerin %71'i doğru anlamış ve sadece %35'i uygulamasını doğru gösterebilmiştir (NC IOM, s.25).

*Hasta merkezli bakım (Patient-centered care):* Hasta merkezli bakım, bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı ve tüm klinik kararlarda hasta değerlerini dikkate alacak şekilde sağlık hizmetinin sunulmasıdır (IOM, 2001, s.3). Hastaların seçenekleri anladığından emin olma ve karar verme sürecine dahil edilmeleri, onların ihtiyaç duyduğu ve istediği bakımı alabilmelerine yardımcı olur. İnsanların yaşam tarzlarını anlamak, öz bakım bilgilerini (self-care information) kullanılabilir hale

getirebilmek ve kişisel eylem planlarını ayarlamaya yardımcı olabilmek için önemlidir (Abrams vd., 2014, s.12).

*Adil tedavi (Equitable treatment):* Adil tedavi, sağlık hizmetinin cinsiyet, etnik köken, coğrafi konum ve sosyoekonomik statü gibi kişisel özelliklerden dolayı kalitesinin değişmeyecek şekilde sunulmasıdır (IOM, 2001, s.3). Sağlık okuryazarlığı açısından iletişimi ele alacak olursak, anlaşılır iletişim sağlık adaletsizliklerini ortadan kaldırma, kültürel ve dilsel yetkinlikleri inşa etme çabalarının anahtarı konumunda olacaktır. Bu durum, yorumlama ve çeviri hizmetleri süresince kültürel ve dil farklılıklarını anlamayı ve bu farklılıklara yanıt vermeyi içermektedir (Abrams vd., 2014, s.12).

Sağlık okuryazarlığı giderek akreditasyon ve kalite bakım programları tarafından da kabul edilmektedir. Joint Commission (2007, s.5) sağlık okuryazarlığının önemini *“Hasta bakımında, düşük sağlık okuryazarlığının ve etkisiz iletişimin negatif etkileri minimize edilmeksizin hastaların güvenliği garanti edilemez.”* maddesiyle açıkça ifade etmektedir.

ACSQHC (2013) sağlık okuryazarlığının yükseltilmesinin tüketiciler, sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti yöneticileri ve politika yapıcılar için önemli olduğunu belirtmiştir. Komisyona göre sağlık okuryazarlığının yükseltilmesinin sağlık sistemi içerisinde yer alan bu kişiler için önemi Tablo 3’te özetlenmiştir (ACSQHC, 2013, s.16).

Düşük sağlık okuryazarlığı becerileri sadece tüketiciler (sağlık hizmeti tüketicileri) ve toplum için problemlidir değildir. Diğer taraftan, bazı sağlık profesyonelleri de düşük sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olabilirler; örneğin sağlık profesyonellerinin sağlık hizmeti tüketicilerine ve topluma sağlık sorunlarını anlaşılır bir biçimde açıklayabilme yetenekleri zayıf olabilir. Tüketicilerin anlayabilme becerisi ve sağlık profesyonellerinin arasındaki bu uyumsuzluk istenmeyen olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilir (Johnson, 2014, s.43).

**Tablo 2. Sağlık Sistemi İçerisindeki Farklı Rollere Göre Sağlık Okuryazarlığının Yükseltilmesinin Önemi**

<b>Rol</b>	<b>Sağlık okuryazarlığının yükseltilmesinin faydaları:</b>
<p><b>Tüketiciler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sağlık hizmetini araştıran ya da alan</li> <li>sağlık hizmetinin sağlanması, planlanması ve değerlendirilmesinde karar verme sürecinde yer alan</li> <li>günlük yaşamda sağlığıyla ilgili karar veren kişiler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tüketicilerin sağlık ve sağlık sistemi hakkında bilgisini artırır</li> <li>Bireyin hem kendi ve ailesinin sağlığı, hem de sağlık hizmetleri konusunda daha iyi kararlar almasına yardımcı olur</li> <li>Tüketicilerin, sağlık sisteminde neye ihtiyaç duyarsa onu bulmak için nereye gideceğini ve nerede bulacağını bilmesini daha kolay hale getirir</li> <li>Tüketicilere sağlık hizmeti bilgisi, provizyonu, planlaması ve değerlendirmesiyle ilgili kararlarında ve eylemlerinde daha etkin bir şekilde katkıda bulunarak yardımcı olur</li> </ul>
<p><b>Sağlık hizmeti sunucuları</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık hizmeti sunucularının tüketicilerle birlikte çalışmasına yardımcı olur, çünkü tüketiciler kendi sağlıkları ve bakımları hakkında uygun eylemleri gerçekleştirebilir ve etkin kararlar alabilirler</li> <li>Sağlık hizmeti sunma biçimini değiştirmeye yardımcı olur, çünkü tüketicilerin bilgiye ulaşması, onu anlaması ve kullanması artık daha kolaydır</li> <li>Kişiler arası iletişim ve bilgi alışverişi değiştiğinden sağlık hizmeti sunucularının hastalara zarar verme riskini azaltır</li> </ul>
<p><b>Sağlık hizmeti yöneticileri</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tüketicilerin sağlığı ve sağlık bakımında uygun eylemleri gerçekleştirmek ve etkin kararları almak için sağlık hizmetinin sunum şeklini daha kolay hale getirebilmeye yardımcı olur</li> <li>Tüketicilerin sağlık hizmetlerinde yönlerini bulmasının daha kolay hale getirilmesi yöneticilere yardımcı olur</li> <li>Tüketicilerin anlaşılır, odaklanmış ve kullanışlı sağlık bilgilerine erişiminin daha kolay hale getirilmesi yöneticilere yardımcı olur,</li> <li>Sağlık kurumlarından yararlanan olası tüketicileri artırmak için sağlık hizmeti kalitesi ve güvenliğini geliştirmede yöneticilere yardımcı olur</li> <li>İletişim ve bilgi alışverişinin gelişmesiyle tüketicilere zarar verme riskinin azalması yöneticilere yardımcı olur</li> </ul>
<p><b>Politika yapıcılar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık sisteminin organizasyonu ve sunulan bakımın, tüketicilerin kendi sağlığı ve sağlık bakımları hakkında uygun eylemleri gerçekleştirmelerini ve etkili kararlar alabilmelerini daha kolay hale getirecek biçimde olması, politika yapıcılara yardımcı olur</li> <li>Tüketicilerin anlaşılır, odaklanmış ve kullanışlı sağlık bilgilerine erişiminin daha kolay hale getirilmesi politika yapıcılara yardımcı olur</li> <li>Sağlık hizmeti sunucuları, sağlık kuruluşları ve tüketiciler arasında işbirliğinin oluşmasına destek sağlama ve elverişli bir ortam hazırlamada politika yapıcılara yardımcı olur</li> <li>Karar verme sürecine aktif biçimde katılım sağlamak için tüketicilerin güçlendirilmesi; sağlık hizmetlerinde güvenlik ve kaliteyi, etkinlik ile verimliliği artırır</li> </ul>

**Kaynak:** ACSQHC, 2013, s.16



Düşük sağlık okuryazarlığının sağlık durumu üzerindeki etkisinin yanısıra, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde ekonomik etkileri vardır (NALA, 2009, s.13). Birleşik Devletler’de düşük sağlık okuryazarı olan kişilerin yıllık ortalama sağlık hizmetleri maliyetinin yüksek sağlık okuryazarı olan kişilerin maliyetinden dört kat daha büyük olduğu tahmin edilmektedir (Harper, 2013, s.9). Düşük sağlık okuryazarlığının ekonomiye yıllık maliyetinin ise 106-206 milyar dolar aralığında olduğu tahmin edilmektedir (NALA, 2009, s.13). Avrupa Birliği’nde yılda 700.000 ölüm ve 33 milyon hastalık vakası sağlık koşullarıyla ilişkili eşitsizliğe atfedilmektedir. Bunun sonucunda oluşan maliyetin toplam sağlık harcamalarının %20’sine ve sosyal güvenlik yardımlarıninsa %15’ine denk geldiği tahmin edilmektedir. Sağlık eşitsizliklerinin nedenleri karmaşık olmakla birlikte, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin buna katkıda bulunan bir faktör olduğu belirtilmiştir (NALA, 2009, s.13).

Düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinin; sağlık personeli tarafından söylenenleri anlayabilmede zayıflığa, önerilen ve söylenenleri yerine getirmede zorluklara, sağlık hizmetine erişimde problemlere neden olduğu görülmüştür. Ayrıca, kronik hastalıkların ortaya çıkışında artış, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanılması, acil servis başvurularının artması gibi ciddi sorunlara yol açabilmektedir (Özkan, 2014, s.37-38).

Birçok araştırmadan elde edilen sonuçlar düşük sağlık okuryazarlığının daha kötü sağlık statüsü, artan hastaneye yatış ve sağlık hizmeti kullanımı, yanlış ilaç kullanımı, sağlık eğitimine düşük duyarlılık ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanımıyla (aşılar dahil) ilişkili olduğunu göstermiştir (Austvoll-Dahlgren vd., 2013, s.279). Ayrıca, birçok araştırmada sağlık okuryazarlığının sağlık statüsünü belirlemede sosyoekonomik statü, yaş, eğitim seviyesi ya da etnik kökenden daha güçlü bir belirleyici olduğu bulunmuştur (Johnson, 2014, s.40; Austvoll-Dahlgren vd., 2013, s.279; Harper, 2013, s.9 ). Örneğin, Sudore ve diğ. (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, sınırlı sağlık okuryazarlığının demografik, sosyo-ekonomik statü, komorbidite ve sağlık statüsü algısı değişkenleri kontrol altına alındığında bile ölüm riskiyle yaklaşık iki kat daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur (Johnson, 2014, s.40).

Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı için neden önemli olduğunun sebepleri genel olarak altı başlıkta aşağıdaki gibi sıralanabilir (World Health Organization [WHO], 2009, s.16):

*1. Etkilenen çok sayıda insan olması:* Dünya’da yetişkin nüfusun yaklaşık %16’sı temel okuma-yazma becerisinden yoksun, bunların üçte ikisi ise kadındır. Tıpkı düşük okuryazarlığın düşük sağlık statüsüyle ilişkili olduğu gibi, düşük sağlık okuryazarlığı da sosyoekonomik dezavantajlara katkıda bulunmaktadır. Ayrıca, düşük sağlık okuryazarlığı bireylerin toplumla tam anlamıyla kaynaşmasının ve yaşam hedeflerine ulaşmasının önünde engeldir (Kanj ve Mitic, 2009, s.16-19). Birleşik Krallık (2005)’ta Ulusal Tüketici Konseyi (National Consumer Council) tarafından 2000 yetişkin üzerinde yapılan bir sağlık okuryazarlığı çalışmasında her beş kişiden birinin daha sağlıklı olabilmek için gerekli olan basit bilgileri bile anlamakta zorlandığı bulunmuştur (Kanj ve Mitic, 2009, s.16-19; Kickbusch vd., 2005, s.10). Sağlık okuryazarlığı toplum sağlığı için bir zorunluluktur, çünkü onun inşa edilmesi bütün bir toplumun sağlığını iyileştirecektir (Kickbusch vd., 2005, s.5).

*2. Kötü sağlık sonuçları:* Sağlık okuryazarlığı insanlar için önemli bir yaşam becerisidir. İnsanlara bilgiyi araştırmada ve kullanmada, sağlıklarını kontrol altına almada yardımcı olur (Kickbusch vd., 2005, s.5). Sağlık okuryazarlığı hasta katılımı için temeldir. Eğer insanlar temel sağlık bilgilerini elde edemez, işleyemez ve anlayamazsa, kendi kendilerine bakmaları mümkün olmayacak ya da sağlıkla ilişkili yerinde kararlar alamayacaklardır. Sağlık okuryazarlığını artırma sağlık eşitsizliğiyle mücadelede büyük önem taşımaktadır. Düşük sağlık okuryazarlığı olanlar daha kötü sağlık statüsüne ve daha yüksek hastane yatış oranına sahiptirler, belirlenen tedaviye ve bakım planına daha az uyum sağlarlar, ilaç ve tedavi hatasına daha fazla maruz kalırlar ve koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanırlar. Yapılan bazı çalışmalarda yetersiz sağlık okuryazarlığı ile artan ölüm oranları ve yatış oranları arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Kanj ve Mitic, 2009, s.19-21).

*3. Kronik hastalık oranının artması:* Kronik hastalıkların toplam hastalık yükünün yaklaşık yarısını (%47) oluşturduğu tahmin edilmektedir. Sağlık okuryazarlığı kronik hastalığın öz-yönetiminde hayati bir rol oynar. Bireyler kronik ya da uzun dönemli hastalıklarını yönetebilmek için karmaşık tıp rejimlerini içeren, yaşam tarzını planlayan ve ona yön veren, bilinçli karar vermeyi ve gerektiğinde sağlık hizmetine nasıl ulaşabileceğini söyleyen sağlık bilgilerini anlamalı ve değerlendirebilmelidir. Bu

alanlardaki beceri eksikliği birçok hastanın etkili bir öz-yönetimde bulunabilmesine engel olmaktadır (Kanj ve Mitic, 2009, s.19-21).

4. *Sağlık hizmeti maliyetleri:* Düşük sağlık okuryazarlığı önemli bir ekonomik sorundur (Kickbusch vd., 2005, s.5). Düşük sağlık okuryazarlığının maliyeti ile ilgili yapılan ilk sistematik çalışmaya göre, sınırlı sağlık okuryazarlığının yarattığı ek maliyet yıllık toplam sağlık hizmeti maliyetinin %3-5'i arasında değişmektedir. Kısıtlı sağlık okuryazarı olan kişilerle yeterli seviyede sağlık okuryazarı olan kişiler karşılaştırıldığında, kısıtlı sağlık okuryazarlarının ilave yıllık sağlık hizmeti harcaması 143-7.798 dolar arasında değişmektedir (Kanj ve Mitic, 2009, s.23-24). ABD'de yapılan bir çalışmaya göre düşük sağlık okuryazarlığının ABD ekonomisine maliyetinin yılda 73 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (Kickbusch vd., 2005, s.5).

5. *Sağlık enformasyon talepleri:* Sağlam ve güvenilir bilgiye erişim sağlık okuryazarlığının temel taşıdır. Ancak iyi bir bilginin sağlanması genellikle yeterli olmamaktadır. Sağlık bilgilerinin sağlık davranışlarına çevrildiğinden emin olmak için doğru iletişim kanallarının oluşturulmasına ihtiyaç vardır (Kickbusch vd., 2005, s.9). Yapılan çalışmalara göre sağlıkla ilişkili materyallerin okunma seviyesi ile hedef kitlenin okuma becerisi arasında bir uyumsuzluk olabilmektedir. Genellikle, jargon ve teknik dilin kullanılması sağlıkla ilgili birçok kaynağın kullanımını gereksiz yere zorlaştırmaktadır (Kanj ve Mitic, 2009, s.23-24).

6. *Hakkaniyet:* Bir kişinin okuryazarlık seviyesi eğitim, kişisel beceri, erken çocukluk dönemi, yaşlanma, yaşam ve çalışma koşulları, cinsiyet, kültür ve dil gibi birçok faktörden ve koşuldan etkilenmektedir. Okuryazarlığın bu belirleyicileri, sağlığın belirleyicileriyle de benzerlik göstermekte ve her bireyde farklı olduğundan, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri de değişiklik göstermektedir (Kanj ve Mitic, 2009, s.23-24). Sağlık okuryazarlığı sosyal sermayenin önemli bir parçasıdır ve düşük sağlık okuryazarlığı sağlık eşitsizliğine neden olmaktadır (Kickbusch vd., 2005, s.5). Düşük sağlık okuryazarlığı, bilinçli sağlık kararları verebilmede genellikle kişinin kendi sağlığını etkin bir şekilde yönetememesi, sağlık hizmetine erişememesi ve mevcut bilgiyi anlayamamasına neden olmaktadır. En kötü sağlık sonuçlarına sahip olan bireylerin sağlık okuryazarlığının artırılması, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında önemli bir araçtır (Kanj ve Mitic, 2009, s.23-24).

## 1.8. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KRONİK HASTALIKLAR VE KALP HASTALARI İÇİN ÖNEMİ

Hem WHO hem de Birleşmiş Milletler tarafından kronik hastalıklar 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalıklar yüksek ölüm oranları, sağlık harcamalarındaki aşırı artış ile sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından küresel bir tehdit oluşturmaktadır (Akalın, Durusu Tanrıöver ve Sayran, 2012, s.13).

Dünya’da 2005 yılında meydana gelen toplam 58 milyon ölümün 35 milyonu kronik hastalıklar sebebiyle olmuştur. Bu da tüm ölümlerin %60’ının kronik hastalıklardan kaynaklandığı anlamına gelmektedir. Kronik hastalıklardan kaynaklanan 35 milyon ölümün ise 17.528.000’i kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle olmuştur. Yani kardiyovasküler hastalıklar %30 ile tüm ölümlerin, %50 ile de kronik hastalıklardan kaynaklanan ölüm sebeplerinin başında gelmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009: 28; Kanj ve Mitic, 2009, s.21). Küresel bir sağlık sorunu olan kronik hastalıkların 2008 yılında gerçekleşen 57 milyon ölümün %63’ünden sorumlu olduğu saptanmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013: 3). Kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümlerin %80’den fazlası gelişmekte olan ülkelerdedir. Kalp hastalıklarının içinde bulunduğu bulaşıcı olmayan hastalıklar aynı zamanda erken ölümlere sebep olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin %29’u 60 yaş altında iken gelişmiş ülkelerde bu oran %13’tür. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’nun ölüm verileri, toplam ölümlerin içinde kalp hastalıklarının payının gittikçe artma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Türkiye’de kalp hastalıkları 1989’da %40, 1993’de %45, 2009’da %40, 2012’de %38 ve 2016’da %40 ile tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır. WHO’ya göre, önlem alınmadığı takdirde 2005’den itibaren 10 yıl içinde 388 milyon kişinin kronik hastalıklar sebebiyle öleceği tahmin edilmiş (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009, s.28; TÜİK, 2018), eğer etkin girişimlerle küresel düzeyde kronik hastalıklara bağlı ölüm hızı her yıl %2 azaltılabilirse 2005-2015 yılları arasında 36 milyon ölümün ise önlenebileceği öngörülmüştür (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013, s.3).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2023 yılında koroner kalp hastalığı için risk grubu olarak kabul edilen 40 yaş ve üstü nüfusun %39,7 oranında artacağını tahmin etmektedir. Yaşlanan nüfusla beraber kronik hastalıkların topluma getireceği yük, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ciddi bir tehdit oluşturmaktadır (Akalin vd., 2012, s.31).

Sağlık düzeyi ekonomik gelişmişliğin ve kalkınmanın bir göstergesidir. Ülkelerin ulusal sağlık bütçelerinin giderek artan bir bölümü kronik hastalıklara ayrılmaktadır. Ekonomik analizlere göre, bulaşıcı olmayan hastalıklardaki her %10'luk artış yıllık ekonomik büyümede %0,5'lik bir azalmaya neden olmaktadır. Birleşik Devletler'deki Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (The Center for Disease Control and Prevention) (2009)'ne göre kronik hastalıklara ayrılan harcamanın tüm sağlık harcamalarının %75'ini oluşturduğu tahmin edilmektedir. Kronik hastalıkların sağlık harcamaları içindeki payı artarken, aynı zamanda her yaşta işgücü kaybına neden olduğu için de ekonomiyi olumsuz etkilemektedir. Bu harcamaların çoğu en ağır hastalığı olan en karmaşık hastalara yapılmaktadır. Oysa ki, kardiyovasküler hastalıklar gibi önde gelen kronik hastalıkların birçok komplikasyonu öngörülebilir ve önlenebilirdir (Akalin vd., 2012, s.29-30).

Sağlık programlarındaki değişikliklerin başarıya ulaşması için özellikle en yüksek riskli hastalar hedef alınmalıdır. Sağlık okuryazarlığının artırılması için de ilk hedef kronik hastalar olmalıdır. Hastanın, kendi kronik hastalık sürecinde söz ve sorumluluk sahibi olması, hastalıklarının ve olası komplikasyonlarının farkında olması, ilaç kullanımı ile ilgili bilgisinin olması, kontrol randevularına sadık kalması kronik hastalık yönetiminde sağlanan başarıyı artırır. Bu nedenle toplum oryantasyonu sağlanarak, aktif hasta yönetim araçları (sağlık eğitimi, kendi kendine bakım becerileri, yazılı ve sözel kaynaklar) kullanılarak sağlık okuryazarlığının artırılması bir sosyal sorumluluktur (Akalin vd., 2012, s.29-30). Almanya'da 2002 yılında hastalık yönetim programları uygulanmaya başlamadan önce, kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimindeki kalite uçurumuna yol açan sorunlardan bir tanesi, sağlık okuryazarlığının eksikliği olarak belirlenmiştir (Akalin vd., 2012, s.56). Kalp yetmezliği olan hastalarda yapılan bir çalışmada, düşük sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesine bağlı daha ağır kalp yetmezliği hastalığıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Araştırmada ayrıca, düşük sağlık

okuryazarlığının daha düşük kalp yetmezliği bilgisiyle, öz-bakım davranışı performansı ve öz-yeterlilikle de ilişkili olduğu bulunmuştur (Klutse, 2014, s.5).

Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığının önemli olduğu alanlardan bir tanesi kronik hastalık yönetimidir ve kardiyovasküler hastalıklar kronik hastalıklar denilince genellikle ilk akla gelen hastalıklardan biridir (Doyle vd., 2012, s.13). Kalp hastalığı olan kişilerde kronik hastalığın öz yönetimi sağlık bilgisine ulaşma, onu anlama ve uygulama becerilerini gerekli kılar, diğer bir deyişle sağlık okuryazarlığını gerektirir. Sağlık okuryazarlığı becerileri kronik hastalığı olan insanlarla onların bakım bilgisi ve anlayışı arasında güçlü bir bağlantı sağlar (Ploeg, 2012, s.23).

## **1.9. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KISITLI OLAN HASTALARI BELİRLEME YÖNTEMLERİ**

Sağlık kurumlarında güvenlik kültürünün gelişmesi, bütün personelde düşük sağlık okuryazarlığı hakkında farkındalığın yükselmesiyle başlar (American Medical Association Foundation [AMAF], 2007, s.24). Bu farkındalığı artırmak için Amerikan Tıp Birliği Kuruluşu (AMAF) ve Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association [AMA]) tarafından sağlık okuryazarlığı kısıtlı olan hastaları belirlemede kullanılacak üç yöntem belirlenmiştir (AMAF, 2007, s.24; Weiss, 2003, s.15-17; Weiss, 2009, s.17-20). Bu yöntemler aşağıda anlatılmıştır.

### **1.9.1. Kırmızı Bayraklar**

Bakarak anlaşılamayan kısıtlı sağlık okuryazarlığı hastaları bazı ipuçlarıyla anlaşılabilir. Bu ipuçları kırmızı bayraklar (red flags) olarak görülebilir. Eğer hastalardan kendi kayıt formlarını ya da sağlık anketlerini eksik veya yanlış dolduran ya da ilaçlarını yanlış biçimde kullanan varsa, bu tür hastalar formlarda yazılı olan tıbbi terimlere ve kavramlara aşina olmadıklarından sağlık okuryazarlığı becerileri düşük hastalar olarak değerlendirilir (Weiss, 2003, s.15; Weiss, 2009, s.17). Kısıtlı sağlık okuryazarlığının diğer belirtileri ( ya da kırmızı bayrakları) Tablo 4'te listelenmiştir.

**Tablo 3. Kısıtlı Sağlık Okuryazarlığını İşaret Eden Davranışlar ve Yanıtlar**

*Davranışlar*

- Eksik veya yanlış doldurulmuş hasta kayıt formları (Weiss, 2003)
- Sık sık kaçırılan randevular (Weiss, 2003)
- İlaç tedavisine uymama (Weiss, 2003)
- Laboratuvar ve görüntüleme testlerini veya konsültasyon önerilerini takip etmede eksiklik (Weiss, 2003)
- Hastalar ilaçlarını aldıklarını söylerler, fakat laboratuvar testleri ve fizyolojik parametreler beklenen şekilde değildir (Weiss, 2003)
- Az soru sorma veya hiç sormama (AHRQ, 2010)
- Sadece hastalık ilerlediğinde yardım arama (AMAF, 2007)
- Kızgın olma ve bekleme odasından dışarı doğru yürüme (AMAF, 2007)
- Pasif ve sessiz olma (AMAF, 2007)

*Yazılı bilgi talebine verilen yanıtlar*

- “Gözlüklerimi unutmuşum. Ben bunu eve gittiğimde okurum.” (Weiss, 2003)
- “Gözlüklerimi unutmuşum. Bunu benim için okuyabilir misin?” (Weiss, 2003)
- “Bunu eve götürmeme izin verin, böylece onu çocuklarımla görüşebilirim.” (Weiss, 2003)

*İlaç tedavisi hakkındaki sorulara verilen yanıtlar*

- İlaç isimlerini söyleyememe (Weiss, 2003)
- İlaç tedavisinin amacını açıklayamama (Weiss, 2003)
- İlaçların alınma zamanlarını açıklayamama (Weiss, 2003)

**Kaynak:** Agency for Healthcare Research and Quality, 2010, s.101; American Marketing Association Foundation, 2007, s.24; Weiss, 2003, s.15

Bütün klinisyenler ve sağlık personeli düşük sağlık okuryazarlığının belirtilerine karşı dikkatli olmalıdır. Farkına varılması gereken en önemli nokta, kısıtlı sağlık okuryazarlığı becerileri ve anlama zorluğu yaşayan hastalar bu durumlarını eğitim ve sağlık sistemleriyle ilgili yaşadıkları daha önceki olumsuz deneyimlerinden dolayı saklama eğilimindedirler. Sağlık hizmeti almaya gelen hastalarda okuma becerisinin kötü olması, bu hastaların okuryazarlık düzeylerinin düşük olduğunu ya da anlama zorluğu yaşadıklarını saklamaya çalışması veya tuhaf hareketler yapması düşük sağlık okuryazarlığının belirtileri yani kırmızı bayraklarıdır. Kırmızı bayraklar, sağlık okuryazarlığı stratejilerinin uygulanmasını tetikleyen işaretlerdir. Bu tür hastalarla

karşılaştığında, doktorlar ve diğer sağlık personeli daha dikkatli olmalı, ihtiyaç duyulan iletişim tekniklerini kullanmalıdırlar (AMAF, 2007, s.24).

### **1.9.2. Sosyal Öykü**

Bazı hekimler hastalarının sosyal öyküsünü alırken okuryazarlık becerileri hakkında bir soru eklemenin faydalı olduğunu bulmuşlardır. İş ve eğitim hakkında sorular sorulduktan sonra, “Okumaktan ne kadar mutlusun?” veya “Senin için yeni şeyler öğrenmenin yolu nedir” sorusunu eklerler. Bu ve benzeri sorular hastalara eğer isterlerse konuyu açmak ve tartışmak için fırsat verir. Görüşmeyi, hasta ve klinisyenin sağlık bilgisini anlamamanın önemi üzerine anlaşması ve hastanın bakımı için hangi bilgileri öğrenmesinin gerektiği izler. Gizli, güvenli ve destekleyici bir ortamda gerçekleştirilen okuma becerileri hakkındaki bu tür tartışmalar ve sorular aslında çok önemlidir ve tüm bu sorular yansız, yargısız bir şekilde sorulur (Weiss, 2003, s.16; Weiss, 2009, s.19).

### **1.9.3. İlaç Tedavisi İncelemesi**

Kısıtlı sağlık okuryazarlığı becerileri olan hastaları belirlemenin bir diğer yolu da “ilaç çantasının incelenmesi (brownbag medication review)” yöntemidir. Randevuya gelirken hastadan bütün ilaçlarını (reçeteli ve reçetesiz ilaçlar, besinsel ve bitkisel takviyeler vb.) getirmesi istenir. Klinisyen veya tıp asistanı tıbbi değerlendirmeyi hasta randevuya geldiğinde ona her bir ilacın adını, ne işe yaradığını ve nasıl kullandığını sorarak yürütür. Hasta bu sorulara cevap verirken, nasıl cevap verdiğine yani etiketten okuyarak mı, şişeyi açarak mı yoksa sadece size bakarak mı veya hapları eline dökerek mi cevap verdiğine dikkat edilmelidir. İlacın tabletlere bakılarak anlatılması kısıtlı sağlık okuryazarlığı için bir ipucu olabilir. İlacı nasıl kullandığıyla ilgili soruyu cevaplarken, hasta talimatları ezberlemiş olabilir, örneğin “günde üç kez, bir hap” gibi. Ancak, “Bu haplardan birini en son ne zaman aldın?” veya “Bu ilacı aldığında saat kaçtı?” gibi ilave sorularla derinlemesine araştırma yapıldığında, hastanın karmaşıklığı, emin olup olmadığı daha net ortaya çıkabilecektir (Weiss, 2003, s.16-17; Weiss, 2009, s.19-20).



## **1.10. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK YAKLAŞIMLAR**

Toplumda sağlık okur-yazarlığının geliştirilmesi yalnızca bireylerin veya sağlık sektörünün çabası ile sağlanamaz, bunun için çok sektörlü yaklaşıma ihtiyaç vardır. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlık sektörünün yanısıra eğitim sektörü, sivil toplum kuruluşları, akademik çevre, medya ve iletişim sektörü, iş dünyası gibi değişik tarafların ortak çabası ile sağlanabilir (Bilir, 2014, s.66). Bu çerçevede, sağlık okuryazarlığını geliştirebilmede etkili olabilecek çeşitli kişi ve kuruluşların rollerinin neler olabileceği aşağıdaki alt başlıklar altında anlatılmıştır.

### **1.10.1. Sağlık Hizmeti Tüketicilerinin Rolü**

Sağlık hizmeti tüketicilerinin çok farklı türleri (avukatlar, bakıcılar, tüketiciler, aileler, arkadaşlar, hastalar, destek olan insanlar, tüketici ve toplum kuruluşları, grupları veya ağları vb.) olduğu gibi bu tüketicilerin sağlık okuryazarlığını geliştirmedeki rolleri de farklıdır. Sağlık okuryazarlığını arttırmak için tüketiciler şunları yapabilirler (ACSQHC, 2013, s.40):

- Anlamakta zorlandıkları bilgiyi ya da sağlıkla ilgili bir şeyi sağlık hizmeti sunucularıyla tartışabilirler
- İletişimde yaşanan zorlukları sağlık hizmeti sunucularıyla tartışabilirler, ailelerinden yardım isteyebilirler ya da nitelikli tercümanlar veya hasta hakları gibi destek hizmetlerini talep edebilirler
- Tedavi ya da bakımları hakkında daha fazla bilgi isteyebilirler
- Personele karşı açık ve dürüst olabilmeli, onlara tıbbi geçmişleri ve kullandıkları ilaçlar hakkında detaylı bilgiyi verebilmelidirler
- Eğitim programlarına katılarak kişisel bilgi ve becerilerini geliştirebilirler
- Sağlık okuryazarlığının önemi konusunda toplumda farkındalık yaratabilirler
- Tüketici bilgi ve kaynaklarının geliştirilmesine ve incelenmesine dahil olabilirler

- Sağlık okuryazarlığı önündeki bariyerleri yok etmek için politikaların, stratejilerin ve projelerin planlanmasına, tasarlanmasına ve yapılmasına dahil olabilirler.

### 1.10.2. Sağlık Hizmeti Sunucularının Rolü

Sağlık hizmeti sunucuları birçok insan için önemli bir bilgi kaynağıdır. Sağlık hizmeti sunucuları ve profesyonelleri, hastaların ne kadar sağlık okuryazarı olduklarını nasıl anlayabilirler? Bazı araştırmacılar tarafından bu sorunun cevabı ile ilgili araştırmalar yapılmış, sağlık hizmeti sunucuları ve profesyonellerinde kısıtlı sağlık okuryazarı olan hastalar konusundaki farkındalığın düşük olduğu bulunmuştur. Eğitim, bu farkındalığın artırılmasına yardımcı olabilir, ancak tek başına yeterli değildir (Kwan vd., 2006, s.64). Burada, hastalar ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki iletişimin önemi ortaya çıkmaktadır. AMAF, klinisyenler için özellikle sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalarla kişiler arası iletişimi geliştirmek için altı adımlı bir rehber yayınlamıştır (Weiss, 2009, s.29):

1. *Yavaşlayın:* İletişim, yavaş konuşarak ve her bir hastayla küçük bir süre ek zaman geçirerek geliştirilebilir. Bu şekildeki klinisyen hasta etkileşimi, aynı zamanda hasta merkezli yaklaşımı da güçlendirecektir. (Weiss, 2009, s.64). Ayakta durma yerine oturma, konuşma yerine dinleme gibi davranışlar hastaya hizmet sunucunun kendisine odaklandığı izlenimini verir. Dikkatli dinleme etkili bir iletişim için önemlidir, ancak bu konu tıp fakültelerinin okul müfredatlarında genellikle ihmal edilmektedir (Huntington, 2012, s.32).

2. *Tıbbi terimler yerine sade bir dil kullanın:* Klinisyenler hastalarla konuşurken tıbbi terimler yerine sade bir dil kullanmaya özen göstermelidir. Klinisyenlerin meslektaşları ile günlük konuşmalarında kullandığı kelimeler tıbbi eğitimi olmayan kişilerin çoğuna yabancı gelebilir. İyi bir yaklaşım, klinisyenlerin hastalara açıklama yaparken sanki büyük anneleriyle konuşuyormuş gibi konuşmalarıdır. Buna bazen “oturma odası dili (living room language)” veya “sohbet dili (conversational language)” de denir. Klinisyen ve hasta arasında sohbet dilinin kullanılması diyalog için fırsat yaratır (Weiss,

2009, s.30-31). Tıbbi kelimelere alternatif olan sade kelimelerin kullanıldığı bazı örnekler Tablo 5’te verilmiştir.

**Tablo 4. Bazı Tıbbi Terimlere Alternatif Sade Kelimeler**

Tıbbi terim	Sade bir dile çevrilmesi
Analjezik	Ağrı kesici
Anti-enflamatuar	Şişliği ve tahrişi azaltma
Bening	Kanser değil
Kardiak problem	Kalp problemi
Hipertansiyon	Yüksek kalp basıncı
Toksik	Zehirli
İnfertilite	Hamile kalamama
Selülit	Cilt enfeksiyonu

**Kaynak:** Weiss, 2009, s.31

3. *Hastaların anlamasını ve hatırlamasını sağlayacak resimler kullanın veya çizin:* Görsel görüntüler hastaların hatırlamasını artırabilir. Özellikle tıbbi kavramları anlamakta zorlanan hastalar için “bir resim bin kelimeye bedeldir” sözü, doğru bir sözdür. En etkili resimler basit olanlardır (Weiss, 2009, s.32). Hastayla ilgisi olmayan ayrıntılar bir öğretim aracı olarak resmin etkinliğini azalttığından buna dikkat edilmelidir (Huntington, 2012, s.32-33).

4. *Her bir vizitte verilen bilgi miktarını kısıtlayın ve onu tekrarlayın:* Bilgi en iyi yeri geldikçe küçük parçalar halinde verildiğinde hatırlanır. Tekrarlamalar hatırlamayı artırır, çünkü tekrarlama öğrenmenin ve bellekte tutmanın anahtarıdır (Weiss, 2009, s.32). Bilginin bir ya da iki önemli parçasına odaklanılmalı, daha sonra gözden geçirilmeli ve tekrar edilmelidir. İdeal olanı, bilginin sağlık ekibinin diğer üyeleri tarafından yeri geldikçe tekrarlanmasıdır (Huntington, 2012, s.32-33).

5. *Öğrenileni geri anlatma tekniğini kullanın:* Öğrenileni geri anlatma metodu, klinisyenlerin vermiş oldukları talimatları hastalardan tekrar etmelerini isteyerek doğru anladıklarından emin olma işlemidir. Bu teknik, hastaların ne anladıklarını açıklaması ya da göstermesini içerir (Tablo 5 ). Örneğin, bir doktor hastasına “İlaçlarını nasıl kullanacağını bana anlatmanı istiyorum, böylece her şeyi sana doğru açıkladığımdan emim olabileceğim” ya da “Lütfen bana astım inhalelerini nasıl kullanacağını gösterir

misin, böylece ben de sana talimatları doğru anlattığımdan emim olacağım” diyebilir (Weiss, 2009, s.33).

### **Tablo 5. Öğrenileni Geri Anlatma Metodu**

- Hastaya “Anladın mı?” diye sormayın.
- Bunun yerine, hastalardan önerilen tedaviyi ya da uygulamayı nasıl yerine getireceklerini açıklamalarını ya da göstermelerini rica edin.
- Eğer hasta doğru açıklayamıyorsa, yeterince öğretemediğinizi varsayın ve alternatif yaklaşımlar kullanarak yeniden öğretin.

**Kaynak:** Weiss, 2009, s.33

6. *Özgür bir ortam yaratın - soru sormaya teşvik edin:* Birçok hasta tıbbi bilgileri okumakta ve anlamakta zorluk yaşadığından, onlara soru sorabilmeleri için kendilerini rahat hissetmeleri sağlanmalıdır (Huntington, 2012, s.32-33; Weiss, 2009, s.34). Bunun için “Bana-3-Şey-Sor (Ask-Me-3)” programı kullanılabilir (Tablo 6). Bana-3-Şey-Sor programı soru sormaya teşvik etmede çok fazla resmi, ama potansiyel olarak etkili bir yaklaşımdır. Hastalar, broşür ve posterlerle bu programdan haberdar edilebilirler. Çalışmalarda, Bana-3-Şey-Sor programının uygulamalarında çoğu hastanın klinisyenlere soru sorduğu ve görüşmelerinde onları cesaretlendirdiği bulunmuştur (Weiss, 2009, s.34).

### **Tablo 6. Bana-3-Şey-Sor Programı**

1. Benim asıl sorunum ne?
2. Ne yapmam gerekiyor (problem hakkında)?
3. Bunu yapmak benim için neden önemli?

**Kaynak:** Weiss, 2009, s.34

### **1.10.3. Yerel Düzeyde Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların Rolü**

Sağlık kuruluşları ve destek hizmetleri, sağlık okuryazarlığını artırmak için bazı stratejiler geliştirebilirler. Bu bağlamda, sağlık kuruluşları şunları yapabilirler (ACSQHC, 2013, s.41-42):

- Sağlık okuryazarlığı politikaları ve süreçlerini geliştirebilir ve uygulayabilirler
- Sağlık hizmeti sunucuları için sağlık okuryazarlığı ve kişilerarası iletişim eğitimine erişimi sağlayabilir ve destekleyebilirler
- Sağlık bilgi ve becerilerini geliştirmek için sağlık hizmeti tüketicilerine yönelik eğitim programları yapabilirler.

### **1.10.4. Resmi Kuruluşlar, Düzenleyiciler, Tavsiye Organları ya da Sağlık ve Eğitim Politikalarının Rolü**

Sağlık okuryazarlığını geliştirmede resmi kuruluşların strateji, politika ve süreçleri belirlemede çok önemli görevleri vardır. Örneğin, Birleşik Devletler Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı, Hastalıkları Önleme ve Sağlığı Geliştirme Ofisi (U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion) tarafından Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmek İçin Ulusal Eylem Planı (National Action Plan to Improve Health Literacy) çerçevesinde yedi hedef belirlemiştir. Bu hedefler şunlardır (U.S. Department of Health and Human Services, 2010, s.1-2):

Hedef 1. Doğru, erişilebilir ve uygulanabilir sağlık ve güvenlik bilgilerini geliştirmek ve yaymak

Hedef 2. Sağlık enformasyonunu, iletişimi, bilinçli karar verme ve sağlık hizmetlerine erişimi geliştirecek sağlık sistemindeki değişimleri teşvik etmek

Hedef 3. Üniversiteye kadar olan çocuk bakım ve eğitim müfredatını doğru, standartlara dayalı ve gelişime uygun sağlık ve bilim enformasyonları ile birleştirmek

Hedef 4. Toplumda yetişkin eğitimini, İngilizce dil eğitimini, uygun kültürel ve dilsel sağlık enformasyon hizmetlerini sağlamak için yerel çalışmaları desteklemek ve genişletmek

Hedef 5. Ortaklıklar kurmak, rehberlik hizmetlerini geliştirmek ve politikaları değiştirmek

Hedef 6. Sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için temel araştırma ve geliştirmelerin, uygulamaların, müdahale ve girişimlerin değerlendirilmesini artırmak

Hedef 7. Kanıta dayalı sağlık okuryazarlığı uygulamaları ve girişimlerinin yaygınlaştırılması ve kullanımını artırmak

#### **1.10.5. Eğitim ve Öğretim Kuruluşlarının Rolü**

Eğitim ve öğretim kuruluşlarının hem bireysel tüketicilerin sağlık okuryazarlığı becerilerini artıma rolü, hem de sağlık hizmeti sunucularının sağlık okuryazarlığı bilgisi ve kapasitesini geliştirme rolü vardır. Eğitim ve öğretim kuruluşlarının sağlık okuryazarlığını geliştirmedeki rolleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (ACSQHC, 2013, s.43-44):

- Okullarda ve halk eğitim kurslarında temel okuma-yazma ve sayısal becerilerin kazandırılması yoluyla tüketicilerin sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmek
- Tüketiciler için, özellikle sağlık hizmetleri sisteminin karmaşıklığında onlara yönlerini nasıl bulması gerektiğini ve öz yönetim becerilerini (self-management skills) nasıl geliştireceklerini öğreten eğitim programları geliştirmek
- Sağlık hizmeti sunucularına sağlık okuryazarlığı ve ilgili konular (iletişim becerileri gibi) hakkında eğitim vermek
- Eğitim ve öğretim programlarının içerisine sağlık okuryazarlığı ve ilgili konuların dahil edilmesini zorunlu hale getirmek.

### 1.10.6. Destek Hizmetleri ve Diğer Kuruluşların Rolü

Mevcut işlerinin içine sağlık okuryazarlığını dahil ederek onun yükseltilmesine katkıda bulunabilecek çok sayıda başka kuruluşlar da vardır. Bazı örnekleri şunlardır (ACSQHC, 2013, s.44):

- Sağlık hizmeti sunucuları ve tüketicilerine eğitim programları düzenleyen *sivil toplum örgütleri*
- Sağlık hizmeti tüketicilerine verilen bilginin karmaşıklığını azaltan *destek hizmetleri*
- Sağlık hizmeti tüketicilerine bilgi ve tavsiye veren *akran destek grupları*
- Toplum içinde iyi kalitenin yayılmasını destekleyen, sağlık bilgisinin anlaşılmasını kolaylaştıran, sağlık bilgisi ve hizmetlerinde farkındalığı artıran *medya*
- Sağlık okuryazarlığı araştırmalarını yürüten ve yaygınlaştıran *üniversiteler ve diğer araştırma kuruluşları.*

### 1.11. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI DEĞERLENDİRME TESTLERİ

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sonuç alma biçimlerini etkilemesine rağmen sağlık okuryazarlığını ölçmenin en uygun yolu hakkında ortak görüş henüz bulunmamaktadır (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014, s.331). Şimdiye kadar geliştirilen sağlık okuryazarlığını değerlendirme testleri daha çok işlevsel/temel okuryazarlık düzeylerini tespit etmek üzere geliştirilmiştir. Bu testlerle daha çok hastanın okuduğunu anlama, aritmetik beceri, kelime tanıma ve telaffuz gibi becerileri değerlendirilmektedir (Sezgin, 2013, s.81).

Sağlık okuryazarlığı ölçümünün nasıl olması gerektiğine dair farklı fikirler bulunmaktadır (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014, s.331). Söz konusu farklılıklar dikkate alındığında sağlık okuryazarlığı değerlendirme testleri kelime tanıma, okuduğunu

anlama ve informal testler olmak üzere üç ana kategoride değerlendirilebilir (Peiravian vd., 2014, s.218; Sabbahi, 2013, s.13). Bu kategoriler aşağıda anlatılmıştır.

### 1.11.1. Kelime Tanıma Testleri

Kelime tanıma testleri (word recognition tests) uygulandığında, hastalardan, kağıtta yazan kelimeleri sesli bir şekilde okumaları istenir. Kelimeler genellikle sağlık ve tıbbi bakımla ilgilidir. Testler basit kelimelerle başlamakta, okunması daha zor olan kelimelerle devam etmektedir. Kişi kelimeleri seslendiremeyecek düzeye geldiğinde test tamamlanır. Bireyin kelimeleri seslendirememesi bu kelimelerin anlamlarını da bilmediğinin göstergesi olarak kabul edilir. Bu format değerlendiriciye sağlığa ilişkin okuma becerisini değerlendirme imkanı verse de okunan kelimelerin kavranmasını ve yorumunu ölçmemektedir (Sezgin, 2013, s.83). En sık kullanılan kelime tanıma testlerinden bazıları şunlardır:

*Tipta Yetişkin Okuryazarlığını Hızlı Tahmin Etme Testi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM):* REALM, sağlık hizmeti alanında geliştirilen ilk okuryazarlık ölçeğidir (Davis vd., 1993, s.391-395). Hece sayısına ve telaffuz güçlüğüne göre sıralanmış 66 tıbbi kelimenin bir listeden okunduğu bir kelime tanıma testidir. Hastalardan ilk kelimedenden başlayarak mümkün oldukça çok kelimeyi telaffuz edemez olana kadar yüksek sesle okumaları istenir (Weiss, 2003, s.17). Basit kelimelerden başlar (ilaç, kilo, üşütmek vb.) ve giderek zorlaşır (osteoporoz, anjiyo, koroner vb.). Test sırasında anlamını bilmediği hiçbir kelime için hastaya müdahalede bulunulmaz (Sezgin, 2013, s.83). Puanlamada sözcükteki telaffuzlar referans alınarak doğru okunan kelime sayısı kaydedilir ve kaydedilen kelime puanı tahmini okuryazarlık düzeyini verir. 0- 18 puan arası en düşük puandır ve 3.sınıf okuma düzeyinde düşük sağlık okuryazarlığını; 19-44 arası puan 4-6.sınıf düzeyi sağlık okuryazarlığını; 45-60 puan 7-8. sınıf düzeyinde sağlık okuryazarlığını; 61-66 puan arası lise düzeyinde sağlık okuryazarlığını göstermektedir (Özdoğan, 2014, s.21). REALM'ın en büyük avantajı uygulanmasının çabuk ve hızlı olmasıdır (ortalama 2-5 dakika). En önemli kısıtlılıkları ise sadece İngilizce olarak kullanılabilen ve başka dillerde kullanılamayan bir kelime tanıma testi olması, anlamayı test etmeyip sadece kelimeleri tanıma üzerine



odaklanması ve kavramsal bir çerçeveye dayanmamasıdır (Harper, 2013, s.139; Weiss, 2003, s.17).

*Geniş Çaplı Başarı Testi (Wide Range Achievement Test-WRAT):* WRAT testi bir okuryazarlık testi olup sağlık okuryazarlığına özgü değildir, ancak test genellikle sağlık hizmetleri bağlamında yer alan olası okuryazarlık ölçümleriyle anılmaktadır. WRAT testi üç alandan oluşmaktadır; okuduğunu tanıma, imla (spelling) ve sayısal hesaplama. Okuma bölümü iki alt bölümden oluşmaktadır: *harf okumada* katılımcıdan bir kağıtta yazılı olan alfabedeki harflerden bazılarını okuması istenir; *sözlü kelime okumada* ise katılımcıdan kağıtta yazılı olan 42 kelimeyi telaffuz etmesi istenir. WRAT testi matematiksel bileşenleri de içeren, skor hesaplaması ve uygulaması kolay bir testtir, görme yolu ile kelime tanımayı ölçer ama anlamayı ölçmez. Sağlık okuryazarlığının okuduğunu anlama, medya okuryazarlığı, bilgisayar okuryazarlığı, iletişim ve etkileşim becerileri gibi kavramlarını kapsamaz (Harper, 2013, s.15).

*Tıbbi Terminolojiyi Başarılı Okuma Testi (Medical Terminology Achievement Reading Test-MART):* Özellikle WRAT'dan sonra tıbbi okuryazarlığı ölçmek için modellenmiş bir testtir. Katılımcıya kapalı bir ilaç şişesindeki tıbbi kelimeler okutulur ve doğru telaffuz edilen kelime sayısına bağlı olarak aldığı puan hesaplanır. Bu testin en büyük avantajı uygulanmasının ve hesaplanmasının çok az zaman almasıdır (3-5 dakika) (Harper, 2013, s.16). Diğer testlerden farklı olarak MART testi, kişilerin kelimeleri neden okuyamadıkları konusunda açıklama yapmalarına imkan verir (örneğin, görüş uzaklığındaki yetersizlik, küçük yazılar yüzünden okuma güçlüğü vb). MART testi kişilere bahane bulma ve açıklamalar yapma konusunda olanak sağladığı için, okuryazarlık seviyesi düşük hastalara daha az endişe verici olarak görülür (Sezgin, 2013, s.84). En büyük dezavantajı ise WRAT testinde olduğu gibi bu testte de sağlık okuryazarlığı kavramlarının çoğunun ölçülememesidir (Harper, 2013, s.16).

### **1.11.2. Okuduğunu Anlama Testleri**

Okuduğunu anlama testleri (reading comprehension tests), hastanın farklı zorluk seviyelerindeki yazılı metinleri okuma ve anlama becerilerini değerlendiren testlerdir. Bu tür testleri uygulamak, kelime tanıma testlerine göre daha fazla zaman ve beceri

gerektirir (Sabbahi, 2013, s.14). En sık kullanılan okuduğunu anlama testlerinden bazıları şunlardır:

*Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA):* TOFHLA bazı tıbbi bilgiler ve talimatlar hakkında hastaların görüşlerini içeren sorulardan oluşmaktadır (örneğin ilaç etiketlerindeki talimatlar ya da tıbbi tanı prosedürüne hazırlık talimatları gibi) (Weiss, 2003, s.17). Hastaların sağlık hizmeti alanında sıklıkla kullandığı hap şişeleri ve randevu fişleri gibi güncel materyalleri okuma ve anlama becerilerini ölçmek için tasarlanmıştır. Test, hastaların hem düzyazı hem de sayısal bilgileri okuma ve anlama becerilerini kavramasını ölçtüğünden, onların okuma kabiliyetinin daha doğru bir göstergesidir. TOFHLA iki bölümden oluşmaktadır: 50 maddelik okuduğunu anlama testi ve 17 maddelik sayısal test. Sorular boşluk doldurma biçiminde ve çoktan seçmeli sorular olarak hazırlanmıştır. Okuduğunu anlama testinde sağlıkla ilgili üç pasaj vardır. Her bir pasajda 5-7 arasında boşluk doldurma vardır. Katılımcılardan her bir boşluğu dört seçenekli çoktan seçmeli cevaplardan uygun olan bir tanesiyle tamamlaması istenir. Sayısal test bölümündeki 17 maddelik sorularla da, hastaların sağlık hizmeti alanında ihtiyaç duyulan kantitatif (sayısal) okuryazarlığı değerlendirilmektedir (İlaç şişeleri, randevu fişleri formları veya sağlıkla ilgili diğer materyallerde yer alan sayısal bilgiyi okuma ve anlama becerisi gibi) (Baker vd., 1999, s.34).

Test skorlarına göre hastalar düşük, marjinal (sınırdan) ve yeterli sağlık okuryazarlığı becerisine sahip olanlar şeklinde kategorize edilmektedir (Weiss, 2003, s.17). Test ortalama 22 dakika sürmektedir. Testin uzun zaman alması nedeniyle kısaltılmış versiyonu olarak S-TOFHLA (The Short Test of Functional Health Literacy in Adults/ Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi) 1998 yılında geliştirilmiştir. S-TOFHLA da aynı becerileri ölçmekte ve ortalama 7 dakika sürmektedir. TOFHLA sağlık personeline klinik bir araç, bir yardımcı olmaktan çok, araştırma aracı olarak katkı sağlamaktadır. Ancak bu testlerde kelimeye ilişkin skorların arasından aritmetik skorun ayrılması güçtür (Sezgin, 2013, s.83). TOFHLA İngilizce olarak uygulandığında sağlık okuryazarlığı testleri içinde “altın standart” olarak düşünülebilir, fakat İngilizce versiyonu dışındaki diğer dillerde kullanılması geçerlik ve güvenilirliğinden dolayı tartışma konusudur (Harper, 2013, s.14-139).

*En Yeni Vital Bulgu Testi (Newest Vital Sign Test-NVST)*: Katılımcılara dondurma etiketi üzerinde yer alan beslenme ile ilgili altı adet sayısal sorunun sorulduğu bir testtir (Harper, 2013, s.16). Bu test, temel olarak bir dondurma etiketini okuyabilme, anlayabilme ve bazı sorular doğrultusunda bu dondurmanın içeriğini algılayabilme temeline dayanmaktadır. Esasen birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere tasarlanmış, fonksiyonel ve temel okuryazarlığın değerlendirilmesinde geçerliliği kanıtlanmış, kısa sürede uygulanabilen ve kültürel farklılık yaratmayan bir ölçek olması nedeniyle birçok ülkede kullanılabilir (Durusu Tanrıöver vd., 2014, s.30). NVST'nin olumsuz tarafı, çok kapsamlı bir değerlendirme özelliğinin olmaması ve sağlık okuryazarlığı için önemli olan kavramların hepsini test etmemesidir (Harper, 2013, s.16). Sayısal becerisi yüksek olan kişiler, diğer sağlık okuryazarlığı becerileri (iletişim kurabilme, uygulama vb.) düşük olsa bile bu testten tam puan alabilirken bunun tersi de olabilmektedir.

### **1.11.3. Resmi Olmayan Testler**

Zaman, sağlık hizmeti alanında sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde çok önemli bir bileşendir. Sağlık okuryazarlığını tahmin etmede kullanılan resmi olmayan testler (informal tests) genellikle birkaç sorudan oluşmaktadır ve çok kısa sürede tamamlanabilmektedir. Chew ve diğerleri (2008) tarafından geliştirilen 3 maddelik, Morris ve diğerleri (2006) tarafından oluşturulan tek maddelik testler resmi olmayan testlerden bazılarıdır (Peiravian vd., 2014, s.218). Örneğin, Morris ve meslektaşları geliştirdikleri “*Doktorunuza ya da eczacınıza gittiğinizde talimatları, broşürleri veya diğer yazılı materyalleri okurken hangi sıklıkla birilerinden yardım istersiniz?*” şeklindeki tek maddelik bir soruyla, düşük sağlık okuryazarlığı seviyesini belirlemeye çalışmışlardır (Morris vd., 2006, s.2). MacLeod ve diğerleri (2017) tarafından yapılan başka bir çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyesi “*Tıbbi formları doldurmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?*” şeklindeki tek maddelik bu soruyla ölçülmeye çalışılmıştır.

Sağlık okuryazarlığının çok boyutlu ve karmaşık yapısı göz önüne alındığında, sağlık okuryazarlığını ölçmek için kullanılan mevcut ölçme ve değerlendirme yöntemlerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Söz konusu testler çoğunlukla kelime tanıma ve telaffuz

etme temeline dayandığından, bireylerin anlama düzeylerini ölçmede genellikle yetersiz kalmakta ve sağlık okuryazarlığının kültürel ve sosyal boyutlarının göz ardı edilmesine yol açabilmektedir. Daha kapsamlı sağlık okuryazarlık ölçeklerinin geliştirilmesinin, yeni kapsamlı araştırmalarla hedef kitlelere en uygun uygulama yöntemlerinin ortaya konmasının yararlı olacağı açıktır. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin doğru tespit edilmesi, bu alanda gelişme sağlanabilmesi için sağlam bir zemin oluşturacaktır (Sezgin, 2013, s.85).

### **1.12. TÜRKİYE’DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI**

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde sektörlerarası işbirliği yaklaşımına gerek vardır. Bu sektörlerle toplum, eğitimciler, sağlık iletişimcileri, yazılı ve görsel medya, devlet kurumları, yetişkin eğitimcileri ve okuryazarlık eğitimi verenler, sivil toplum kuruluşları, akademik çevreler, iş dünyası, sağlık hizmeti sunan kurumlar ve sağlık profesyonelleri örnek verilebilir (Akbulut, 2015, s.126). Türkiye’de konu ile ilgili ihtiyacın farkına varılması ile birlikte başta Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı olmak üzere Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, üniversiteler ve çeşitli sivil toplum kuruluşları arasında işbirliği yapılarak çeşitli faaliyetler gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Bu faaliyetlerden bazıları örneklerle aşağıda anlatılmıştır.

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı ile ilgili farkındalık 2010’lardan sonra artsa da, sağlık okuryazarlığını yükseltme çalışmalarının çok önceleri başladığı söylenebilir. Türkiye’nin 1995’te Avrupa’da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı (The European Network of Health Promoting Schools) programına katılması ile birlikte Millî Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında “Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü” imzalanmıştır. Program, 2004 yılında 81 ilde 106 ilköğretim okuluna yaygınlaştırılmış, kardeş okul programı ile okul sayısı 208’e ulaşmış, daha sonra bu hizmetler ülke genelinde standardize edilmiştir. Program, temel olarak sağlık ve eğitim sektörlerinin işbirliği yaparak okulların; öğrenciler, öğretmenler ve çalışanları için sağlığı geliştiren ortamlar olarak geliştirilmesini öngörmektedir. Bu kapsamlı programın içinde sadece okuldaki fiziksel çevreyi iyileştirmek ve öğrencilerin sağlık problemleriyle ilgilenmek değil, okuldaki psikolojik ve sosyal çevrenin de iyileştirilmesi ve böylece öğrencilerin;

kendisine güvenen, başkalarıyla iyi iletişim kurabilen, ekip çalışması becerisine sahip, fikrini söyleyebilen ve savunabilen, kişiliği gelişmiş yetişkin bireyler haline getirilmesi de yer almaktadır. Ayrıca, herkesin sağlıklı yaşam biçimleri ve ilişkileri geliştirebilmesi için okulun uygun hale getirilmesi de program içinde yer almaktadır. (Çalışkan, 2015, s.53-56).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili başka bir çalışmada, Millî Eğitim Bakanlığı 2001-2003 yılları arasında, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu desteğini alarak “Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi”ni yürütmüştür. Millî Eğitim Bakanlığı ve ilgili sivil toplum kuruluşları arasında 2007’de, “İlk Yardıma İlk Adım” projesi imzalanarak uygulamaya konulmuştur. Projede, ilk yardım konusunda toplumsal bir bilinç ve farkındalık yaratmak amaçlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı arasında 2010’da okul sağlığının geliştirilmesi, öğrencilerin sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam konularında teşvik edilmesi ve bu konuda yapılan iyi uygulamaların desteklenmesi amacıyla “Beslenme Dostu Okullar İşbirliği Protokolü” imzalanmıştır.

Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı ve ilgili sivil toplum kuruluşları arasında 2010’da “Okullarda Diyabet Eğitim Programı” İşbirliği Protokolü imzalanmıştır. Protokole dayalı olarak yürütülen proje kapsamında resmi ve özel eğitim kurumlarındaki öğretmenlerin, öğrencilerin ve velilerinin çocuklarda diyabetin erken tanısı ve okulda diyabetli öğrencilerin bakımı konularındaki yeterliklerini geliştirmeye yönelik çalışmaların yürütülmesi amaçlanmıştır (Çalışkan, 2015, s.56-57).

Sağlık Bakanlığı tarafından Şubat 2010’da, obeziteyle mücadele edebilmek için “Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı” hazırlanmıştır. Program obezite ile mücadelede yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasına yönelik önlemlerin yanı sıra toplumda düzenli fiziksel aktivitenin teşvik edilmesine dair hususları da kapsadığından adı sonradan “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı “ olarak değiştirilmiş, 29 Eylül 2010 tarihli ve 27714 sayılı Resmi Gazete’de Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013, s.14).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından 2011’de ailelere yönelik olarak “Sağlık Okuryazarlığı” isminde bir kitap basılmıştır. Kitabın ilk bölümlerinde insan vücudunun

anatomi ve işleyişi ile ilgili temel bilgiler resimli, basit ve anlaşılır bir şekilde anlatılmaktadır. Son bölümünde ise sağlık hizmeti sunucularıyla doğru iletişim kurabilmek için sağlık sisteminin işleyişi, sağlık çalışanları ve sağlık çalışanlarının görevleri hakkında genel bilgiler yer almaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2012, s.1-146).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011’de “Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi” yayınlanmıştır. Sağlık eğitimi, sağlık iletişimi, sağlığın geliştirilmesi programları gibi konuların anlatıldığı bu rehber ile taşrada çalışan personelin sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki eğitim eksikliğinin giderilmesi, personelin kapasite artırımının sağlanması amaçlanmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011, s.3).

Türkiye’de 2012 yılı, sağlık okuryazarlığı kavramının “Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017”de yer alması açısından önemli bir yıl olmuştur. Stratejik planda 4 stratejik amaç ve 32 hedef belirlenmiştir. Stratejik amaçlardan “Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek” birinci stratejik amaçtır. Bu amaca ulaşmak için belirlenen 10 hedeften 3’üncüsü ise “Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek” olarak belirlenmiştir. Amacı sağlık okuryazarlığını geliştirmek olan bu hedefe yönelik stratejiler ve alt başlıkları şunlardır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2012, s.75):

#### 1. Halk arasında sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etmek, izlemek ve artırmak

- Sağlık okuryazarlığı düzeyini takip için sörveyans sistemi kurmak
- İnsanların sağlıkları konusunda daha çok sorumluluk almaları için eğitim, altyapı ve teknoloji kapasitesini artırmak
- Sağlık okuryazarlığını teşvik etmek amacıyla sektörlerarası işbirliği yapmak
- İlk ve orta öğretimde sağlık okuryazarlığı konusunun müfredata eklenmesi için Milli Eğitim Bakanlığı ile ortak çalışmalar yürütmek

- Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine bir temel teşkil edecek şekilde sağlık ve hijyen bilgisi müfredatını güncellemek
- Sağlık okuryazarlığı eğiticileri ve eğitimcileri için kapasite geliştirme programları hazırlamak
- Yükseköğretim Kurulu (YÖK) ile işbirliği yaparak sağlığın geliştirilmesine yönelik öğrencilerde farkındalık oluşturmak
- YÖK ile işbirliği yaparak sağlığın geliştirilmesine yönelik lisans ve yüksek lisans programlarına yer vermek.

## 2. Toplumda sağlık okuryazarlığını artırmak için iletişim faaliyetlerini güçlendirmek

- Halkı, doğru sağlık bilgisine nasıl erişecekleri konusunda bilgilendirmek amacıyla kampanyalar düzenlemek
- Hastalara verilen yazılı bilgileri ve belgeleri daha kolay anlaşılır olması amacıyla güncellemek
- Kronik rahatsızlığı olan hastalar ve dezavantajlı toplum grupları için hasta bilgi materyalleri geliştirmek.

Sağlık Bakanlığı, toplumun ve hastaların sağlık okuryazarlığını yükseltmenin yanı sıra, sağlık çalışanlarında sağlık okuryazarlığı farkındalığını artırmak için sağlık çalışanlarına yönelik bir eğitim programı uygulamak istemektedir. Bu programın pilot çalışması Mart 2016'da Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı işbirliği ile Ankara'nın Sincan ilçesinde uygulanmaya başlanmıştır ve sonrasında Türkiye'ye genelleştirilmesi planlanmıştır. Pilot çalışmaya Sincan ilçesinde hizmet veren aile hekimi ve aile sağlığı elemanları dahil edilmiştir (Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2016). Burada çalışan sağlık profesyonellerine eğitim verilmeden önce sağlık okuryazarlığı konusundaki bilgi birikimlerini ölçmek adına bir anket düzenlenmiş ve bu anketin sonuçlarına dayalı olarak verilecek olan eğitimin içeriği ve yönteminin belirleneceği belirtilmiştir (Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2015, s.49).

Önceki yıllarda sadece uluslararası yayınlarda karşılaştığımız sağlık okuryazarlığı araştırmaları yavaş da olsa Türkiye'deki yayınlarda rastlanır hale gelmiştir. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Ulusal Tez Merkezi'nin resmi web sayfası üzerinden arama çubuğuna “sağlık okuryazarlığı” ve “sağlık okuryazarlık” anahtar kelimeleri yazılarak yapılan tarama sonucunda, 2011'den taramanın yapıldığı 17 Haziran 2016'ya kadar toplam 12 tezin yazıldığı görülmüştür. Bu tezlerden 5'i doktora, 1'i tıpta uzmanlık ve 6'sı yüksek lisans tezidir (YÖK, 2016). Daha sonraları 19 Mart 2018'de aynı anahtar kelimeler yazılarak bir tarama daha yapıldığında, 2011'den itibaren yazılan tez sayısının bu sefer 33'e çıktığı görülmüştür. Bu tezlerden 7'si doktora, 9'u tıpta uzmanlık ve 17'si yüksek lisans tezidir. Yaklaşık iki yıl gibi bir sürede (17 Haziran 2016'dan 19 Mart 2018'e kadar) sağlık okuryazarlığı konusunda yazılan tez sayısı %175 artmış olup tıpta uzmanlık tezleri ile yüksek lisans tezlerinin artış yüzdesi oldukça fazladır (YÖK, 2018).

Durusu-Tanrıöver ve diğerleri (2014) tarafından Avrupa Birliği-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (The European Health Literacy Survey - HLS-EU) kullanılarak Türkiye geneli 23 ilde 4924 kişi üzerinde yapılan araştırma, Türkiye'de sağlık okuryazarlığı alanında yapılan ilk saha araştırması özelliğini taşımaktadır. Araştırmada, katılımcıların %24,6'sı yetersiz sağlık okuryazarlığı, %40,1'i sorunlu sağlık okuryazarlığı, %27,8'i yeterli sağlık okuryazarlığı, %7,6'sı ise mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer almıştır. Bu sonuca göre, Türkiye'deki erişkin toplumun %64,6'sının (yaklaşık 35 milyon kişinin) sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer alabileceği, sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olabileceği belirtilmiştir. Bu sonuçlardan da anlaşılacağı üzere, daha kaliteli sağlık hizmeti sunumuna ulaşabilmek için, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini iyileştirecek ciddi adımların en kısa zamanda atılması gerekmektedir (Durusu-Tanrıöver vd., 2014, s.55-67).



## 2. BÖLÜM: HASTA SONUÇLARI

Literatürde “sağlık sonucu” ve “hasta sonucu” terimleri sık sık geçmekte, hatta bu terimler birbirlerinin yerlerine bile kullanılabilir. Bu bölümde, hasta sonuçları anlatılmadan önce, öncelikle terimler hakkında literatür bilgisi verilmiş, sonrasında ise Şekil 6 üzerinden aralarındaki bağlantı anlatılmaya çalışılmıştır.

Sağlık sonucu, bir faaliyet veya girişimin bir neticesi ya da sonucudur. Bu sonuçlar olumlu (doğum sonrası sağlıklı bir anne ve bebek gibi) veya olumsuz (fetal ölüm gibi) olabilir (Moynihan, 2015, s.14). WHO'nun sağlık geliştirilmesi ve teşviki sözlüğüne göre sağlık sonuçları; sağlık statüsünü değiştirme niyetinin olup olmadığına bakılmaksızın planlı bir girişim ya da girişimler serisine atfedilebilen bir birey, grup ya da toplumun sağlık statüsündeki değişikliklerdir. Bu tanımda planlı girişimlerin sonucuna ve bu sonuçların bireyler, gruplar ya da toplumun tamamı için olabileceğine vurgu yapılmaktadır (WHO, 1998, s.10).

Sağlık hizmetleriyle ilgili yapılan araştırmalarda “hasta sonuçları (patient outcomes)” kavramının literatürde sık sık kullanıldığı görülmektedir. Buna rağmen “hasta sonuçları” kavramı sözlüklerde tek bir terim olarak yer almamaktadır. Ancak “hasta (patient)” ve “sonuçlar (outcomes)” kelimeleri ayrı ayrı yer almaktadır. Merrican-Webster'in İleri İngilizce Öğrenenler Sözlüğü'ne (Merrican-Webster's Advanced Learner's English Dictionary) göre hasta, tıbbi bakım veya tedavi alan bir kişidir. The Longman Dictionary of Contemporary English hastayı, bir doktordan veya hastaneden tedavi alan kişi olarak tanımlamaktadır (Liu vd., 2014; s.70). Türk Dil Kurumuna (2018) göre ise hasta; hastalık, kaza veya yaralanma dolayısıyla fizik veya ruh sağlığı bozulmuş ve tedavi edilmesi gereken kimse demektir. İkinci olarak, Merrican-Webster'in İleri İngilizce Öğrenenler Sözlüğü'ne göre sonuç, bir eylem veya işlemin sonucu olarak gerçekleşen bir şeydir. The Longman Dictionary of Contemporary English'e göre sonuç; gerçekte olana kadar kimsenin kesin sonucunu bilemeyeceği bir toplantı, tartışma, savaş gibi durumların kesin neticesidir (Liu vd., 2014; s.70). Türk Dil Kurumuna (2018) göre ise sonuç; bir olayın doğurduğu başka bir olay, durum, netice ya da bir gelişim veya girişimden elde edilen şeydir.

Tıp literatüründe “sonuçlar” ve “hasta sonuçları” terimlerinin ikisi de yer almaktadır. Basit olarak sonuçlar; bazı faaliyetlerden veya etkinliklerden elde edilen neticeler olarak tanımlanmaktadır (Liu vd., 2014; s.70). Duffy ve Hoskinsas (2003) sonuçları “sağlık hizmetleri sunumunun sonuçları/neticeleri” olarak tanımlamaktadır. Harris (1991)’e göre sonuçlar; bakımın son safhası, bir hastanın sağlık durumundaki önemli değişiklikler ve medikal müdahaleler sonucunda hastanın davranışındaki değişikliklerdir. Donabedin’a (2005) göre sonuç, bireyler veya toplumlardaki sağlık hizmetlerine atfedilebilen (istendik veya istenmedik) değişiklikler anlamına gelmektedir. Sonuç ölçüleri, özellikle sağlıkları bakımından insanlara ne olduğu ile ilgilidir ve hastanın daha sonraki sağlık statüsüne veya sağlık statüsünde gözlenen değişikliklere işaret eder ve genellikle şunları içerir (Kaya, 2005, s.80-81);

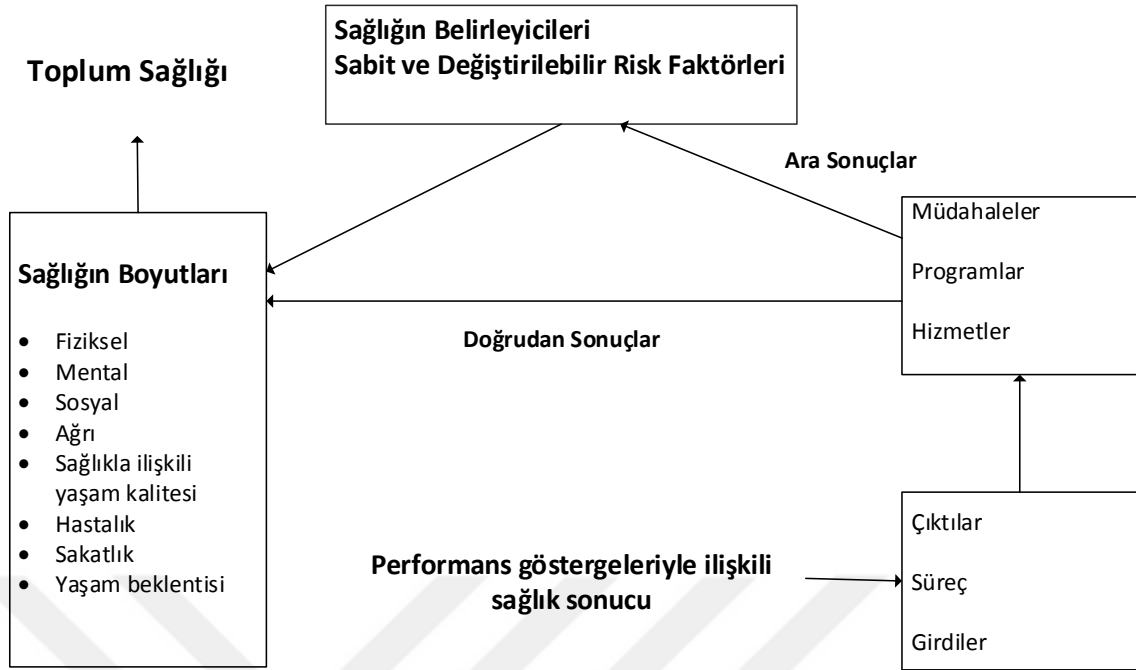
- Sağlık statüsündeki değişiklikler
- Hastaların ve aile üyelerinin öğrendikleri bilgilerdeki, gelecekteki hizmetleri etkileyebilecek değişiklikler
- Hastaların ya da aile üyelerinin davranışlarındaki, gelecekteki sağlığı etkileyebilecek değişiklikler
- Hastaların ve aile üyelerinin aldıkları hizmetten ve bunun sonucundan memnuniyetleri

Hasta sonuçları kavramı önemli olmasına rağmen bu kavramın bütün yönlerine yeterince odaklanılmamıştır. Farklı araştırmacılar, farklı tanımlar kullanmışlardır (Liu vd., 2014; s.69-70). Örneğin, Aiken ve diğerlerine (2002) göre hasta sonuçları başarısız kurtarma oranlarını (failure-to-rescue rates) ve 30 günlük mortaliteyi içermektedir. Suhonen ve diğerleri hasta sonucu olarak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hasta özerkliği ve hasta memnuniyetini kullanmıştır. Shuldham ve diğerleri hasta düşmeleri, üst gastrointestinal kanama, pnömoni, sepsis, şok, bası yaraları ve derin ven trombozunu ölçmüşlerdir (Liu vd., 2014; s.69-70). Mallidou ve diğerleri (2011) hasta sonuçlarını ölçmek için bakım kalitesini ve olumsuz hasta sonuçlarını (ilaç hataları, hasta düşmeleri ve hastane kökenli enfeksiyonlar) kullanmıştır. Gillette and Jenko (1991) tarafından oluşturulan çerçevede hasta sonuçları ölçümlerinin şunları içermesi tavsiye edilmiştir; hasta veya ailenin eğitimi, öz-bakımın kolaylaştırılması, stres belirtisi yönetimi (symptom distress management), hasta güvenliği ve hasta memnuniyeti. Brooten ve

Naylor (1995) hasta sonuçlarını fonksiyonel durum, mental durum, stres düzeyi, bakımdan memnuniyet, bakıcı yükü (caregiver burden) ve bakım maliyeti olarak sıralamıştır. Bu araştırmaların çoğunda hasta sonuçlarının ölçüm yoluyla belirlendiği görülmektedir. Hasta sonuçları, maliyet etkililiğini ve sağlık hizmetinin kalitesini öğrenmede kullanılan merkezi ölçümlerdir. Bu sonuçlar; klinik kararlar vermek amacıyla bakımın hastalara etkisini ölçmede, bakımın etkinliğini ölçmede ve bakımın iyileştirme alanlarını belirlemede nicel bir temel sağlamaktadır (Liu vd., 2014; s.69-70).

Hasta sonuçlarının sistematik kullanımı, Kırım Savaşı döneminde sağlık hizmetlerini değerlendirmek için Florence Nightingale'in askeri hastalara yönelik bakım koşullarını kaydettiği ve incelediği, bu koşulların hastaları nasıl etkilediğini gözlemlediğinde başlamıştır. O zamandan beri, hasta sonuçlarının analizi periyodik olarak yapılmakta, genellikle farklı disiplinlerin merkezinde yer almakta ve sıklıkla tıbbi tedaviyi hedef almaktadır. Başlangıçta hasta sonuçları; klinik son noktalar (semptomlar, belirtiler, laboratuvar değerleri, ölüm), fonksiyonel durumlar (fiziksel, mental, sosyal rol), genel iyilik hali (sağlık algıları, enerji, yorgunluk, ağrı, yaşam memnuniyeti) ya da bakımdan memnuniyet (erişim, uygunluk, finansal sigorta kapsamı, kalite, genelleme) olarak ele alınmıştır. Donabedian hasta sonuçlarını, daha önceden alınan sağlık hizmetlerine bağlı olarak hastanın şimdiki ve gelecekteki sağlık koşulları olarak tanımlarken Lohr hasta sonuçlarını geleneksel 5 d'nin (d harfi ile başlayan İngilizce 5 kelime; death=ölüm, disability=sakatlık, dissatisfaction=memnuniyetsizlik, disease=hastalık ve discomfort=rahatsızlık) ötesine taşımıştır. Özet olarak hasta sonuçları; *“farklı dönemlerde doğrudan ve dolaylı olarak ölçülebilen ve fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili faktörleri içeren karmaşık bir yapı”* olarak görülebilir (Liu vd., 2014; s.70).

Şekil 6'da ilgili sağlık sonuçları performans göstergeleri ve hastalar tarafından bildirilen sonuç ölçümlerinin dahil olduğu sağlık sonuçları çerçevesi gösterilmektedir.



**Şekil 6. Sağlık Sonuçları Çerçevesi**

(Kaynak: Sansoni, 2016, s.7)

Doğrudan sonuç ölçümleri; klinik göstergeleri, sağkallımla ilgili göstergeleri, sağlık statüsü ve fonksiyonunun standartlaştırılmış ölçümlerini içerebilmektedir. Burada, bir sağlık sonucu üzerinde doğrudan etkisi olan müdahalelerle (örneğin kırık bir bacağın ameliyat edilmesi gibi) bu sonucu değiştirebilecek risk faktörleri (örneğin sigara içme oranı gibi) arasındaki ayrımı yapmada yarar vardır. Müdahalelerin (genel anlamda), davranışsal risk faktörlerinde değişikliklere neden olduğu yerler genellikle ara sonuç (sigara içme insidansı ve prevalansının azalması gibi) olarak adlandırılır, çünkü toplumdaki risk faktörlerinin önceden değişmesi belirli hastalıklar ve durumlar için mortalite ya da morbiditenin azalması ile sonuçlanacaktır. Sağlık sonucu ölçümleri klinik/biyomedikal göstergeleri, sağlık sonucuyla ilişkili performans göstergelerini, standardize klinik değerlendirmeleri ve hastalar tarafından bildirilen sonuç ölçümlerini içerebilir. Amaç sağlık sistemi veya sağlık hizmeti performansı hakkında bilgi toplamak olduğunda, performans göstergeleriyle ilişkili sağlık sonuçları kullanılabilir. Bu sonuçlar genellikle sürecin görünümünü (uygulama farklılıkları gibi) ölçer. Sağlık sonuçlarıyla ilgili performans göstergeleri, örneğin, önlenemez istenmeyen olay hızları, hastane kaynaklı enfeksiyon hızları, tedaviye kadar geçen zaman hızları,

ameliyathaneye geri dönüş hızları ve plansız yeniden yatış hızları ile ilgili veriyi içerebilir (Sansoni, 2016, s.8).

Verilen literatür bilgileri ışığında genel bir değerlendirme yapıldığında, hasta sonuçlarının daha çok doğrudan hastalarla ilgili sonuçları kapsadığı; sağlık sonuçlarının ise hasta sonuçlarını da içine alacak şekilde bir birey, grup ya da toplumun sağlık statüsündeki değişiklikleri, kısaca toplum sağlığı ve sağlık sistemiyle ilgili sonuçları da içine alan, daha kapsamlı bir terim olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışma, doğrudan hastalar üzerinde yapıldığından ve onlarla ilgili sonuçları içerdiğinden, çalışmada daha çok “hasta sonuçları” terimi benimsenmiştir.

Kısıtlı sağlık okuryazarlığının en çok tartışılan sonuçları; sağlık davranışları, sağlık riskleri, sağlık çıktıları, sağlık hizmeti kullanımı ve maliyetlerdir. HLS-EU’nun kavramsal modeline bu ana sonuçların çoğunun entegre edildiği görülmektedir (Şekil 5). HLS-EU Consortium (2012, s.57) tarafından yayınlanan raporda bu sonuçlar; sağlık davranışları ve riskleri, sağlık statüsünün değerlendirilmesi ve sağlık hizmeti kullanımı başlıkları altında toplanmıştır. Bunlar aşağıda açıklanmıştır.

**1. Sağlık davranışları ve riskleri:** Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı’nın imzalandığı Eylül 1978’deki Alma-Ata Deklarasyonu, sağlığın tanımı ile şu şekilde başlamıştır: “Sağlık, sadece fiziksel, zihinsel ve sosyal refah ile hastalık ya da sakatlığın olmaması değil temel bir insan hakkıdır ve sağlık mümkün olan en yüksek düzeyde ulaşılması çok önemli olan dünya çapında bir sosyal hedeftir” (Yardım, 2013, s.145). Sağlıklı olma durumunu etkileyen pek çok etmen vardır. Bu etmenlerden bir kısmı kişiye ait özelliklerdir; bu özellikler arasında genetik etmenler olduğu gibi kişinin bilgi, tutum ve davranışları da yer almaktadır. Kişisel özelliklerin oluşmasında dahi çevresel etmenlerin önemli rolü olduğu bilinmektedir. Bireyin yaşadığı ortamın yanısıra sosyal çevrenin de kişinin bilgi, tutum ve davranışlarının oluşmasında önemli etkisi bulunmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011, s.21). Bireyin sağlıkla ilgili davranışları; sağlığına verdiği değer, hastalık ile ilgili inançları ve hastalığın sonuçlarına ilişkin inançlarından etkilenir (Gözüm, 2013, s.80). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü (1998)’ne göre sağlık davranışı; “Asıl veya algılanan sağlık durumundan bağımsız olarak sağlığı teşvik etmek, korumak veya

sürdürmek amacıyla, objektif olarak bu amaç için etkili olup olmasa da, birey tarafından gerçekleştirilen herhangi bir faaliyettir” (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011, s.7-8).

Bireyin sağlığını geliştiren davranışların temelini ise, sağlıklı yaşam biçimi oluşturmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığı üzerinde etkili olan davranışları kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini kendi sağlık durumuna uygun davranışlara göre düzenlemesidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları genellikle sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, ruhsal gelişim ve stres yönetiminden oluşmaktadır (Sezer, 2012, s.15-16):

*Sağlık sorumluluğu*, bireyin sağlığına dikkat etmesi, sağlık konusunda bilgi sahibi olması ve gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir. Bireyin kendi sağlık hali için aktif bir şekilde sorumluluk hissetmesidir.

*Fiziksel aktivite*, günlük yaşamın içinde yer alacak şekilde planlı bir şekilde yürütülen hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar.

*Beslenme*, bireyin öğünlerini belirleme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini ifade eder.

*Ruhsal gelişim*, bireyin yaşam amaçları ve iyilik halini en üst düzeye çıkarması için çalışmasıdır. Bu durum, ilişki kurma ve kendini gerçekleştirmeyle olabilir.

*Kendini gerçekleştirme*, bireyin kendini takdir etmesi, beğenmesi ve değerli olduğuna inanmasıdır. Kendini gerçekleştirmiş bireyler; kendilerini tanırlar, güçlü ve zayıf yönlerini bilirler, belli bir hedefe ve amaca yönelik bir yaşam sürerler.

*Kişilerarası ilişkiler*, başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim, sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri ve duyguları paylaşmayı içerir.

*Stres yönetimi*, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir.

Birey tarafından gerçekleştirilen hemen hemen her davranış veya faaliyetin sağlık durumu üzerinde bir etkisi olduğunu öne sürmek mümkündür. Bu bağlamda, sağlığı

teşvik etmek veya korumak amacıyla benimsenen davranışlarla (yukarıdaki tanımda olduğu gibi), sağlık açısından sonuçlarına bakılmaksızın benimsenebilen davranışları birbirinden ayırmak faydalıdır. Sağlık davranışları, sağlığın kötüleşmesinin belli bir nedenine karşı hassasiyetin artması ile ilişkilendirilen davranışlar olarak ayrıca tanımlanan risk davranışlarından ayrılır. (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011, s.7-8). Risk davranışı, belli bir hastalık veya sağlığın kötüleşmesine artan duyarlılık ile ilişkili olduğu kanıtlanan spesifik davranış şekillerine denir. Risk davranışları genellikle epidemiyolojik veya diğer sosyal verilere dayalı olarak “riskli” diye tanımlanır. Risk davranışındaki değişiklikler, hastalık önlemenin başlıca amaçlarıdır ve geleneksel olarak bu amaçlara ulaşmak için sağlık eğitiminden yararlanılır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011, s.17). Sağlık davranışları ve risk davranışları, yaşam tarzı olarak adlandırılan daha karmaşık davranış modellerindeki kümelerde bağdaştırılır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011, s.7-8).

Sağlığı etkilediği en çok bilinen davranışsal risk faktörleri; tütün kullanımı, fiziksel aktivite azlığı (hareketsizlik), sağlıksız beslenme ve alkolün zararlı kullanımı olmak üzere dört alt başlıkta toplanmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013, s.12; Evcî Kiraz, 2015, s.11; Yardım, 2013, s.145-16). HLS-EU (2012)’nin Avrupa Birliği’ne üye yedi ülke üzerinde yaptığı bir araştırmada sağlık davranışları ve sağlık riskleri yine bu dört başlık üzerinden incelenmiştir (HLS-EU, 2012, s.58). Bu risk faktörleri aşağıda kısaca anlatılmıştır.

*Tütün kullanımı:* Günlük tütün kullanım oranı, 15 yaş ve üzeri nüfusta her gün tütün kullananların yüzdesi olarak tanımlanmaktadır. Tütün kullanımı yüzünden her yıl yaklaşık 6 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Bunun 5 milyonu doğrudan tütün kullandığından, altı yüz bini ise tütün kullanmadığı halde dumanına maruz kaldığından dolaydır. Tütün kullanma; erken ölümler, kardiyovasküler hastalıklar, kalp krizi, felç, akciğer kanseri, ağız ve gırtlak kanseri, pankreas kanseri ve diğer birçok kanser türü için büyük bir risk faktörüdür. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organization for Economic Cooperation & Development [OECD]) ülkelerinde 2000’den 2013’e tütün kullanma oranı ortalama % 26’dan %20’ye düşerken, Türkiye’de %32’den % 24’e

düşmüştür (OECD, 2015, s.68-69). Türkiye’de erişkinler arasında her gün tütün mamulü kullanma oranı (15 yaş ve üstü), 2012’de erkeklerde %37,3, kadınlarda %10,7’dir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017 çerçevesinde bu oranın 2017’de erkeklerde %30’a, kadınlarda %10’a; 2023’te ise erkeklerde %22’ye, kadınlarda %8’e düşürülmesi hedeflenmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2012, s.135).

*Fiziksel aktivite azlığı:* Dünyada ölüme neden olan risk faktörleri sıralamasında dördüncü sırada yer almaktadır. Fiziksel aktivite yetersizliğinden her yıl yaklaşık 3,2 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Düzenli fiziksel aktivite; yüksek tansiyon gibi kardiyovasküler hastalık riskini, meme ve kolon kanseri, diyabet ve depresyon riskini azaltmaktadır. Meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık % 21-25’inin, diyabetin % 27’sinin ve iskemik kalp hastalığının % 30’unun ana nedeninin fiziksel aktivite yetersizliği olduğu tahmin edilmektedir. Fiziksel aktivite yetersizliği daha çok yüksek gelirli ülkelerde görülmektedir fakat bazı orta gelirli ülkelerde de yüksek seviyelerdedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013, s.12). WHO, dünyada 15 yaş ve üzeri yetişkinlerin %31’inin yeterli düzeyde aktif olmadığını belirtmektedir. Sağlık Bakanlığı 2013 çalışmasına göre; boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite açısından erkeklerin sadece yüzde 23’ü, kadınların ise yüzde 13’ü yeterli düzeyde fiziksel aktiviteye sahiptir. Fiziksel aktivitenin, sağlık risk faktörleri arasındaki önemi giderek artmaktadır. Bunun bireysel nedenleri; fiziksel aktivitenin yararlarına inanmama, fiziksel aktiviteyi bir davranış-tutum haline getirmeme, kendi kendini teşvik ve disipline edememe, fiziksel aktivite olanaklarına erişimde zorluk, süreklilik isteyen olaylardan kaçınma, hedef belirleyememe, aktif yaşamdan hoşlanmama, aile-arkadaş-çevre desteğinin olmaması ve maddi-kültürel-sosyal çekingenlik olarak sıralanabilir (Evcı Kiraz, 2015, s.11). Türkiye (2008)’de 15 yaş ve üzeri nüfusta yetersiz fizik aktivite yapanların oranı, (yaşa standardize) %56’dır. Bu oranın 2013-2017 yılı Stratejik Plan çerçevesinde 2017’de %40’a, 2023’te ise %20’ye düşürülmesi hedeflenmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2012, s.135).

*Sağlıksız beslenme:* Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu "yeterli ve dengeli beslenme" deyimi ile açıklanmaktadır.



Sağlıksız beslenme ise “yetersiz beslenme” ve “dengesiz beslenme” deyimlerinden oluşmaktadır. Yetersiz beslenme, besin öğeleri vücudun gereksinmesi düzeyinde alınmadığında, yeterli enerji oluşmadığı ve vücut dokuları yapılamadığı durumlarda oluşur. Dengesiz beslenme ise, insan gerektiğinden çok yerse vücutta yağ biriktiğinde veya yeterince yemesine karşın uygun seçim yapmadığında ya da yanlış pişirme yöntemi uyguladığında besin öğelerinin bazılarında kayıplar oluştuğunda ve vücut çalışmasındaki işlevler yerine gelmediğinde oluşur. Bu durumlar sağlığı bozabilir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2004, s.9). Yeterli sebze ve meyve tüketimi; kardiyovasküler hastalıklar, mide kanseri ve kolorektal kanser riskini azaltır. Çoğu insan WHO tarafından hastalık önleme için tavsiye edilenden daha fazla tuz tüketmektedir; yüksek tuz tüketimi, yüksek tansiyon ve kardiyovasküler riske dair önemli bir belirleyicidir. Doymuş yağların ve trans yağ asitlerinin fazla tüketimi, kalp hastalığıyla ilişkilidir. Sağlıksız beslenme, kıt kaynaklı ortamlarda hızla yükselmektedir. Eldeki veriler, yağ alımının alt-orta gelirli ülkelerde 1980’lerden bu yana hızla arttığını göstermektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013, s.12). Epidemiyolojik çalışmalar; yaş, cinsiyet gibi demografik faktörlerle, eğitim düzeyi, medeni durum gibi sosyo kültürel faktörler yanında biyolojik faktörlerin ve beslenme alışkanlıkları ile fiziksel aktivite azlığı gibi yaşam biçimi faktörlerinin obeziteden sorumlu olduğunu göstermektedir. Fazla kilo ve obezite yüzünden her yıl en az 2,8 milyon kişi hayatını kaybetmektedir. Kalp hastalığı, felç ve diyabet riski; beden kitle indeksinin (BKİ) artmasına bağlı olarak giderek artmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013, s.12). Türkiye (2011)’de obez nüfus oranı (19 yaş ve üstü) %30,3’tür. Bu oranın, 2013-2017 yılı Stratejik Plan çerçevesinde 2017’de %25’e, 2023’te ise %20’ye düşürülmesi hedeflenmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2012, s.135).

*Alkolün zararlı kullanımı:* Alkol tüketimi, 15 ve üzeri yaş grubu için kişi başına bir yıl içerisinde satılan ortalama saf alkol miktarıdır. Zararlı alkol tüketimi ile ilgili hastalık yükü, hem morbidite hem de mortalite açısından dünyanın birçok yerinde önemli bir sorundur. Alkol tüketimi artan kanser vakaları, felç, siroz ve benzeri çok sayıda zararlı sağlık sonuçlarıyla ve sosyal sonuçlarla yakından ilişkilidir. OECD ülkelerinde 2013 yılı için ortalama alkol tüketimi 8,9 litredir. Dini ve kültürel geleneklerin alkol

tüketimini kısıtladığı Türkiye (1,4 litre), OECD ülkeleri arasında alkol tüketiminin en düşük olduğu ülkedir (OECD, 2015: 70-71). Buna rağmen bu oranın, 2013-2017 yılı Stratejik Plan çerçevesinde 2017’de 1,1 litreye, 2023’de ise 0,9 litreye düşürülmesi hedeflenmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2012, s.135).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın tütün kullanımı, fiziksel aktivite azlığı, sağlıksız beslenme ve alkolün zararlı kullanımı gibi davranışsal risk faktörleriyle mücadele edebilmek için 2013-2017 yılı Stratejik Planı’nda belirlediği dört amaçtan birincisi “Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmektir.” Bu amaca ulaşmak için davranışsal risk faktörleriyle ilgili hedeflerden ikisi “Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmek, fiziksel aktivite düzeyini artırmak ve obeziteyi azaltmak” ile “Tütün ile mücadeleyi sürdürmek, tütün maruziyeti ve bağımlılık yapıcı madde kullanımını azaltmak” olarak belirlenmiştir. Türkiye tütün ile mücadelede, Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018)’ni uygulamaya koymuştur. Tütünle mücadelede 2012 yılında MPOWER Politika Paketini tamamlayan dünyada ilk ve tek ülke olmuştur. Obezite ve obezite ile ilişkili hastalıkların görülme sıklığını azaltmak amacıyla Türkiye’de Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı hazırlanmış ve uygulamaya konmuştur. Beden kütle indeksinin hesaplanması, porsiyon küçültme ve hareketi artırma konularında iletişim kampanyaları düzenlenmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2012, s.15-42). Bu ve benzeri çalışmalara göre, Türkiye’nin davranışsal risk faktörleriyle mücadele etmede yoğun çaba harcadığı söylenebilir.

**2. Sağlık statüsünün değerlendirilmesi:** Sağlık statüsü, bir birey veya toplumun sağlığının zaman içinde belirli bir noktada tanımlanabilir standartlara göre, genellikle de sağlık göstergelerine gönderme yapılarak belirlenmesi ve/veya ölçülmesidir (WHO, 1998, s.12). HLS-EU ölçeğinde sağlık statüsü; sağlığın bireyin kendisi tarafından değerlendirilmesi, uzun süreli hastalıklar ve sağlık problemlerinin varlığı ile bunların kısıtlılıkları olmak üzere üç boyutlu ölçülmüştür (HLS-EU Consortium, 2012, s.71).

**3. Sağlık hizmetlerinin kullanımı:** Sağlık hizmeti kullanımı, belirli bir sağlık hizmetinin ihtiyaç sahibi kişiler tarafından kullanılmasıdır. Sağlık hizmeti kullanımı, birbirleriyle etkileşimli kompleks faktörler tarafından belirlenen bir çıktıdır. Bu faktörler yaş, cinsiyet, medeni durum, ırk, eğitim düzeyi, coğrafi yapı, sağlık sigortası

kapsamı, ulaşım, gelir düzeyi vb. özellikleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin kullanılması ile ilgili kriterler araştırmalara ve araştırmaların amaçlarına göre değişiklik gösterebilmektedir. Bu kriterler genellikle hekime başvurma (pratisyen hekime başvurma, uzman hekime başvurma), diş hekimine başvurma, diğer sağlık personeline başvurma (ebe, hemşire vb.), folk sektöre başvurma, poliklinik hizmeti alma, klinik hizmeti alma, koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti alma (taramalar, check-up vb.), tedaviye yönelik ilaç kullanımı ve tanısal tetkikler yaptırma (laboratuvar, röntgen vb.) gibi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Erdem ve Pirinçci, 2003, s.40). HLS-EU ölçeğinde de sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili olarak sayılan bu kriterlerin çoğu ölçülmektedir (HLS-EU Consortium, 2012, s.78).



### 3. BÖLÜM: SAĞLIK OKURYAZARLIĞIYLA HASTA SONUÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Araştırmalar sağlık okuryazarlığı, sağlık davranışları ve sağlık sonuçları arasında çeşitli ilişkiler olduğunu göstermektedir. Yeterli sağlık okuryazarlığı bireylerin güçlendirilmesi için gerekli olan yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmede, sağlık sistemine erişimde ve sağlığı geliştirmede çok önemlidir (McLaughlin, 2009, s.16). Sağlıkla ilgili bilgileri okuma ve anlama becerilerinin sınırlı olması, genellikle kötü sağlık sonuçlarına dönüşmektedir (Weiss, 2009, s.13). Düşük sağlık okuryazarlığı toplumun bütün segmentlerinde yaygındır ve aynı zamanda yaşam kalitesini de etkilemektedir (McLaughlin, 2009, s.16).

Sağlıklı yaşam biçimini seçme, sağlık hizmetinin nasıl araştırılacağını bilme ve koruyucu önlemlerin avantajlarından yararlanma, insanların sağlık enformasyonunu anlamasına ve kullanmasına bağlıdır. Sağlık bilgisini elde etme, işleme ve anlama becerileri sağlık okuryazarlığı olarak bilinen bilinçli sağlık kararlarını alabilmeyi gerektirmektedir. Sağlık sisteminin karmaşıklığı göz önüne alındığında, sınırlı sağlık okuryazarlığının kötü sağlık durumu ile ilişkili olması şaşırtıcı değildir (U.S. Department of Health and Human Services, 2016, s.8).

Sağlık okuryazarlığı önemlidir, çünkü bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık davranışları ve sağlık sonuçları arasında ilişki olduğuna dair tutarlı kanıtlar vardır. Genel olarak, bireysel sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan insanların olumsuz sonuçları yaşama olasılıklarının 1,5-3 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (ACSQHC, 2013, s.14). Yetersiz sağlık okuryazarlığının sonuçları bireyden ziyade, geniş bir şekilde sağlık hizmeti çevresini etkilemektedir. IOM (2004) tarafından düşük sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmetleri arasında; hastalık ve hastalığın tedavisi hakkında azalan bilgi, artan yatış oranları, azalan koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı ve artan sağlık hizmetleri maliyetinin dahil olduğu dört genel ilişki tespit edilmiştir. Bu ilişkiler aşağıda kısaca anlatılmıştır.

*1. Tıbbi durumlar ve tedavileri hakkında bilgi:* Sağlık okuryazarlığı kısıtlı olan kişilerin kronik hastalıklara sahip olması daha olasıdır ve bu hastalıklarını yönetebilme becerileri

daha düşüktür. Çalışmalar yüksek kan basıncı, diyabet ya da HIV/AIDS hastalarından sınırlı sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olanlarının, hastalıkları ve hastalıklarının yönetimi hakkında daha az bilgiye sahip olduklarını göstermektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 2016, s.8).

*Koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı:* Araştırmalara göre, sınırlı sağlık okuryazarlığı becerisi olan kişilerin mamografi çekirme, serviks kanseri (pap smear) testi yaptırma ve grip aşısı olma gibi koruyucu sağlık hizmetlerini ihmal etmeleri daha fazla olasıdır. Çalışmalar; sağlık okuryazarlığı yeterli olan hastalar sağlık okuryazarlığı kısıtlı olan hastalarla karşılaştırıldığında, sağlık okuryazarlığı kısıtlı olan hastaların sağlık sistemine daha ağır hasta olduklarında girdiklerini göstermektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 2016, s.8).

*Hastaneye yatış oranı:* Sınırlı sağlık okuryazarlığı becerileri, önlenemez hastane ziyaretleri ve yatışları ile ilişkilidir. Bazı çalışmalar, sağlık okuryazarlığı becerileri sınırlı olan hastalarda hastaneye yatış ve acil sağlık hizmetleri kullanım oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 2016, s.8).

*Sağlık hizmeti maliyetleri:* Sınırlı sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olan kişiler, hastalık komplikasyonlarını tedavi etmek için tasarlanmış sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmakta, komplikasyonları önlemek için tasarlanmış sağlık hizmetlerini ise daha az kullanmaktadırlar. Sınırlı sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip hastalarda, yukarıda belirtildiği gibi, hastaneye yatış ve acil servis kullanım oranları daha yüksek olduğundan, bu yüksek kullanımlar artan sağlık hizmeti maliyetleriyle de ilişkilidir (U.S. Department of Health and Human Services, 2016, s.8).

Çalışmalar, sağlık okuryazarlığı becerileri sınırlı olan kişilerin sağlık durumlarını, sağlık okuryazarlığı becerileri yeterli olan kişilerden anlamlı bir şekilde daha fazla “kötü” olarak ifade ettiklerini göstermektedir. Ayrıca, düşük sağlık okuryazarlığının olumsuz psikolojik etkileri de olabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı becerileri sınırlı olan kişiler kendilerini utangaç hissettiklerinden, okuma ya da kelime bilgileri ile ilgili durumlarını, saygınlıklarını korumak adına saklamaya çalışmaktadırlar (U.S. Department of Health and Human Services, 2016, s.8).

Düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinin ilişkili olduğu durumlar genel olarak aşağıdaki gibi sıralanabilir (ACSQHC, 2013, s.14):

- Hastanelere yatış oranının fazla olması ve acil sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanımı,
- Mamografinin düşük kullanımı ve grip aşısının daha az yapılması,
- İlaçların uygun bir şekilde alındığını gösterebilme, etiketleri ve sağlık mesajlarını yorumlayabilme becerilerinin yetersiz olması,
- Tüketicilerin kendi hastalık ya da durumları hakkında yetersiz bilgilerinin olması,
- Yaşlı insanların genel sağlık durumunun daha kötü olması,
- Yaşlı insanların ölüm riskinin daha yüksek olması.

Sistemik bir derleme çalışmasında düşük sağlık okuryazarlığının artan maliyetlerle ilişkisi incelenmiştir. Sistem seviyesinde, ek maliyetlerin toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %3-5'ine karşılık geldiği bulunmuştur. Bireysel seviyede ise sağlık okuryazarlığı düşük olan kişiler, sağlık okuryazarlığı yüksek olanlarla karşılaştırıldığında, sağlık okuryazarlığı düşük olanların kişi başı yıllık sağlık harcamasının 143-7.798 \$ (ABD doları) daha fazla olduğu bulunmuştur (ACSQHC, 2013, s.14).

Sağlık okuryazarlığı ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin güçlü bir ampirik kanıtını sağlayan randomize kontrollü bir çalışmada, hastalar (n=150) için düzenlenen iletişim becerileri eğitimi ve hastaların önerilen tedaviye uyumu (ilaç alma, davranış, izleme) arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Hastalar rastgele üç gruba ayrılmıştır: 1) eğitilmiş grup (bu gruba bilgi sağlama, araştırma ve doğrulama için iletişim talimatlarını içeren bir eğitim kitabı verilmiştir; 2) bilgilendirilmiş grup (bu gruba eğitim kitapçığının kısa bir yazılı özeti verilmiştir) ve 3) eğitilmemiş grup (bu gruba iletişim becerileri girişimleri ile ilgili hiçbir eğitim verilmemiştir). Araştırmacılar, eğitilmiş hastaların eğitilmemiş veya bilgilendirilmiş hastalara göre istatistiksel olarak tedaviye daha

uyumlu olduklarını, bilgilendirilmiş hastaların da eğitilmemiş hastalardan daha uyumlu olduklarını bulmuşlardır (Kwan vd., 2006, s.58-59).

ABD’de 55-74 yaş aralığındaki 529 yetişkin üzerinde Smith vd. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, düşük sağlık okuryazarlığı ile fiziksel fonksiyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada, düşük sağlık okuryazarlığının yaşlılarda fiziksel çöküşü hızlandıran bir risk olduğu sonucuna varılmıştır.

Yine ABD’de acil servisi kullanan 492 hasta üzerinde Schumacher vd. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların doktor ziyaretlerinin daha az olduğu, acil servis kullanım oranının ise daha fazla olduğu (1,6 kat daha fazla) ve daha fazla önlenebilir yeniden yatışa sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığı olan hastaların neden acil servisi kullandıkları araştırıldığında, “Acil serviste daha kaliteli hizmet alırım”, “Devamlı acil servisten hizmet alırım” ve “Acil servis ortamını seviyorum” maddelerine katılma oranlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür.

Türkiye’de 283 katılımcı üzerinde Dündar ve Dede (2012) tarafından yapılan bir sağlık okuryazarlığı araştırmasında, eğitim seviyesi yüksek olan, tansiyon, kan şekeri ve vücut ağırlığını düzenli olarak ölçtüren, fiziksel aktivitesini düzenli olarak yapan, genel sağlık durumundan memnun olan ve hekimiyle iletişimde sorun yaşamayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

ABD’de kalp yetmezliği olan hastaların sayısının 5,1 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Cajita (2016) tarafından yapılan sistematik ve kantitatif bir çalışmada, 1999-2014 yılları arasında yayınlanan makaleler incelenerek sağlık okuryazarlığının kalp yetmezliği hastalığı olan kişilerdeki rolü araştırılmıştır. Toplam 374 makale bulunmuş ancak kriterleri karşılayan 23 makale incelenmeye alınmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda kalp yetmezliği olan hastalarda düşük (yetersiz) sağlık okuryazarlığı oranının %39 olduğu tahmin edilmiştir. Çalışmada, sağlık okuryazarlığı yeterli olan bireylerde kalp yetmezliği hakkındaki hastalık bilgi seviyesi ve yüksek tuz kullanım bilgisi arasındaki korelasyon anlamlı bulunmuştur (Cajita vd., 2016, s.121-130).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi 2009-2012 kapsamında HLS-EU Consortium tarafından geliştirilen HLS-EU'nun 2011 yılında 8102 katılımcı üzerinde uygulandığı sekiz Avrupa ülkesinde, sağlık okuryazarlığı ile eğitim ve sosyal statü arasında pozitif ilişki bulunurken sağlık okuryazarlığı ile finansal yoksunluk, genel sağlık durumunun değerlendirilmesi (genel sağlık durumu değerlendirmesi "1= çok iyi"den "5=çok kötü"ye doğru sıralanmıştır) ve yaş (Hollanda hariç) arasında ise negatif ilişki bulunmuştur (Doyle vd., 2012, s.74).

Berkman ve diğerleri (2011) tarafından 2003-2011 yılları arasında yapılan bir sistematik derleme çalışmasında, 96 araştırma çalışmaya dahil edilmiş ve düşük sağlık okuryazarlığı ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda, düşük sağlık okuryazarlığı ile daha çok hastaneye yatış, daha sık acil servis kullanımı, koruyucu sağlık hizmetlerinden mamografi çekirme ve grip aşısı yaptırma oranının daha düşük olması, uygun ilaç kullanım düzeyinin daha düşük olması, sağlık mesajları ve etiketleri yorumlayabilme kabiliyetinin daha düşük olması, sağlık statüsünün zayıf olması ve daha yüksek ölüm oranı arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Berkman vd., 2011, s.97).

Birçok çalışmada sağlık okuryazarlığı sağlık sonuçlarıyla ilişkiliyken, bazılarında ilişkili değildir. Sağlık okuryazarlığı ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiler bir bakıma belirsizliğini korumaktadır. Okuryazarlık ve sağlık sonuçları üzerine yapılan kritik bir derleme çalışmasında, DeWalt and Pignone (2005) okuryazarlığın bilgi ve kavrama, hastaneye yatış, sağlığın global ölçümleri ve bazı kronik hastalıkların sonuçlarıyla ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Yazarlar, dikkatli olunması gerektiğini, çünkü bulunan sonuçların karmaşık olduğunu, çalışma tasarımına ve kullanılan analiz yöntemine göre değişebileceğini ifade etmişlerdir. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları arasındaki ilişki eğitim ve sosyoekonomik statü gibi potansiyel karıştırıcı faktörler kontrol altına alındıktan sonra zayıf ve istatistiksel olarak anlamsız olabilmektedir. Çalışmaların çoğu kesitsel olduğundan sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları arasındaki bağlantıların neden-sonuç ilişkisi olup olmadığı ortaya konulamamaktadır. Bu nedenle yazarlar, sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları arasındaki spesifik yolların daha fazla açıklayıcı olması gerektiğini söylemektedirler (Kwan vd., 2006, s.58).



Bazı çalışmalar, düşük sağlık okuryazarlığı olan insanlardaki kötü sağlık sonuçlarının, büyük sağlık risk davranışlarının bir sonucu olmadığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı seviyeleri ile sigara içme oranı, alkol kullanma ve sağlıklı yaşam tarzı (fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme vb.) arasında ilişki olduğuna dair kanıtlar sınırlıdır. Buna ek olarak, sağlık okuryazarlığı seviyesi ile sonuçlar arasındaki ilişkilerde genellikle dikkate alınan yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, etnik köken gibi bağlamsal faktörler var olmaya devam edecektir (ACSQHC, 2013, s.14).

Genişleyen literatürdeki deneyimler ve kanıtlar birleştirildiğinde, düşük sağlık okuryazarlığı seviyesi ile sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlar arasındaki ilişki ortaya çıkmaktadır (Ploeg, 2012, s.15). Ancak, bireysel sağlık okuryazarlığının nedensel mekanizmalarının sağlık sonuçlarıyla ilişkisi karmaşıktır ve daha önce de ifade edildiği gibi bireysel sağlık okuryazarlığı yaş, eğitim, sosyoekonomik statü, kültürel geçmiş, sosyal destek ve medya gibi bağlamsal, kişisel ve dışsal faktörlerden etkilenmektedir. Bu ilişkileri açıklayabilmek için bir takım modeller ileri sürülmüştür. Bu modelleri desteklemek için kullanılan veriler genellikle sınırlı kalmıştır. Bu modeller mevcut olan faktörler, ilişkiler ve etkileşimlerin karmaşıklığını hafife almış olabilirler. Bununla birlikte, bu modellerin anlaşılması önemlidir, çünkü bu modeller iyileştirme yapılabilmesi için müdahale edilmesi gereken alanları gösterebilirler (ACSQHC, 2013, s.16). Birçok çalışmada okuryazarlık, eğitim, sağlık okuryazarlığı ve sağlık statüsü arasında doğrudan bağlantı olduğuna dair ampirik kanıtlar bulunsa da, araştırmacılar yine de bu yapılar arasındaki dolaylı bağlantıları anlamaya çalışmaya devam etmektedirler (Rak, 2011, s.28).

## 4. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın amacına, araştırma modeli ve araştırma sorularına, araştırmada kullanılan veri toplama aracına, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama sürecine, araştırma verilerinin analizine ve araştırmanın sınırlılıklarına-varsayımlarına yer verilmiştir.

### 4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Daha önce de belirtildiği gibi, dünyada 2005 yılında meydana gelen toplam 58 milyon ölümün 35 milyonu kronik hastalıklar sebebiyle olmuş, kronik hastalıklardan kaynaklanan 35 milyon ölümün ise 17.528.000'i kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle olmuştur. Kardiyovasküler hastalıklar %30 ile tüm ölümlerin, %50 ile de kronik hastalıklardan kaynaklanan ölüm sebeplerinin başında gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2009, s.28). Türkiye'de kalp hastalıkları 2016'da %40 ile tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013, s.3; TÜİK, 2018). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2023 yılında koroner kalp hastalığı için risk grubu olarak kabul edilen 40 yaş ve üstü nüfusun %39,7 oranında artacağını tahmin etmektedir. Yaşlanan nüfusla beraber kronik hastalıkların topluma getireceği yük, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ciddi bir tehdit oluşturmaktadır (Akalin vd., 2012, s.31). Sağlık programlarındaki değişikliklerin başarıya ulaşması için özellikle en yüksek riskli hastalar hedef alınmalıdır. Sağlık okuryazarlığının artırılması için de ilk hedef kronik hastalar olmalıdır (Akalin vd., 2012, s.29-30). Sağlık okuryazarlığının önemli olduğu alanlardan bir tanesi kronik hastalık yönetimidir ve kardiyovasküler hastalıklar kronik hastalıklar denilince genellikle ilk akla gelen hastalıklardan biridir (Doyle vd., 2012, s.13). Belirtilen sebeplerden dolayı bu araştırmanın kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılması uygun görülmüştür.

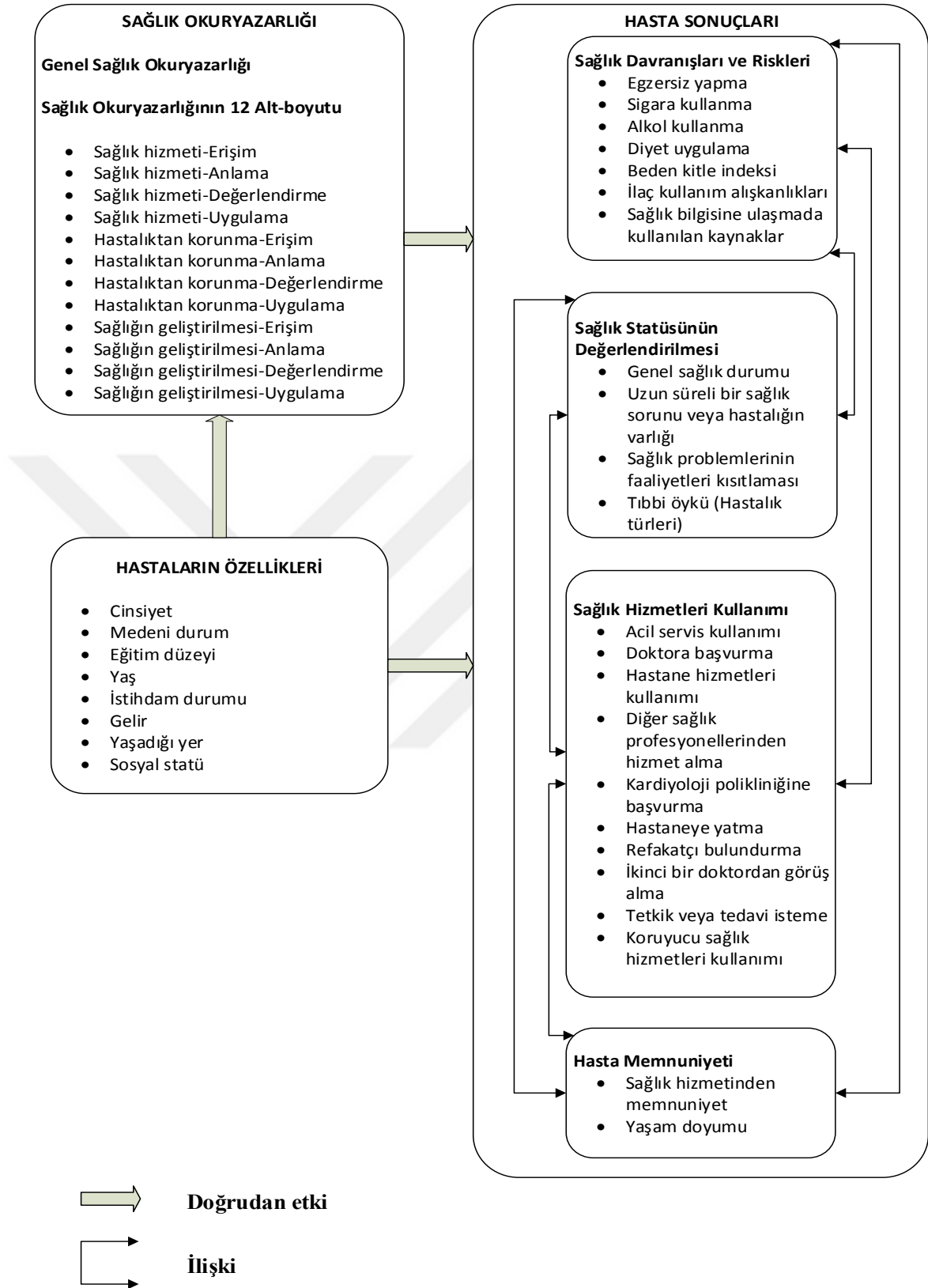
Literatürde, Türkiye'de sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların çok az sayıda olduğu, bu çalışmaların çoğunun da belirli bir hasta ya da hastalık grubundan ziyade toplumun genelinden seçilen örneklem üzerinde yapıldığı ve daha çok katılımcıların sağlık okuryazarlığı

seviyesini belirleyen tanımlayıcı çalışmalar olduğu, sağlık okuryazarlığı ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi (bağı) inceleyen, sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisini belirleyen çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir. Örneğin, yapılan çalışmaların bir tanesinde, katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve ilaç hataları karşılaştırılmış, ancak katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ilaç hatalarının karşılaştırılması ve sağlık okuryazarlığının ilaç hatalarına etkisinin olup olmadığına bakılmamıştır (Topuz, 2016). Başka bir çalışmada katılımcıların özelliklerine ve sağlık davranış özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelenmiş, ancak katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sağlık davranış özelliklerinin karşılaştırılması ve sağlık okuryazarlığının bu davranışlara etkisinin olup olmadığına bakılmamıştır (Filiz, 2015). Başka bir çalışmada diyabetli hastaların bazı sağlık davranışlarına göre ve sağlık hizmeti kullanımına göre hastaların sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış, ancak hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sağlık davranışları ve sağlık hizmeti kullanımlarının karşılaştırılması ve sağlık okuryazarlığının bunlara etkisinin olup olmadığına bakılmamıştır (Aslantekin, 2011). Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada ise hastaların sağlık sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırılmış, ancak hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hasta sonuçlarının karşılaştırılması ve sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisinin olup olmadığına bakılmamıştır (Üçpunar, 2014). Ayrıca belirtilen bu çalışmaların hiçbirinde sağlık okuryazarlığının belirleyicilerinin neler olduğu ve sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisinin olup olmadığı regresyon analizleriyle incelenmemiş, kontrol değişkenlerinin varlığında sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisinin olup olmadığına da bakılmamıştır. Bu çalışmanın amacı; alandaki bu eksiklikleri tamamlamak üzere, Ankara'daki bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini, sağlık okuryazarlığını etkileyen hasta özelliklerinin neler olduğunu, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi (bağ) ve sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisini incelemektir.

## 4.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE ARAŞTIRMA SORULARI

Sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili sonuçları uluslararası sağlık okuryazarlığı literatüründe sıkça tartışılan konulardan birisidir. Mevcut ampirik kanıtlar toplumun genelinden ziyade belirli hastalar üzerinde yapılan çalışmalara dayanmaktadır (HLS-EU Consortium, 2012, s.57). Sağlık okuryazarlığı kavramsal çerçevelerinde sağlık sonuçlarının belirlenmesi konusunda farklılıklar vardır. Bazı yazarlar sağlık okuryazarlığının sonuçlarını genellerken, bazıları belirli gruplar altında toplamıştır. Örneğin, Nutbeam (2000)'ın kavramsal modelinde sadece sakatlık, mortalite ve morbidite sağlık sonucuyken, diğer bazı çalışmalarda sağlık davranışları, sağlık bilgi düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımı gibi mediatörler de sağlık sonucudur (Lee vd, 2004, s.1312; von Wagner vd., 2009, s.863). Bazı çalışmalarda ise bunların hepsi sağlık sonucudur. Örneğin, Manganello ve diğerlerinin (2008, s.842) çalışmasında sağlık sonuçları; sağlık davranışları, sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri kullanımı olmak üzere üç bölümde değerlendirilmiştir. HLS-EU Consortium (2012, s.57) tarafından yayınlanan raporda sağlık okuryazarlığının sonuçları; sağlık davranışları ve riskleri, sağlık statüsünün değerlendirilmesi ve sağlık hizmeti kullanımı başlıkları altında incelenmiştir. Donabedian'a göre hasta sonuçları arasında, hastaların ve aile üyelerinin aldıkları hizmetten ve bunun sonucundan memnuniyetleri yer almaktadır (Kaya, 2005, s.80-81). Gillette and Jenko (1991) tarafından oluşturulan çerçevede de hasta memnuniyeti hasta sonuçları ölçümlerinin içinde yer almıştır.

Verilen literatür bilgileri ışığında, araştırmacı tarafından geliştirilen model Şekil 7'de verilmiştir. Bu modelde hasta sonuçları; sağlık davranışları ve riskleri, sağlık statüsünün değerlendirilmesi, sağlık hizmetleri kullanımı ve memnuniyetle ilgili hasta sonuçları olmak üzere dört bölümde değerlendirilmiştir. Araştırma modelinde, araştırma kapsamındaki değişkenler ve bu değişkenlerin arasında olduğu varsayılan ilişkiler gösterilmektedir.



### Şekil 7. Araştırma Modeli

Araştırma modeline göre, araştırmanın iki temel problem cümlesi şunlardır:

*“Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri nelerdir?”*

*“Sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisi var mıdır?”*

Şekil 7’de yer alan değişkenler arasındaki ilişkiler araştırma sorularının ortaya konulmasına temel oluşturmaktadır. Araştırma modeli dikkate alındığında, çalışmanın amaçları kapsamında belirlenen araştırma soruları şunlardır:

- Hastaların, özelliklerine göre dağılımı nasıldır?
- Hastaların HLS-EU’nun 47 maddesine verdiği cevapların dağılımı nasıldır?
- Hastaların genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları, sağlık bilgisi süreçleri ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun (sağlık okuryazarlığı alanlarına göre sağlık bilgisi süreçlerinin) indeks puanlarının dağılımı nasıldır?
- Hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeylerine ilişkin dağılımları farklı mıdır?
- Katılımcıların hasta sonuçlarına ilişkin dağılımları nasıldır?
- Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları, sağlık bilgisi süreçleri ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu arasında ilişki var mıdır?
- Hastaların özelliklerine göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları, sağlık bilgisi süreçleri ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamaları arasında fark var mıdır?
- Hastaların özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Sağlık okuryazarlığını etkileyen hasta özellikleri nelerdir?
- Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hasta sonuçları arasında fark var mıdır?
- Sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisi var mıdır?

### 4.3. VERİ TOPLAMA ARACI

Sağlık okuryazarlığının ölçülmesi ve değerlendirilmesi için çok sayıda ölçme aracı bulunmaktadır. Bunların çoğunun orijinal dili İngilizcedir ve ABD’de geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçekleri genellikle her ülkenin diline ve kültürüne göre hazırlandığından başka dillere uyarlama çalışmalarında çoğu zaman geçerli ve güvenilir sonuçlar bulunamayabilmektedir. Özellikle okuma ve telaffuz üzerine oluşturulan sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin orijinali İngilizce olduğundan, bu ölçeklerin başka dillerde kullanılması uygun olmamaktadır (Harper, 2013, s.139; Weiss, 2003, s.17).

Bu ve benzeri nedenlerden dolayı çalışmada, “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi” kapsamında “The European Health Literacy Survey Konsorsiyumu” tarafından geliştirilen Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (The European Health Literacy Survey - HLS-EU) kullanılmıştır. Çünkü, HLS-EU 2011’de her ülkenin kendi dilinde olmak üzere yedi Avrupa ülkesinde (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya) toplam 8102 katılımcıya uygulanmış (HLS-EU, 2012: 1), böylece HLS-EU anketinin farklı sosyo-demografik özellikleri ve sağlık sistemleri olan değişik ülkelerde uygulanabilirliği ve iç geçerliliği kanıtlanmıştır (Durusu-Tanrıöver, 2014: 29).

HLS-EU’nun Türkçe psikometrik çalışması Durusu-Tanrıöver ve diğerleri (2014) tarafından yapılmıştır. Araştırma, Türkiye geneli 23 ilde 4924 kişi üzerinde yapıldığından saha araştırması özelliğini taşımaktadır. Durusu-Tanrıöver ve diğerleri (2014) tarafından Türkçe’ye yapılan uyarlama çalışmasında, HLS-EU’nun geçerliğini belirlemede HLS-EU’nun başka bir sağlık okuryazarlığı ölçeği olan En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (Newest Vital Sign Test - NVST) ile benzerlik gösterip göstermediği incelenerek yapılmıştır. Yöntem olarak da her iki testin sonuçlarının çeşitli gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır. Çalışma sonunda, her iki ölçekte katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi gruplara göre benzer şekilde farklılıklar gösterdiğinden, HLS-EU’nun Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin yeterli bulunduğu belirtilmiştir.

Çalışmada kullanılan anket formu (EK 1) altı bölümden oluşmaktadır. Anket formunun birinci bölümünde HLS-EU’nun 47 maddesi yer almaktadır. HLS-EU’nun Türkçe

versiyonunun bu çalışmada kullanılabilmesi için ilgili kuruluştan (EK 2), araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyonundan (EK 3) ve araştırmanın yapıldığı hastaneden (EK 4) gerekli izinler alınmıştır. Çalışmada kullanılan anketin sonraki bölümlerinde hastaların sağlık davranışları ve sağlık riskleri, sağlık statüsü, sağlık hizmetleri kullanımı ve hasta memnuniyetle ilgili hasta sonuçlarını belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Anketin ikinci bölümünde bunlarla ilgili 20 soru vardır. Anketin üçüncü bölümünde tıbbi öykü, alışkanlıklar ve koruyucu sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili sorular bulunmaktadır. Dördüncü bölümde Yaşam Doyum Ölçeği'nin maddeleriyle (5 madde) ilgili sorular bulunurken beşinci bölümde ilaç kullanım alışkanlıklarıyla ilgili 9 soru bulunmaktadır. Son bölüm ise hastaların özelliklerini belirlemeye yönelik 9 sorudan, boy uzunlukları ve vücut ağırlıklarının sorulduğu 1 sorudan ve hastaların sağlık bilgisine ulaşmada hangi bilgi kaynakları kullandıkları ile ilgili 1 sorudan oluşmaktadır.

Anket çalışmasının ilk gününde, hastalardan biri son bir yıl içinde doktora başvurma sıklığını 15 olarak belirtmiştir. Hastaya neden bu kadar sık başvurduğu sorulduğunda, hasta tablet şeklinde alınan "Coumadin" isimli ilacı kullandığını ve bu nedenle ayda ortalama bir kez kardiyoloji polikliniğine başvurması gerektiğini belirtmiştir. Bu ilacın kullanımının, sağlık hizmeti kullanım sıklığını etkilediği görüldüğünden araştırmacı tarafından bununla ilgili verinin toplanmasına karar verilmiş ve ankete ek soru olarak "Coumadin tablet isminde (etken maddesi varfarin sodyum olan) bir ilaç kullanıyor musunuz?" sorusu eklenmiştir. Bu sorunun cevabı "evet, hayır" olmak üzere iki seçenek üzerinden değerlendirilmiş ve hastaların %5,1'inin (27 hasta) bu ilacı kullandığı görülmüştür.

HLS-EU, sağlık süreçleriyle ilgili üç temel alanı (sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanı, hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı alanı ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı alanı) ve her bir alanın sağlık bilgisi süreçleri ile ilgili 4 boyutu (sağlık bilgisine erişim süreci, sağlık bilgisini anlama süreci, sağlık bilgisini değerlendirme süreci ve sağlık bilgisini uygulama süreci) bulduğundan toplamda 12 alt-boyuttan oluşmaktadır. HLS-EU sağlık okuryazarlığı indeksleri (HLS-EU Health Literacy Indices) genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları, sağlık bilgisi süreçleri ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan oluşmaktadır ve bunların her biri için ayrı



ayrı indeks puanı hesaplanabilmektedir (HLS-EU Consortium, 2012: 8). Burada belirtilen sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının hesaplanabilmesi için katılımcıların HLS-EU'nun maddelerine verdikleri cevapların belirli bir sayının üzerinde geçerli olması gerekmektedir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının hesaplanabilmesi için cevaplamaları gereken minimum madde sayıları Tablo 7'de verilmiştir. Buna göre; katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanının hesaplanabilmesi için 47 maddeden en az 43'ünün, sağlık okuryazarlığı alanlarından sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanı indeks puanının hesaplanabilmesi için 1-16 aralığındaki 16 maddeden en az 15'inin, hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı alanı indeks puanının hesaplanabilmesi için 17-31 aralığındaki 15 maddeden en az 14'ünün, sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı alanı indeks puanının hesaplanabilmesi için 32-47 aralığındaki 16 maddeden en az 14'ünün; sağlık bilgisi süreçlerinden sağlık bilgisine erişim süreci indeks puanının hesaplanabilmesi için 1-4 ve 17-20 ile 32-36 aralığındaki 13 maddeden en az 12'sinin, sağlık bilgisini anlama süreci indeks puanının hesaplanabilmesi için 5-8 ve 21-23 ile 37-40 aralığındaki 11 maddeden en az 10'unun, sağlık bilgisini değerlendirme süreci indeks puanının hesaplanabilmesi için 9-12 ve 24-28 ile 41-43 aralığındaki 12 maddeden en az 11'inin, sağlık bilgisini uygulama süreci indeks puanının hesaplanabilmesi için ise 13-16 ve 29-31 ile 44-47 aralığındaki 11 maddenin tamamının geçerli olması gerekmektedir (HLS-EU Consortium, 2012, s.21).

**Tablo 7. Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçlerinin Maddeleri; İndeks Puanı Hesaplaması için Gerekli Olan Minimum Geçerli Madde Sayısı; Minimum ve Maksimum İndeks Puan Aralığı**

Maddeler	Genel sağlık okuryazarlığı	Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	Sağlık bilgisine erişim	Sağlık bilgisini anlama	Sağlık bilgisini değerlendirme	Sağlık bilgisini uygulama
M1	✓	✓			✓			
M2	✓	✓			✓			
M3	✓	✓			✓			
M4	✓	✓			✓			
M5	✓	✓				✓		
M6	✓	✓				✓		
M7	✓	✓				✓		
M8	✓	✓				✓		
M9	✓	✓					✓	
M10	✓	✓					✓	
M11	✓	✓					✓	
M12	✓	✓					✓	
M13	✓	✓						✓
M14	✓	✓						✓
M15	✓	✓						✓
M16	✓	✓						✓
M17	✓		✓		✓			
M18	✓		✓		✓			
M19	✓		✓		✓			
M20	✓		✓		✓			
M21	✓		✓			✓		
M22	✓		✓			✓		
M23	✓		✓			✓		
M24	✓		✓				✓	
M25	✓		✓				✓	
M26	✓		✓				✓	
M27	✓		✓				✓	
M28	✓		✓				✓	
M29	✓		✓					✓
M30	✓		✓					✓
M31	✓		✓					✓
M32	✓			✓	✓			
M33	✓			✓	✓			
M34	✓			✓	✓			
M35	✓			✓	✓			
M36	✓			✓	✓			
M37	✓			✓		✓		
M38	✓			✓		✓		
M39	✓			✓		✓		
M40	✓			✓		✓		
M41	✓			✓			✓	
M42	✓			✓			✓	
M43	✓			✓			✓	
M44	✓			✓				✓
M45	✓			✓				✓
M46	✓			✓				✓
M47	✓			✓				✓
<b>Toplam</b>	47	16	15	16	13	11	12	11
<b>İndeks puanı hesaplaması için gerekli olan minimum geçerli madde sayısı</b>								
	43	15	14	14	12	10	11	11
<b>İndeks puan aralığı</b>								
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0
Maksimum	50	50	50	50	50	50	50	50

**Kaynak:** HLS-EU Consortium, 2012; Doyle ve diğ., 2012

Uygun hesaplamalara izin vermek ve karşılaştırmaları kolaylaştırmak için sağlık okuryazarlığı indeks puanları 0-50 aralığındaki bir metrikte aşağıdaki formüle göre standartlaştırılarak elde edilmektedir (HLS-EU Consortium, 2012, s.22);

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

Burada;

*İndeks puanı*; kişiye özel hesaplanan indeks puanını,

*Ortalama*; her bir katılımcı için ilgili maddelerin ortalamasını,

*I*; ortalamanın olabilecek en küçük değerini (veya indeks puanının sıfır olmasına neden olan ortalamayı),

*3*; ortalama dağılım aralığını,

*50*; yeni metrik için seçilen maksimum skoru (puanı) ifade etmektedir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı indeks puanlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri belirlenebilmektedir. Böyle bir durumda, sağlık okuryazarlığı indeks puanı aşağıdaki gibi nitelendirilmektedir (Sørensen, 2013, s.64).

<u>Sağlık okuryazarlığı indeks puanı</u>	<u>Sağlık okuryazarlığı düzeyleri</u>
0-25	Yetersiz sağlık okuryazarlığı
>25 – 33	Sınırlı sağlık okuryazarlığı
>33 – 42	Yeterli sağlık okuryazarlığı
>42 – 50	Mükemmel sağlık okuryazarlığı

Bu tez çalışması kapsamında HLS-EU'nun geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. HLS-EU'nun geçerliğini belirlemede yapı geçerliğinden; güvenilirliğini belirlemede ise Cronbach alfa katsayısından yararlanılmıştır.

Yapı geçerliğini belirlemede kullanılacak birçok yöntem vardır. Bunlardan biri, grup farklılıkları yardımıyla yapısal geçerliğin sağlanmasının incelenmesidir. Bu gruplar, geçerliği ölçülecek test açısından aralarında fark olacağı düşünülen gruplardır (Alpar, 2014). Hastaların sağlık okuryazarlığı indekslerinin ortalamalarının ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, hastaların özelliklerine göre değişmesi beklenmektedir.

Çalışmada; hastaların genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları, sağlık bilgisi süreçleri ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamaları ile genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri, hastaların özelliklerinden eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşadığı yer ve sosyal statü algısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiğinden HLS-EU'nun yapı geçerliğinin sağlandığı söylenebilir.

Geçerli bir testte bulunması gereken en önemli özellik ise testin güvenilir olmasıdır. Toplam puanlar üzerine kurulu Likert türü ölçeklerin güvenilirliğini (güvenirlilik katsayısını) hesaplamada alfa (Cronbach's alpha) katsayısı sıklıkla kullanılmaktadır. Alfa katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının (homojenliğinin) bir ölçüsüdür ve genellikle aşağıdaki gibi nitelendirilir (Alpar, 2014):

<u>Alfa katsayısı</u>	<u>Açıklama</u>
0,80 – 1,00	Test/ölçek yüksek güvenilirliğe sahiptir.
0,60 – 0,79	Test/ölçek oldukça güvenilirdir.
0,40 – 0,59	Testin/ölçeğin güvenilirliği düşüktür.
0,00 – 0,39	Test/ölçek güvenilir değildir.

Çalışmada HLS-EU'nun güvenilirliğini belirlemede kullanılan alfa katsayıları ile ilgili sonuçlar Tablo 8'de verilmiştir. Bu sonuçlara göre genel sağlık okuryazarlığının alfa katsayısı 0,986; sağlık okuryazarlığı alanlarının alfa katsayıları 0,948-0,964 arasında; sağlık bilgisi süreçlerinin alfa katsayıları 0,921-0,953 arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun alfa katsayıları ise 0,821-0,938 arasında bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı indekslerinin tamamının güvenirlilik katsayıları 0,80'in üzerinde olduğundan, çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığını ölçmede kullanılan HLS-EU'nun güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

Çalışmada hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyetini ölçmede Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından kamu hastanelerinde poliklinik hastalarına uygulanan "Ayaktan Hasta Memnuniyeti Anketi"nde yer alan 4 soru kullanılmıştır. Ayaktan hasta memnuniyet anketi ile sağlık kurumlarının poliklinik bölümünden hizmet alan hastaların hizmet deneyimlerine ilişkin görüşlerinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2015, s.13).

**Tablo 8. Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları, Sağlık Bilgisi Süreçleri ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Madde Sayıları ve Güvenirlik Katsayıları**

<b>Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri</b>	<b>Madde sayısı (Madde aralığı)</b>	<b>Alfa katsayısı</b>
<b>Genel sağlık okuryazarlığı indeksi</b>		
Genel sağlık okuryazarlığı	47 (1-47)	0,986
<b>Sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri</b>		
Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	16 (1-16)	0,948
Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	15 (17-31)	0,964
Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	16 (32-47)	0,964
<b>Sağlık bilgisi süreçleri indeksleri</b>		
Sağlık bilgisine erişim	13 (1-4; 17-20; 32-36)	0,953
Sağlık bilgisini anlama	11 (5-8; 21-23; 37-40)	0,938
Sağlık bilgisini değerlendirme	12 (9-12; 24-28; 41-43)	0,950
Sağlık bilgisini uygulama	11 (13-16; 29-31; 44-47)	0,921
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indeksleri</b>		
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisine erişim	4 (1-4)	0,821
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisini anlama	4 (5-8)	0,853
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisini değerlendirme	4 (9-12)	0,834
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisini uygulama	4 (13-16)	0,882
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	4 (17-20)	0,914
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	3 (21-23)	0,904
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	5 (24-28)	0,917
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	3 (29-31)	0,859
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	5 (32-36)	0,938
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	4 (37-40)	0,887
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	3 (41-43)	0,914
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	4 (44-47)	0,888

Çalışmada, hastaların yaşam doyum algısını ölçmede Diener vd. (1985) tarafından geliştirilen ve Köker (1985) tarafından Türkçe'ye uyarlanan “Yaşam Doyum Ölçeği” kullanılmıştır. Yaşam doyumu, kişinin seçtiği kriterlere göre kendi yaşamının niteliği hakkında genel bir değerlendirme yapmasıdır (Tuzgöl Dost, 2007, s.133). Yaşam

doyum ölçeği 5 sorudan oluşmaktadır. Soruların değerlendirilmesi eşit aralıklı 7'li Likert tipi ölçek üzerinden yapılmaktadır. Çalışmada, Yaşam Doyum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve sonuçlar Tablo 9'da verilmiştir.

Yaşam Doyum Ölçeği'nin geçerliğini belirlemede yapı geçerliğinden yararlanılmış, yöntem olarak da açıklayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi yapılmadan önce, yapıyı oluşturacağı düşünülen maddeler arasındaki korelasyonların incelenmesi gerekir ve korelasyonların genellikle 0,30-0,90 arasında olması istenir (Alpar, 2014, s.528). Çalışmada, Yaşam Doyum Ölçeği'nin maddeleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,604-0,754 arasında bulunmuştur. Korelasyon matrisinin determinant değeri 0 ile 1 arasında değişmekte olup 1'e yaklaşmaması istenir (Alpar, 2014, s.529). Bu çalışmada korelasyon matrisinin determinant değeri 0,039 bulunmuş olup 0'a yakındır. İyi bir faktör analizi için Kaisen-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliği Ölçüsü (KMO) değerinin 0,80'den fazla olması beklenir; ancak KMO değerinin 0,50'nin üzerinde olması da çoğu zaman kabul edilebilmektedir (Alpar, 2014, s.529). Bu çalışmada KMO değerleri 0,890 bulunmuş olup oldukça yeterli düzeydedir. Faktör analizinde, yapıyı açıklamak için genellikle her iki yönde 0,30-0,40 arasındaki faktör yükleri kabul edilebilir en düşük düzeydeki yükler, 0,50 ve üzerindeki yükler uygulama anlamlılığı olan yükler, 0,70 ve üzerinde olan yükler ise yapıyı iyi açıklayabilen yükler olarak tanımlanır (Alpar, 2014, s.534). Çalışmada, Yaşam Doyum Ölçeği'nin maddelerine ait faktör yükleri 0,800-0,896 arasında bulunduğundan bu yüklerin tamamının yapıyı iyi açıklayabilen yükler olduğunu söyleyebilir. Tek boyutlu ölçeklerde ilk faktörün toplam varyansın en az %40'ını açıklaması istenir (Alpar, 2014, s.530). Çalışmada, Yaşam Doyum Ölçeği için uygulanan açıklayıcı faktör analizi sonucunda ilk faktörün toplam varyansın yaklaşık %74'ünü açıkladığı görülmüştür. Bu sonuca göre Yaşam Doyum Ölçeği'nin tek boyutlu bir ölçek olduğu söylenebilir. Çalışmada Yaşam Doyum Ölçeği'nin güvenilirliğini belirlemede alfa katsayısı ve testin iki yarıya bölünmesi (split half reliability) yöntemlerinden yararlanılmıştır. Testin iki yarıya bölünmesi yönteminde Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Yaşam Doyum Ölçeği'nin güvenilirlik analizleri sonucunda alfa katsayısı 0,908, Spearman-Brown katsayısı ise 0,884 bulunduğundan her iki yöneme göre de bu ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir. Bu sonuçlara göre, çalışmada hastaların yaşam doyum

algısını ölçmek için kullanılan Yaşam Doyum Ölçeği'nin tek boyutlu bir yapıdan oluşan geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

**Tablo 9. Yaşam Doyum Ölçeğinin Maddeleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları, Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları ve Güvenirlilik Katsayıları**

Maddeler	Maddeler Arasındaki Korelasyon Katsayıları <sup>1</sup>					Faktör 1 için Faktör Yükleri
	M1	M2	M3	M4	M5	
M1	1					0,880
M2	0,717	1				0,867
M3	0,747	0,754	1			0,896
M4	0,687	0,627	0,687	1		0,840
M5	0,608	0,609	0,636	0,604	1	0,800
Özdeğer						3,676
Açıklanan varyans (%)						73,515
Determinant						0,039
Kaisen-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Ölçüsü						0,890
Alfa katsayısı						0,908
Spearman-Brown katsayısı						0,884

<sup>1</sup>Korelasyon katsayıları  $p < 0,01$  düzeyinde anlamlıdır

#### 4.4. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini 2 Ağustos 2015 – 15 Eylül 2015 tarihleri arasında Ankara'da bir üniversitesi hastanesinin kardiyoloji polikliniklerine muayene olmak için başvuran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı hastanede 5-8 arası poliklinikte aynı anda hasta muayenesi yapılabilmektedir. Öğretim üyesi doktorlar tarafından yapılan hasta muayeneleri anabilim dalı başkanlığındaki odalarda yapılırken, asistan doktorlar tarafından yapılan hasta muayeneleri ise ek binadaki poliklinik odalarında yapılmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemi olarak “kota örnekleme yöntemi” kullanılmıştır. Kota örnekleme yönteminde sınırlı bir evren vardır ve bu evren araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacının öngördüğü belirli değişkenlere göre sınıflandırılır (Şahin, 2014, s.124). Kota örnekleme yöntemi, örnekleme yer alan bireylerin bilinen bir özellik, nitelik veya ilgilenilen olay açısından belirli oranlarda yer aldığı örnekleme türüdür. Seçilen örnekleme evreni temsil eder nitelikte olabilir, ancak evren hakkında genelleme yapılamaz ve sadece evrenin seçilen özelliğinin alt gruplara ayırmada dikkate alındığı unutulmamalıdır. Kota örneklemede kota olarak genellikle

yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, ırk, din ve sosyoekonomik durum gibi değişkenler kullanılmaktadır. Araştırmacı elde ettiği örneklemin, araştırmacının kota kriterlerine uygun olduğuna emin olmalıdır. Evren alt gruplara ayrılır ve bu grupların evren içinde ne oranda yer aldığı tespit edilir. Araştırmacı, tespit ettiği oranları göz önünde bulundurarak farklı alt gruplardan bireyleri seçer. Son aşamada ise elde edilen örneklemin tüm evrene uyup uymadığı kontrol edilir (Böke, 2011, s.128-129; Karaağaoğlu, 2016; Şahin, 2014, s.124).

Araştırmada kullanılacak kotalar hastane bilgi sisteminde kayıtlı olan verilerle sınırlı olduğundan, bu çalışma için kota olarak yaş ve cinsiyet değişkenleri kullanılmıştır. Kota olarak belirlenen özellikler hakkındaki bilgilerin güncel olması gerekmektedir (Böke, 2011, s.128). Çalışmada, kota örneklemede kullanılan değişkenlerin oranlarını belirlemede 1-31 Temmuz 2015 tarihleri arasında erişkin hastanesi kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastalar temel alınmıştır. Hastane bilgi sisteminden, belirtilen bu tarihlerde erişkin hastanesi kardiyoloji polikliniklerine başvuran hasta sayısı ile bu hastalara ait cinsiyet ve yaş bilgileri alınmıştır. Kotalar ve kota oranları belirlendikten sonra, bu oranlar temel alınarak 3 Ağustos 2015-15 Eylül 2015 tarihlerinde araştırmacı tarafından anket çalışması gerçekleştirilmiştir. Araştırmada olasılıklı örnekleme yöntemi kullanılmadığından örneklem büyüklüğü hesaplanmamış, örneklem büyüklüğü olarak 500'ün üzerinde hastaya ulaşmak hedeflenmiştir. Anket çalışması 15 Eylül 2015 tarihleri arasında tamamlanmıştır ve toplam 537 hastaya ulaşılmıştır. Hastaların sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının hesaplanabilmesi için HLS-EU'nun maddelerine verdikleri geçerli madde sayısının belirli bir sayının üzerinde olması gerekmekte olup; bu şartları sağlayamayan 7 hasta çalışma dışı bırakılmış, indekslerle ilgili analizler geriye kalan 530 hasta üzerinden yapılmıştır. Anket çalışması tamamlandıktan sonra, çalışma örnekleminin evreni yeterince temsil edip etmediğini değerlendirebilmek için hastane bilgi sisteminden araştırmacının yapıldığı tarihlerde (3 Ağustos-15 Eylül 2015) erişkin hastanesi kardiyoloji polikliniklerine başvuran hasta sayısı ile bu hastalara ait cinsiyet ve yaş bilgileri alınmıştır. Örneklemede temel alınan 1-31 Temmuz 2015 tarihleri arasında kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastalar (2609 hasta) ile 3 Ağustos-15 Eylül 2015 tarihleri arasında kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastaların tamamı (3866 hasta) ve bu hastalardan kota örnekleme yöntemine göre araştırmaya



dahil edilen hastaların (530 hasta) cinsiyet ve yaşa göre dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir.

İncelenen örneklemden elde edilen oranın belirli bir evrenden çekilip çekilmediği test edilmek istendiğinde tek örneklem Ki-kare testinden yararlanılabilir (Alpar, 2014, s.218-221). Çalışmada, örneklemdaki hastalardan elde edilen cinsiyet, yaş grupları ve cinsiyete göre yaş grupları oranlarının araştırma dönemi evrene ait olup olmadığını incelemek amacıyla tek örneklem Ki-kare testinden yararlanılmıştır. Yapılan tek örneklem Ki-kare testleri sonucuna göre araştırma dönemindeki ve örneklemdaki hastaların; cinsiyet oranları arasında ( $\chi=1,517$ ;  $p=0,218$ ), yaş gruplarının oranları arasında ( $\chi=1,276$ ;  $p=0,259$ ) ve cinsiyetine göre yaş gruplarının oranları arasında ( $\chi=3,437$ ;  $p=0,329$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuçlara göre araştırma dönemindeki ve örneklemdaki hastaların benzer olduğu söylenebilir.

Tablo 10'a göre cinsiyeti kadın olan hastaların araştırma öncesi evrendeki yüzdesi %55,9; araştırma dönemi evrendeki yüzdesi %57,9; örneklemdaki yüzdesi ise %55,3'tür. Yaş ve cinsiyet değişkenleri birlikte dikkate alınarak değerlendirme yapıldığında yaşı  $\leq 55$  olan kadın hastaların; araştırma öncesi evrendeki yüzdesinin %27,4; araştırma dönemi evrendeki yüzdesinin %30,1; örneklemdaki yüzdesinin ise %30 olduğu görülmektedir. Tablo 10'da verilen hem bu sonuçlara hem de diğer sonuçlara göre, çalışmaya katılan (örnekleme yer alan) hastaların yaş ve cinsiyet oranları, hem araştırma öncesi (1-31 Temmuz 2015), hem de araştırmanın yapıldığı tarihlerde (3 Ağustos – 15 Eylül 2015) kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların yaş ve cinsiyet oranlarıyla benzerlik gösterdiğinden, seçilen örneklemin evreni temsil eder nitelikte olabileceği söylenebilir.

**Tablo 10. Araştırma Öncesi ve Araştırma Dönemi Evrenleri ile Örneklemin Karşılaştırılması**

	Kotalar	Yaş		Toplam
		≤55	≥56	
		n (%)	n (%)	
<b>Cinsiyet</b>				
<b>Araştırma öncesi evren (1-31 Temmuz 2015)</b>	<b>Kadın</b>	716 (27,4)	743 (28,5)	1459 (55,9)
	<b>Erkek</b>	500 (19,2)	650 (24,9)	1150 (44,1)
	<b>Toplam</b>	1216 (46,6)	1393 (53,4)	2609 (100,0)
<b>Cinsiyet</b>				
<b>Örneklem (3 Ağustos-15 Eylül 2015)</b>	<b>Kadın</b>	159 (30,0)	134 (25,3)	293 (55,3)
	<b>Erkek</b>	114 (21,5)	123 (23,2)	237 (44,7)
	<b>Toplam</b>	273 (51,5)	257 (48,5)	530 (100,0)
<b>Cinsiyet</b>				
<b>Araştırma dönemi evren (3 Ağustos-15 Eylül 2015)</b>	<b>Kadın</b>	1164 (30,1)	1076 (27,8)	2240 (57,9)
	<b>Erkek</b>	721 (18,7)	905 (23,4)	1626 (42,1)
	<b>Toplam</b>	1885 (48,8)	1981 (51,2)	3866 (100,0)

#### 4.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Anket çalışması 3 Ağustos 2015-15 Eylül 2015 tarihleri arasında hafta içi her gün mesai saatleri (08:00 – 17:00) içinde araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Günlük yapılan anket sayısı 9-25 arasında gerçekleşmiştir. Bir anketin tamamlanma süresi ortalama 20 dakikadır. Tamamlanan anket formları aynı gün içerisinde hastalardan geri alınmıştır. Anket uygulamaları, genellikle hastalar poliklinik sırası için beklerken uygulanmıştır. Hastalar, daha önceden belirlenen kota oranları dikkate alınarak gelişmiş güzel seçilmiştir. Anket uygulamalarına katılım gönüllük esasına dayalı olup katılım için hastalar zorlanmamıştır ve gönüllü katılmak isteyen hastaların yazılı onayları alınmıştır. Anket çalışması; okuma yazma bilmeyen, okuryazarlık becerisi kısıtlı olan veya sağlık problemlerinden dolayı okuyamayacak durumda olan hastalarda yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Diğer hastalar (genellikle genç, eğitim seviyesi ve okuryazarlık becerisi yüksek hastalar) ise anket hakkında bilgilendirildikten ve onamları

alındıktan sonra, anket formlarını kendi başlarına doldurmuşlardır. Memnuniyet soruları hakkında hastalar bilgilendirilmiş ve bu sorularla ilgili veri hastaların muayenesi tamamlandıktan sonra aynı gün içerisinde elde edilmiştir. İstenen tetkikler nedeniyle muayenesi devam ve muayene sonrası hastanede ulaşılamayan hastalara ise daha sonra telefon aracılığıyla ulaşılmıştır. Çalışmada, kota örnekleme yöntemiyle evreninin (araştırmanın yapıldığı dönem - 3866 hasta) %13,71'ine (530 hastaya) ulaşılmıştır.

#### **4.6. VERİLERİN ANALİZİ**

Anket formu aracılığıyla toplanan verilerin analizinde “Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS) 20.0” programından yararlanılmıştır. Veriler analiz edilmeden önce, ankette yer alan bazı soruların gruplandırması yeniden yapılmış ve bunlar aşağıda anlatılmıştır.

Hastaların ankette medeni durumlarını “evli, bekar, dul, ayrılmış/boşanmış, bilmiyor/kabul etmedi” seçeneklerinden biriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Medeni durum seçeneklerinden “bekar, dul, ayrılmış/boşanmış” seçenekleri “bekar” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece çalışmada hastaların medeni durumu “evli, bekar” olmak üzere iki seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Hastalardan ankette eğitim düzeylerini “okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokul, ilköğretim/ortaokul, lise, ön lisans, lisans, yüksek lisans/doktora” seçeneklerinden biriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Eğitim düzeyi seçeneklerinden “okur-yazar değil, okur-yazar” seçenekleri “temel eğitimden yoksun” seçeneği altında; “ilköğretim/ortaokul, lise” seçenekleri “ilköğretim-lise” seçeneği altında; “ön lisans, lisans, yüksek lisans/doktora” seçenekleri “üniversite” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece çalışmada hastaların eğitim düzeyi “temel eğitimden yoksun, ilkokul, ilköğretim-lise, üniversite” olmak üzere dört seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Hastalardan ankette şimdiki istihdam durumlarını “tam zamanlı çalışan, yarı zamanlı çalışan, ev hanımı, işsiz, emekli, öğrenci, diğer, bilmiyor/kabul etmedi” seçeneklerinden biriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Yarı zamanlı çalışan sadece 5 kişidir. Bu nedenle, İstihdam durumu seçeneklerinden “tam zamanlı çalışan” seçeneği “çalışan” seçeneğine dönüştürülmüş; “yarı zamanlı çalışan, ev hanımı, işsiz, emekli, diğer” seçenekleri

“çalışmayan” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece çalışmada hastaların istihdam durumu “çalışan, çalışmayan, öğrenci” olmak üzere üç seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Hastalardan ankette haneye giren toplam aylık gelirlerini “0-1000 Türk Lirası (TL), 1001-2000 TL, 2001-3000 TL, 3001-4000 TL, 4001-5000 TL, 5001-6000 TL, 7001 ve üzeri TL” seçeneklerinden biriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Hanehalkı geliri seçeneklerinden “2001-3000 TL, 3001-4000 TL” seçenekleri “2001-4000 TL” seçeneği altında; “4001-5000 TL, 5001-6000 TL, 7001 ve üzeri TL” seçenekleri ise “4001 ve üstü” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece çalışmada hastaların hanehalkı geliri “ $\leq 1000$  TL, 1001-2000 TL, 2001-4000 TL,  $\geq 4001$  TL” olmak üzere dört seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Hastalardan ankette ne tür bir sağlık sigortasına sahip oldukları “Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), SGK ve özel, özel, hiçbiri, bilmiyor/kabul etmedi” seçeneklerinden biriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Hastaların nerdeyse tamamı (%96) sağlık sigortası türünün “SGK” olduğunu belirtmiştir. Seçicilik özelliği olmaması nedeniyle, çalışmada hastaların ne tür bir sağlık sigortasına sahip olduğu değişkeni ile ilgili herhangi bir analiz yapılmamıştır.

Hastalardan ankette yaşadıkları yerleri “il merkezi, ilçe merkezi, belde, köy” seçeneklerinden biriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Yaşadığı yer seçeneklerinden “ilçe merkezi, belde, köy” seçenekleri “diğer” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece çalışmada hastaların yaşadığı yer “il merkezi, diğer” olmak üzere iki seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Hastalardan ankette toplumdaki sosyal statü algılarını 1-10 arasındaki rakamlardan bir tanesiyle değerlendirmeleri istemiştir. Burada, “1=Toplumdaki en düşük seviye” ve “10=Toplumdaki en yüksek seviye”yi ifade etmektedir. Puanlardan; “1-4 = düşük”; “5-7 = orta” ve “8-10 =yüksek” olarak gruplandırılmıştır (HLS-EU, 2012; s.39).

Hastaların ankette sağlık okuryazarlığı ölçeği ile ilgili maddeleri, çok kolaydan çok zora doğru uzanan bir ölçekte “1=çok zor, 2=zor, 3=kolay, 4=çok kolay, 5=bilmiyor” seçeneklerinden biriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Maddelerin değerlendirilmesinde “çok zor ve zor” seçenekleri “zor” seçeneği altında; “kolay ve çok kolay” seçenekleri

“kolay” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığı ölçeği maddeleri ile ilgili değerlendirmeleri “zor, kolay, bilmiyor” olmak üzere üç seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı indeks puanları Likert türü ölçek olan HLS-EU'nun ilgili maddeleri üzerinden ilk dört seçenek (1=çok zor, 2=zor, 3=kolay, 4=çok kolay) dikkate alınarak hesaplanmıştır. İndeks puanları hesaplanmadan önce, “5=bilmiyor” seçeneği eksik veri şekline dönüştürülmüştür.

Hastalardan ankette egzersiz yapma durumlarını “yürüyüş, yüzme, toplu sporlar, spor salonunda egzersiz, diğer, hiçbiri” seçeneklerinden biriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Egzersiz yapma durumu seçeneklerinden “hiçbiri” seçeneği “hayır” seçeneğine dönüştürülmüş; “yürüyüş, yüzme, toplu sporlar, spor salonunda egzersiz, diğer” seçenekleri “evet” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece, çalışmada hastaların egzersiz yapma durumu “evet, hayır” olmak üzere iki seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Çalışmada hastaların egzersiz yapma durumları, yaptıkları egzersiz türüne göre değerlendirilmiştir. Egzersiz yapma durumu seçeneklerinden “hiçbiri” seçeneği “hiçbir egzersiz yapmayanlar” seçeneğine dönüştürülmüş; “yürüyüş” seçeneği “sadece yürüyüş yapanlar” seçeneğine dönüştürülmüş; “yüzme, toplu sporlar, spor salonunda egzersiz, diğer” seçenekleri “yüzme, toplu sporlar veya spor salonunda egzersiz türlerinden en az birini yapanlar” seçeneği altında birleştirilmiştir. Çalışmada “diğer” seçeneğini işaretleyen 5 hastanın yaptığı egzersizler (aerobik ve spor salonu) incelendiğinde, bunların aynı zamanda “toplu spor” kapsamında değerlendirilebileceği düşünüldüğünden bu 5 hasta “yüzme, toplu sporlar veya spor salonunda egzersiz türlerinden en az birini yapanlar” grubuna dahil edilmiştir. Böylece, çalışmada hastaların yaptığı egzersiz türleri “hiçbir egzersiz yapmayanlar; sadece yürüyüş yapanlar; yüzme, toplu sporlar veya spor salonunda egzersiz türlerinden en az birini yapanlar” olmak üzere üç seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Hastalardan ankette sigara kullanma durumlarını “her gün, ara sıra, daha önce sigara içiyordunuz ancak bıraktınız, hiç sigara içmediniz, bilmiyor/kabul etmedi” seçeneklerinden biriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Sigara kullanma durumu

seçeneklerinden “her gün, ara sıra” seçenekleri “evet” seçeneği altında; “daha önce sigara içiyordunuz ancak bıraktınız, hiç sigara içmediniz” seçenekleri ise “hayır” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece, çalışmada hastaların sigara kullanma durumu “evet, hayır” olmak üzere iki seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Hastalardan ankette son 1 ay içinde alkollü bir içecek içmişlerse, bu süre içerisinde hangi sıklıkla alkol kullanma davranışında bulduklarını “günlük, haftada 4-5 kez, haftada 2-3 kez, haftada 1 kez, ayda 2-3 kez, ayda 1 kez, hatırlamıyor/kabul etmedi” seçeneklerinden biriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Alkol kullanma sıklığı seçeneklerinden “günlük, haftada 4-5 kez, haftada 2-3 kez, haftada 1 kez, ayda 2-3 kez” seçenekleri “ayda  $\geq 2$  kez” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece, çalışmada son 1 ay içinde alkol kullanma davranışında bulunan hastaların hangi sıklıkla alkol kullanma davranışında buldukları “ayda 1 kez, ayda  $\geq 2$  kez ” olmak üzere iki seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Hastalardan ankette diyet uygulama durumlarını “diyetisyen tarafından verilen diyeti uyguluyor, kendi bilgilerine dayanarak diyet yapıyor, diyet yapmıyor” seçeneklerinden biriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Diyet uygulama durumu seçeneklerinden “diyetisyen tarafından verilen diyeti uyguluyor, kendi bilgilerine dayanarak diyet yapıyor,” seçenekleri “evet” seçeneği altında birleştirilmiş; “diyet yapmıyor” seçeneği ise “hayır” seçeneğine dönüştürülmüştür. Böylece, çalışmada hastaların diyet uygulama durumu “evet, hayır” olmak üzere iki seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Ankette, hastaların boy uzunluğu ve vücut ağırlıkları hastalara sorularak elde edilmiştir. Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplamasında “ $BKİ = \frac{\text{kilogram (kg)}}{\text{metre(m)}^2}$ ” formülü kullanılmıştır. Formülden de anlaşılacağı üzere, BKİ ( $\text{kg/m}^2$ ) ölçüsü bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. BKİ ( $\text{kg/m}^2$ ) ölçüsü boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının tahmin edilmesinde kullanılmakta ancak vücuttaki yağ dağılımı hakkında bilgi vermemektedir. WHO tarafından yapılan uluslararası obezite sınıflandırmasına göre, BKİ ( $\text{kg/m}^2$ ) ölçüsü aşağıdaki gibi nitelendirilmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, 2017).

<u>BKİ değeri</u>	<u>BKİ'ye göre sınıflandırma</u>
< 18.5 kg/m <sup>2</sup>	Zayıf
18.5-24.99 kg/m <sup>2</sup>	Normal kilolu
25-29.99 kg/m <sup>2</sup>	Fazla kilolu
30-34.9 kg/m <sup>2</sup>	Birinci derece obez
35-39.9 kg/m <sup>2</sup>	İkinci derece obez
≥ 40 kg/m <sup>2</sup>	Üçüncü derece obez

Çalışmada öncelikle hastaların BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü hesaplanmış, sonrasında ise BKİ ölçüsüne göre hastalar nitelendirilmiştir. Hastalar BKİ ölçüsüne göre nitelendirilirken “zayıf, normal kilolu” seçenekleri “zayıf-normal kilolu” seçeneği altında; “birinci derece obez, ikinci derece obez, üçüncü derece obez” seçenekleri ise “obez” seçeneği altında birleştirilmiştir. Çalışmada “zayıf, normal kilolu” seçeneklerinin “zayıf-normal kilolu” seçeneği altında birleştirilmesinde, zayıf hastaların sadece 17 kişi olması ve sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının normal kilolu hastaların sağlık okuryazarlığı indeks puanlarıyla benzer olması etkili olmuştur. Böylece, çalışmada hastaların BKİ nitelendirmesi “zayıf-normal kilolu, fazla kilolu, obez” olmak üzere üç seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Ankette hastaların genel sağlık durumu “Genel olarak sağlığınız nasıldır?” sorusuyla belirlenmeye çalışılmıştır. Hastalardan ankette bu soruyu “çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü, bilmiyor/kabul etmedi” seçeneklerinden biriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Bu seçeneklerden “çok iyi, iyi” seçenekleri “iyi” seçeneği altında; “kötü, çok kötü” seçenekleri ise “kötü” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece, çalışmada hastaların genel sağlık durumu “iyi, orta, kötü” olmak üzere üç seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Ankette hastaların tıbbi öyküleri araştırılırken, 14 hastalık türünün (kalp-damar hastalığı, hiperlipidemi, diyabet, hipertansiyon, KOAH, astım, böbrek hastalığı, karaciğer hastalığı, inme/felç, romatolojik hastalık, kanser, psikiyatrik hastalık, demans, diğer) kendilerinde olup olmadığı sorulmuştur. Çalışmada, hastalarda var olan bu hastalık sayıları dikkate alınmış ve hastalar, hastalık sayısına göre “0 hastalık, 1 hastalık, 2 hastalık, ≥3 hastalık” olmak üzere dört kategoride değerlendirilmiştir.

Ankette hastalara sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili bazı sorular sorulmuştur. Bu sorulara verilen cevaplarla ilgili verilerin dağılım yapısı incelendiğinde, bazılarının normal dağılım göstermediği, aykırı ve uç değerlere sahip olduğu görülmüştür.

Çalışmada bu durumdaki veriler kategorik hale dönüştürülmüştür. Bu kapsamda, kategorik hale dönüştürülen sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili hasta sonuçları ve diğer hasta sonuçları aşağıda anlatılmıştır.

Ankette hastalara son 2 yıl içerisinde acil servise kaç kez başvurdukları sorulmuştur. Çalışmada, hastaların acil servis kullanım sıklıkları kategorik hale dönüştürülerek “evet, hayır” şeklinde iki kategoride değerlendirilmiştir.

Ankette hastalara son 12 ay içerisinde doktora kaç kez başvurdukları sorulmuştur. Çalışmada, hastaların doktora başvurma sıklıkları kategorik hale dönüştürülerek “ $\leq 4$  kez başvurma,  $\geq 5$  kez başvurma” şeklinde iki kategoride değerlendirilmiştir.

Ankette hastalara son 12 ay içerisinde hastane hizmetlerini kaç kez kullandıkları sorulmuştur. Çalışmada, hastaların hastane hizmetlerini kullanma sıklıkları kategorik hale dönüştürülerek “ $\leq 4$  kez kullanma,  $\geq 5$  kez kullanma” şeklinde iki kategoride değerlendirilmiştir.

Ankette hastalara son 12 ay içerisinde diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, diş hekimi veya gözlükçü (optisyen) gibi diğer sağlık profesyonellerinden kaç kez hizmet aldıkları sorulmuştur. Çalışmada, hastaların diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma sıklıkları kategorik hale dönüştürülerek “evet, hayır” şeklinde iki kategoride değerlendirilmiştir.

Ankette hastalara son 12 ay içerisinde herhangi bir hastanenin kardiyoloji polikliniğinden kaç kez sağlık hizmeti aldıkları sorulmuştur. Çalışmada, hastaların kardiyoloji polikliniğine başvurma sıklıkları kategorik hale dönüştürülerek “1 (veya ilk) kez başvurma,  $\geq 2$  kez başvurma” şeklinde iki kategoride değerlendirilmiştir.

Ankette hastalara son 12 ay içerisinde herhangi bir hastanede yatarak tedavi olup olmadıkları sorulmuştur. Çalışmada, son 12 ay içerisinde herhangi bir hastanede yatarak tedavi olan hastaların yatış sıklıkları kategorik hale dönüştürülerek “1 kez yatış,  $\geq 2$  kez yatış” şeklinde iki kategoride değerlendirilmiştir. Ayrıca bu hastaların hastanedeki yatış süreleri (gün) de kategorik hale dönüştürülerek “ $\leq 4$  gün,  $\geq 5$  gün” şeklinde iki kategoride değerlendirilmiştir.



Ankette hastalara ilaç kullanım alışkanlıkları ile ilgili 9 soru sorulmuş ve bu soruları “hiçbir zaman, nadiren, bazen, çoğunlukla, her zaman” seçeneklerinden biriyle cevaplandırmaları istenmiştir. Çalışmada, ilk 6 soru için “nadiren, bazen, çoğunlukla, her zaman” seçenekleri “diğer” seçeneği altında birleştirilmiş, böylece bu sorular “hiçbir zaman, diğer” olmak üzere iki seçenek üzerinden değerlendirilmiştir. Son 3 soru için ise “hiçbir zaman, nadiren, bazen, çoğunlukla” seçenekleri “diğer” seçeneği altında birleştirilmiş, böylece bu sorular “her zaman, diğer” olmak üzere iki seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Hastaların sağlık hizmetinden memnuniyetini ölçmede 4 soru kullanılmıştır. Ankette bu sorulardan “Bugünkü almış olduğunuz poliklinik hizmetinde, doktorunuz şikâyetlerinizi dinleyip, hastalığınızla ilgili sorularınıza anlayacağınız şekilde yanıt verdi mi?” ve “Bugünkü almış olduğunuz poliklinik hizmetinde, doktorunuz size karşı yeterince ilgili ve nezaketli miydi?” soruları “evet, tamamıyla; evet, kısmen; hayır” şeklinde üç seçenekle değerlendirilmiştir. Çalışmada, “evet, tamamıyla” seçeneği “evet” seçeneğine dönüştürülmüş; “evet, kısmen; hayır” seçenekleri ise olumsuzluk algısı içerdiğinden “diğer” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece, çalışmada bu soruların değerlendirilmesi “evet, diğer” olmak üzere iki seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Anketteki memnuniyet sorularından “Bugünkü almış olduğunuz poliklinik hizmetinden sonra, aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünür müsünüz?” sorusu “evet, kesinlikle; evet, kısmen; hayır” şeklinde üç seçenekle değerlendirilmiştir. Çalışmada, “evet, kesinlikle; evet, kısmen” seçenekleri alınan sağlık hizmeti hakkında olumsuzluk algısı içerdiğinden “evet” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece, çalışmada bu sorunun değerlendirilmesi “evet, hayır” olmak üzere iki seçenek üzerinden değerlendirilmiştir.

Sağlık hizmetinden memnuniyet sorularından “Bugünkü almış olduğunuz poliklinik hizmetini genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?” sorusu hastalar tarafından “mükemmel, çok iyi, iyi, orta, kötü” şeklinde beş seçenekle değerlendirilmiştir. Çalışmada, “mükemmel; çok iyi” seçenekleri “mükemmel-çok iyi” seçeneği altında; “orta; kötü” seçenekleri “orta-kötü” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece, çalışmada bu sorunun değerlendirilmesi “mükemmel-çok iyi, iyi, orta-kötü” şeklinde üç seçenekle değerlendirilmiştir.

Ankette, hastaların yaşam doyum algısını ölçmek için kullanılan Yaşam Doyum Ölçeği'nde 7'li Likert türünde 5 soru bulunmaktadır. Hastalardan ankette yer alan bu soruları “tamamen katılıyorum, katılıyorum, kısmen katılıyorum, kararsızım, kısmen katılmıyorum, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum” seçeneklerinden biriyle değerlendirmeleri istenmiştir. Çalışmada, “tamamen katılıyorum, katılıyorum, kısmen katılıyorum” seçenekleri “katılıyorum”; “kısmen katılmıyorum, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum” seçenekleri ise “katılmıyorum” seçeneği altında birleştirilmiştir. Böylece, çalışmada bu soruların değerlendirilmesi “katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum” şeklinde üç seçenekle değerlendirilmiştir. Yaşam Doyum Ölçeği'nin maddelerinin ortalaması ve genel ortalaması seçeneklerin puanlandırılması (tamamen katılıyorum=7; kesinlikle katılmıyorum=1) üzerinden hesaplanmıştır. Burada, hastanın alabileceği maksimum puan 7, minimum puan ise 1'dir. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği maddelerinin ve genel ortalamasının yüksek olması, hastaların yaşam doyum algısının yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Hastaların özellikleri, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre genel sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının karşılaştırılması ve hasta sonuçları sayı, yüzde, ortalama±standart sapma ve ortanca (25.-75. yüzdeler) değerleri ile incelenmiştir. Yüzdeler, ilgili sorulara cevap veren hasta sayıları üzerinden hesaplanmıştır. HLS-EU'da yer alan 47 maddenin değerlendirilmesinde ise sayı ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Hastaların sağlık okuryazarlığı indeks puanları ortalama±standart sapma ve ortanca (25.-75. yüzdeler) değerler ile incelenmiştir. Sağlık okuryazarlığı indekslerinin arasındaki ilişkiler ise Pearson korelasyon katsayısıyla incelenmiştir.

Sağlık okuryazarlığı indekslerinin puan ortalamaları hastaların özelliklerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşadığı yer ve sosyal statü algısı değişkenlerine göre karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma yapmadan önce verinin normal dağılım gösterip göstermediği ve grupların varyanslarının homojenliği incelenmiştir. Kategori sayısı iki olan hasta özelliklerine (cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer) göre sağlık okuryazarlığı indekslerinin puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır. Kategori sayısı üç ve daha fazla olan hasta özelliklerine (eğitim düzeyi, yaş grupları, istihdam durumu, hanehalkı geliri, sosyal statü algısı) göre bu ortalamaların

karşılaştırılmasında, karşılaştırılacak grupların varyanslarının homojen olduğu durumlarda tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA), homojen olmadığı durumlarda ise Welch istatistiğinden yararlanılmıştır. Gruplar arasında fark çıktığında, farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için tek yönlü varyans analizinin uygulandığı durumlarda Tukey HSD testinden, Welch istatistiğinin uygulandığı durumlarda ise Tamhane'nin T2 testinden yararlanılmıştır. Hastaların özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılmasında ise ki-kare testleri kullanılmıştır. Ki-kare testlerinden; gözlerdeki sıklıkların tamamı  $\geq 25$  olduğunda Pearson ki-kare testi, herhangi bir gözdeki sıklık  $< 25$  olduğunda Yates düzeltmeli Ki-kare testi, herhangi bir gözdeki beklenen sıklık değeri  $< 5$  olduğunda ise Fisher'in kesin testi kullanılmıştır (Alpar, 2014, s.230-293).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen hasta özelliklerinin (veya sağlık okuryazarlığının belirleyicilerinin) neler olduğunu ortaya koymak amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi ve çoklu sıralı lojistik regresyon analizinden yararlanılmıştır. Genel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun hasta sonuçlarına etkisini belirlemede basit doğrusal regresyon analizi, çoklu doğrusal regresyon analizi, iki kategorili (binary) lojistik regresyon analizi ve çoklu lojistik regresyon analizinden yararlanılmıştır. Doğrusal regresyon analizleri öncesinde bağımlı değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği histogram grafikleri ile incelenmiştir.

Çalışmada, kontrol değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun hasta sonuçlarına etkisinin olup olmadığı da incelenmiştir. Çalışma kapsamında kullanılan kontrol değişkenleri ve özellikleri şunlardır;

- Cinsiyet (1=kadın, 2=erkek),
- Medeni durum (1=bekar, 2=evli),
- Eğitim düzeyi (1=temel eğitimden yoksun, 2=ilkokul, 3=ilköğretim-lise, 4=üniversite),
- Yaş (sürekli sayısal),
- İstihdam durumu (1=çalışmayan, 2=çalışan, 3=öğrenci),
- Hanehalkı geliri (1=1000 ve altı, 2=1001-2000, 3=2001-4000, 4=40001 ve üstü), yaşadığı yer (1=il merkezi, 2=diğer),

- Sosyal statü algısı (sürekli sayısal),
- Egzersiz türü (1=hiçbir egzersiz yapmayanlar, 2=sadece yürüyüş yapanlar, 3=yüzme, toplu spor ve spor salonunda egzersiz türlerinden en az birini yapanlar),
- Sigara kullanma durumu (1=evet, 2=hayır),
- Alkol kullanma durumu (1=evet, 2=hayır),
- Diyet uygulama durumu (1=evet, hayır),
- BKİ ( $\text{kg/m}^2$ ) ölçüsü (sürekli sayısal),
- En önemli sağlık bilgi kaynağı (1=Doktor, 2=İnternet, 3=Diğer),
- Genel sağlık durumu algısı (sürekli sayısal),
- Tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık (kalp-damar hastalığı, hiperlipidemi, diyabet, hipertansiyon, KOAH, astım, böbrek hastalığı, karaciğer hastalığı, inme/felç, romatolojik hastalık, kanser, psikiyatrik hastalık, demans, diğer) türü (1=yok, 2=var),
- Sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetleri sınırlaması (1=sınırlamadı, 2=sınırladı),
- Genel olarak başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme durumu (1=Hayır, 2=Evet),
- Doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanma (1=hiçbir zaman, 2=diğer),
- Çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma (1=hiçbir zaman, 2=diğer),
- Kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma (1=hiçbir zaman, 2=diğer),
- Eczaneye danışarak ilaç kullanma (1=hiçbir zaman, 2=diğer),
- İnternette araştırarak ilaç kullanma (1=hiçbir zaman, 2=diğer),
- Evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme (1=her zaman, 2=diğer),
- İlaçları doktorun önerdiği miktarda kullanma (1=her zaman, 2=diğer),
- İlaçları doktorun önerdiği süreye uygun kullanma (1=her zaman, 2=diğer)
- Acil servis kullanımı (1=hayır, 2=evet)
- Doktora başvurma (1= $\leq 4$  kez başvurma, 2= $\geq 5$  kez başvurma)
- Diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma (1=hayır 2=evet)
- Hastaneye yatış (1=hayır 2=evet)

- Coumadin isimli (etken maddesi varfarin sodyum olan) bir ilaç kullanma (1=hayır, 2=evet)

Sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisini belirlemede belirtilen bu kontrol değişkenlerinin tamamı aynı anda bütün regresyon analizlerine dahil edilmemiştir. Her bir regresyon analizi için farklı sayı ve türde kontrol değişkenleri kullanılmıştır. Regresyon çözümlemesi yardımıyla değişkenler arasındaki ilişkinin *neden-sonuç* ilişkisi olup olmadığı konusunda bir yargıya varılamaz. İki ya da daha fazla değişken arasında kuvvetli bir ilişki olsa bile, bu durum neden-sonuç ilişkisinin bir sonucu olmayabilir. Bu nedenle, ilişkiler kuramsal bir nedene dayandırılmalıdır (Alpar, 2013, s.420). Sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisini araştırırken kullanılacak kontrol değişkenlerinin seçiminde, hasta sonuçlarını kuramsal olarak etkileyebileceği düşünülen değişkenler araştırmacı tarafından kontrol değişkeni olarak belirlenmiştir. Örneğin, bir çalışmada kronik kalp yetmezliğinin ağırlaşması nedeniyle hastaneye başvuran hastaların %44,2'sinde, daha önce reçete edilen kalp yetmezliği tedavisine uyumsuzluk olduğu görülmüştür (Akıncı vd., 2014, s.60). Çalışmada, sağlık okuryazarlığının bazı sağlık hizmetleri kullanımına (acile servis kullanımı, hastaneye yatış vb) etkisini belirlemede ilaç kullanım alışkanlıkları kontrol değişkenlerine dahil edilmiştir. Başka bir çalışmada, sigara kullanmayı etkileyen faktörlerin işsizlik, sigara fiyatı, yaş, kentleşme oranı ve gelir olduğu bulunmuştur (Temiz, 2010, s.45). Çalışmada sağlık okuryazarlığının sigara kullanma gibi sağlık davranışları ve riskleriyle ilgili hasta sonuçlarına etkisini belirlemede istihdam durumu, yaş, yaşadığı yer ve hanehalkı geliri değişkenleri kontrol değişkenlerine dahil edilmiştir. Çalışmada, sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarından acil servis kullanımı, hastaların doktora başvurması, hastaların hastane hizmeti kullanımı, hastaların kardiyoloji polikliniğine başvurması ve hastaların hastanede yatışı üzerine etkisini belirlemede tablet şeklinde kullanılan Coumadin isimli ilacın kullanım durumu da kontrol değişkenlerine dahil edilmiştir. Bu ilacı kullanan hastaların International Normalized Ratio (INR) testini ortalama ayda bir yaptırılmaları gerekmektedir. Ancak, hastaların INR düzeyleri istenen düzeyde değilse, INR düzeyleri istenen düzeye gelinceye kadar doktorun isteğiyle birlikte bu test daha sık yapılabilmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2018a). Bu durumda, hastaların bu ilacı kullanma durumları onların sağlık hizmeti kullanım miktarını da etkileyebilecektir.

Sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisini belirlemede kullanılan kontrol değişkenleri, analiz sonuçlarının verildiği ilgili tabloların altında dipnot olarak verilmiştir. Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu, kontrol değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun hasta sonuçlarına etkisini belirlemede basit doğrusal regresyon analizi, çoklu doğrusal regresyon analizi, iki kategorili (binary) lojistik regresyon analizi ve çoklu lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. İlgili tablolarda bu regresyon analizlerinin sadece genel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ile ilgili sonuçları verilmiş, sonuçların tamamının yer aldığı SPSS çıktı dosyaları ise EK 5’te verilmiştir.

#### **4.7. SINIRLILIKLAR VE VARSAYIMLAR**

Araştırma, sadece bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastalardan anket uygulanan ve anketi geçerli sayılan hastalarla ilgili bulguları ve sonuçları kapsamaktadır. Burada sunulan bulgular ve sonuçlar sadece bu hastalardan elde edilen bilgileri yansıtmaktadır. Araştırmanın sadece bir hastanede ve bu hastanenin de sadece kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastalar üzerinde yapıлып diğer hastane türleri (kamu hastaneleri, özel hastaneler vb.) ve polikliniklerinde (genel cerrahi, dahiliye vb.) yapılmaması araştırmanın en önemli sınırlılığıdır. Ayrıca araştırmada sağlık okuryazarlığını belirleyicileriyle ilgili analizlerde hastaların sosyal ve çevresel özellikleri (kültür, dil, politik güç ve toplumsal sistem) ile durumsal özellikleri (sosyal destek, aile ve akran etkileri, medya kullanımı ve fiziksel çevre vb.) hakkında veri toplanmadığından, bu analizler sadece bireysel özellikler (cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşadığı yer ve sosyal statü algısı) üzerinden yapılmıştır. Araştırmanın diğer sınırlılıkları arasında örnekleme yöntemi olarak olasılıklı olmayan bir örnekleme yönteminin kullanılması da bulunmaktadır. Hastaların sahip olduğu hastalıkların kayıtlardan, epikrizden ya da muayene ederek vb. öğrenilmemesi ve bunların hastaların kendi beyanlarına dayanarak öğrenilmesi de önemli bir sınırlılıktır. Benzer şekilde, sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili veriler de hastaların kendilerine sorularak öğrenildi, hastane kayıtlarından kontrol edilmedi; edilse de başka hastanelerin kayıtlarına bakma imkanı yoktu. Bunlar da

araştırmanın sınırlılıklarındandır. Çalışmada hastalara sorularak toplanan, özellikle sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili verilerin ve diğer tüm verilerin doğru olduğu varsayılmıştır.



## 5. BÖLÜM: BULGULAR

Bu bölümde, araştırma bulguları tanımlayıcı bulgular ve çıkarımsal bulgular olmak üzere iki alt başlık altında incelenmiştir.

### 5.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın tanımlayıcı bulgularına yer verilmiştir. Araştırmanın tanımlayıcı bulguları aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

1. Hastaların Özelliklerinin Değerlendirilmesi
2. HLS-EU'nun Maddelerinin Değerlendirilmesi
3. Sağlık Okuryazarlığı İndekslerinin Değerlendirilmesi
4. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi
5. Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi
  - ✓ Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleriyle İlgili Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi
  - ✓ Sağlık Statüsüyle İlgili Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi
  - ✓ Sağlık Hizmetleri Kullanımıyla İlgili Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi
  - ✓ Memnuniyetle İlgili Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi

#### 5.1.1. Hastaların Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Tablo 11'de hastaların özellikleri olarak cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşadığı yer ve sosyal statü algısı değişkenlerine yer verilmiş ve hastalar bu değişkenlere göre tanımlanmıştır.



**Tablo 11. Hastaların Özellikleri (n=530)**

Özellikler	Kategoriler	Sayı	Yüzde	Ortalama $\pm$ SS <sup>1</sup> Ort. (25.-75. yüz.) <sup>2</sup>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	293	55,3	
	Erkek	237	44,7	
<b>Medeni durum</b>	Evli	346	66,2	
	Bekar <sup>3</sup>	177	33,8	
	Bilmiyor/Kabul etmedi	7		
<b>Eğitim düzeyi</b>	Temel eğitimden yoksun <sup>4</sup>	59	11,1	
	İlkokul	122	23,0	
	İlköğretim-Lise <sup>5</sup>	159	30,0	
	Üniversite <sup>6</sup>	190	35,9	
<b>Yaş (yıl)</b>	17-30	99	18,7	
	31-50	120	22,6	51,5 $\pm$ 18,3
	51-70	228	43,0	55 (35-68)
	71 ve üstü	83	15,7	
<b>İstihdam durumu</b>	Çalışan	118	22,3	
	Çalışmayan <sup>7</sup>	360	68,1	
	Öğrenci	51	9,6	
	Bilmiyor/Kabul etmedi	1		
<b>Hanehalkı geliri (Türk Lirası-TL)</b>	1000 ve altı	95	18,4	
	1001-2000	164	31,8	
	2001-4000	146	28,3	
	4001 ve üstü	111	21,5	
	Bilmiyor/Kabul etmedi	14		
<b>Yaşadığı yer</b>	İl merkezi	443	83,7	
	Diğer <sup>8</sup>	86	16,3	
	Bilmiyor/Kabul etmedi	1		
<b>Sosyal statü algısı<sup>9</sup></b>	Düşük	126	24,4	
	Orta	300	58,1	5,7 $\pm$ 2,0
	Yüksek	90	17,5	6 (5-7)
	Bilmiyor/Kabul etmedi	14		

<sup>1</sup> Standart Sapma<sup>2</sup> Ortanca (25.-75. yüzdeler)<sup>3</sup> 98 hiç evlenmemiş, 66 dul, 13 ayrılmış/boşanmış<sup>4</sup> 36 okuryazar değil, 23 okuryazar; <sup>5</sup> 50 ilköğretim, 109 lise; <sup>6</sup> 44 ön lisans, 117 lisans, 29 lisans üstü.<sup>7</sup> 5 yarı zamanlı çalışan, 159 ev hanımı, 16 işsiz, 177 emekli, 3 diğer<sup>8</sup> 64 ilçe merkezi, 5 belde, 17 köy<sup>9</sup> Katılımcılardan toplumdaki sosyal statülerini 1-10 arasındaki bir skalada değerlendirmeleri istemiştir. "1=Toplumdaki en düşük seviye" ve "10=Toplumdaki en yüksek seviye"yi ifade etmektedir. Puanlardan; "1-4 = düşük"; "5-7 = orta" ve "8-10 =yüksek" olarak kategorilendirilmiştir (HLS-EU, 2012'den uyarlanmıştır).

Tablo 11'e göre, hastaların yarısından fazlası (%55,3) kadınlardan oluşurken üçte ikisinin (%66,2) medeni durumu evli, yaklaşık üçte birinin (%34,1) eğitim düzeyi de ilkokul ve altındadır. Hastaların yaş ortalaması  $51,5 \pm 18,3$ 'tür. Hastaların yaklaşık üçte ikisi (%68,1) çalışmazken yaklaşık yarısının (%50,2) hanehalkı geliri 2000 TL ve onun altındadır. Hastaların büyük çoğunluğu (%83,7) il merkezlerinde yaşamaktadır. Hastaların toplumdaki sosyal statülerine ilişkin algılarının ortalaması  $5,7 \pm 2,0$  iken yarısından fazlasının (%58,1) sosyal statü algısı orta düzeydedir.

### 5.1.2. HLS-EU'nun Maddelerinin Değerlendirilmesi

Hastaların HLS-EU'da yer alan ifadelerle ilişkin değerlendirmeleri Tablo 12'de verilmiştir. Buna göre, hastaların sağlık hizmeti alanındaki maddeleri zor olarak algılama yüzdeleri %9,1 – %43,8 arasında değişmektedir. Hastaların sağlık hizmeti alanında en fazla zor olarak algıladığı madde “M6. İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak – %43,8” maddesidir. Katılımcıların %40'ından fazlasının zor olarak algıladığı diğer maddeler; “M12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (*Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları*) – %42,3”; “M7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak – %40,4” ve “M10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek – %40,4” maddeleridir. Hastaların zorluğunu en düşük olarak algıladıkları maddeler ise “M8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak – %9,1” ve “M16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek – %11,7” maddeleridir.

Hastaların hastalıktan korunma alanındaki maddeleri zor olarak algılama yüzdeleri %15,5 – %34,6 arasında değişmektedir. Hastaların bu alanda en fazla zor olarak algıladığı maddeler “M28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (*Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları*) – %34,6” ve “M31. Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (*Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları*) – %33,9” maddeleridir. Hastaların zorluğunu en düşük olarak algıladıkları mader ise “M21. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak

**Tablo 12. Hastaların HLS-EU'nun Maddelerine İlişkin Değerlendirmeleri (n=537)\***

Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Maddeleri	Zor	Kolay	Bilmiyor
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Sağlık Hizmeti Alanı</b>			
M1. Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	143 (26,6)	392 (73,0)	2 (0,4)
M2. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	175 (32,6)	361 (67,2)	2 (0,2)
M3. Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	200 (37,2)	332 (61,8)	5 (0,9)
M4. Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (Yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)	107 (19,9)	426 (79,3)	4 (0,7)
M5. Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	118 (22,0)	418 (77,8)	1 (0,2)
M6. İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak	235 (43,8)	300 (55,9)	2 (0,4)
M7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak	217 (40,4)	308 (57,4)	12 (2,2)
M8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	49 (9,1)	488 (90,9)	0 (0,0)
M9. Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek	91 (16,9)	443 (82,5)	3 (0,6)
M10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	217 (40,4)	306 (57,0)	14 (2,6)
M11. İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	169 (31,5)	361 (67,2)	7 (1,3)
M12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	227 (42,3)	302 (56,2)	8 (1,5)
M13. Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	133 (24,8)	398 (74,1)	6 (1,1)
M14. İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	85 (15,8)	452 (84,2)	0 (0,0)
M15. Acil durumda ambulans çağırmak	90 (16,8)	443 (82,5)	4 (0,7)
M16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	63 (11,7)	473 (88,1)	1 (0,2)
<b>Hastalıktan Korunma Alanı</b>			
M17. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	101 (18,8)	430 (80,1)	6 (1,1)
M18. Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	168 (31,3)	365 (68,0)	4 (0,7)
M19. Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	151 (28,1)	377 (70,2)	9 (1,7)
M20. Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	135 (25,1)	397 (73,9)	5 (0,9)
M21. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	83 (15,5)	452 (84,2)	2 (0,4)
M22. Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	91 (16,9)	440 (81,9)	6 (1,1)
M23. Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	86 (16,0)	447 (83,2)	4 (0,7)
M24. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	109 (20,3)	426 (79,3)	2 (0,4)
M25. Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	97 (18,1)	435 (81,0)	5 (0,9)

**Tablo 12. Hastaların HLS-EU Anketinin Maddelerine İlişkin Değerlendirmeleri (n=537)\* (Devam)**

Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Maddeleri	Zor	Kolay	Bilmiyor
	n (%)	n (%)	n (%)
M.26 Hangi aşılara ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	182 (33,9)	347 (64,6)	8 (1,5)
M27. Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	173 (32,2)	357 (66,5)	7 (1,3)
M28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	186 (34,6)	342 (63,7)	9 (1,7)
M29. Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	176 (32,8)	355 (66,1)	6 (1,1)
M30. Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığımız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	118 (22,0)	417 (77,7)	2 (0,4)
M31. Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)	182 (33,9)	352 (65,5)	3 (0,6)
<b>Sağlığın Geliştirilmesi Alanı</b>			
M32. Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	120 (22,3)	413 (76,9)	4 (0,7)
M33. Akıl sağlığımız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb)	136 (25,3)	395 (73,6)	6 (1,1)
M34. Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (Yönlendirme: gürültü ve kirliliğin azaltılması, yeşil alanlar yaratmak, boş zaman aktiviteleri)	145 (27,0)	388 (72,3)	4 (0,7)
M35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, hükümet değişikliği, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması)	266 (49,5)	262 (48,8)	9 (1,7)
M36. İşinizde sağlığımızı iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	184 (34,3)	343 (63,9)	10 (1,9)
M37. Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	69 (12,8)	464 (86,4)	4 (0,7)
M38. Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	168 (31,3)	369 (68,7)	0 (0,0)
M39. Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)	151 (28,1)	385 (71,7)	1 (0,2)
M40. Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	133 (24,8)	404 (75,2)	0 (0,0)
M41. Nerede yaşadığının sağlığınız ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek (Yönlendirme: içinde bulunduğunuz topluluk, yaşadığınız çevre)	119 (22,2)	418 (77,8)	0 (0,0)
M42. Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	104 (19,4)	432 (80,4)	1 (0,2)
M43. Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınızla ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	91 (16,9)	445 (82,9)	1 (0,2)
M44. Sağlığınızı iyileştirecek kararlar vermek	137 (25,5)	398 (74,1)	2 (0,4)
M45. İsteddiğinizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	263 (49,0)	271 (50,5)	3 (0,5)
M46. Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	195 (36,3)	341 (63,5)	1 (0,2)
M47. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	273 (50,8)	263 (49,0)	1 (0,2)

\*Sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının hesaplamasında eksik verisi olduğu için çıkarılan 7 kişi bu tabloda çıkarılmamış, maddelerin değerlendirilmesi 537 hasta üzerinden yapılmıştır.

gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak – %15,5” ve “M23. Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (*Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon*) – %16,0” maddeleridir.

Hastaların sağlığın geliştirilmesi alanındaki maddeleri zor olarak algılama yüzdeleri % 12,8 – %50,8 arasında değişmektedir. Hastaların yaklaşık yarısının bu alanda en fazla zor olarak algıladığı maddeler; “M47. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak – %50,8”, “M35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (*Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, hükümet değişikliği, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması*) – %49,5” ve “M45. İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak – %49,0” maddeleridir. Hastaların zorluğunu en düşük olarak algıladıkları maddeler ise “M37. Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak – %12,8” ve “M43. Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek (*Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.*) – % 16,9” maddeleridir.

### 5.1.3. Sağlık Okuryazarlığı İndekslerinin Değerlendirilmesi

Hastaların genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları, sağlık bilgisi süreçleri ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı dağılımları Tablo 13’te verilmiştir. Buna göre, hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması  $31,3 \pm 10,3$ ; ortancası ise 31,9’dur. Sağlık okuryazarlığı alanlarından hastalıktan korunma, sağlık okuryazarlığı alanı indeks puanı ortalaması ( $32,2 \pm 11,5$ ) ve ortancası (33,3) en yüksek alandır. Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı alanlarının ortalamaları (sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı indeks puanı  $30,9 \pm 9,6$ ; sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı indeks puanı  $30,8 \pm 11,5$ ) arasında fazla bir fark olmamakla birlikte ortancaları aynıdır (31,3).

Sağlık bilgisi süreçlerinden sağlık bilgisini anlama süreci indeks puanı ortalaması ( $32,2 \pm 10,6$ ) ve ortancası (33,3) en yüksek süreçken, sağlık bilgisine erişim süreci indeks puanı ortalaması ( $30,5 \pm 10,9$ ) en düşük, ortancası ise (32,1) aralarında fazla fark olmamakla birlikte en yüksek ikinci süreçtir. Sağlık bilgisini değerlendirme ( $31,2 \pm 11,0$ )

**Tablo 13. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının Dağılımı**

<b>Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri</b>	<b>Ortalama±SS<sup>1</sup></b>	<b>Ortanca (25.-75. yüz.)<sup>2</sup></b>
<b>Genel sağlık okuryazarlık indeksi</b>		
Genel sağlık okuryazarlığı	31,3±10,3	31,9 (26,6 - 37,2)
<b>Sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri</b>		
Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	30,9±9,6	31,3 (27,1 - 35,5)
Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	32,2±11,5	33,3 (26,7 - 38,9)
Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	30,8±11,5	31,3 (25,0 - 38,5)
<b>Sağlık bilgisi süreçleri indeksleri</b>		
Sağlık bilgisine erişim	30,5±10,9	32,1 (25,6 - 37,2)
Sağlık bilgisini anlama	32,2±10,6	33,3 (27,3 - 38,3)
Sağlık bilgisini değerlendirme	31,2±11,0	31,9 (26,4 - 37,5)
Sağlık bilgisini uygulama	31,2±10,5	31,8 (25,8 - 37,9)
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indeksleri</b>		
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisine erişim	29,7±10,0	29,2 (25,0 - 33,3)
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisini anlama	30,2±11,1	31,3 (25,0 - 37,5)
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisini değerlendirme	29,3±10,7	29,2 (25,0 - 33,3)
Sağlık hizmetleri – sağlık bilgisini uygulama	34,3±11,6	33,3 (29,2 - 41,7)
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	31,9±12,5	33,3 (25,0 - 37,5)
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	35,1±12,3	33,3 (33,3 - 44,4)
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	31,5±12,9	33,3 (24,6 - 40,0)
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	31,0±12,5	33,3 (22,2 - 38,9)
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	30,1±13,1	33,3 (23,3 - 36,7)
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	32,2±12,3	33,3 (25,0 - 37,5)
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	33,4±12,4	33,3 (27,8 - 38,9)
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	28,1±13,0	29,2 (19,8 - 37,5)

<sup>1</sup>Standart sapma; <sup>2</sup>25.- 75. yüzdeler

ve sağlık bilgisini uygulama (31,2±10,5) süreçlerinin ortalamaları aynı, ortancaları ise birbirine çok yakındır (sırasıyla 31,9 ve 31,8).

Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan indeks puanı ortalaması en yüksek alt boyutlar; hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama (35,1±12,3), sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama (34,3±11,6) ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme (33,4±12,4) alt-boyutlarıdır. İndeks puanı ortalaması en yüksek olan bu üç boyutun ortancaları aynıdır (33,3). Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan indeks puanı ortalaması en düşük alt-boyutlar; sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama (28,1±13,0), sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme (29,3±10,7) ve sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim (29,7±10,0) alt-boyutlarıdır. İndeks puanı ortalaması en düşük olan bu üç alt-boyutun da ortancaları aynıdır (29,2).

#### 5.1.4. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Çalışmada, hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanlarına göre hangi sağlık okuryazarlığı düzeyinde oldukları değerlendirilmiştir. Tablo 14'te hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre dağılımlarının yanısıra, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre Genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamaları ve ortancaları da verilmiştir.

**Tablo 14. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Bu Düzeylere Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı Ortalamaları ve Yüzdeler Dağılımları**

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	Sayı	Yüzde	Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı	
			Ortalama±SS <sup>1</sup> (25.-75.yüzdeler)	Ortanca
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	104	19,6	15,7±7,9	18,1 (9,4 - 22,7)
Sınırlı sağlık okuryazarlığı	204	38,5	29,7±2,3	29,8 (27,9 - 31,6)
Yeterli sağlık okuryazarlığı	144	27,2	36,6±2,6	36,5 (34,1 - 37,9)
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	78	14,7	46,3±2,4	46,1 (44,3 - 48,3)

<sup>1</sup>Standart sapma

Hastaların %19,6'sı yetersiz, %38,5'i sınırlı, %27,2'si yeterli, %14,7'si ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini iki

katagoride değerlendirecek olursak, hastaların yaklaşık beşte üçü (%58,1) yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindeyken yaklaşık beşte ikisi (%41,9) yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması  $15,7\pm 7,9$ , ortancası 18,1 iken mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması  $46,3\pm 2,4$ , ortancası ise 46,1'dir. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamaları ve ortancaları karşılaştırıldığında, sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamaları ve ortancaları da (doğal olarak) yükselmektedir.

### **5.1.5. Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi**

Çalışmada hasta sonuçları ile ilgili bulgular; sağlık davranışları ve sağlık riskleriyle ilgili hasta sonuçlarının değerlendirilmesi, sağlık statüsüyle ilgili hasta sonuçlarının değerlendirilmesi, sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili hasta sonuçlarının değerlendirilmesi ve memnuniyetle ilgili hasta sonuçlarının değerlendirilmesi başlıkları altında aşağıda anlatılmıştır.

#### **5.1.5.1. Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleriyle İlgili Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi**

Sağlık davranışları ve sağlık riskleri ile ilgili hasta sonuçları kapsamında hastaların; egzersiz yapma durumu, yaptığı egzersiz türü, sigara kullanma durumu, günlük içtiği sigara sayısı (sigara kullanan hastaları için), son bir ay içerisinde alkol alma davranışında bulunup bulunmadığı, son bir ay içerisinde alkol alma sıklığı (son bir ay içerisinde alkol alma davranışında bulunan hastalar için), diyet uygulama durumu, BKİ ölçüsü, BKİ ölçüsü nitelendirmesi, ilaç kullanım alışkanlıkları (doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanma, çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma, kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma, eczaneye danışarak ilaç kullanma, internetten araştırarak ilaç kullanma, kendisine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına tavsiye etme, evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme, ilaçları doktorun önerdiği miktarda kullanma, ilaçları doktorun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma), sağlık bilgisine



ulaşmada kullandığı kaynaklar, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı ve kullandığı sağlık bilgi kaynağı sayısı incelenmiş, sonuçlar Tablo 15'te verilmiştir.

Hastaların yaklaşık üçte ikisi (%63,6) en az bir tane egzersizi düzenli olarak yaparken, yarıya yakınının (%46,6) düzenli olarak yaptığı egzersiz türü sadece yürüyüştür. Hastaların yaklaşık beşte biri (%19,9) sigara kullanırken, sigara kullanan hastaların (97 kişi) günlük içtikleri ortalama sigara sayısı  $12,4 \pm 10,8$  iken ortanca değeri ise 10'dur. Hastaların büyük çoğunluğu (%86,4) son bir ay içerisinde alkol alma davranışında bulunmazken, alkol alanların yarıdan fazlası (%56,5) son bir ay içerisinde 2 ve daha fazla sıklıkla alkol alma davranışında bulunmuştur. Hastaların üçte biri (%33,8) diyet uyguladığını bildirmiştir. Hastaların BKİ ölçüsü ortalaması  $26,9 \pm 5,2$  iken yaklaşık üçte ikisi (%63,5) BKİ ölçüsü nitelendirmesine göre fazla kilolu veya obezdir.

Hastaların %60,9'u doktor tavsiyesi olmadan, %82,8'i çevre tavsiyesiyle, %65,3'ü kendi ilaç bilgisine dayanarak, %54,7'si eczanesine danışarak, %91,1'i de internetten araştırarak hiçbir zaman ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Hastaların yaklaşık dörtte üçü kendisine iyi gelen bir ilacı başkasına hiçbir zaman tavsiye etmediğini (%73,4), evdeki ilaçların son kullanma tarihlerine her zaman dikkat ettiğini (%74,9) belirtmiştir. Hastaların %80'inden fazlası ilaçlarını her zaman doktorunun önerdiği miktarda (%84,5) ve önerdiği süreye uygun kullandığını (%82,1) belirtmiştir.

Hastaların nerdeyse tamamı (%97,4) sağlık bilgisine ulaşmada doktoru kullanmaktadır. Hastaların %40'ından fazlasının sağlık bilgisine ulaşmada sıklıkla kullandığı diğer kaynaklar; televizyon (%46,7), internet (%45,0) ve eczacıdır (%42,7). Hastalara göre sağlık bilgisine ulaşmada en önemli bilgi kaynağı olarak birinci sırada doktor (%87,1), ikinci sırada internet (%9,3) yer almaktadır. Hastaların sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı bilgi kaynakları sayısının ortalaması  $3,2 \pm 2,3$ 'tür. Hastaların yarıdan fazlası (%51,2) sağlık bilgisine ulaşmada sadece bir veya iki kaynak kullanırken üçte biri (%33,1) dört ve üzeri kaynak kullanmaktadır.

**Tablo 15. Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleriyle İlgili Hasta Sonuçları**

Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleri	Sayı	Yüzde	Ortalama±SS <sup>1</sup> Ort. (25.-75. yüz.) <sup>2</sup>
<b>Egzersiz</b>			
<b>Egzersiz yapma</b>			
Evet	336	63,6	
Hayır	192	36,4	
Bilmiyor/Kabul etmedi	2		
<b>Egzersiz türü</b>			
Hiçbir egzersiz yapmayanlar	192	36,4	
Sadece yürüyüş yapanlar	246	46,6	
Yüzme, toplu sporlar veya spor salonunda egzersiz türlerinden en az birini yapanlar	90	17,0	
Bilmiyor/Kabul etmedi	2		
<b>Sigara</b>			
<b>Sigara kullanma</b>			
Evet	103	19,9	
Hayır	415	80,1	
Bilmiyor/Kabul etmedi	12		
<b>Sigara içenlerin günlük içtiği sigara sayısı</b> (Bu soruya 97 kişi cevap vermiştir)			12,4±10,8 10 (3,5 - 20)
<b>Alkol</b>			
<b>Son bir ay içerisinde alkol alma</b>			
Evet	71	13,6	
Hayır	450	86,4	
Bilmiyor/Kabul etmedi	9		
<b>Alkol alanların son bir ay içerisinde alkol alma sıklığı</b>			
Ayda 1 kez	30	43,5	
Ayda ≥2 kez	39	56,5	
Bilmiyor/Kabul etmedi	2		
<b>Diyet uygulama</b>			
Evet	177	33,8	
Hayır	347	66,2	
Bilmiyor/Kabul etmedi	6		
<b>Beden kitle indeksi (kg/m<sup>2</sup>)</b>			
<b>Beden kitle indeksi ölçüsü</b> (480 kişi üzerinden hesaplandı)			26,9±5,2 26,3 (23,4 – 30,1)
<b>Beden kitle indeksi (kg/m<sup>2</sup>) nitelendirmesi</b>			
Zayıf-normal kilolu (≤24,9 kg/m <sup>2</sup> ) <sup>3</sup>	175	36,5	
Fazla kilolu (25-29.9 kg/m <sup>2</sup> )	183	38,1	
Obez (≥30 kg/m <sup>2</sup> ) <sup>4</sup>	122	25,4	
Bilmiyor/Kabul etmedi	50		

**Tablo 15. Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleriyle İlgili Hasta Sonuçları (Devam)**

Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleri	Sayı	Yüzde	Ortalama±SS <sup>1</sup> Ort. (25.-75. yüz.) <sup>2</sup>
<b>İlaç kullanım alışkanlığı</b>			
<b>Doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanma</b>			
Hiçbir zaman	323	60,9	
Diğer	207	39,1	
<b>Çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma</b>			
Hiçbir zaman	439	82,8	
Diğer	91	17,2	
<b>Kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma</b>			
Hiçbir zaman	346	65,3	
Diğer	184	34,7	
<b>Eczanesine danışarak ilaç kullanma</b>			
Hiçbir zaman	290	54,7	
Diğer	240	45,3	
<b>İnternette araştırarak ilaç kullanma</b>			
Hiçbir zaman	483	91,1	
Diğer	47	8,9	
<b>Kendisine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına tavsiye etme</b>			
Hiçbir zaman	389	73,4	
Diğer	141	26,6	
<b>Evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme</b>			
Her zaman	397	74,9	
Diğer	133	25,1	
<b>İlaçlarını doktorunun önerdiği miktarda kullanma</b>			
Her zaman	448	84,5	
Diğer	82	15,5	
<b>İlaçlarını doktorunun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma</b>			
Her zaman	435	82,1	
Diğer	95	17,9	

**Tablo 15. Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleriyle İlgili Hasta Sonuçları (Devam)**

Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleri	Sayı	Yüzde	Ortalama±SS <sup>1</sup> Ort. (25.-75. yüz.) <sup>2</sup>
<b>Sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan kaynaklar</b>			
<b>Sağlık bilgi kaynakları (Evet)</b>			
Televizyon	247	46,7	
Radyo	95	18,0	
Gazete-dergi	141	26,7	
İnternet	238	45,0	
Doktor	515	97,4	
Hemşire	139	26,3	
Eczacı	226	42,7	
Diğer sağlık çalışanları	101	19,1	
Diğer <sup>5</sup>	30	5,7	
<b>En önemli sağlık bilgi kaynağı</b>			
Televizyon	5	0,9	
Radyo	0	0,0	
Gazete, dergi	2	0,4	
İnternet	49	9,3	
Doktor	461	87,1	
Hemşire	5	0,9	
Eczacı	2	0,4	
Diğer sağlık çalışanları	3	0,6	
Diğer <sup>6</sup>	2	0,4	
<b>Kullanılan sağlık bilgi kaynağı sayısı</b>			
1	150	28,3	
2	121	22,9	3,2±2,3
3	83	15,7	2,0 (1,0 – 4,0)
≥4	175	33,1	
Bilmiyor/Kabul etmedi	1		

<sup>1</sup> Standart Sapma<sup>2</sup> Ortanca (25. – 75. yüzdeler)<sup>3</sup> 17 zayıf, 158 normal kilolu<sup>4</sup> 89 birinci derece obez, 25 ikinci derece obez, 8 üçüncü derece obez<sup>5</sup> 6 çevre (aile, akraba, arkadaş), 1 tıbbi makale ve tezler, 1 vademecum, 22 belirtilmemiş<sup>6</sup> 1 çevre (aile, akraba, arkadaş), 1 tıbbi makale ve tezler

### 5.1.5.2. Sağlık Statüsüyle İlgili Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Sağlık statüsü ile ilgili hasta sonuçları kapsamında hastaların; genel sağlık durumu algısı, uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığa sahip olma durumu, sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini nasıl sınırladığı, tıbbi öykü kapsamında hangi hastalıklarının (kalp-damar hastalığı, hiperlipidemi, diyabet, hipertansiyon, KOAH, astım, böbrek hastalığı, karaciğer hastalığı, inme/felç, romatolojik hastalık, kanser, psikiyatrik hastalık, demans, diğer) olduğu ve bu hastalıklarının sayısı incelenmiş, sonuçlar Tablo 16'da verilmiştir.

Hastaların genel sağlık durumu algısı, çok iyiden çok kötüye doğru uzanan bir ölçekte (1=çok iyi, 2=iyi, 3=orta, 4=kötü, 5=çok kötü) ortalaması  $2,8 \pm 0,8$  olup orta seçeneğine yakın bulunmuştur. Hastaların genel sağlık durumu algısı üç kategoride (iyi-orta-kötü) değerlendirildiğinde, hastaların sadece %36,2'si genel sağlık durumunu iyi olarak algılarken yaklaşık yarısı (%50,2) orta olarak algılamaktadır. Hastaların büyük çoğunluğu (%84,9) uzun süreli en az bir sağlık sorunu veya hastalığı olduğunu, üçte ikiden fazlası (%68,7) ise son altı ayda sağlık sorunlarının aktivite/faaliyetlerini sınırladığını ifade etmiştir. Hastalarda en fazla görülen hastalık türü kalp-damar hastalığı (%72,3) iken bunu hipertansiyon (%40,0) ve hiperlipidemi (%30,4) takip etmektedir. Hastaların %12,1'inin hiçbir hastalığı yokken beşte ikiden fazlasının (%41,9) üç ve üzeri hastalığı vardır. Hastaların toplam hastalık sayısı ortalaması  $2,4 \pm 1,8$ 'dir.

**Tablo 16. Sağlık Statüsüyle İlgili Hasta Sonuçları**

Sağlık Statüsü Değerlendirmeleri	Sayı	Yüzde	Ortalama±SS Ort. (25.-75. yüz.)
<b>Genel sağlık durumu</b>			
İyi <sup>3</sup>	191	36,2	
Orta	265	50,2	2,8±0,8
Kötü <sup>4</sup>	72	13,6	3 (2 – 3)
Bilmiyor/Kabul etmedi	2		
<b>Uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalık<sup>5</sup></b>			
Evet-birden fazla	263	50,3	
Evet-bir tane	181	34,6	
Hayır	79	15,1	
Bilmiyor/Kabul etmedi	7		
<b>Sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetleri sınırlaması</b>			
Ciddi bir şekilde sınırladı	171	32,6	
Sınırladı ancak ciddi bir şekilde değil	189	36,1	
Sınırlamadı	164	31,3	
Bilmiyor/Kabul etmedi	6		
<b>Tıbbi öykü</b>			
<b>Hastalık türleri (Var)</b>			
Kalp-damar hastalığı	383	72,3	
Hiperlipidemi	161	30,4	
Diyabet	93	17,5	
Hipertansiyon	212	40,0	
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)	29	5,5	
Astım	44	8,3	
Böbrek hastalığı	52	9,8	
Karaciğer hastalığı	24	4,5	
İnme/Felç	25	4,7	
Romatolojik hastalık	85	16,0	
Kanser	41	7,7	
Psikiyatrik hastalık	50	9,4	
Demans	8	1,5	
Diğer <sup>6</sup>	47	8,9	
<b>Hastalık Sayısı</b>			
0 hastalık	64	12,1	
1 hastalık	149	28,1	2,4±1,8
2 hastalık	95	17,9	2 (1 – 4)
≥3 hastalık	222	41,9	

<sup>1</sup> Standart Sapma; <sup>2</sup> Ortanca (25. – 75. yüzdellikler)<sup>3</sup> 17 çok iyi, 174 iyi; <sup>4</sup> 62 kötü, 10 çok kötü<sup>5</sup> Uzun süre ile en az altı ay sürmüş veya sürmesi beklenen problemler kastedilmektedir<sup>6</sup> 14 guatr, 3 akciğer ödemi, 3 osteoporoz, 3 vertigo, 2 ortopedik, 2 bel fitiği, 2 safra kesesi, 2 bronşit, 1 kalça protezi, 1 boyun fitiği, 1 obezite, 1 pulmoner hipertansiyon, 1 sedef, 1 ülseratif kolit, 1 nörolojik hastalık, 1 hipotansiyon, 1 kansızlık, 1 göz hastalığı, 1 kolesterol yetersizliği, 1 migren, 1 kas erimesi, 1 prostat, 1 ankilozan spondilit, 1 çölyak

### 5.1.5.3. Sağlık Hizmetleri Kullanımıyla İlgili Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili hasta sonuçları kapsamında hastaların; acil servis kullanımı, doktora başvurma, hastane hizmetleri kullanımı, diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma, kardiyoloji polikliniğine başvurma, hastaneye yatış, hastaneye yatış sayısı (yatan hastalar için), hastanede yatış süresi-gün (yatan hastalar için), doktor randevusuna giderken yanında refakatçi bulundurma, hastalığıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme, doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme ve koruyucu sağlık hizmetleri (genel bir doktor muayenesi, tansiyon ölçümü, kendi kendine meme muayenesi, mamografi, serviks kanseri testi, kendi kendine testis muayenesi, kolon kanseri taraması, osteoporoz taraması, diş hekimi muayenesi ve diğer) kullanımıyla ilgili durumları incelenmiş, sonuçlar Tablo 17'de verilmiştir.

Hastaların yaklaşık beşte üçü son iki yıl içinde en az bir defa hastanelerin acil servisini kullanmış (%62,6), son bir yıl içinde beş ve daha fazla sayıda doktora başvuruda bulunmuş (%61,6), yarıdan fazlası (%51,6) son bir yıl içinde beş ve daha fazla kez hastane hizmeti kullanmıştır. Hastaların üçte biri (%33,5) son bir yıl içinde diğer sağlık profesyonellerinden hizmet aldığını belirtirken üçte birinden (%36,9) fazlası son bir yıl içinde kardiyoloji polikliniğine ilk kez başvurduğunu belirtmiştir.

Hastaların yaklaşık üçte biri (%32,1) son bir yıl içinde hastanede yatarak tedavi olduğunu belirtmiştir. Yatarak tedavi olan hastaların yaklaşık üçte ikisi (%65,7) hastaneye sadece bir kez yatmıştır. Yatan hastaların ortalama yatış süresi (gün)  $9,6 \pm 14,0$ 'dır. Ancak, hastaların yatış süresi (gün) hem normal dağılım göstermediğinden, hem de aykırı ve uç değerlere sahip olduğundan yüzdelik dağılımların değerlendirilmesi daha uygun olacaktır. Buna göre, hastaların yatış süresi (gün) ortancası 4'tür. Hastalar yatış süresi (gün) değişkenine göre iki kategoride değerlendirildiğinde, hastaların yaklaşık yarısı (%52,2) yatış süresi  $\leq 4$  gün grubundadır.

**Tablo 17. Sağlık Hizmetleri Kullanımıyla İlgili Hasta Sonuçları**

Sağlık Hizmetleri Kullanımı	Sayı	Yüzde	Ortalama±SS <sup>1</sup>
			Ort. (25.-75. yüz.) <sup>2</sup>
<b>Acil servis kullanımı<sup>3</sup></b>			
Evet	331	62,6	2,6±4,8
Hayır	198	37,4	1 (0 – 3)
Bilmiyor/Kabul etmedi	1		
<b>Doktora başvurma<sup>4</sup></b>			
≤4 kez başvurma	203	38,4	7,9±7,2
≥5 kez başvurma	326	61,6	5 (3 – 10)
Bilmiyor/Kabul etmedi	1		
<b>Hastane hizmetlerini kullanma<sup>4</sup></b>			
≤4 kez kullanma	255	48,4	5,9±6,2
≥5 kez kullanma	272	51,6	5 (2 – 8)
Bilmiyor/Kabul etmedi	3		
<b>Diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma<sup>4</sup></b>			
Evet	177	33,5	1,9±2,7
Hayır	352	66,5	1 (0 – 2)
Bilmiyor/Kabul etmedi	1		
<b>Kardiyoloji polikliniğine başvurma<sup>4</sup></b>			
1 (veya ilk) kez başvurma	195	36,9	3,5±4,8
≥2 kez başvurma	334	63,1	2 (1 – 4)
Bilmiyor/Kabul etmedi	1		
<b>Hastaneye yatma</b>			
<b>Hastaneye yatış<sup>4</sup></b>			
Evet	170	32,1	
Hayır	359	67,9	
Bilmiyor/Kabul etmedi	1		
<b>Yatış sayısı (yatışı olan hastalar için n=170)<sup>4</sup></b>			
1 kez yatış	109	65,7	1,6±1,2
≥2 kez yatış	57	34,3	1 (1 – 2)
Bilmiyor/Kabul etmedi	4		
<b>Yatış süresi (yatışı olan hastalar için n=170)<sup>4</sup></b>			
≤4 gün	84	52,2	9,6±14,0
≥5 gün	77	47,8	4 (2 – 11,5)
Bilmiyor/Kabul etmedi	9		



**Tablo 17. Sağlık Hizmetleri Kullanımıyla İlgili Hasta Sonuçları (Devam)**

Sağlık Hizmetleri Kullanımı	Sayı	Yüzde	Ortalama±SS <sup>1</sup> Ort. (25.-75. yüz.) <sup>2</sup>
<b>Doktor randevusuna giderken yanında refakatçi bulundurma</b>			
Evet	294	55,6	
Hayır	333	44,0	
Bilmiyor/Kabul etmedi	3	0,4	
<b>Hastalığıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme</b>			
Evet	368	69,6	
Hayır	161	30,4	
Bilmiyor/Kabul etmedi	1		
<b>Doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme</b>			
Evet	205	38,8	
Hayır	324	61,2	
Bilmiyor/Kabul etmedi	1		
<b>Koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı (Evet)</b>			
Genel bir doktor muayenesi <sup>4</sup>	414	78,3	
Tansiyon ölçümü <sup>4</sup>	426	80,5	
Grip aşısı <sup>4</sup>	92	17,4	
Kendi kendine meme muayenesi (n=293 kadın)	117	40,1	
Mamografi (yaş≥40) (n=216 kadın) <sup>5</sup>	98	45,6	
Serviks kanseri testi (yaş=21-65) (n=218 kadın) <sup>6</sup>	43	19,7	
Kendi kendine testis muayenesi (n=237 erkek)	47	20,2	
Kolon kanseri taraması (yaş≥50) (n=316)	42	13,3	
Osteoporoz taraması (yaş≥65) (n=68 kadın)	32	47,1	
Diş hekimi muayenesi <sup>4</sup>	175	33,1	
Diğer <sup>7</sup>	5	0,9	

<sup>1</sup> Standart Sapma<sup>2</sup> Ortanca (25. – 75. Yüzdellikler)<sup>3</sup> Son 2 yıl içinde<sup>4</sup> Son 1 yıl içinde<sup>5</sup> ≥40 yaş kadınlar için son 2 yıl içinde, ≥50 yaş kadınlar için son 1 yıl içinde<sup>6</sup> Son 3 yıl içinde<sup>7</sup> 3 kalp pili kontrolü, 1 göz kontrolü, 1 belirtilmemiş

Hastaların yarısından fazlası (%55,6) doktor randevusuna giderken yanlarında kendilerine eşlik edecek bir aile mensubu veya arkadaşını refakatçi olarak bulundurduğunu belirtmiştir. Yaklaşık 10 hastadan 7'si (%69,6) genel olarak, hastalıklarıyla ilgili ikinci bir doktordan görüş alma ihtiyacı hissetmektedir. Hastaların yaklaşık beşte ikisi (%38,8) sağlık hizmeti alırken doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik ya da tedavi istediğini belirtmiştir.

Hastaların yaklaşık beşte dördü son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçtiğini (%78,3) ve herhangi bir sağlık çalışanı tarafından tansiyon ölçümü yaptırıldığını (%80,5) belirtmiştir. Hastaların sadece %17,4'ü 2014-2015 sezonunda grip aşısı yaptırmıştır. Hastalardan 18 yaş üstü 293 kadının yaklaşık beşte ikisi (%40,1) kendi kendine meme muayenesi yaptığını belirtirken 40 yaş üstü 216 kadın hastanın yaklaşık yarısı (%45,6) son iki yıl içinde mamografi çektirdiğini belirtmiştir. 21-65 yaş aralığındaki 218 kadın hastanın yaklaşık beşte biri (%19,7) son üç yıl içinde serviks kanseri (pap smear) testi yaptırdığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan erkek hastaların sadece yaklaşık beşte biri (%20,2) kendi kendine testis muayenesi yaptığını belirtmiştir. 50 yaş ve üstü hastalardan (316 hasta) kolon kanseri taraması yaptıranların yüzdesi %13,3'tür. Hastalardan 65 yaş ve üstü kadınların (68 kişi) yaklaşık yarısı (%47,1) osteoporoz taraması yaptırmıştır. Hastaların sadece üçte biri (%33,1) son bir yıl içinde diş hekimine gitmiştir.

#### **5.1.5.4. Memnuniyetle İlgili Hasta Sonuçlarının Değerlendirilmesi**

Memnuniyetle ilgili hasta sonuçları kapsamında hastaların yaşam doyumu algısı (Yaşam Doyum Ölçeğinin 5 maddesi ve genel ortalaması) ve sağlık hizmetinden memnuniyet (doktorların sorulara hastaların anlayacağı şekilde yanıt vermesi, doktorların yeterince ilgili ve nezaketli olması, başka bir doktora muayene olmayı düşünme, genel poliklinik değerlendirmesi) algısı incelenmiş, sonuçlar Tablo 18'de verilmiştir.

**Tablo 18. Memnuniyetle İlgili Hasta Sonuçları**

<b>Memnuniyet Sonuçları</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Ortalama±SS<sup>1</sup> Ort. (25.-75. Yüz.)<sup>2</sup></b>
<b>Yaşam Doyum Algısı</b>			
<b>Yaşam Doyum Ölçeğinin maddeleri</b>			
<b>Hayatım birçok yönden idealimdekine yakındır</b>			
Katılıyorum	316	59,9	4,3±1,8
Kararsızım	44	8,3	5 (3-6)
Katılmıyorum	168	31,8	
Bilmiyor/Kabul etmedi	2		
<b>Hayat şartlarım mükemmeldir</b>			
Katılıyorum	268	50,7	4,0±1,8
Kararsızım	49	9,3	5 (2-5)
Katılmıyorum	211	40,0	
Bilmiyor/Kabul etmedi	2		
<b>Hayatımdan memnunum</b>			
Katılıyorum	340	64,4	4,6±1,7
Kararsızım	47	8,9	5 (3-6)
Katılmıyorum	141	26,7	
Bilmiyor/Kabul etmedi	2		
<b>Hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim</b>			
Katılıyorum	336	63,6	4,5±1,7
Kararsızım	38	7,2	5 (3-6)
Katılmıyorum	154	29,2	
Bilmiyor/Kabul etmedi	2		
<b>Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim</b>			
Katılıyorum	205	38,9	3,6±1,9
Kararsızım	39	7,4	3 (2-5)
Katılmıyorum	283	53,7	
Bilmiyor/Kabul etmedi	3		
<b>Yaşam doyum algısı genel ortalaması</b>			4,2±1,5
			4,4 (3,0 -5,4)

**Tablo 18. Hasta Memnuniyetiyle İlgili Hasta Sonuçları (Devam)**

<b>Memnuniyet Sonuçları</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Ortalama±SS<sup>1</sup> Ort. (25.-75. Yüz.)<sup>2</sup></b>
<b>Sağlık Hizmetinden Memnuniyet</b>			
<b>Doktorların sorulara hastaların anlayacağı şekilde yanıt vermesi</b>			
Evet	380	72,1	
Diğer	147	27,9	
Bilmiyor/Kabul etmedi	3		
<b>Doktorların yeterince ilgili ve nezaketli olması</b>			
Evet	412	78,2	
Diğer	115	21,8	
Bilmiyor/Kabul etmedi	3		
<b>Başka bir doktora muayene olmayı düşünme</b>			
Evet	138	26,2	
Hayır	389	73,8	
Bilmiyor/Kabul etmedi	3		
<b>Poliklinik hizmetlerinin genel olarak değerlendirilmesi</b>			
Mükemmel-çok iyi <sup>3</sup>	203	38,5	
İyi	223	42,3	
Orta-kötü <sup>4</sup>	101	19,2	
Bilmiyor/Kabul etmedi	3		

<sup>1</sup> Standart Sapma<sup>2</sup> Ortanca (25. – 75. Yüzdeler)<sup>3</sup> 73 mükemmel, 130 çok iyi<sup>4</sup> 78 orta, 23 kötü

Hastaların yaşam doyum algılarını ölçmek için kullanılan Yaşam Doyum Ölçeğinin maddeleri üç kategoride (katılıyorum-kararsızım-katılmıyorum) değerlendirildiğinde, hastaların en fazla katıldığı maddeler “Hayatımdan memnunum (%64,4)” ve “Hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim (%63,6)” maddeleridir. En az katıldıkları maddeler ise “Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim (%38,9)” ve “Hayat şartlarım mükemmeldir (%50,7)” maddeleridir.

Yaşam Doyum Ölçeğinin (7’li Likert türü bir ölçek; 1=kesinlikle katılmıyorum; 7=tamamen katılıyorum) maddeleri ortalamalar açısından değerlendirildiğinde, “Hayatımdan memnunum” maddesi ortalaması (4,6±1,7) en yüksek; “Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim” maddesi ise ortalaması

(3,6±1,9) en düşük maddedir. Ayrıca diğer dört maddenin ortancası 5 iken ortalaması en düşük olan “Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmedim” maddesi, aynı zamanda ortanca değeri de en düşük (3) olan maddedir. Hastaların yaşam doyumu algısı genel ortalaması 4,2±1,5 iken ortancası 4,4’tür.

Hastaların %72,1’i almış oldukları poliklinik hizmetinde muayene oldukları doktorların, şikayetlerini dinleyip hastalıklarıyla ilgili sorularına anlayacakları şekilde cevap verdiğini, %78,2’si de doktorların kendilerine karşı yeterince ilgili ve nezaketli olduğunu belirtmiştir. Hastaların yaklaşık dörtte biri (%26,2) bugünkü almış oldukları poliklinik hizmetinden sonra, aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünmektedir. Hastalardan bugünkü almış oldukları poliklinik hizmetini genel olarak değerlendirmeleri istendiğinde; %19,2’si kötü-orta, %42,3’ü iyi; %38,5’i ise mükemmel-çok iyi olarak değerlendirmiştir.

## 5.2. ÇIKARIMSAL BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın çıkarımsal bulgularına yer verilmiştir. Araştırmanın çıkarımsal bulguları aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

1. Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri Arasındaki İlişkilerin Değerlendirmesi
2. Hastaların Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
3. Hastaların Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması
4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Hasta Özelliklerinin Belirlenmesi
5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması
  - ✓ Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleriyle İlgili Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması
  - ✓ Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Statüsüyle İlgili Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması
  - ✓ Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Hizmetleri Kullanımıyla İlgili Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması
  - ✓ Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Memnuniyetle İlgili Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması
6. Sağlık Okuryazarlığının Hasta Sonuçlarına Etkisi
  - ✓ Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleriyle İlgili Hasta Sonuçlarına Etkisi
  - ✓ Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Statüsüyle İlgili Hasta Sonuçlarına Etkisi
  - ✓ Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmetleri Kullanımıyla İlgili Hasta Sonuçlarına Etkisi
  - ✓ Sağlık Okuryazarlığının Memnuniyetle İlgili Hasta Sonuçlarına Etkisi

### 5.2.1. Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri Arasındaki İlişkilerin Değerlendirmesi

Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları, sağlık bilgisi süreçleri ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun arasındaki ilişkileri belirlemede Pearson korelasyon katsayısı ( $r$ ) kullanılmıştır. Pearson korelasyon katsayısı, ölçümle belirtilen iki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin kuvveti ve yönü hakkında bilgi verir. Pearson korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değişmekte olup her iki yönde 0'a yaklaşırken ilişkinin kuvveti azalmakta, +1 ve -1'e yaklaştıkça ilişkinin kuvveti artmaktadır. Pearson korelasyon katsayısı mutlak değerinin büyüklüğü dikkate alındığında aşağıdaki gibi nitelendirilebilir (Alpar, 2014):

<u><math>r</math>'nin değeri</u>	<u>Nitelendirme</u>
0,00-0,19	İlişki yok veya önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki
0,20-0,39	Zayıf (düşük) ilişki
0,40-0,69	Orta düzeyde ilişki
0,70-0,89	Kuvvetli (yüksek) ilişki
0,90-1,00	Çok kuvvetli ilişki

Sağlık okuryazarlığı indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 19'da verilmiştir. Sağlık okuryazarlığı alanları arasındaki korelasyon katsayıları 0,83-0,88 arasında değişmektedir. Sağlık okuryazarlığı alanları arasındaki ilişkilerden en yüksek ilişki hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı alanı ile sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı alanı arasında olup kuvvetli ( $r=0,88$ ;  $p<0,001$ ) iken en düşük ilişki sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanı ile sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı alanı arasında olup yine kuvvetlidir ( $r=0,83$ ;  $p<0,001$ ).

**Tablo 19. Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

<b>Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri</b>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	
1. Genel sağlık okuryazarlığı	1,00																				
2. Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	0,94	1,00																			
3. Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	0,96	0,85	1,00																		
4. Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	0,96	0,83	0,88	1,00																	
5. Sağlık bilgisine erişim	0,96	0,91	0,91	0,91	1,00																
6. Sağlık bilgisini anlama	0,96	0,92	0,91	0,92	0,91	1,00															
7. Sağlık bilgisini değerlendirme	0,96	0,88	0,95	0,91	0,88	0,91	1,00														
8. Sağlık bilgisini uygulama	0,95	0,86	0,91	0,93	0,87	0,88	0,90	1,00													
9. Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,76	0,85	0,67	0,67	0,83	0,73	0,67	0,67	1,00												
10. Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,83	0,91	0,74	0,74	0,80	0,88	0,76	0,74	0,71	1,00											
11. Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,85	0,88	0,79	0,77	0,78	0,80	0,89	0,79	0,63	0,74	1,00										
12. Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,88	0,91	0,82	0,79	0,83	0,85	0,81	0,86	0,69	0,77	0,75	1,00									
13. Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,90	0,84	0,91	0,83	0,92	0,85	0,84	0,83	0,68	0,75	0,74	0,81	1,00								
14. Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,86	0,79	0,88	0,79	0,83	0,89	0,82	0,78	0,63	0,70	0,68	0,79	0,81	1,00							
15. Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,90	0,78	0,95	0,82	0,81	0,84	0,95	0,84	0,60	0,67	0,75	0,74	0,79	0,79	1,00						
16. Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,79	0,65	0,85	0,75	0,70	0,71	0,81	0,82	0,49	0,54	0,67	0,61	0,68	0,62	0,81	1,00					
17. Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,91	0,81	0,85	0,93	0,94	0,86	0,85	0,83	0,66	0,72	0,73	0,76	0,82	0,78	0,78	0,70	1,00				
18. Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,90	0,78	0,84	0,92	0,82	0,91	0,86	0,84	0,61	0,67	0,74	0,73	0,75	0,80	0,74	0,82	1,00				
19. Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,88	0,77	0,82	0,91	0,82	0,84	0,89	0,83	0,62	0,67	0,71	0,74	0,75	0,76	0,77	0,69	0,82	1,00			
20. Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,76	0,64	0,68	0,84	0,69	0,69	0,70	0,87	0,51	0,58	0,60	0,59	0,65	0,58	0,63	0,56	0,67	0,69	1,00		

Not: Korelasyonların tamamı &lt;0,001 düzeyinde anlamlıdır.



Sağlık bilgisi süreçleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,87-0,91 arasında değişmektedir. Sağlık bilgisi süreçleri arasındaki en yüksek ilişkiler sağlık bilgisini anlama sürecinin sağlık bilgisine erişim ( $r=0,91$ ;  $p<0,001$ ) ve sağlık bilgisini değerlendirme ( $r=0,91$ ;  $p<0,001$ ) süreçleriyle oluşturduğu ilişkilerdir ve bu ilişkiler çok kuvvetlidir. Sağlık bilgisi süreçleri arasındaki en düşük ilişki ise sağlık bilgisine erişim süreci ile sağlık bilgisini uygulama süreci arasında olup kuvvetlidir ( $r=0,87$ ;  $p<0,001$ ).

Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu arasındaki korelasyon katsayıları 0,49-0,83 arasında değişmektedir. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu arasındaki ilişkilerden en yüksek ilişki sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu ile sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu arasında olup kuvvetli ( $r=0,83$ ;  $p<0,001$ ) iken en düşük ilişki sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu ile hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu arasında olup orta düzeydedir ( $r=0,49$ ;  $p<0,001$ ).

Genel sağlık okuryazarlığı ile sağlık okuryazarlığı alanları arasındaki korelasyon katsayıları 0,94-0,96 arasında değişmektedir. Genel sağlık okuryazarlığı ile sağlık okuryazarlığı alanları arasındaki ilişkilerden en yüksek ilişki genel sağlık okuryazarlığı ile hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı alanları arasında olup çok kuvvetli ( $r=0,96$ ;  $p<0,001$ ) iken en düşük ilişki genel sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanı arasında olup yine çok kuvvetlidir ( $r=0,94$ ;  $p<0,001$ ).

Genel sağlık okuryazarlığı ile sağlık bilgisi süreçleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,95-0,96 arasında ve kuvvetlidirler ( $p<0,001$ ). Genel sağlık okuryazarlığının sağlık bilgisini uygulama süreciyle arasındaki korelasyon katsayısı 0,95 iken diğer sağlık bilgisi süreçleriyle arasındaki korelasyon katsayılarının tamamı aynı olup 0,96'dır.

Genel sağlık okuryazarlığı ile sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu arasındaki korelasyon katsayıları 0,76-0,91 arasında değişmektedir. Genel sağlık okuryazarlığı ile sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu arasındaki ilişkilerden en yüksek ilişki genel sağlık okuryazarlığı ile sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu arasında olup çok kuvvetli ( $r=0,91$ ;  $p<0,001$ ) iken en düşük ilişki genel sağlık okuryazarlığı ile

sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutları arasında olup kuvvetlidir ( $r=0,76$ ;  $p<0,001$ ).

Sağlık okuryazarlığı alanları ile sağlık bilgisi süreçleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,86-0,93 arasında değişmektedir. Sağlık okuryazarlığı alanları ile sağlık bilgisi süreçleri arasındaki ilişkilerden en yüksek ilişki sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı alanı ile sağlık bilgisini uygulama süreci arasında olup çok kuvvetli ( $r=0,93$ ;  $p<0,001$ ) iken en düşük ilişki sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanı ile sağlık bilgisini uygulama süreci arasında olup kuvvetlidir ( $r=0,86$ ;  $p<0,001$ ).

Sağlık okuryazarlığı alanları ile sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu arasındaki korelasyon katsayıları 0,64-0,95 arasında değişmektedir. Sağlık okuryazarlığı alanları ile sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu arasındaki ilişkilerden en yüksek ilişki hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı alanı ile hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu arasında olup çok kuvvetli ( $r=0,95$ ;  $p<0,001$ ) iken en düşük ilişki sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanı ile sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu arasında olup orta düzeydedir ( $r=0,64$ ;  $p<0,001$ ).

Sağlık bilgisi süreçleri ile sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu arasındaki korelasyon katsayıları 0,67-0,95 arasında değişmektedir. Sağlık bilgisi süreçleri ile sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu arasındaki ilişkilerden en yüksek ilişki sağlık bilgisini değerlendirme süreci ile hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu arasında olup çok kuvvetli ( $r=0,95$ ;  $p<0,001$ ) iken en düşük ilişkiler sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutununun sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlık bilgisini uygulama süreçleriyle oluşturduğu ilişkiler olup orta düzeydedir ( $r=0,67$ ;  $p<0,001$ ).

### **5.2.2. Hastaların Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Bu başlık altında hastaların demografik ve sosyoekonomik özelliklerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşadığı yer ve sosyal statü algısı değişkenlerine göre sağlık okuryazarlığı indekslerinin (genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları, sağlık bilgisi süreçleri ve sağlık

okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamalarının) karşılaştırılmasıyla ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Hastaların cinsiyetine göre sağlık okuryazarlığı indekslerinin puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını anlamak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinden (Independent Samples t Test) yararlanılmıştır.

Hastaların cinsiyetine göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçleri indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 20’de verilmiştir. Hastaların cinsiyetine göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçleri indeks puanı ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 20. Hastaların Cinsiyetine Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçleri İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	Cinsiyet	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	t	p
<b>Genel sağlık okuryazarlığı</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	Kadın	293	30,9	10,9	0,86	0,390
	Erkek	237	31,7	9,6		
<b>Sağlık okuryazarlığı alanları</b>						
Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	Kadın	293	30,8	10,0	0,17	0,865
	Erkek	237	31,0	9,2		
Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	Kadın	293	31,6	12,2	1,35	0,177
	Erkek	237	33,0	10,5		
Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	Kadın	293	30,4	12,1	0,87	0,385
	Erkek	237	31,2	10,7		
<b>Sağlık bilgisi süreçleri</b>						
Sağlık bilgisine erişim	Kadın	293	30,1	11,4	0,92	0,356
	Erkek	237	31,0	10,1		
Sağlık bilgisini anlama	Kadın	293	32,0	11,9	0,54	0,593
	Erkek	237	32,5	9,9		
Sağlık bilgisini değerlendirme	Kadın	293	30,9	11,6	0,72	0,471
	Erkek	237	31,6	10,3		
Sağlık bilgisini uygulama	Kadın	293	30,7	11,0	1,10	0,273
	Erkek	237	31,7	9,9		

<sup>1</sup> Ortalama, <sup>2</sup> Standart Sapma

Hastaların cinsiyetine göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 21’de verilmiştir. Hastaların cinsiyetine göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 21. Hastaların Cinsiyetine Göre Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

12 alt-boyut indeksleri	Cinsiyet	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	t	p
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	Kadın	293	29,7	10,2	0,05	0,961
	Erkek	237	29,7	9,9		
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	Kadın	293	30,3	11,4	-0,37	0,713
	Erkek	237	30,0	10,7		
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	Kadın	293	29,1	10,8	0,31	0,754
	Erkek	237	29,4	10,4		
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	Kadın	293	34,1	11,9	0,59	0,559
	Erkek	237	34,7	11,2		
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	Kadın	293	31,1	13,4	1,63	0,097
	Erkek	237	32,9	11,3		
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	Kadın	293	34,5	12,8	1,14	0,255
	Erkek	237	35,7	11,7		
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	Kadın	293	31,1	13,6	0,75	0,454
	Erkek	237	32,0	12,1		
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	Kadın	293	30,2	12,7	1,62	0,105
	Erkek	237	32,0	12,1		
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	Kadın	293	29,7	13,4	0,72	0,472
	Erkek	237	30,6	12,6		
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	Kadın	293	31,8	12,8	0,77	0,442
	Erkek	237	32,7	11,5		
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	Kadın	293	33,0	13,4	0,96	0,336
	Erkek	237	34,0	11,2		
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	Kadın	293	27,7	13,3	0,78	0,426
	Erkek	237	28,6	12,6		

<sup>1</sup> Ortalama, <sup>2</sup> Standart Sapma

Hastaların medeni durumuna göre sağlık okuryazarlığı indekslerinin puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını anlamak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinden yararlanılmıştır. Hastaların medeni durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçleri indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 22’de verilmiştir. Genel sağlık

okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçleri indeks puanı ortalamaları hastaların medeni durumuna göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 22. Hastaların Medeni Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçleri İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	Medeni durum	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	t	p
<b>Genel sağlık okuryazarlığı</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	Evli	346	31,5	10,2	0,70	0,483
	Bekar	177	30,8	10,4		
<b>Sağlık okuryazarlığı alanları</b>						
Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	Evli	346	30,9	9,4	0,10	0,917
	Bekar	177	30,8	10,0		
Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	Evli	346	32,9	11,4	1,78	0,076
	Bekar	177	31,0	11,3		
Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	Evli	346	30,8	11,4	0,11	0,914
	Bekar	177	30,7	11,5		
<b>Sağlık bilgisi süreçleri</b>						
Sağlık bilgisine erişim	Evli	346	30,5	10,5	-0,05	0,960
	Bekar	177	30,6	11,5		
Sağlık bilgisini anlama	Evli	346	32,3	10,6	0,29	0,769
	Bekar	177	32,0	10,6		
Sağlık bilgisini değerlendirme	Evli	346	31,8	11,0	1,78	0,075
	Bekar	177	30,0	10,9		
Sağlık bilgisini uygulama	Evli	346	31,4	10,3	0,68	0,499
	Bekar	177	30,7	10,7		

<sup>1</sup>Ortalama, <sup>2</sup>Standart Sapma

Hastaların medeni durumuna göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 23'te verilmiştir. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamaları hastaların medeni durumuna göre karşılaştırıldığında “hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme” ve “hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama” alt-boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ( $p<0,05$ ), diğer alt-boyutlarda ise bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı bulunan her iki alt-boyutta evli hastaların ortalamaları, bekar hastaların ortalamalarından daha yüksektir.

**Tablo 23. Hastaların Medeni Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

12 alt-boyut indeksleri	Medeni durum	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	t	p
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	Evli	346	29,3	9,4	-1,07	0,285
	Bekar	177	30,3	11,2		
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	Evli	346	30,2	10,7	0,25	0,803
	Bekar	177	30,0	11,6		
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	Evli	346	29,7	10,5	1,28	0,203
	Bekar	177	28,4	10,7		
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	Evli	346	34,4	11,3	-0,01	0,994
	Bekar	177	34,4	11,9		
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	Evli	346	32,2	12,2	0,71	0,481
	Bekar	177	31,4	13,1		
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	Evli	346	34,7	12,4	-0,86	0,388
	Bekar	177	35,7	12,1		
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	Evli	346	32,6	12,8	2,81	<b>0,005</b>
	Bekar	177	29,3	12,9		
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	Evli	346	32,2	11,9	3,29	<b>0,001</b>
	Bekar	177	28,5	13,1		
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	Evli	346	30,1	13,0	0,05	0,962
	Bekar	177	30,1	13,2		
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	Evli	346	32,6	12,1	1,19	0,236
	Bekar	177	31,3	12,5		
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	Evli	346	33,4	12,3	0,13	0,900
	Bekar	177	33,3	12,6		
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	Evli	346	27,7	12,6	-0,87	0,385
	Bekar	177	28,8	13,4		

<sup>1</sup>Ortalama, <sup>2</sup>Standart Sapma

Hastaların eğitim düzeyine göre sağlık okuryazarlığı indekslerinin puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını anlamak için tek yönlü varyans analizi ve Welch istatistiğinden yararlanılmıştır. Karşılaştırma yapmadan önce, karşılaştırma yapılacak grupların varyanslarının homojenliği test edilmiş; “sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama” alt boyutunun ortalaması hariç ( $p>0,05$ ) diğer bütün ortalamalarda grupların varyanslarının homojen olmadığı görülmüştür ( $p<0,05$ ). Bu nedenle, hastaların eğitim düzeyine göre “sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama” alt-boyutu indeks puanı ortalamasının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi, diğer alt-boyutlar, genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılmasında ise Welch istatistiği

kullanılmıştır. Hastaların eğitim düzeyine göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 24'te verilmiştir. Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamaları hastaların eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Temel eğitimden yoksun hastaların ilkokul, ilköğretim-lise ve üniversite mezunu hastalardan; ilkokul mezunu hastaların da ilköğretim-lise ve üniversite mezunu hastalardan genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamaları daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Ayrıca, eğitim düzeyi ilköğretim-lise olan hastaların genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanı, sağlık bilgisine erişim ve sağlık bilgisini anlama süreçlerinin indeks puanı ortalamaları, üniversite mezunu hastaların ortalamalarından daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Genel olarak, eğitim düzeyi daha yüksek olan hastaların genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamaları daha yüksektir.

Hastaların eğitim düzeyine göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular ise Tablo 25'te verilmiştir. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamaları hastaların eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun tamamında temel eğitimden yoksun hastaların ilkokul, ilköğretim-lise ve üniversite mezunu hastalardan; ilkokul mezunu hastaların da ilköğretim-lise ve üniversite mezunu hastalardan indeks puanı ortalamaları daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Ayrıca, ilköğretim-lise mezunu hastaların üniversite mezunu hastalardan sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutlarındaki indeks puanı ortalamaları daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Genel olarak, eğitim düzeyi daha yüksek olan hastaların sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamaları daha yüksektir.

**Tablo 24. Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçleri İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	Eğitim düzeyi	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	F	p	AF <sup>3</sup>
<b>Genel sağlık okuryazarlığı</b>							
Genel Sağlık Okuryazarlığı	A.TEY <sup>4</sup>	59	15,1	10,8	85,93	<0,001	A-B,C,D
	B.İlkokul	122	27,6	7,2			B-C,D
	C.İlköğretim-Lise	159	34,0	7,3			C-D
	D.Üniversite	190	36,3	7,9			
<b>Sağlık okuryazarlığı alanları</b>							
Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	A.TEY <sup>4</sup>	59	16,4	10,4	78,58	<0,001	A-B,C,D
	B.İlkokul	122	27,3	7,1			B-C,D
	C.İlköğretim-Lise	159	33,1	6,4			C-D
	D.Üniversite	190	35,8	7,6			
Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	A.TEY <sup>4</sup>	59	15,1	12,4	65,73	<0,001	A-B,C,D
	B.İlkokul	122	29,1	8,1			B-C,D
	C.İlköğretim-Lise	159	35,3	8,9			
	D.Üniversite	190	36,9	9,2			
Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	A.TEY <sup>4</sup>	59	13,7	11,1	84,13	<0,001	A-B,C,D
	B.İlkokul	122	26,6	8,4			B-C,D
	C.İlköğretim-Lise	159	33,8	9,0			
	D.Üniversite	190	36,2	8,9			
<b>Sağlık bilgisi süreçleri</b>							
Sağlık bilgisine erişim	A.TEY <sup>4</sup>	59	13,8	11,0	91,71	<0,001	A-B,C,D
	B.İlkokul	122	26,3	7,9			B-C,D
	C.İlköğretim-Lise	159	33,3	7,8			C-D
	D.Üniversite	190	36,1	8,1			
Sağlık bilgisini anlama	A.TEY <sup>4</sup>	59	16,0	11,2	85,28	<0,001	A-B,C,D
	B.İlkokul	122	28,1	7,8			B-C,D
	C.İlköğretim-Lise	159	34,9	7,3			C-D
	D.Üniversite	190	37,7	8,1			
Sağlık bilgisini değerlendirme	A.TEY <sup>4</sup>	59	15,6	12,1	58,28	<0,001	A-B,C,D
	B.İlkokul	122	28,2	8,1			B-C,D
	C.İlköğretim-Lise	159	34,0	8,5			
	D.Üniversite	190	35,8	9,1			
Sağlık bilgisini uygulama	A.TEY <sup>4</sup>	59	15,1	10,3	78,06	<0,001	A-B,C,D
	B.İlkokul	122	28,1	7,3			B-C,D
	C.İlköğretim-Lise	159	34,1	8,0			
	D.Üniversite	190	35,6	8,7			

<sup>1</sup>Ortalama, <sup>2</sup>Standart Sapma, <sup>3</sup>Anlamlı Fark, <sup>4</sup>Temel Eğitimden Yoksun



**Tablo 25. Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

12 alt-boyut indeksleri	Eğitim düzeyi	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	F	p	AF <sup>3</sup>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	A.TEY <sup>4</sup>	59	17,1	11,0	50,64	<0,001	A–B,C,D
	B.İlkokul	122	26,4	8,3			B–C,D
	C.İlköğretim-lise	159	31,4	7,0			C–D
	D.Üniversite	190	34,2	8,9			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	A.TEY <sup>4</sup>	59	15,4	10,6	73,46	<0,001	A–B,C,D
	B.İlkokul	122	25,8	8,2			B–C,D
	C.İlköğretim-lise	159	32,4	8,4			C–D
	D.Üniversite	190	35,6	9,6			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	A.TEY <sup>4</sup>	59	17,0	11,6	40,65	<0,001	A–B,C,D
	B.İlkokul	122	26,2	8,3			B–C,D
	C.İlköğretim-lise	159	31,2	8,3			
	D.Üniversite	190	33,4	10,1			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	A.TEY <sup>4</sup>	59	16,2	14,2	67,65	<0,001	A–B,C,D
	B.İlkokul	122	30,7	9,2			B–C,D
	C.İlköğretim-lise	159	37,5	7,6			C–D
	D.Üniversite	190	39,7	7,8			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	A.TEY <sup>4</sup>	59	13,2	12,8	76,17	<0,001	A–B,C,D
	B.İlkokul	122	28,1	9,0			B–C,D
	C.İlköğretim-lise	159	34,9	10,0			C–D
	D.Üniversite	190	37,8	9,6			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	A.TEY <sup>4</sup>	59	17,7	15,5	60,98	<0,001	A–B,C,D
	B.İlkokul	122	30,7	10,0			B–C,D
	C.İlköğretim-lise	159	37,7	9,1			C–D
	D.Üniversite	190	41,1	8,5			
Hastalıktan korunma – değerlendirme	A.TEY <sup>4</sup>	59	13,9	13,5	48,81	<0,001	A–B,C,D
	B.İlkokul	122	29,1	10,0			B–C,D
	C.İlköğretim-lise	159	34,8	10,7			
	D.Üniversite	190	35,7	11,2			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	A.TEY <sup>4</sup>	59	16,9	12,1	37,20	<0,001	A–B,C,D
	B.İlkokul	122	29,0	8,9			B–C,D
	C.İlköğretim-lise	159	34,4	10,8			
	D.Üniversite	190	33,8	12,6			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	A.TEY <sup>4</sup>	59	11,5	12,7	81,46	<0,001	A–B,C,D
	B.İlkokul	122	24,9	10,0			B–C,D
	C.İlköğretim-lise	159	33,6	10,1			
	D.Üniversite	190	36,3	10,2			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	A.TEY <sup>4</sup>	59	15,4	12,1	63,11	<0,001	A–B,C,D
	B.İlkokul	122	28,5	9,9			B–C,D
	C.İlköğretim-lise	159	35,3	9,5			
	D.Üniversite	190	37,3	10,3			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	A.TEY <sup>4</sup>	59	16,5	14,8	56,27	<0,001	A–B,C,D
	B.İlkokul	122	29,3	9,8			B–C,D
	C.İlköğretim-lise	159	36,5	9,9			
	D.Üniversite	190	38,8	9,2			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	A.TEY <sup>4</sup>	59	12,7	10,3	53,36	<0,001	A–B,C,D
	B.İlkokul	122	24,9	10,6			B–C,D
	C.İlköğretim-lise	159	30,5	11,9			
	D.Üniversite	190	33,0	11,8			

<sup>1</sup>Ortalama, <sup>2</sup>Standart Sapma, <sup>3</sup>Anlamlı Fark, <sup>4</sup>Temel Eğitimden Yoksun

Hastaların yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı indekslerinin puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını anlamak için tek yönlü varyans analizi ve Welch istatistiğinden yararlanılmıştır. Karşılaştırma yapmadan önce, karşılaştırma yapılacak grupların varyanslarının homojenliği test edilmiş; sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun ortalaması hariç ( $p>0,05$ ) diğer bütün ortalamalarda grupların varyanslarının homojen olmadığı görülmüştür ( $p<0,05$ ). Bu nedenle, hastaların yaş gruplarına göre sağlığın geliştirilmesi- sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanı ortalamasının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi, diğer alt-boyutlar, genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılmasında ise Welch istatistiği kullanılmıştır.

Hastaların yaş gruplarına göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 26'da verilmiştir. Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamaları hastaların yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin tamamında, yaş grubu 71 ve üstü olan hastaların indeks puanı ortalamaları daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Genel olarak, yaşı daha büyük olan hastalarda genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamaları daha düşüktür.

Hastaların yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 27'de verilmiştir. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamaları hastaların yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun tamamında, yaş grubu 71 ve üstü olan hastaların indeks puanı ortalamaları daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Genel olarak yaşı daha büyük olan hastalarda, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamaları daha düşüktür.

**Tablo 26. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçlerinin İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	Yaş grupları	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	F	p	AF <sup>3</sup>
<b>Genel</b>							
Genel sağlık okuryazarlığı	A. 17 – 30	99	34,3	7,3	10,89	<0,001	A–D
	B. 31 – 50	120	32,4	7,2			B–D
	C. 51 – 70	228	31,6	10,6			C–D
	D. 71 ve üstü	83	24,9	13,6			
<b>Sağlık okuryazarlığı alanları</b>							
Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	A. 17 – 30	99	34,6	7,3	14,39	<0,001	A–C,D
	B. 31 – 50	120	32,4	7,1			B–D
	C. 51 – 70	228	30,6	9,3			C–D
	D. 71 ve üstü	83	24,9	12,9			
Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	A. 17 – 30	99	33,6	8,4	6,52	<0,001	A–D
	B. 31 – 50	120	33,9	8,5			B–D
	C. 51 – 70	228	33,0	11,8			C–D
	D. 71 ve üstü	83	26,1	15,0			
Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	A. 17 – 30	99	34,6	8,4	12,69	<0,001	A–B,C,D
	B. 31 – 50	120	31,1	8,4			B–D
	C. 51 – 70	228	31,4	12,1			C–D
	D. 71 ve üstü	83	23,9	13,9			
<b>Sağlık bilgisi süreçleri</b>							
Sağlık bilgisine erişim	A. 17 – 30	99	35,1	8,3	15,45	<0,001	A–B,C,D
	B. 31 – 50	120	31,9	7,7			B–D
	C. 51 – 70	228	30,3	10,9			C–D
	D. 71 ve üstü	83	23,9	13,9			
Sağlık bilgisini anlama	A. 17 – 30	99	35,8	7,5	12,03	<0,001	A–C,D
	B. 31 – 50	120	33,6	7,8			B–D
	C. 51 – 70	228	32,2	10,8			C–D
	D. 71 ve üstü	83	26,0	13,9			
Sağlık bilgisini değerlendirme	A. 17 – 30	99	32,5	8,2	5,78	0,001	A–D
	B. 31 – 50	120	32,1	8,4			B–D
	C. 51 – 70	228	32,4	11,1			C–D
	D. 71 ve üstü	83	25,3	14,8			
Sağlık bilgisini uygulama	A. 17 – 30	99	33,8	8,0	10,75	<0,001	A–D
	B. 31 – 50	120	32,2	7,6			B–D
	C. 51 – 70	228	31,9	10,9			C–D
	D. 71 ve üstü	83	24,5	13,0			

<sup>1</sup> Ortalama, <sup>2</sup> Standart Sapma, <sup>3</sup> Anlamlı Fark

**Tablo 27. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

12 alt-boyut indeksleri	Yaş grupları	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	F	p	AF <sup>3</sup>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	A. 17 – 30	99	34,1	8,6	16,24	<b>&lt;0,001</b>	A–C,D
	B. 31 – 50	120	31,2	8,2			B–D
	C. 51 – 70	228	29,2	9,4			C–D
	D. 71 ve üstü	83	23,5	12,3			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	A. 17 – 30	99	34,1	10,2	10,20	<b>&lt;0,001</b>	A–C,D
	B. 31 – 50	120	31,8	9,5			B–D
	C. 51 – 70	228	29,5	10,3			C–D
	D. 71 ve üstü	83	24,9	13,8			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	A. 17 – 30	99	31,4	9,7	4,75	<b>0,003</b>	A–D
	B. 31 – 50	120	29,5	9,0			B–D
	C. 51 – 70	228	29,9	10,2			C–D
	D. 71 ve üstü	83	24,6	13,7			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	A. 17 – 30	99	38,7	7,8	17,69	<b>&lt;0,001</b>	A–C,D
	B. 31 – 50	120	37,0	7,8			B–C,D
	C. 51 – 70	228	33,9	11,5			C–D
	D. 71 ve üstü	83	26,4	15,5			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	A. 17 – 30	99	36,0	10,3	11,74	<b>&lt;0,001</b>	A–C,D
	B. 31 – 50	120	34,2	9,7			B–D
	C. 51 – 70	228	31,5	12,6			C–D
	D. 71 ve üstü	83	25,0	15,5			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	A. 17 – 30	99	39,9	8,2	15,02	<b>&lt;0,001</b>	A–C,D
	B. 31 – 50	120	37,1	8,9			B–D
	C. 51 – 70	228	34,4	12,7			C–D
	D. 71 ve üstü	83	28,2	16,1			
Hastalıktan korunma – değerlendirme	A. 17 – 30	99	30,6	10,6	6,85	<b>&lt;0,001</b>	B–D
	B. 31 – 50	120	33,4	10,0			C–D
	C. 51 – 70	228	33,2	12,9			
	D. 71 ve üstü	83	25,0	16,8			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	A. 17 – 30	99	29,3	12,2	4,26	<b>0,006</b>	C–D
	B. 31 – 50	120	31,1	10,4			
	C. 51 – 70	228	33,0	12,2			
	D. 71 ve üstü	83	27,2	15,0			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	A. 17 – 30	99	35,2	10,1	12,56	<b>&lt;0,001</b>	A–B,C,D
	B. 31 – 50	120	30,6	9,9			B–D
	C. 51 – 70	228	30,1	13,6			C–D
	D. 71 ve üstü	83	23,3	15,9			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	A. 17 – 30	99	34,5	10,0	7,20	<b>&lt;0,001</b>	A–D
	B. 31 – 50	120	32,8	9,3			B–D
	C. 51 – 70	228	33,3	12,7			C–D
	D. 71 ve üstü	83	25,7	15,1			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	A. 17 – 30	99	37,0	8,9	9,31	<b>&lt;0,001</b>	A–B,D
	B. 31 – 50	120	33,3	10,0			B–D
	C. 51 – 70	228	34,3	12,8			C–D
	D. 71 ve üstü	83	26,9	15,8			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	A. 17 – 30	99	32,2	11,3	13,82	<b>&lt;0,001</b>	A–D
	B. 31 – 50	120	28,3	11,0			B–D
	C. 51 – 70	228	29,0	13,4			C–D
	D. 71 ve üstü	83	20,6	13,3			

<sup>1</sup> Ortalama, <sup>2</sup> Standart Sapma, <sup>3</sup> Anlamlı Fark

Hastaların istihdam durumuna göre sağlık okuryazarlığı indekslerinin puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını anlamak için tek yönlü varyans analizi ve Welch istatistiğinden yararlanılmıştır. Karşılaştırma yapmadan önce, karşılaştırma yapılacak grupların varyanslarının homojenliği test edilmiş; sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan "sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini anlama, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama" alt-boyutlarının ortalamalarında grupların varyanslarının homojen olduğu ( $p>0,05$ ); diğer alt-boyutlar, genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin ortalamalarında ise grupların varyanslarının homojen olmadığı görülmüştür ( $p<0,05$ ). Bu nedenle, hastaların istihdam durumlarına göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan "sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini anlama, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama" alt-boyutlarının indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi, diğer alt-boyutlar, genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılmasında Welch istatistiği kullanılmıştır.

Hastaların istihdam durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 28'de verilmiştir. Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamaları hastaların istihdam durumuna göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin tamamında, çalışmayan hastaların indeks puanı ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ( $p<0,05$ ).

**Tablo 28. Hastaların İstihdam Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçleri İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	İstihdam durumu	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	F	p	AF <sup>3</sup>
<b>Genel sağlık okuryazarlığı</b>							
Genel sağlık okuryazarlığı	A. Çalışan	118	34,5	8,1	16,49	<0,001	A-B
	B. Çalışmayan	360	29,7	11,1			B-C
	C. Öğrenci	51	34,4	6,6			
<b>Sağlık okuryazarlığı alanları</b>							
Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	A. Çalışan	118	34,2	7,8	25,59	<0,001	A-B
	B. Çalışmayan	360	29,1	10,1			B-C
	C. Öğrenci	51	35,3	6,5			
Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	A. Çalışan	118	35,3	9,4	8,29	<0,001	A-B
	B. Çalışmayan	360	31,0	12,3			
	C. Öğrenci	51	33,7	8,2			
Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	A. Çalışan	118	34,2	9,3	13,76	<0,001	A-B
	B. Çalışmayan	360	29,2	12,2			B-C
	C. Öğrenci	51	34,0	8,1			
<b>Sağlık bilgisi süreçleri</b>							
Sağlık bilgisine erişim	A. Çalışan	118	34,3	8,7	23,33	<0,001	A-B
	B. Çalışmayan	360	28,6	11,4			B-C
	C. Öğrenci	51	35,2	7,9			
Sağlık bilgisini anlama	A. Çalışan	118	35,6	8,7	19,78	<0,001	A-B
	B. Çalışmayan	360	30,6	11,3			B-C
	C. Öğrenci	51	36,2	6,6			
Sağlık bilgisini değerlendirme	A. Çalışan	118	33,8	9,3	6,25	0,002	A-B
	B. Çalışmayan	360	30,2	11,8			
	C. Öğrenci	51	32,6	7,6			
Sağlık bilgisini uygulama	A. Çalışan	118	34,4	8,1	13,41	<0,001	A-B
	B. Çalışmayan	360	29,7	11,3			B-C
	C. Öğrenci	51	33,4	7,5			

<sup>1</sup> Ortalama, <sup>2</sup> Standart Sapma, <sup>3</sup> Anlamlı Fark

Hastaların istihdam durumlarına göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 29’da verilmiştir. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan “hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama” alt boyutu hariç diğer alt-boyutların indeks puanı ortalamaları hastaların istihdam durumlarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt boyutu hariç diğer alt-boyutların tamamında, çalışmayan hastaların indeks puanı ortalamaları çalışan hastaların ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha dűřuktur ( $p<0,05$ ).

Benzer şekilde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini anlama alt-boyutları hariç diğer alt-boyutların tamamında çalışmayan hastaların indeks puanı ortalamaları đrenci olan hastaların ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha dűřuktur ( $p<0,05$ ). Genel olarak, çalışmayan hastalarda sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamaları daha dűřuktur.

**Tablo 29. Hastaların İstihdam Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

12 alt-boyut indeksleri	İstihdam durumu	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	F	p	AF <sup>3</sup>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	A. Çalışan	118	32,7	9,3	22,19	<0,001	A–B
	B. Çalışmayan	360	27,8	10,0			B–C
	C. Öğrenci	51	35,6	8,0			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	A. Çalışan	118	33,9	10,1	16,98	<0,001	A–B
	B. Çalışmayan	360	28,3	11,2			B–C
	C. Öğrenci	51	34,6	9,3			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	A. Çalışan	118	31,5	9,5	5,37	0,005	A–B
	B. Çalışmayan	360	28,2	11,0			
	C. Öğrenci	51	31,3	9,9			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	A. Çalışan	118	38,8	8,0	29,00	<0,001	A–B
	B. Çalışmayan	360	32,2	12,4			B–C
	C. Öğrenci	51	39,2	7,2			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	A. Çalışan	118	36,3	10,2	19,00	<0,001	A–B
	B. Çalışmayan	360	29,9	13,1			B–C
	C. Öğrenci	51	36,2	9,6			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	A. Çalışan	118	38,5	9,9	16,84	<0,001	A–B
	B. Çalışmayan	360	33,1	13,1			B–C
	C. Öğrenci	51	41,4	7,5			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	A. Çalışan	118	34,2	11,6	3,32	0,037	A–B
	B. Çalışmayan	360	30,7	13,7			
	C. Öğrenci	51	30,7	9,8			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	A. Çalışan	118	32,6	11,6	2,95	0,053	
	B. Çalışmayan	360	30,9	12,6			
	C. Öğrenci	51	27,6	13,2			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	A. Çalışan	118	34,1	11,1	14,18	<0,001	A–B
	B. Çalışmayan	360	28,3	13,7			B–C
	C. Öğrenci	51	33,9	9,6			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	A. Çalışan	118	35,2	10,5	5,94	0,003	A–B
	B. Çalışmayan	360	31,0	12,9			
	C. Öğrenci	51	33,9	10,3			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	A. Çalışan	118	36,3	10,7	7,83	<0,001	A–B
	B. Çalışmayan	360	32,0	13,2			B–C
	C. Öğrenci	51	37,1	8,4			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	A. Çalışan	118	31,6	11,4	10,11	<0,001	A–B
	B. Çalışmayan	360	26,4	13,4			B–C
	C. Öğrenci	51	32,1	10,8			

<sup>1</sup> Ortalama, <sup>2</sup> Standart Sapma, <sup>3</sup> Anlamlı Fark



Hastaların aylık hanehalkı gelirine göre sağlık okuryazarlığı indekslerinin puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını anlamak için tek yönlü varyans analizi ve Welch istatistiğinden yararlanılmıştır. Karşılaştırma yapmadan önce, karşılaştırma yapılacak grupların varyanslarının homojenliği test edilmiş; sağlık bilgisi süreçlerinden “sağlık bilgisine erişim” sürecinin, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan “sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama” alt-boyutlarının ortalamaları hariç ( $p<0,05$ ) diğer sağlık bilgisi süreçleri ve alt-boyutlar, genel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı alanlarının ortalamalarında grupların varyanslarının homojen olduğu görülmüştür ( $p>0,05$ ). Bu nedenle, hastaların hanehalkı gelirine göre sağlık bilgisi süreçlerinden “sağlık bilgisine erişim” sürecinin ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan “sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama” alt-boyutlarının indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılmasında Welch istatistiği; diğer sağlık bilgisi süreçleri ve alt-boyutlar, genel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı alanlarının indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Hastaların hanehalkı gelirine göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 30’da verilmiştir. Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamaları hastaların hanehalkı gelirine göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin tamamında, hanehalkı geliri 1000 TL ve altı grubunda olan hastaların indeks puanı ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Ayrıca, hanehalkı geliri 1001-2000 TL grubunda olan hastalarda bu ortalamaların tamamı hanehalkı geliri 4001 ve üstü TL grubunda olan hastaların ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Genel olarak, hanehalkı geliri düşük olan hastaların genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamaları daha düşüktür.

**Tablo 30. Hastaların Hanehalkı Gelirine Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçleri İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	Hanehalkı geliri (TL)	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	F	p	AF <sup>3</sup>
<b>Genel sağlık okuryazarlığı</b>							
Genel sağlık okuryazarlığı	A. 1000 ve altı	95	25,2	10,5	22,98	<0,001	A-B,C,D
	B. 1001 – 2000	164	30,0	10,7			B-C,D
	C. 2001 – 4000	146	33,0	8,8			
	D. 4001 ve üstü	111	35,9	8,9			
<b>Sağlık okuryazarlığı alanları</b>							
Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	A. 1000 ve altı	95	25,4	10,2	21,94	<0,001	A-B,C,D
	B. 1001 – 2000	164	29,7	9,9			B-D
	C. 2001 – 4000	146	32,2	7,7			C-D
	D. 4001 ve üstü	111	35,4	8,9			
Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	A. 1000 ve altı	95	26,5	12,1	16,89	<0,001	A-B,C,D
	B. 1001 – 2000	164	30,9	11,6			B-D
	C. 2001 – 4000	146	33,9	10,4			
	D. 4001 ve üstü	111	36,8	9,9			
Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	A. 1000 ve altı	95	23,8	11,1	23,25	<0,001	A-B,C,D
	B. 1001 – 2000	164	29,5	11,9			B-C,D
	C. 2001 – 4000	146	32,9	10,4			
	D. 4001 ve üstü	111	35,7	9,7			
<b>Sağlık bilgisi süreçleri</b>							
Sağlık bilgisine erişim	A. 1000 ve altı	95	24,1	11,6	26,61	<0,001	A-B,C,D
	B. 1001 – 2000	164	29,0	11,0			B-C,D
	C. 2001 – 4000	146	32,4	9,3			C-D
	D. 4001 ve üstü	111	35,5	9,2			
Sağlık bilgisini anlama	A. 1000 ve altı	95	26,3	10,9	21,47	<0,001	A-B,C,D
	B. 1001 – 2000	164	30,8	11,2			B-C,D
	C. 2001 – 4000	146	34,0	9,0			
	D. 4001 ve üstü	111	37,0	9,1			
Sağlık bilgisini değerlendirme	A. 1000 ve altı	95	25,3	10,8	19,05	0,001	A-B,C,D
	B. 1001 – 2000	164	30,3	11,5			B-D
	C. 2001 – 4000	146	32,6	9,7			C-D
	D. 4001 ve üstü	111	36,0	9,7			
Sağlık bilgisini uygulama	A. 1000 ve altı	95	25,1	10,4	20,03	<0,001	A-B,C,D
	B. 1001 – 2000	164	30,1	10,8			B-C,D
	C. 2001 – 4000	146	33,1	9,4			
	D. 4001 ve üstü	111	35,2	9,3			

<sup>1</sup>Ortalama, <sup>2</sup>Standart Sapma, <sup>3</sup>Anlamli Fark

Hastaların hanehalkı gelirine göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 31’de verilmiştir. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamaları hastaların hanehalkı gelirine göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun tamamında, hanehalkı geliri 1000 TL ve altı grubunda olan hastaların indeks puanı ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Ayrıca, hanehalkı geliri 1001-2000 TL grubunda olan hastalarda sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamaları, hanehalkı geliri 4001 ve st TL grubunda olan hastaların ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Genel olarak, hanehalkı geliri düşük olan hastalarda sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamaları daha düşüktür.

**Tablo 31. Hastaların Hanehalkı Gelirine Göre Sağlık Okuryazarlığı 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

12 alt-boyut indeksleri	Hanehalkı geliri (TL)	Sayı	Ort	SS <sup>2</sup>	F	p	AF <sup>3</sup>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	A. 1000 ve altı	95	24,6	11,0	17,21	<0,001	A-B,C,D B-C,D
	B. 1001 – 2000	164	28,3	9,6			
	C. 2001 – 4000	146	31,3	8,6			
	D. 4001 ve üstü	111	33,5	9,9			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	A. 1000 ve altı	95	24,1	10,8	20,40	<0,001	A-B,C,D B-D C-D
	B. 1001 – 2000	164	29,4	11,3			
	C. 2001 – 4000	146	30,9	9,6			
	D. 4001 ve üstü	111	35,5	10,2			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	A. 1000 ve altı	95	24,3	10,7	13,95	<0,001	A-B,C,D B-D C-D
	B. 1001 – 2000	164	28,8	10,9			
	C. 2001 – 4000	146	29,8	9,1			
	D. 4001 ve üstü	111	33,5	10,5			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	A. 1000 ve altı	95	28,7	12,9	17,45	<0,001	A-C,D B-C,D
	B. 1001 – 2000	164	32,4	12,1			
	C. 2001 – 4000	146	36,6	9,8			
	D. 4001 ve üstü	111	38,9	9,6			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	A. 1000 ve altı	95	25,8	13,9	11,70	<0,001	A-C,D B-C,D
	B. 1001 – 2000	164	30,2	12,6			
	C. 2001 – 4000	146	33,8	11,4			
	D. 4001 ve üstü	111	37,2	10,1			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	A. 1000 ve altı	95	29,9	14,5	14,65	<0,001	A-C,D B-C,D
	B. 1001 – 2000	164	32,6	12,6			
	C. 2001 – 4000	146	37,7	10,4			
	D. 4001 ve üstü	111	39,2	10,1			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	A. 1000 ve altı	95	25,2	12,8	14,39	<0,001	A-B,C,D B-D
	B. 1001 – 2000	164	30,6	13,2			
	C. 2001 – 4000	146	33,1	12,3			
	D. 4001 ve üstü	111	36,2	11,4			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	A. 1000 ve altı	95	26,1	13,1	8,63	<0,001	A-B,C,D B-D
	B. 1001 – 2000	164	30,7	11,7			
	C. 2001 – 4000	146	31,8	11,9			
	D. 4001 ve üstü	111	34,7	12,5			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	A. 1000 ve altı	95	22,5	13,1	21,44	<0,001	A-B,C,D B-D
	B. 1001 – 2000	164	28,6	13,5			
	C. 2001 – 4000	146	32,1	11,8			
	D. 4001 ve üstü	111	35,7	11,1			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	A. 1000 ve altı	95	26,0	11,9	16,67	<0,001	A-B,C,D B-D
	B. 1001 – 2000	164	30,9	12,8			
	C. 2001 – 4000	146	34,2	10,9			
	D. 4001 ve üstü	111	36,9	11,2			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	A. 1000 ve altı	95	27,0	13,1	20,11	<0,001	A-B,C,D B-C,D
	B. 1001 – 2000	164	31,7	12,5			
	C. 2001 – 4000	146	35,5	11,4			
	D. 4001 ve üstü	111	39,0	10,2			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	A. 1000 ve altı	95	20,8	11,4	16,67	<0,001	A-B,C,D B-D
	B. 1001 – 2000	164	27,5	12,8			
	C. 2001 – 4000	146	30,6	13,0			
	D. 4001 ve üstü	111	32,1	12,2			

<sup>1</sup> Ortalama, <sup>2</sup> Standart Sapma, <sup>3</sup> Anlamlı Fark

Hastaların yaşadığı yere göre sağlık okuryazarlığı indekslerinin puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını anlamak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinden yararlanılmıştır. Hastaların yaşadığı yere göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 32’de verilmiştir. Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamaları hastaların yaşadığı yere göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin tamamında, il merkezinde yaşayan hastaların indeks puanı ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 32. Hastaların Yaşadığı Yere Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçleri İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	Yaşadığı yer	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	t	p
<b>Genel sağlık okuryazarlığı</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	İl merkezi	443	32,3	10,3	5,19	<0,001
	Diğer <sup>3</sup>	86	26,1	9,1		
<b>Sağlık okuryazarlığı alanları</b>						
Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	İl merkezi	443	31,7	9,7	4,26	<0,001
	Diğer <sup>3</sup>	86	26,9	8,6		
Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	İl merkezi	443	33,3	11,4	5,01	<0,001
	Diğer <sup>3</sup>	86	26,7	10,2		
Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	İl merkezi	443	31,9	11,4	5,43	<0,001
	Diğer <sup>3</sup>	86	24,8	10,3		
<b>Sağlık bilgisi süreçleri</b>						
Sağlık bilgisine erişim	İl merkezi	443	31,5	10,8	4,59	<0,001
	Diğer <sup>3</sup>	86	25,7	9,8		
Sağlık bilgisini anlama	İl merkezi	443	33,2	10,6	4,97	<0,001
	Diğer <sup>3</sup>	86	27,1	9,4		
Sağlık bilgisini değerlendirme	İl merkezi	443	32,4	10,9	5,38	<0,001
	Diğer <sup>3</sup>	86	25,5	9,9		
Sağlık bilgisini uygulama	İl merkezi	443	32,1	10,4	4,95	<0,001
	Diğer <sup>3</sup>	86	26,1	9,5		

<sup>1</sup> Ortalama

<sup>2</sup> Standart Sapma

<sup>3</sup>64 ilçe merkezi, 5 belde, 17 köy

Hastaların yaşadığı yere göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 33'te verilmiştir. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamaları hastaların yaşadığı yere göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun tamamında, il merkezinde yaşayan hastaların indeks puanı ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 33. Hastaların Yaşadığı Yere Göre Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

12 alt-boyut indeksleri	Yaşadığı yer	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	t	p
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	İl merkezi	443	30,5	10,0	4,02	<0,001
	Diğer	86	25,8	9,6		
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	İl merkezi	443	31,0	11,2	3,74	<0,001
	Diğer	86	26,1	9,5		
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	İl merkezi	443	30,2	10,7	4,46	<0,001
	Diğer	86	24,7	9,4		
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	İl merkezi	443	35,0	11,6	2,98	0,003
	Diğer	86	31,0	11,0		
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	İl merkezi	443	32,9	12,6	4,00	<0,001
	Diğer	86	27,1	11,4		
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	İl merkezi	443	36,1	12,2	4,47	<0,001
	Diğer	86	29,7	12,0		
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	İl merkezi	443	32,7	12,8	4,91	<0,001
	Diğer	86	25,4	11,9		
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	İl merkezi	443	32,1	12,3	4,72	<0,001
	Diğer	86	25,3	11,6		
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	İl merkezi	443	31,2	13,1	4,37	<0,001
	Diğer	86	24,6	11,6		
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	İl merkezi	443	33,4	12,1	5,13	<0,001
	Diğer	86	26,2	11,2		
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	İl merkezi	443	34,7	12,1	5,34	<0,001
	Diğer	86	27,0	12,5		
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	İl merkezi	443	29,3	12,9	4,92	<0,001
	Diğer	86	22,0	11,8		

<sup>1</sup> Ortalama,

<sup>2</sup> Standart Sapma

<sup>3</sup> 64 ilçe merkezi, 5 belde, 17 köy

Hastaların sosyal statü algısına göre sağlık okuryazarlığı indekslerinin puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını anlamak için tek yönlü varyans analizi ve Welch istatistiğinden yararlanılmıştır. Karşılaştırma yapmadan önce, karşılaştırma yapılacak grupların varyanslarının homojenliği test edilmiş; sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan “sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama” alt-boyutlarının ortalamalarında grupların varyanslarının homojen olduğu ( $p>0,05$ ); diğer alt-boyutlar, genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin ortalamalarında ise grupların varyanslarının homojen olmadığı görülmüştür ( $p<0,05$ ). Bu nedenle, hastaların sosyal statü algısına göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan “sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama” alt-boyutlarının indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi; diğer alt-boyutlar, genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılmasında ise Welch istatistiği kullanılmıştır.

Hastaların sosyal statü algısına göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 34’te verilmiştir. Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamaları hastaların sosyal statü algısına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçlerinin tamamında, sosyal statü algısı düşük olan hastaların indeks puanı ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ( $p<0,05$ ).

Hastaların sosyal statü algısına göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 35’te verilmiştir. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamaları hastaların sosyal statü algısına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun tamamında, sosyal statü algısı düşük olan hastaların indeks puanı ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ( $p<0,05$ ).

**Tablo 34. Hastaların Sosyal Statü Algısına Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Alanları ve Sağlık Bilgisi Süreçleri İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	Sosyal statü algısı	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	F	p	AF <sup>3</sup>
<b>Genel sağlık okuryazarlığı</b>							
Genel sağlık okuryazarlığı	A. Düşük	126	24,8	11,5	33,31	<0,001	A-B,C
	B. Orta	300	32,8	9,0			B-C
	C. Yüksek	90	35,7	8,8			
<b>Sağlık okuryazarlığı alanları</b>							
Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	A. Düşük	126	24,8	10,6	34,81	<0,001	A-B,C
	B. Orta	300	32,2	8,4			B-C
	C. Yüksek	90	35,1	8,4			
Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	A. Düşük	126	26,1	13,3	22,83	<0,001	A-B,C
	B. Orta	300	33,8	10,1			
	C. Yüksek	90	36,3	10,2			
Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	A. Düşük	126	23,8	12,3	34,33	<0,001	A-B,C
	B. Orta	300	32,4	10,3			B-C
	C. Yüksek	90	35,8	9,9			
<b>Sağlık bilgisi süreçleri</b>							
Sağlık bilgisine erişim	A. Düşük	126	24,0	11,8	32,24	<0,001	A-B,C
	B. Orta	300	32,1	9,6			B-C
	C. Yüksek	90	35,2	9,8			
Sağlık bilgisini anlama	A. Düşük	126	25,6	11,8	33,44	<0,001	A-B,C
	B. Orta	300	33,7	9,4			B-C
	C. Yüksek	90	36,8	9,0			
Sağlık bilgisini değerlendirme	A. Düşük	126	24,8	12,3	28,11	<0,001	A-B,C
	B. Orta	300	32,9	9,7			
	C. Yüksek	90	35,4	9,6			
Sağlık bilgisini uygulama	A. Düşük	126	25,1	11,6	29,96	<0,001	A-B,C
	B. Orta	300	32,6	9,5			B-C
	C. Yüksek	90	35,5	8,8			

<sup>1</sup> Ortalama, <sup>2</sup> Standart Sapma, <sup>3</sup> Anlamlı Fark



**Tablo 35. Hastaların Sosyal Statü Algısına Göre Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun İndeks Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması**

12 alt-boyut indeksleri	Sosyal statü algısı	Sayı	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	F	p	AF <sup>3</sup>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	A. Düşük	126	24,8	10,2	22,3	<0,001	A–B,C
	B. Orta	300	30,7	9,1			B–C
	C. Yüksek	90	33,7	10,1			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	A. Düşük	126	23,6	11,5	31,2	<0,001	A–B,C
	B. Orta	300	31,5	9,8			B–C
	C. Yüksek	90	34,8	10,9			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	A. Düşük	126	23,2	11,4	28,3	<0,001	A–B,C
	B. Orta	300	30,8	9,5			
	C. Yüksek	90	33,3	9,8			
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	A. Düşük	126	27,4	13,9	27,3	<0,001	A–B,C
	B. Orta	300	36,0	10,2			
	C. Yüksek	90	38,5	8,4			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	A. Düşük	126	25,5	14,5	20,9	<0,001	A–B,C
	B. Orta	300	33,6	11,0			
	C. Yüksek	90	36,3	11,2			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	A. Düşük	126	28,1	14,8	21,5	<0,001	A–B,C
	B. Orta	300	36,9	10,8			
	C. Yüksek	90	38,5	10,0			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	A. Düşük	126	25,3	14,5	19,1	<0,001	A–B,C
	B. Orta	300	33,0	11,8			
	C. Yüksek	90	35,8	11,6			
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	A. Düşük	126	26,0	12,9	16,4	<0,001	A–B,C
	B. Orta	300	32,3	11,7			
	C. Yüksek	90	34,7	12,5			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	A. Düşük	126	22,1	13,7	30,0	<0,001	A–B,C
	B. Orta	300	32,0	11,9			B–C
	C. Yüksek	90	35,4	11,5			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	A. Düşük	126	25,7	12,8	28,5	<0,001	A–B,C
	B. Orta	300	33,6	11,5			B–C
	C. Yüksek	90	37,4	10,5			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	A. Düşük	126	26,2	13,8	27,2	<0,001	A–B,C
	B. Orta	300	35,4	11,1			
	C. Yüksek	90	37,7	10,8			
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	A. Düşük	126	22,1	13,2	22,3	<0,001	A–B,C
	B. Orta	300	29,4	12,2			B–C
	C. Yüksek	90	33,3	12,4			

<sup>1</sup> Ortalama, <sup>2</sup> Standart Sapma, <sup>3</sup> Anlamlı Fark

### 5.2.3. Hastaların Özelliklerine Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması

Bu başlık altında hastaların özelliklerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş grupları, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşadığı yer ve sosyal statü algısı değişkenlerine göre genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Hastaların belirtilen bu özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testinden yararlanılmış ve sonuçlar Tablo 36'da verilmiştir.

Bu sonuçlara göre erkek ve kadın hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında fark yoktur ( $\chi^2=1,044$ ;  $p=0,791$ ). Benzer şekilde evli ve bekar hastaların da sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında fark yoktur ( $\chi^2=4,630$ ;  $p=0,201$ ). Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, eğitim düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=224,822$ ;  $p<0,001$ ). Temel eğitimden yoksun olan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların yüzdesi %81,4 iken, bu yüzde üniversite mezunu hastalarda sadece %5,3'tür. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, yaş gruplarına göre fark göstermektedir ( $\chi^2=53,071$ ;  $p<0,001$ ). Yaş grubu 17-30 (yıl) olan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların yüzdesi %7,1 iken, bu yüzde yaş grubu 71 ve üstü (yıl) olan hastalarda %44,6'dır. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, istihdam durumlarına göre fark göstermektedir ( $\chi^2=27,435$ ;  $p<0,001$ ). Çalışmayan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların yüzdesi %25,3 iken, bu yüzde çalışan hastalarda %9,3 olup öğrencilerde ise sadece %3,9'dur. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, hanehalkı gelirlerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=65,038$ ;  $p<0,001$ ). Hanehalkı geliri 1000 TL ve altı olan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların yüzdesi %37,9 iken, bu yüzde hanehalkı geliri 4001 TL ve üstü olan hastalarda %9,0'dır. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, yaşadıkları yere göre fark göstermektedir ( $\chi^2=34,755$ ;  $p<0,001$ ). İl merkezinde yaşayan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların yüzdesi %16,3 iken, bu yüzde diğer grubundaki yerlerde yaşayan hastalarda %37,2'dir. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, sosyal statü algılarına göre fark göstermektedir ( $\chi^2=61,044$ ;  $p<0,001$ ). Sosyal statü algısı düşük olan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların yüzdesi %38,9 iken, bu yüzde sosyal statü algısı orta olan hastalarda %15 olup yüksek olan hastalarda ise sadece %5,6'dır.

**Tablo 36. Hastaların Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Özellikler	Sağlık okuryazarlığı düzeyleri				$\chi^2$	P
	Yetersiz n (%)	Sınırlı n (%)	Yeterli n (%)	Mükemmel n (%)		
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	58 (19,8)	111 (37,9)	77 (26,3)	47 (16,0)	1,04	0,791
Erkek	46 (19,4)	93 (39,2)	67 (28,3)	31 (13,1)		
<b>Medeni durum</b>						
Evli	70 (20,2)	135 (39,0)	85 (24,6)	56 (16,2)	4,63	0,201
Bekar	33 (18,6)	67 (37,9)	57 (32,2)	20 (11,3)		
<b>Eğitim düzeyi</b>						
Temel eğitimden yoksun	48 (81,4)	10 (16,9)	0 (0,0)	1 (1,7)	224,82	<0,001
İlkokul	33 (27,0)	63 (51,6)	24 (19,7)	2 (1,6)		
İlköğretim-Lise	13 (8,2)	66 (41,5)	54 (34,0)	26 (16,4)		
Üniversite	10 (5,3)	65 (34,2)	66 (34,7)	49 (25,8)		
<b>Yaş grupları (yıl)</b>						
17-30	7 (7,1)	41 (41,4)	37 (37,4)	14 (14,1)	53,07	<0,001
31-50	15 (12,5)	53 (44,2)	38 (31,7)	14 (11,7)		
51-70	45 (19,7)	86 (37,7)	57 (25,0)	40 (17,5)		
71 ve üstü	37 (44,6)	24 (28,9)	12 (14,5)	10 (12)		
<b>İstihdam durumu</b>						
Çalışan	11 (9,3)	44 (37,3)	40 (33,9)	23 (19,5)	27,44	<0,001
Çalışmayan	91 (25,3)	137 (38,1)	84 (23,3)	48 (13,3)		
Öğrenci	2 (3,9)	23 (45,1)	19 (37,3)	7 (13,7)		
<b>Hanehalkı geliri (TL)</b>						
1000 ve altı	36 (37,9)	44 (46,3)	12 (12,6)	3 (3,2)	65,04	<0,001
1001-2000	39 (23,8)	63 (38,4)	42 (25,6)	20 (12,2)		
2001-4000	17 (11,6)	58 (39,7)	47 (32,2)	24 (16,4)		
4001 ve üstü	10 (9,0)	32 (28,8)	39 (35,1)	77 (14,9)		
<b>Yaşadığı yer</b>						
İl merkezi	72 (16,3)	164 (37,0)	130 (29,3)	77 (17,4)	34,76	<0,001
Diğer	32 (37,2)	39 (45,3)	14 (16,3)	1 (1,2)		
<b>Sosyal statü algısı</b>						
Düşük	49 (38,9)	48 (38,1)	24 (19,0)	5 (4,0)	61,04	<0,001
Orta	45 (15,0)	120 (40,0)	84 (28,0)	51 (17,0)		
Yüksek	5 (5,6)	29 (32,2)	34 (37,8)	22 (24,4)		

#### 5.2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Hasta Özelliklerinin Belirlenmesi

Sağlık okuryazarlığını hangi hasta özelliklerinin etkilediğini ortaya koymak amacıyla hem çoklu doğrusal regresyon hem de çoklu sıralı lojistik regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizinde bağımlı değişken, sürekli sayısal veri tipinde olan hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanıdır. Çoklu sıralı lojistik regresyon analizinde ise bağımlı değişken sıralı (ordinal) kategorik veri tipinde olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyidir. Her iki regresyon analizinde de bağımsız değişkenler hastaların özelliklerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşadığı yer ve sosyal statü algısı değişkenleridir.

Regresyon analizi öncesinde hastaların özellikleri ve genel sağlık okuryazarlığı (indeks puanı) arasındaki ilişkiler incelenmiş ve sonuçlar Tablo 37’de verilmiştir. Hastaların özellikleri ve genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı, Spearman korelasyon katsayısı, eta katsayısı ve Cramer V katsayısından yararlanılmıştır. Pearson korelasyon katsayısı için kullanılan nitelendirmeler; Spearman korelasyon katsayısı, eta katsayısı ve Cramer V katsayısı için de kullanılabilir. Cramer V katsayısı 0 ile 1 arasında değişmektedir. Spearman korelasyon katsayısı ve eta katsayısı ise Pearson korelasyon katsayısı gibi -1 ile +1 arasında değişmektedir, ancak eta katsayısının işareti grupların kodlanma şekline göre değiştiğinden mutlak değerinin alınarak yorumlanması daha uygun olmaktadır (Alpar, 2014, s.351-374). Bu çalışmada eta katsayısı ve Cramer V katsayısı işaretsiz olarak yorumlanmıştır.

Hastaların özellikleri ve genel sağlık okuryazarlığı arasındaki korelasyon katsayıları işaretleri dikkate alınmaksızın değerlendirildiğinde 0,031 ile 0,640 arasında değişmektedir. Hastaların özellikleri ile genel sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkilerden en yüksek ilişki hastaların eğitim düzeyi ile genel sağlık okuryazarlığı arasında olup orta düzeydedir ( $r=0,640$ ;  $p<0,01$ ). Hastaların özellikleri ile genel sağlık okuryazarlığı arasındaki negatif yönlü tek ilişki ise yaş ve genel sağlık okuryazarlığı arasındadır ( $r= -0,238$ ;  $p<0,01$ ). Hastaların özellikleri arasındaki korelasyon katsayıları işaretleri dikkate alınmaksızın değerlendirildiğinde  $<0,001$  ile  $0,685$  arasında değişmektedir. Hastaların özellikleri arasındaki ilişkilerden en yüksek ilişki istihdam

durumu ile yaş arasında olup orta düzeydedir ( $r=0,685$ ;  $p<0,01$ ). Hastaların özellikleri arasındaki diğer en yüksek ilişkiler sırasıyla hanehalkı geliri ve eğitim düzeyi ( $r=0,475$ ;  $p<0,01$ ), medeni durum ve istihdam durumu ( $r=0,444$ ;  $p<0,01$ ), hanehalkı geliri ve sosyal statü algısı ( $r=0,419$ ;  $p<0,01$ ) arasında olup orta düzeydedir. Hastaların özellikleri arasındaki negatif yönlü tek ilişki ise yaş ve sosyal statü algısı arasındadır ( $r=-0,088$ ;  $p<0,05$ ). Bu ilişki, istatistiksel olarak anlamlı olmasına rağmen ilişkinin kuvveti önemsenmeyecek düzeyde düşüktür.

**Tablo 37. Hastaların Özellikleri ve Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Genel sağlık okuryazarlığı <sup>5</sup>	1								
2.Cinsiyet <sup>6</sup>	0,037 <sup>1</sup>	1							
3.Medeni durum <sup>6</sup>	0,031 <sup>1</sup>	0,137 <sup>3*</sup>	1						
4.Eğitim düzeyi <sup>8</sup>	0,640 <sup>1*</sup>	0,196 <sup>3*</sup>	0,118 <sup>3</sup>	1					
5.Yaş (yıl) <sup>5</sup>	-0,238 <sup>2*</sup>	0,030 <sup>1</sup>	0,264 <sup>1*</sup>	0,397 <sup>1*</sup>	1				
6.İstihdam durumu <sup>7</sup>	0,214 <sup>1*</sup>	0,166 <sup>3*</sup>	0,444 <sup>3*</sup>	0,331 <sup>3*</sup>	0,685 <sup>1*</sup>	1			
7.Hanehalkı geliri (TL) <sup>8</sup>	0,345 <sup>1*</sup>	0,108 <sup>3</sup>	0,209 <sup>3*</sup>	0,475 <sup>4*</sup>	0,178	0,243 <sup>3*</sup>	1		
8.Yaşadığı yer <sup>6</sup>	0,221 <sup>1*</sup>	0,056 <sup>3</sup>	0,029 <sup>3</sup>	0,173 <sup>3*</sup>	<0,001 <sup>1</sup>	0,085 <sup>3</sup>	0,199 <sup>3*</sup>	1	
9.Sosyal statü algısı <sup>5</sup>	0,349 <sup>2*</sup>	0,062 <sup>1</sup>	0,035 <sup>1</sup>	0,367 <sup>1*</sup>	-0,088 <sup>4**</sup>	0,207 <sup>1*</sup>	0,419 <sup>4*</sup>	0,202 <sup>1*</sup>	1

<sup>1</sup>Eta katsayısı; <sup>2</sup>Pearson korelasyon katsayısı; <sup>3</sup>Cramer V katsayısı; <sup>4</sup>Spearman korelasyon katsayısı

<sup>5</sup>Sürekli sayısal veri

<sup>6</sup>2 kategorili niteliksel veri (cinsiyet=kadın, erkek; medeni durum=evli, bekar; yaşadığı yer=il merkezi, diğer)

<sup>7</sup>3 kategorili sırasız niteliksel veri (istihdam durumu=çalışan, çalışmayan, öğrenci)

<sup>8</sup>4 kategorili sıralı niteliksel veri (eğitim düzeyi=temel eğitimden yoksun, ilköğretim-lise, üniversite; hanehalkı geliri-TL= 1000 ve altı, 1001-2000, 2001-4000, 4001 ve üstü)

\*Korelasyonlar <0,01 düzeyinde anlamlıdır

\*\*Korelasyonlar <0,05 düzeyinde anlamlıdır

Sağlık okuryazarlığının belirleyicilerinin neler olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinin sonuçları Tablo 38’de verilmiştir. Bu sonuçlara göre Varyans Şişme Değerlerinin (Variance Inflation Factor-VIF) tamamı 10’un altındadır ve bağımsız değişkenler bağımlı değişkendeki (genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı) değişimin (varyansın) %46,1’ini açıklamaktadır. Bağımlı değişkeni etkileyebileceği düşünülen değişkenlerden “cinsiyet, eğitim, yaşadığı yer ve sosyal statü algısı” değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0,05$ ); “medeni durum, yaş, istihdam durumu ve hanehalkı geliri” değişkenleri istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Tablo 38’deki sonuçlara göre, diğer

değişkenlerin varlığında, kadınların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması erkeklerin ortalamasından 1,783 puan daha fazladır. Eğitim düzeyi sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen en önemli değişkendir. Temel eğitimden yoksun olan hastalara göre; ilkokul mezunu hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması 11,452; lise mezunu hastaların 17,754; üniversite mezunu hastaların ise 19,077 puan daha fazladır. İl merkezinde yaşayan hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması diğer grubundaki yerlerde yaşayan hastaların ortalamasından 2,407 puan daha fazladır. Hastaların sosyal statü algısındaki 1 puanlık artış genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamasını 0,651 puan artırmaktadır.

**Tablo 38. Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicilerinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler (Özellikler)	$b_j^1$	$S(b_j)^2$	$\beta^3$	t	p	VIF <sup>4</sup>
Cinsiyet <sup>5</sup>	1,783	0,753	0,086	2,367	<b>0,018</b>	1,197
Medeni durum <sup>6</sup>	-1,084	0,862	-0,050	-1,258	0,209	1,412
Eğitim düzeyi-İlkokul <sup>7</sup>	11,452	1,304	0,470	8,780	<b>&lt;0,001</b>	2,610
Eğitim düzeyi-Lise <sup>7</sup>	17,754	1,354	0,789	13,112	<b>&lt;0,001</b>	3,298
Eğitim düzeyi-Üniversite <sup>7</sup>	19,077	1,441	0,879	13,240	<b>&lt;0,001</b>	4,015
Yaş <sup>8</sup>	-0,025	0,028	-0,043	-0,869	0,385	2,222
İstihdam durumu-Çalışan <sup>9</sup>	-1,160	1,079	-0,047	-1,075	0,283	1,732
İstihdam durumu-Öğrenci <sup>9</sup>	-0,845	1,816	-0,023	-0,465	0,642	2,233
Hanehalkı geliri-1001-2000 TL <sup>10</sup>	0,978	1,063	0,044	0,920	0,358	2,076
Hanehalkı geliri-2001-4000 TL <sup>10</sup>	1,706	1,136	0,074	1,502	0,134	2,241
Hanehalkı geliri-4001 ve üstü TL <sup>10</sup>	1,924	1,345	0,076	1,431	0,153	2,571
Yaşadığı yer <sup>11</sup>	2,407	0,976	0,086	2,466	<b>0,014</b>	1,103
Sosyal statü algısı <sup>8</sup>	0,651	0,188	0,131	3,465	<b>0,001</b>	1,303
Sabit	10,590	2,452		4,318	<b>&lt;0,001</b>	

n= 505 s= 7,701 R= 0,679 R<sup>2</sup>= 0,461 Düzeltilmiş R<sup>2</sup>= 0,447 (F= 32,315 p< 0,001)

Bağımlı değişken: Genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı

<sup>1</sup>Regresyon katsayısı <sup>2</sup>Standart hata <sup>3</sup>Standartlaştırılmış regresyon katsayısı <sup>4</sup>Varyans şişme değeri

Bağımsız değişkenler için referans kategoriler= <sup>5</sup>Erkek, <sup>6</sup>Evli, <sup>7</sup>Eğitim-Temel eğitimden yoksun, <sup>9</sup>İstihdam durumu-Çalışmayan, <sup>10</sup>Hanehalkı geliri-1000 TL ve altı, <sup>11</sup>Diğer (İl merkezinde yaşamayanlar)

<sup>8</sup>Sürekli sayısal veri tipindedir

Sağlık okuryazarlığının belirleyicilerinin neler olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılan bir diğer regresyon analizi, yani çoklu sıralı lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 39’da verilmiştir. Lojistik modele göre, bağımsız değişkenlerden “cinsiyet, eğitim düzeyi, hanehalkı geliri, yaşadığı yer ve sosyal statü algısı” değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p < 0,05$ ); “medeni durum, yaş ve istihdam durumu” değişkenleri istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Diğer değişkenlerin varlığında, kadın hastaların erkek hastalara göre daha yüksek bir sağlık okuryazarlığı düzeyinde olma olasılığı 1,72 (%95 GA 1,19-2,50;  $p = 0,004$ ) kat daha fazladır. Eğitim düzeyi sağlık okuryazarlığı düzeyini belirleyen en önemli değişkendir. Temel eğitimden yoksun olan hastalara göre; ilkokul mezunu hastaların daha yüksek bir sağlık okuryazarlığı düzeyinde olma olasılığı 13,13 (%95 GA 5,82-29,61;  $p < 0,001$ ) kat, lise mezunu hastaların 58,79 (%95 GA 24,83-139,07;  $p < 0,001$ ) kat, üniversite mezunu hastaların ise 71,74 (%95 GA 29,43-174,86;  $p < 0,001$ ) kat daha yüksektir. Hanehalkı geliri değişkeninde referans kategoriye (hanehalkı geliri-1000 TL ve altı) göre hanehalkı geliri 2001-4000 TL ve hanehalkı geliri 4001 TL ve üzeri olan grupların odds oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p < 0,05$ ) hanehalkı geliri 1001-2000 TL olan grubun odds oranı anlamsız bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Hanehalkı geliri 1000 TL ve altı olan hastalara göre daha yüksek bir sağlık okuryazarlığı düzeyinde olma olasılığı; hanehalkı geliri 2001-4000 TL olan hastaların 1,97 (%95 GA 1,11-3,49;  $p = 0,02$ ) kat, hanehalkı geliri 4000 TL ve üzeri olan hastaların ise 2,11 (%95 GA 1,08-4,10;  $p = 0,028$ ) kat daha yüksektir. İl merkezinde yaşayan hastaların diğer grubundaki yerlerde yaşayan hastalara göre daha yüksek bir sağlık okuryazarlığı düzeyinde olma olasılığı 2,57 (%95 GA 1,54-4,28;  $p < 0,001$ ) kat daha yüksektir. Hastaların sosyal statü algısındaki 1 puanlık artış, hastaların daha yüksek bir sağlık okuryazarlığı düzeyinde olma olasılığını 1,12 (%95 GA 1,02-1,23;  $p = 0,016$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 39. Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicilerinin Çoklu Sıralı Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
Sabit 1 – Sınırlı	3,508	0,689	25,935	1	33,38	<0,001
Sabit 2 – Yeterli	6,085	0,727	69,951	1	439,22	<0,001
Sabit 3 - Mükemmel	7,083	0,747	109,660	1	1191,54	<0,001
Cinsiyet <sup>4</sup>	0,544	0,190	8,183	1	1,72 (1,19-2,50)	<b>0,004</b>
Medeni durum <sup>5</sup>	-0,110	0,218	0,252	1	0,90 (0,58-1,37)	0,616
Eğitim- Üniversite <sup>6</sup>	4,273	0,455	88,316	1	71,74 (29,43-174,86)	<b>&lt;0,001</b>
Eğitim- İlköğretim-lise <sup>6</sup>	4,074	0,440	85,894	1	58,79 (24,83-139,07)	<b>&lt;0,001</b>
Eğitim- İlkokul <sup>6</sup>	2,575	0,415	38,559	1	13,13 (5,82-29,61)	<b>&lt;0,001</b>
Yaş <sup>7</sup>	<0,001	0,007	0,001	1	1,00 (0,01-1,01)	0,978
İstihdam- Öğrenci <sup>8</sup>	-0,057	0,445	0,016	1	0,95 (0,40-2,26)	0,899
İstihdam- Çalışan <sup>8</sup>	-0,180	0,264	0,467	1	0,84 (0,50-1,40)	0,494
Hanehalkı geliri-4001 TL ve üzeri <sup>9</sup>	0,746	0,340	4,822	1	2,11 (1,08-4,10)	<b>0,028</b>
Hanehalkı geliri-2001-4000 TL <sup>9</sup>	0,678	0,291	5,421	1	1,97 (1,11-3,49)	<b>0,020</b>
Hanehalkı geliri-1001-2000 TL <sup>9</sup>	0,419	0,277	2,276	1	1,52 (0,88-2,62)	0,131
Yaşadığı yer <sup>10</sup>	0,942	0,261	12,983	1	2,57 (1,54-4,28)	<b>&lt;0,001</b>
Sosyal statü algısı <sup>7</sup>	0,113	0,047	5,792	1	1,12 (1,02-1,23)	<b>0,016</b>

Pseudo (Nagelkerke) R<sup>2</sup>=0,421 Model ki-kare= 250,276; p<0,001 Model uyum iyiliği=  $\chi^2=1491,857$ ; p<0,223

Bağımlı değişken: Genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri (yetersiz, sınırlı, yeterli, mükemmel)

Bağımlı değişken için referans kategori= Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi

<sup>1</sup>Standart Hata; <sup>2</sup>Serbestlik derecesi; <sup>3</sup>Odds Oranı (%95 Güven Aralığı)

Bağımsız değişkenler için referans kategoriler= <sup>4</sup>Erkek, <sup>5</sup>Evli, <sup>6</sup>Eğitim-Temel eğitimden yoksun, <sup>8</sup>İstihdam durumu-Çalışmayan, <sup>9</sup>Hanehalkı geliri-1000TL ve altı, <sup>10</sup>Diğer (İl merkezinde yaşamayanlar)

<sup>7</sup>Sürekli sayısal veri tipindedir

Çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığını etkileyen değişkenler “cinsiyet, eğitim, yaşadığı yer ve sosyal statü algısı” değişkenleri iken çoklu sıralı lojistik regresyon analizine göre, “cinsiyet, eğitim, hanehalkı geliri, yaşanılan yer ve sosyal statü” değişkenleridir. Her iki regresyon analizinde sağlık okuryazarlığını etkileyen ortak değişkenler “cinsiyet, eğitim, yaşanılan yer ve sosyal statü algısı” değişkenleridir. “Hanehalkı geliri” değişkeni çoklu doğrusal regresyon analizinde anlamlı bulunmazken, çoklu sıralı lojistik regresyon analizinde anlamlı bulunmuştur.



### **5.2.5. Genel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması**

Hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hasta sonuçlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular; sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık davranışları ve sağlık riskleriyle ilgili hasta sonuçlarının karşılaştırılması; sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık statüsüyle ilgili hasta sonuçlarının karşılaştırılması, sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili hasta sonuçlarının karşılaştırılması ve sağlık okuryazarlığı düzeyine göre memnuniyetle ilgili hasta sonuçlarının karşılaştırılması başlıkları altında aşağıda anlatılmıştır.

#### **5.2.5.1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleriyle İlgili Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması**

Bu başlık altında hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre egzersiz yapma durumu, egzersiz türü, sigara kullanma durumu, günlük içilen sigara sayısı (sigara kullanan hastalar için), alkol kullanma durumu, alkol alma sıklığı (alkol kullanan hastalar için), diyet yapma durumu, BKİ ölçüsü, BKİ ölçüsü nitelendirmesi, ilaç kullanım alışkanlıkları (doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanma, çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma, kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma, eczaneye danışarak ilaç kullanma, internetten araştırarak ilaç kullanma, kendisine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına tavsiye etme, evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme, ilaçları doktorun önerdiği miktarda kullanma, ilaçları doktorun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma), sağlık bilgisine ulaşmada televizyon, radyo, gazete-dergi, internet, doktor, hemşire, eczacı, diğer sağlık çalışanlarını kullanma durumu, algılanan en önemli sağlık bilgi kaynağı ve sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan bilgi kaynağı sayısının karşılaştırılmasıyla ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre egzersiz yapma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 40'ta verilen sonuçlara göre hastaların egzersiz yapma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=22,208$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz

olan hastalarda düzenli olarak egzersiz yapan hastaların yüzdesi %47,1 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastalarda %78,2'dir.

**Tablo 40. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Egzersiz Yapma Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Egzersiz yapma durumu	
	Evvet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	48 (47,1)	54 (52,9)
Sınırlı	126 (61,8)	78 (38,2)
Yeterli	101 (70,1)	43 (29,9)
Mükemmel	61 (78,2)	17 (21,8)
Toplam	336 (63,6)	192 (36,4)
Test istatistikleri	$\chi^2=22,208$ ; $p<0,001$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre yaptıkları egzersiz türleri arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 41'de verilen sonuçlara göre hastaların yaptıkları egzersiz türleri, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=38,859$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda hiçbir egzersiz türünü yapmayan hastaların yüzdesi %52,9 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastalarda %21,8'dir. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda yüzme, toplu sporlar veya spor salonunda egzersiz türlerinden en az birini yapan hastaların yüzdesi sadece %6,9 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastalarda %33,3'tür.

**Tablo 41. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Yaptıkları Egzersiz Türünün Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Egzersiz türü		
	Hiçbir egzersiz yapmayanlar n (%)	Sadece yürüyüş yapanlar n (%)	Yüzme, toplu sporlar veya spor salonunda egzersiz türlerinden en az birini yapanlar n (%)
Yetersiz	54 (52,9)	41 (40,2)	7 (6,9)
Sınırlı	78 (38,2)	101 (49,5)	25 (12,3)
Yeterli	43 (29,9)	69 (47,9)	32 (22,2)
Mükemmel	17 (21,8)	35 (44,9)	26 (33,3)
Toplam	192 (36,4)	246 (46,6)	90 (17,0)
Test istatistikleri	$\chi^2=38,859$ ; $p<0,001$		

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sigara kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 42’de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sigara kullanma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=3,714$ ;  $p=0,294$ ).

**Tablo 42. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Sigara kullanma durumu	
	Evvet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	17 (16,5)	86 (83,5)
Sınırlı	42 (21,5)	153 (78,5)
Yeterli	33 (23,2)	109 (76,8)
Mükemmel	11 (14,1)	67 (85,9)
Toplam	103 (19,9)	415 (80,1)
Test istatistikleri	$\chi^2=3,714$ ; $p=0,294$	

Hastaların (sigara kullanan hastalar için) sağlık okuryazarlığı düzeyine göre günlük içilen sigara sayıları arasında fark olup olmadığını anlamak için varyans analizinden yararlanılmıştır. Varyans analizinde, gruptaki gözlem sayıları yetersiz olduğu (<30) ve günlük içilen sigara sayısı verisi normal dağılım göstermeyip negatif çarpık dağılım gösterdiği için parametrik olmayan testlerden Kruskal-Wallis (KW) varyans analizi kullanılmıştır. Tablo 43’te, hastaların günlük içilen sigara sayısı ortancaları (veya dağılımları) hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (KW=4,707;  $p=0,195$ ).

**Tablo 43. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Günlük İçtikleri Sigara Sayısının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	n	Sıra Ortalaması	Ortanca (25.-75.yüzdeler)	KW	p
Yetersiz	15	59,9	18 (10-20)	4,707	0,195
Sınırlı	40	42,6	9 (3-14)		
Yeterli	31	50,9	10 (3-20)		
Mükemmel	11	52	13 (3-20)		
Toplam	97	51,4	10 (3,5-20)		

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre son bir ay içerisinde alkol kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 44’te verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile son bir ay içerisinde alkol kullanma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=5,59$ ;  $p=0,113$ ).

**Tablo 44. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Alkol Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Alkol alma durumu <sup>1</sup>	
	Evet	Hayır
	n (%)	n (%)
Yetersiz	8 (7,8)	94 (92,2)
Sınırlı	25 (12,6)	174 (87,4)
Yeterli	25 (17,5)	118 (82,5)
Mükemmel	13 (16,9)	64 (83,1)
Toplam	71 (13,6)	450 (86,4)
Test istatistikleri	$\chi^2=5,59$ ; $p=0,113$	

<sup>1</sup>Son bir ay içerisinde

Hastaların (alkol kullanan hastalar için) sağlık okuryazarlığı düzeyine göre son bir ay içerisindeki alkol alma sıklıkları arasında fark olup olmadığını anlamak için Fisher’in kesin testi uygulanmıştır. Tablo 45’te verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile son 1 ay içerisindeki alkol alma sıklıkları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=1,873$ ;  $p=0,625$ ).

**Tablo 45. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Alkol Alma Sıklıklarının Karşılaştırılması (N=69)**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Alkol alma sıklığı	
	Ayda 1 kez	Ayda $\geq 2$ kez
	n (%)	n (%)
Yetersiz	3 (42,9)	4 (57,1)
Sınırlı	9 (36,0)	16 (64,0)
Yeterli	13 (54,2)	11 (45,8)
Mükemmel	5 (38,5)	8 (61,5)
Toplam	30 (43,5)	39 (56,5)
Test istatistikleri <sup>1</sup>	$\chi^2=1,873$ ; $p=0,625$	

<sup>1</sup>Bu tabloda beklenen sıklık değeri 5’ten küçük olan göz sayısının toplam göz sayısı içindeki payı %25’tir.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre diyet uygulama durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 46’da verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile diyet uygulama durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=4,834$ ;  $p=0,184$ ).

**Tablo 46. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Diyet Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Diyet uygulama durumu	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	29 (28,7)	72 (71,3)
Sınırlı	71 (35,1)	131 (64,9)
Yeterli	44 (30,6)	100 (69,4)
Mükemmel	33 (42,9)	44 (57,1)
Toplam	177 (33,8)	347 (66,2)
Test istatistikleri	$\chi^2=4,834$ ; $p=0,184$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre BKİ ( $\text{kg/m}^2$ ) ölçüsü ortalamaları arasında fark olup olmadığını anlamak için tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Karşılaştırma yapmadan önce, karşılaştırma yapılacak grupların varyanslarının homojenliği test edilmiş ve grupların varyanslarının homojen olduğu görülmüştür ( $p>0,05$ ). Tablo 47’de, hastaların BKİ ölçüsü ortalamaları hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $F=6,23$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz hastaların BKİ ölçüsü ortalaması sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ve mükemmel olan hastaların ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Genel olarak, sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük olan hastaların BKİ ölçüsü ortalaması daha yüksektir.

**Tablo 47. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre BKİ ( $\text{kg/m}^2$ ) Ölçüsü Ortalamasının Karşılaştırılması**

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	n	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	F	p	AF <sup>3</sup>
A. Yetersiz	93	28,6	5,3	6,23	<0,001	A-C,D
B. Sınırlı	182	27,2	5,4			
C. Yeterli	131	26,0	5,1			
D. Mükemmel	74	25,7	4,1			

<sup>1</sup> Ortalama, <sup>2</sup> Standart Sapma, <sup>3</sup> Anlamlı Fark

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü nitelendirmeleri arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 48’de verilen sonuçlara göre hastaların BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü nitelendirmeleri, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=21,714$ ; p=0,001). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda zayıf-normal kilolu olan hastaların yüzdesi %20,4 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastalarda %45,9’dur.

**Tablo 48. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Beden Kitle İndeksi Nitelendirmelerinin Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Beden kitle indeksi nitelendirmesi		
	Zayıf-normal kilolu <sup>1</sup>	Fazla kilolu	Obez
	n (%)	n (%)	n (%)
Yetersiz	19 (20,4)	39 (41,9)	35 (37,6)
Sınırlı	66 (36,3)	65 (35,7)	51 (28,0)
Yeterli	56 (42,7)	50 (38,2)	25 (19,1)
Mükemmel	34 (45,9)	29 (39,2)	11 (14,9)
Toplam	175 (36,5)	183 (38,1)	122 (25,4)
Test istatistikleri	$\chi^2=21,714$ ; p=0,001		

<sup>1</sup>17 hasta zayıf, 158 hasta normal kilolu.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 49’da verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=3,714$ ; p=0,294).

**Tablo 49. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Doktor Tavsiyesi Olmadan/Reçetesiz İlaç Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanma	
	Hiçbir zaman	Diğer <sup>1</sup>
	n (%)	n (%)
Yetersiz	68 (65,4)	36 (34,6)
Sınırlı	119 (58,3)	85 (41,7)
Yeterli	83 (57,6)	61 (42,4)
Mükemmel	53 (67,9)	25 (32,1)
Toplam	323 (60,9)	207 (39,1)
Test istatistikleri	$\chi^2=3,714$ ; p=0,294	

<sup>1</sup>135 nadiren, 55 bazen, 12 çoğunlukla, 5 her zaman

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 50’de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=7,404$ ;  $p=0,060$ ).

**Tablo 50. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Çevre Tavsiyesiyle İlaç Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma	
	Hiçbir zaman	Diğer <sup>1</sup>
	n (%)	n (%)
Yetersiz	81 (77,9)	23 (22,1)
Sınırlı	165 (80,9)	39 (19,1)
Yeterli	121 (84,0)	23 (16,0)
Mükemmel	72 (92,3)	6 (7,7)
Toplam	439 (82,8)	91 (17,2)
Test istatistikleri	$\chi^2=7,404$ ; $p=0,060$	

<sup>1</sup>61 nadiren, 24 bazen, 4 çoğunlukla, 2 her zaman

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 51’de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=5,486$ ;  $p=0,140$ ).

**Tablo 51. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kendi İlaç Bilgisine Dayanarak İlaç Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma	
	Hiçbir zaman	Diğer <sup>1</sup>
	n (%)	n (%)
Yetersiz	77 (74,0)	27 (26,0)
Sınırlı	125 (61,3)	79 (38,7)
Yeterli	91 (63,2)	53 (36,8)
Mükemmel	53 (67,9)	25 (32,1)
Toplam	346 (65,3)	184 (34,7)
Test istatistikleri	$\chi^2=5,486$ ; $p=0,140$	

<sup>1</sup>111 nadiren, 42 bazen, 22 çoğunlukla, 9 her zaman

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre (doktor tavsiyesi veya reçete olmadan) eczaneye danışarak ilaç kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 52’de verilen sonuçlara göre hastaların eczaneye danışarak ilaç kullanma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=11,893$ ;  $p=0,008$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda hiçbir zaman eczaneye danışarak ilaç kullanmayan hastaların yüzdesi %68,3 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha düşüktür.

**Tablo 52. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Eczaneye Danışarak İlaç Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Eczaneye danışarak ilaç kullanma	
	Hiçbir zaman	Diğer <sup>1</sup>
	n (%)	n (%)
Yetersiz	71 (68,3)	33 (31,7)
Sınırlı	100 (49,0)	104 (51,0)
Yeterli	73 (50,7)	71 (49,3)
Mükemmel	46 (59,0)	32 (41,0)
Toplam	290 (54,7)	240 (45,3)
Test istatistikleri	$\chi^2=11,893$ ; $p=0,008$	

<sup>1</sup>112 nadiren, 88 bazen, 23 çoğunlukla, 17 her zaman

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre internetten araştırarak ilaç kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 53’te verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile internetten araştırarak ilaç kullanma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=3,285$ ;  $p=0,350$ ).

**Tablo 53. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre İnternette Araştırarak İlaç Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	İnternette araştırarak ilaç kullanma	
	Hiçbir zaman	Diğer <sup>1</sup>
	n (%)	n (%)
Yetersiz	98 (94,2)	6 (5,8)
Sınırlı	181 (88,7)	23 (11,3)
Yeterli	131 (91,0)	13 (9,0)
Mükemmel	73 (93,6)	5 (6,4)
Toplam	483 (91,1)	47 (8,9)
Test istatistikleri	$\chi^2=3,285$ ; $p=0,350$	

<sup>1</sup>22 nadiren, 14 bazen, 9 çoğunlukla, 2 her zaman



Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre kendisine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına tavsiye etme durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 54'te verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kendisine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına tavsiye etme durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=2,856$ ;  $p=0,414$ ).

**Tablo 54. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kendisine İyi Geldiğini Düşündüğü Bir İlacı Başkasına Tavsiye Etme Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Kendisine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına tavsiye etme	
	Hiçbir zaman	Diğer <sup>1</sup>
	n (%)	n (%)
Yetersiz	77 (74,0)	27 (26,0)
Sınırlı	145 (71,1)	59 (28,9)
Yeterli	104 (72,2)	40 (27,8)
Mükemmel	63 (80,8)	15 (19,2)
Toplam	389 (73,4)	141 (26,6)
Test istatistikleri	$\chi^2=2,856$ ; $p=0,414$	

<sup>1</sup>58 nadiren, 47 bazen, 21 çoğunlukla, 15 her zaman

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 55'te verilen sonuçlara göre hastaların evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=45,043$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda evdeki ilaçların son kullanma tarihine her zaman dikkat eden hastaların yüzdesi %52,9 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha yüksek olmakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastalarda %92,3'tür.

**Tablo 55. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Evdeki İlaçların Son Kullanma Tarihine Dikkat Etme Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme	
	Her zaman	Diğer <sup>1</sup>
	n (%)	n (%)
Yetersiz	55 (52,9)	49 (47,1)
Sınırlı	150 (73,5)	54 (26,5)
Yeterli	120 (83,3)	24 (16,7)
Mükemmel	72 (92,3)	6 (7,7)
Toplam	397 (74,9)	133 (25,1)
Test istatistikleri	$\chi^2=45,043$ ; $p<0,001$	

<sup>1</sup>46 çoğunlukla, 15 bazen, 12 nadiren, 60 hiçbir zaman

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ilaçlarını doktorunun önerdiği miktarda kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 56'da verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilaçlarını doktorunun önerdiği miktarda kullanma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=3,611$ ;  $p=0,307$ ).

**Tablo 56. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre İlaçlarını Doktorunun Önerdiği Miktarda Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	İlaçları doktorunun önerdiği miktarda kullanma	
	Her zaman n (%)	Diğer <sup>1</sup> n (%)
Yetersiz	86 (82,7)	18 (17,3)
Sınırlı	168 (82,4)	36 (17,6)
Yeterli	123 (85,4)	21 (14,6)
Mükemmel	71 (91,0)	7 (9,0)
Toplam	448 (84,5)	82 (15,5)
Test istatistikleri	$\chi^2=3,611$ ; $p=0,307$	

<sup>1</sup>55 çoğunlukla, 13 bazen, 8 nadiren, 6 hiçbir zaman

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ilaçlarını doktorunun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 57'de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilaçlarını doktorunun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=6,364$ ;  $p=0,095$ ).

**Tablo 57. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre İlaçlarını Doktorunun Önerdiği Süreye Uygun Şekilde Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	İlaçları doktorunun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma	
	Her zaman n (%)	Diğer <sup>1</sup> n (%)
Yetersiz	84 (80,8)	20 (19,2)
Sınırlı	160 (78,4)	44 (21,6)
Yeterli	120 (83,3)	24 (16,7)
Mükemmel	71 (91,0)	7 (9,0)
Toplam	435 (82,1)	95 (17,9)
Test istatistikleri	$\chi^2=6,364$ ; $p=0,095$	

<sup>1</sup>56 çoğunlukla, 23 bazen, 8 nadiren, 8 hiçbir zaman

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık bilgisine ulaşmada televizyonu kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 58’de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık bilgisine ulaşmada televizyonu kullanma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=5,657$ ;  $p=0,130$ ).

**Tablo 58. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Televizyonu Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Sağlık bilgisine ulaşmada televizyonu kullanma	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	39 (37,9)	64 (62,1)
Sınırlı	106 (52,0)	98 (48,0)
Yeterli	65 (45,1)	79 (54,9)
Mükemmel	37 (47,7)	41 (52,6)
Toplam	247 (46,7)	282 (53,3)
Test istatistikleri	$\chi^2=5,657$ ; $p=0,130$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık bilgisine ulaşmada radyoyu kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 59’da verilen sonuçlara göre hastaların sağlık bilgisine ulaşmada radyoyu kullanma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=14,106$ ;  $p=0,003$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda sağlık bilgisine ulaşmada radyoyu kullanan hastaların yüzdesi sadece %5,8 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %22,5; yeterli olan hastalarda %20,8; mükemmel olan hastalarda %16,7’dir.

**Tablo 59. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Radyoyu Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Sağlık bilgisine ulaşmada radyoyu kullanma	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	6 (5,8)	97 (94,2)
Sınırlı	46 (22,5)	158 (77,5)
Yeterli	30 (20,8)	114 (79,2)
Mükemmel	13 (16,7)	65 (83,3)
Toplam	95 (18,0)	434 (82,0)
Test istatistikleri	$\chi^2=14,106$ ; $p=0,003$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık bilgisine ulaşmada gazete-dergi kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 60'ta verilen sonuçlara göre hastaların sağlık bilgisine ulaşmada gazete-dergi kullanma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=27,794$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda sağlık bilgisine ulaşmada gazete-dergi kullanan hastaların yüzdesi sadece %6,8 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastalarda %37,2'dir.

**Tablo 60. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Gazete-dergi Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Sağlık bilgisine ulaşmada gazete-dergi kullanma	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	7 (6,8)	96 (93,2)
Sınırlı	59 (28,9)	145 (71,1)
Yeterli	46 (31,9)	98 (68,1)
Mükemmel	29 (37,2)	49 (62,8)
Toplam	141 (26,7)	388 (73,3)
Test istatistikleri	$\chi^2=27,794$ ; $p<0,001$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık bilgisine ulaşmada interneti kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 61'de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık bilgisine ulaşmada interneti kullanma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=55,476$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda sağlık bilgisine ulaşmada internetten yararlanan hastaların yüzdesi sadece %16,5 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı mükemmel olan hastalarda %65,4'tür.

**Tablo 61. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada İnternet Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Sağlık bilgisine ulaşmada interneti kullanma	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	17 (16,5)	86 (83,5)
Sınırlı	88 (43,1)	116 (56,9)
Yeterli	82 (56,9)	62 (43,1)
Mükemmel	51 (65,4)	27 (34,6)
Toplam	238 (45,0)	291 (55,0)
Test istatistikleri	$\chi^2=55,476$ ; $p<0,001$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık bilgisine ulaşmada doktoru kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 62’de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık bilgisine ulaşmada doktoru kullanma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=4,428$ ;  $p=0,219$ ).

**Tablo 62. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Doktoru Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Sağlık bilgisine ulaşmada doktoru kullanma	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	100 (97,1)	3 (2,9)
Sınırlı	201 (98,5)	3 (1,5)
Yeterli	137 (95,1)	7 (4,9)
Mükemmel	77 (98,7)	1 (1,3)
Toplam	515 (97,4)	14 (2,6)
Test istatistikleri	$\chi^2=4,428$ ; $p=0,219$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık bilgisine ulaşmada hemşireyi kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 63’te verilen sonuçlara göre hastaların sağlık bilgisine ulaşmada hemşireyi kullanma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=14,137$ ;  $p=0,003$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda sağlık bilgisine ulaşmada hemşireyi kullanan hastaların yüzdesi %14,6 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %32,4; yeterli olan hastalarda %29,9’dur.

**Tablo 63. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Hemşireyi Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Sağlık bilgisine ulaşmada hemşireyi kullanma	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	15 (14,6)	88 (85,4)
Sınırlı	66 (32,4)	138 (67,6)
Yeterli	43 (29,9)	101 (70,1)
Mükemmel	15 (19,2)	63 (80,8)
Toplam	139 (26,3)	390 (73,7)
Test istatistikleri	$\chi^2=14,137$ ; $p=0,003$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık bilgisine ulaşmada eczacıyı kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 64’te verilen sonuçlara göre hastaların sağlık bilgisine ulaşmada eczacıyı kullanma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=13,493$ ;  $p=0,004$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda sağlık bilgisine ulaşmada eczacıyı kullanan hastaların yüzdesi %28,2 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %47,5; yeterli olan hastalarda %48,6’dır.

**Tablo 64. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Eczacıyı Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Sağlık bilgisine ulaşmada eczacıyı kullanma	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	29 (28,2)	74 (71,8)
Sınırlı	97 (47,5)	107 (52,5)
Yeterli	70 (48,6)	74 (51,4)
Mükemmel	30 (38,5)	48 (61,5)
Toplam	226 (42,7)	303 (57,3)
Test istatistikleri	$\chi^2=13,493$ ; $p=0,004$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık bilgisine ulaşmada diğer sağlık çalışanlarını kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 65’de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık bilgisine ulaşmada diğer sağlık çalışanlarını kullanma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=13,143$ ;  $p=0,004$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel (%10,3) ve yetersiz (%11,7) olan hastalar sağlık bilgisine ulaşmada diğer sağlık çalışanlarını daha az kullanmaktadır.

**Tablo 65. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Diğer Sağlık Çalışanlarını Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Sağlık bilgisine ulaşmada diğer sağlık çalışanlarını kullanma	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	12 (11,7)	91 (88,3)
Sınırlı	52 (25,5)	152 (74,5)
Yeterli	29 (20,1)	115 (79,9)
Mükemmel	8 (10,3)	70 (89,7)
Toplam	101 (19,1)	428 (80,9)
Test istatistikleri	$\chi^2=13,143$ ; $p=0,004$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık bilgisine ulaşmada kullandıkları bilgi kaynakları içinden algıladıkları en önemli sağlık bilgi kaynakları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 66'da verilen sonuçlara göre hastaların algıladıkları en önemli sağlık bilgi kaynakları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=17,036$ ;  $p=0,009$ ). Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre en önemli sağlık bilgi kaynaklarındaki dağılım yüzdelerine bakıldığında, yüzdelerin en fazla internet, daha sonra da doktor kaynağında farklılaştığı görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda en önemli sağlık bilgi kaynağını internet olarak algılayan hastaların yüzdesi sadece %1 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %8,8; yeterli olan hastalarda %15,3; mükemmel olan hastalarda ise %10,3'tür. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda en önemli sağlık bilgi kaynağını doktor olarak algılayan hastaların yüzdesi %94,2 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha düşük olmakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %86,8; yeterli olan hastalarda %83,3; mükemmel olan hastalarda ise %85,9'dur.

**Tablo 66. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Algıladığı En Önemli Sağlık Bilgi Kaynağının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	En önemli sağlık bilgi kaynakları		
	Doktor n (%)	İnternet n (%)	Diğer <sup>1</sup> n (%)
Yetersiz	97 (94,2)	1 (1,0)	5 (4,9)
Sınırlı	177 (86,8)	18 (8,8)	9 (4,4)
Yeterli	120 (83,3)	22 (15,3)	2 (1,4)
Mükemmel	67 (85,9)	8 (10,3)	3 (3,8)
Toplam	461 (87,1)	49 (9,3)	19 (3,6)
Test istatistikleri	$\chi^2=17,036$ ; $p=0,009$		

<sup>1</sup>5 Televizyon, 2 gazete-dergi, 5 hemşire, 2 eczacı, 3 diğer sağlık çalışanları, 1 çevre (aile, akraba, arkadaş), 1 tıbbi makale ve tezler

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık bilgisine ulaşmada kullandıkları sağlık bilgi kaynağı sayısı ortalamaları arasında fark olup olmadığını anlamak için Welch istatistiğinden yararlanılmıştır. Karşılaştırma yapmadan önce, karşılaştırma yapılacak grupların varyanslarının homojenliği test edilmiş ve grupların varyanslarının homojen olmadığı görülmüştür ( $p<0,05$ ). Tablo 67'de, hastaların sağlık bilgisine

ulaşmada kullandıkları sağlık bilgi kaynağı sayısı ortalamaları hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur (F=14,160; p<0,001). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz hastaların ortalaması diğer sağlık okuryazarlığı düzeyindeki hastaların ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür (p<0,05).

**Tablo 67. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Kullandıkları Sağlık Bilgi Kaynağı Sayısı Ortalamasının Karşılaştırılması**

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	n	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	F	p	AF <sup>3</sup>
A. Yetersiz	103	2,2	1,6	14,160	<0,001	A-B,C,D
B. Sınırlı	204	3,5	2,5			
C. Yeterli	144	3,5	2,4			
D. Mükemmel	78	3,3	2,1			

<sup>1</sup>Ortalama, <sup>2</sup>Standart Sapma, <sup>3</sup>Anlamlı Fark

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık bilgisine ulaşmada kullandıkları sağlık bilgi kaynağı sayısı kategorik hale dönüştürüldüğünde gruplar arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 68’de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık bilgisine ulaşmada kullandıkları sağlık bilgi kaynağı sayıları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=32,564$ ; p<0,001). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda sağlık bilgisine ulaşmada dört ve üzeri kaynak kullanan hastaların yüzdesi %14,6 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %36,8, yeterli olan hastalarda %40,3; mükemmel olan hastalarda ise %34,6’dır.

**Tablo 68. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Bilgisine Ulaşmada Kullandıkları Sağlık Bilgi Kaynağı Sayılarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Sağlık bilgi kaynağı sayısı			
	1	2	3	≥4
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Yetersiz	45 (%43,7)	28 (27,2)	15 (14,6)	15 (14,6)
Sınırlı	55 (27,0)	42 (20,6)	32 (15,7)	75 (36,8)
Yeterli	36 (25,0)	33 (22,9)	17 (11,8)	58 (40,3)
Mükemmel	14 (17,9)	18 (23,1)	19 (24,4)	27 (34,6)
Toplam	150 (28,4)	121 (22,9)	83 (15,7)	175 (33,1)
Test istatistikleri	$\chi^2=32,564$ ; p<0,001			



### 5.2.5.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Statüsüyle İlgili Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması

Bu başlık altında sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hastaların; genel sağlık durumu algısı, uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığının olması, sağlık sorunlarının aktivite/faaliyetlerini sınırlaması, hastanın beyanına göre tıbbi öyküde yer alan bazı hastalık türlerinin (kalp-damar hastalığı, hiperlipidemi, diyabet, hipertansiyon, KOAH, astım, böbrek hastalığı, karaciğer hastalığı, inme/felç, romatolojik hastalık, kanser, psikiyatrik hastalık, demans, diğer) olması durumlarının ve toplam hastalık sayılarının karşılaştırılmasıyla ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre genel sağlık durumu algıları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 69’da verilen sonuçlara göre hastaların genel sağlık durumu algıları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=29,620$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda genel sağlık durumunu iyi olarak algılayan hastaların yüzdesi %23,3 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha yüksek olmakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %31,5; yeterli olan hastalarda %45,8; mükemmel olan hastalarda ise %47,4’tür.

**Tablo 69. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Genel Sağlık Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Genel sağlık durumu		
	İyi n (%)	Orta n (%)	Kötü n (%)
Yetersiz	24 (23,3)	54 (52,4)	25 (24,3)
Sınırlı	64 (31,5)	108 (53,2)	31 (15,3)
Yeterli	66 (45,8)	69 (47,9)	9 (6,2)
Mükemmel	37 (47,4)	34 (43,6)	7 (9,0)
Toplam	191 (36,2)	265 (50,2)	72 (13,6)
Test istatistikleri	$\chi^2=29,620$ ; $p<0,001$		

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre uzun süreli sağlık sorunu veya hastalığının olması durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 70’te verilen sonuçlara göre hastaların uzun süreli sağlık sorunu veya hastalığının olması durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark

göstermektedir ( $\chi^2=23,994$ ;  $p=0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda uzun süreli sağlık sorunu veya hastalık sayısı birden fazla olan hastaların yüzdesi %67,6 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan hastalarda %37,3'tür.

**Tablo 70. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Uzun Süreli Bir Sağlık Sorunu veya Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalık <sup>1</sup>		
	Evet-birden fazla	Evet-bir tane	Hayır
	n (%)	n (%)	n (%)
Yetersiz	69 (67,6)	25 (24,5)	8 (7,8)
Sınırlı	102 (50,7)	67 (33,3)	32 (15,9)
Yeterli	53 (37,3)	59 (41,5)	30 (21,1)
Mükemmel	39 (50,0)	30 (38,5)	9 (11,5)
Toplam	263 (50,3)	181 (34,6)	79 (15,1)
Test istatistikleri	$\chi^2=23,994$ ; $p=0,001$		

<sup>1</sup>Uzun süre ile en az altı ay sürmüş veya sürmesi beklenen problemler kastedilmektedir

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlaması durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 71'de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetleri sınırlaması durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=23,399$ ;  $p=0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalar arasında sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini ciddi bir şekilde sınırladığını belirten hastaların yüzdesi %46,2 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastalarda ise %26,9'dur.

**Tablo 71. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Sorunlarının Genel Olarak Aktivite/Faaliyetleri Sınırlaması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetleri sınırlaması		
	Ciddi bir şekilde sınırladı	Sınırladı ancak ciddi bir şekilde değil	Sınırlamadı
	n (%)	n (%)	n (%)
Yetersiz	48 (46,2)	33 (31,7)	23 (22,1)
Sınırlı	72 (36,0)	70 (35,0)	58 (29,0)
Yeterli	30 (21,1)	62 (43,7)	50 (35,2)
Mükemmel	21 (26,9)	24 (30,8)	33 (42,3)
Toplam	171 (32,6)	189 (36,1)	164 (31,3)
Test istatistikleri	$\chi^2=23,399$ ; $p=0,001$		

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre kalp-damar hastalığına sahip olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 72’de verilen sonuçlara göre hastaların kalp-damar hastalığına sahip olma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=20,947$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda kalp-damar hastalığı olan hastaların yüzdesi %89,4 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %67,2; yeterli olan hastalarda %66,0’dır.

**Tablo 72. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kalp-damar Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Kalp-damar hastalığı	
	Var n (%)	Yok n (%)
Yetersiz	93 (89,4)	11 (10,6)
Sınırlı	137 (67,2)	67 (32,8)
Yeterli	95 (66,0)	49 (34,0)
Mükemmel	58 (74,4)	20 (25,6)
Toplam	58 (72,3)	147 (27,7)
Test istatistikleri	$\chi^2=20,947$ ; $p<0,001$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hiperlipidemi hastalığına sahip olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 73’te verilen sonuçlara göre hastaların hiperlipidemi hastalığına sahip olma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=16,553$ ;  $p=0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda hiperlipidemi hastalığı olan hastaların yüzdesi %43,3 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan hastalarda %19,4; mükemmel olan hastalarda ise %29,5’tir.

**Tablo 73. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hiperlipidemi Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Hiperlipidemi hastalığı	
	Var n (%)	Yok n (%)
Yetersiz	45 (43,3)	59 (56,7)
Sınırlı	65 (31,9)	139 (68,1)
Yeterli	28 (19,4)	116 (80,6)
Mükemmel	23 (29,5)	55 (70,5)
Toplam	161 (30,4)	369 (69,6)
Test istatistikleri	$\chi^2=16,553$ ; $p=0,001$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre diyabet hastalığına sahip olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 74’te verilen sonuçlara göre hastaların diyabet hastalığına sahip olma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=11,994$ ;  $p=0,007$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda diyabet hastalığı olan hastaların yüzdesi %26,9 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %19,1; yeterli olan hastalarda %11,1; mükemmel olan hastalarda ise %12,8’dir.

**Tablo 74. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Diyabet Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Diyabet hastalığı	
	Var	Yok
	n (%)	n (%)
Yetersiz	28 (26,9)	76 (73,1)
Sınırlı	39 (19,1)	165 (80,9)
Yeterli	16 (11,1)	128 (88,9)
Mükemmel	10 (12,8)	68 (87,2)
Toplam	93 (17,5)	437 (82,5)
Test istatistikleri	$\chi^2=11,994$ ; $p=0,007$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hipertansiyon hastalığına sahip olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 75’te verilen sonuçlara göre hastaların hipertansiyon hastalığına sahip olma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=16,334$ ;  $p=0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda hipertansiyon hastalığı olan hastaların yüzdesi %54,8 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %41,2; yeterli olan hastalarda %29,9; mükemmel olan hastalarda ise %35,9’dur.

**Tablo 75. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hipertansiyon Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Hipertansiyon Hastalığı	
	Var	Yok
	n (%)	n (%)
Yetersiz	57 (54,8)	47 (45,2)
Sınırlı	84 (41,2)	120 (58,8)
Yeterli	43 (29,9)	101 (70,1)
Mükemmel	28 (35,9)	50 (64,1)
Toplam	212 (40,0)	318 (60,0)
Test istatistikleri	$\chi^2=16,334$ ; $p=0,001$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre KOAH'a sahip olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 76'da verilen sonuçlara göre hastaların KOAH'a sahip olma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=10,6$ ;  $p=0,014$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda KOAH'ı olan hastaların yüzdesi %10,6 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %6,4; yeterli olan hastalarda %1,4; mükemmel olan hastalarda ise %3,8'dir.

**Tablo 76. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	
	Var	Yok
	n (%)	n (%)
Yetersiz	11 (10,6)	93 (89,4)
Sınırlı	13 (6,4)	191 (93,6)
Yeterli	2 (1,4)	142 (98,6)
Mükemmel	3 (3,8)	75 (96,2)
Toplam	29 (5,5)	501 (94,5)
Test istatistikleri	$\chi^2=10,600$ ; $p=0,014$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre astım hastalığına sahip olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 77'de verilen sonuçlara göre hastaların astım hastalığına sahip olma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=14,466$ ;  $p=0,002$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda astım hastalığı olan hastaların yüzdesi %17,3 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha düşük olmakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %6,9; yeterli olan hastalarda %6,2; mükemmel olan hastalarda ise %3,8'dir.

**Tablo 77. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Astım Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Astım Hastalığı	
	Var	Yok
	n (%)	n (%)
Yetersiz	18 (17,3)	86 (82,7)
Sınırlı	14 (6,9)	190 (93,1)
Yeterli	9 (6,2)	135 (93,8)
Mükemmel	3 (3,8)	75 (96,2)
Toplam	44 (8,3)	486 (91,7)
Test istatistikleri	$\chi^2=14,466$ ; $p=0,002$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre böbrek hastalığına sahip olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 78’de verilen sonuçlara göre hastaların böbrek hastalığına sahip olma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=10,226$ ;  $p=0,017$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan hastalarda böbrek hastalığı olan hastaların yüzdesi %3,5 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha yüksek olmakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda %10,6; sınırlı olan hastalarda %11,8; mükemmel olan hastalarda ise %15,4’tür.

**Tablo 78. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Böbrek Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Böbrek hastalığı	
	Var n (%)	Yok n (%)
Yetersiz	11 (10,6)	93 (89,4)
Sınırlı	24 (11,8)	180 (88,2)
Yeterli	5 (3,5)	139 (96,5)
Mükemmel	12 (15,4)	66 (84,6)
Toplam	52 (9,8)	478 (90,2)
Test istatistikleri	$\chi^2=10,226$ ; $p=0,017$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre karaciğer hastalığına sahip olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Fisher’in kesin testi uygulanmıştır. Tablo 79’da verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile karaciğer hastalığına sahip olma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=1,586$ ;  $p=0,666$ ).

**Tablo 79. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Karaciğer Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Karaciğer hastalığı	
	Var n (%)	Yok n (%)
Yetersiz	5 (4,8)	99 (95,2)
Sınırlı	11 (5,4)	193 (94,6)
Yeterli	4 (2,8)	140 (97,2)
Mükemmel	4 (5,1)	74 (94,9)
Toplam	24 (4,5)	506 (95,5)
Test istatistikleri	$\chi^2=1,586$ ; $p=0,666$	

<sup>1</sup>Beklenen sıklık değeri 5’ten küçük göz sayısının toplam göz sayısı içindeki payı %25’tir.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre inme/felç hastalığına sahip olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Fisher'in kesin testi uygulanmıştır. Tablo 80'de verilen sonuçlara göre hastaların inme/felç hastalığına sahip olma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=11,782$ ;  $p=0,005$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda inme/felç hastalığı olan hastaların yüzdesi %10,6 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha düşük olmakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %3,4; yeterli olan hastalarda %1,4; mükemmel olan hastalarda ise %6,4'tür.

**Tablo 80. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre İnme/Felç Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	İnme/felç hastalığı	
	Var n (%)	Yok n (%)
Yetersiz	11 (10,6)	93 (89,4)
Sınırlı	7 (3,4)	197 (96,6)
Yeterli	2 (1,4)	142 (98,6)
Mükemmel	5 (6,4)	73 (93,6)
Toplam	25 (4,7)	505 (95,3)
Test istatistikleri	$\chi^2=11,782$ ; $p=0,005$	

<sup>1</sup>Beklenen sıklık değeri 5'ten küçük göz sayısının toplam göz sayısı içindeki payı %25'tir.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre romatolojik hastalığa sahip olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 81'de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile romatolojik hastalığa sahip olma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=5,495$ ;  $p=0,139$ ).

**Tablo 81. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Romatolojik Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Romatolojik hastalık	
	Var n (%)	Yok n (%)
Yetersiz	24 (23,1)	80 (76,9)
Sınırlı	26 (12,7)	178 (87,3)
Yeterli	23 (16,0)	121 (84,0)
Mükemmel	12 (15,4)	66 (84,6)
Toplam	85 (16,0)	445 (84,0)
Test istatistikleri	$\chi^2=5,495$ ; $p=0,139$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre kanser hastalığına sahip olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 82’de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kanser hastalığına sahip olma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=0,429$ ;  $p=0,934$ ).

**Tablo 82. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kanser Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Kanser hastalığı	
	Var n (%)	Yok n (%)
Yetersiz	7 (6,7)	97 (93,3)
Sınırlı	15 (7,4)	189 (92,6)
Yeterli	12 (8,3)	132 (91,7)
Mükemmel	7 (9,0)	71 (91,0)
Toplam	41 (7,7)	489 (92,3)
Test istatistikleri	$\chi^2=0,429$ ; $p=0,934$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre psikiyatrik hastalığa sahip olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 83’te verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile psikiyatrik hastalığa sahip olma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=5,646$ ;  $p=0,130$ ).

**Tablo 83. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Psikiyatrik Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Psikiyatrik hastalık	
	Var n (%)	Yok n (%)
Yetersiz	14 (13,5)	90 (86,5)
Sınırlı	18 (8,8)	186 (91,2)
Yeterli	8 (5,6)	136 (94,4)
Mükemmel	10 (12,8)	68 (87,2)
Toplam	50 (9,4)	480 (90,6)
Test istatistikleri	$\chi^2=5,646$ ; $p=0,130$	

Demans hastalığına sahip olan hasta sayısı 8’dir. Bu sayı, istatistiksel analiz yapabilmek için yeterli büyüklükte olmadığından ve bazı gözler sıfır olduğundan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre demans hastalığına sahip olma durumlarının karşılaştırması yapılmamıştır.



Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre diğer bir hastalığa sahip olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 84’te verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile diğer (ek) bir hastalığa sahip olma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=0,451$ ;  $p=0,930$ ).

**Tablo 84. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Diğer Bir Hastalığının Olması Durumunun Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Diğer bir hastalık	
	Var n (%)	Yok n (%)
Yetersiz	8 (7,7)	96 (92,3)
Sınırlı	20 (9,8)	184 (90,2)
Yeterli	12 (8,3)	132 (91,7)
Mükemmel	7 (9,0)	71 (91,0)
Toplam	47 (8,9)	483 (91,1)
Test istatistikleri	$\chi^2=0,451$ ; $p=0,930$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre toplam hastalık sayıları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 85’te verilen sonuçlara göre hastaların hastalık sayıları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=33,562$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda hastalık sayısı  $\geq 3$  olan hastaların yüzdesi %60,6 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha düşük olmakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %42,6; yeterli olan hastalarda %27,1; mükemmel olan hastalarda ise %42,3’tür.

**Tablo 85. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hastalık Sayılarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Hastalık sayıları			
	0 hastalık n (%)	1 hastalık n (%)	2 hastalık n (%)	$\geq 3$ hastalık n (%)
Yetersiz	6 (5,8)	20 (19,2)	15 (14,4)	63 (60,6)
Sınırlı	28 (13,7)	53 (26,0)	36 (17,6)	87 (42,6)
Yeterli	24 (16,7)	48 (33,3)	33 (22,9)	39 (27,1)
Mükemmel	6 (7,7)	28 (35,9)	11 (14,1)	33 (42,3)
Toplam	64 (12,1)	149 (28,1)	95 (17,9)	222 (41,9)
Test istatistikleri	$\chi^2=33,562$ ; $p<0,001$			

### 5.2.5.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sağlık Hizmetleri Kullanımıyla İlgili Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması

Bu başlık altında sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hastaların; acil servisi kullanımı, doktora başvurma, hastane hizmetleri kullanımı, diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma, kardiyoloji polikliniğine başvurma, hastanede yatarak tedavi olma, hastaneye yatış sayısı (yatan hastalar için), hastanede yatış süresi-gün (yatan hastalar için), doktor randevusuna giderken yanında refakatçi bulundurma, başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme, doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme ve koruyucu sağlık hizmetleri (genel bir doktor muayenesi, tansiyon ölçümü, kendi kendine meme muayenesi, mamografi, serviks kanseri testi, kendi kendine testis muayenesi, kolon kanseri taraması, osteoporoz taraması, diş hekimi muayenesi) kullanımının karşılaştırılmasıyla ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre son iki yıl içinde acil servis kullanım durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 86’da verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile acil servis kullanım durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=1,857$  p=0,603).

**Tablo 86. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Acil Servis Kullanım Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Acil servis kullanımı <sup>1</sup>	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	34 (32,7)	70 (67,3)
Sınırlı	76 (37,3)	128 (62,7)
Yeterli	55 (38,5)	88 (61,5)
Mükemmel	33 (42,3)	45 (57,7)
Toplam	198 (37,4)	331 (62,6)
Test istatistikleri	$\chi^2=1,857$ p=0,603	

<sup>1</sup>Son 2 yıl içinde

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre son bir yıl içinde doktora başvurma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 87’de verilen sonuçlara göre hastaların doktora başvurma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=12,977$ ;  $p=0,005$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda son bir yıl içinde doktora  $\geq 5$  kez başvuran hastaların yüzdesi %76 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha düşüktür.

**Tablo 87. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Doktora Başvurma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Doktora başvurma <sup>1</sup>	
	$\leq 4$ kez başvurma	$\geq 5$ kez başvurma
	n (%)	n (%)
Yetersiz	25 (24,0)	79 (76,0)
Sınırlı	79 (38,7)	125 (61,3)
Yeterli	65 (45,5)	78 (54,5)
Mükemmel	34 (43,6)	44 (56,4)
Toplam	203 (38,4)	326 (61,6)
Test istatistikleri	$\chi^2=12,977$ ; $p=0,005$	

<sup>1</sup>Son 1 yıl içinde

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre son bir yıl içinde hastane hizmetlerini kullanma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 88’de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hastane hizmetlerini kullanma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=2,869$ ;  $p=0,412$ ).

**Tablo 88. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hastane Hizmetlerini Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Hastane hizmetlerini kullanma <sup>1</sup>	
	$\leq 4$ kez kullanma	$\geq 5$ kez kullanma
	n (%)	n (%)
Yetersiz	45 (43,3)	59 (56,7)
Sınırlı	101 (49,8)	102 (50,2)
Yeterli	66 (46,5)	76 (53,5)
Mükemmel	43 (55,1)	35 (44,9)
Toplam	255 (48,4)	272 (51,6)
Test istatistikleri	$\chi^2=2,869$ ; $p=0,412$	

<sup>1</sup>Son 1 yıl içinde

Hastaların son bir yıl içinde sağlık okuryazarlığı düzeyine göre diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 89’da verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=0,925$ ;  $p=0,819$ ).

**Tablo 89. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Diğer Sağlık Profesyonellerinden Hizmet Alma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma <sup>1</sup>	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	72 (69,2)	32 (30,8)
Sınırlı	131 (64,2)	73 (35,8)
Yeterli	96 (67,1)	47 (32,9)
Mükemmel	53 (67,9)	25 (32,1)
Toplam	352 (66,5)	177 (33,5)
Test istatistikleri	$\chi^2=0,925$ ; $p=0,819$	

<sup>1</sup>Son 1 yıl içinde

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre son bir yıl içinde kardiyoloji polikliniğine başvurma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 90’da verilen sonuçlara göre hastaların kardiyoloji polikliniğine başvurma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=13,796$ ;  $p=0,003$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda son bir yıl içinde herhangi bir hastanenin kardiyoloji polikliniğine  $\geq 2$  kez başvuran hastaların yüzdesi %77,9 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha düşük olmakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %61,8; yeterli olan hastalarda %55,2; mükemmel olan hastalarda ise %61,5’tir.

**Tablo 90. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kardiyoloji Polikliniğine Başvurma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Kardiyoloji polikliniğine başvurma <sup>1</sup>	
	1 kez başvurma n (%)	$\geq 2$ kez başvurma n (%)
Yetersiz	23 (22,1)	81 (77,9)
Sınırlı	78 (38,2)	126 (61,8)
Yeterli	64 (44,8)	79 (55,2)
Mükemmel	30 (38,5)	48 (61,5)
Toplam	195 (36,9)	334 (63,1)
Test istatistikleri	$\chi^2=13,796$ ; $p=0,003$	

<sup>1</sup>Son 1 yıl içinde

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre son bir yıl içinde hastanede yatış durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 91’de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hastaneye yatış durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=7,280$ ;  $p=0,063$ ). Bu ilişkinin anlamlı olmamasına rağmen sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda son bir yıl içinde hastanede yatarak tedavi olan hastaların yüzdesi (%42,7) diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde hastanede yatarak tedavi gören hastaların yüzdesinden (sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %31,4; yeterli olan hastalarda %27,1; mükemmel olan hastalarda ise %29,5) daha yüksektir.

**Tablo 91. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hastaneye Yatış Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Hastaneye yatış <sup>1</sup>	
	Evvet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	44 (42,7)	59 (57,3)
Sınırlı	64 (31,4)	140 (68,6)
Yeterli	39 (27,1)	105 (72,9)
Mükemmel	23 (29,5)	55 (70,5)
Toplam	170 (32,1)	359 (67,9)
Test istatistikleri	$\chi^2=7,280$ ; $p=0,063$	

<sup>1</sup>Son 1 yıl içinde

Son bir yıl içinde hastaneye yatan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hastaneye yatış sayıları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 92’de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hastaneye yatış sayıları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=1,210$ ;  $p=0,751$ ).

**Tablo 92. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hastaneye Yatış Sayılarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Hastaneye yatış sayısı <sup>1</sup>	
	1 kez yatış n (%)	≥2 kez yatış n (%)
Yetersiz	28 (63,6)	16 (36,4)
Sınırlı	38 (62,3)	23 (37,7)
Yeterli	26 (68,4)	12 (31,6)
Mükemmel	17 (73,9)	6 (26,1)
Toplam	109 (65,7)	57 (34,3)
Test istatistikleri	$\chi^2=1,210$ ; $p=0,751$	

<sup>1</sup>Son 1 yıl içinde hastaneye yatışı olan hastaların

Not: Yatışı olan hastalardan 4’ü kaç kez yatışını belirtmemiştir.

Son bir yıl içinde hastaneye yatan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hastanede toplam yatış süreleri (gün) arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 93'te verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hastanede yatış süreleri (gün) arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=6,672$ ;  $p=0,083$ ).

**Tablo 93. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hastanede Yatış Süresinin Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Yatış süresi (gün) <sup>1</sup>	
	≤4 gün n (%)	≥5 gün n (%)
Yetersiz	16 (37,2)	27 (62,8)
Sınırlı	31 (52,5)	28 (47,5)
Yeterli	24 (64,9)	13 (35,1)
Mükemmel	13 (59,1)	9 (40,9)
Toplam	84 (52,2)	77 (47,8)
Test istatistikleri	$\chi^2=6,672$ ; $p=0,083$	

<sup>1</sup>Son 1 yıl içinde hastaneye yatışı olan hastaların

Not: Yatışı olan hastalardan 9'u yatış süresini belirtmemiştir.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre doktor randevusuna giderken yanında bir refakatçi (bir aile mensubu veya arkadaş) bulundurma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 94'te verilen sonuçlara göre hastaların doktor randevusuna giderken yanında bir refakatçi bulundurma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=47,884$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastalarda doktor randevusuna giderken yanında bir refakatçi bulunduran hastaların yüzdesi %34,6 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda %77,5'tir.

**Tablo 94. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Doktor Randevusuna Giderken Yanında Refakatçi Bulundurma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Doktor randevusuna giderken yanında refakatçi bulundurma	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	79 (77,5)	23 (22,5)
Sınırlı	127 (62,6)	76 (37,4)
Yeterli	61 (42,4)	83 (57,6)
Mükemmel	27 (34,6)	51 (65,4)
Toplam	294 (55,8)	233 (44,2)
Test istatistikleri	$\chi^2=47,884$ ; $p<0,001$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 95’te verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hastalığıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=1,312$ ;  $p=0,726$ ).

**Tablo 95. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Hastalığıyla İlgili Başka Doktorlardan İkinci Bir Görüş Alma İhtiyacı Hissetme Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Hastalığıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme	
	Evet	Hayır
	n (%)	n (%)
Yetersiz	67 (65,0)	36 (35,0)
Sınırlı	143 (70,1)	61 (29,9)
Yeterli	102 (70,8)	42 (29,2)
Mükemmel	56 (71,8)	22 (28,2)
Toplam	368 (69,6)	161 (30,4)
Test istatistikleri	$\chi^2=1,312$ ; $p=0,726$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 96’da verilen sonuçlara göre hastaların doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir (11,716;  $p=0,008$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteyen hastaların yüzdesi %28,8 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastalarda %52,6’dır.

**Tablo 96. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kendi İsteğiyle Tetkik veya Tedavi İsteme Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme	
	Evet	Hayır
	n (%)	n (%)
Yetersiz	30 (28,8)	74 (71,2)
Sınırlı	74 (36,3)	130 (63,7)
Yeterli	60 (42,0)	83 (58,0)
Mükemmel	41 (52,6)	37 (47,4)
Toplam	205 (38,8)	324 (61,2)
Test istatistikleri	$\chi^2=11,716$ ; $p=0,008$	

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçme durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 97'de verilen sonuçlara göre hastaların genel bir doktor muayenesinden geçme durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=12,125$ ;  $p=0,007$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda son bir içinde genel bir doktor muayenesinden geçen hastaların yüzdesi %71,1 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha yüksektir.

**Tablo 97. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Genel Bir Doktor Muayenesinden Geçme Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Genel bir doktor muayenesinden geçme <sup>1</sup>	
	Evvet	Hayır
	n (%)	n (%)
Yetersiz	89 (86,4)	14 (13,6)
Sınırlı	145 (71,1)	59 (28,9)
Yeterli	114 (79,2)	30 (20,8)
Mükemmel	66 (84,6)	12 (15,4)
Toplam	414 (78,3)	115 (21,7)
Test istatistikleri	$\chi^2=12,125$ ; $p=0,007$	

<sup>1</sup>Son 1 yıl içinde

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanı tarafından tansiyon ölçümü yaptırma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 98'de verilen sonuçlara göre hastaların tansiyon ölçüm durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=13,727$ ;  $p=0,003$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda son bir içinde herhangi bir sağlık çalışanı tarafından tansiyon ölçümü yapılan hastaların yüzdesi %90,3 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha düşüktür.

**Tablo 98. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Tansiyon Ölçümü Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Tansiyon ölçümü yaptırma <sup>1</sup>	
	Evvet	Hayır
	n (%)	n (%)
Yetersiz	93 (90,3)	10 (9,7)
Sınırlı	159 (77,9)	45 (22,1)
Yeterli	106 (73,6)	38 (26,4)
Mükemmel	68 (87,2)	10 (12,8)
Toplam	426 (80,5)	103 (19,5)
Test istatistikleri	$\chi^2=13,727$ ; $p=0,003$	

<sup>1</sup>Son 1 yıl içinde



Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre 2014-2015 sezonunda grip aşısı olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 99’da verilen sonuçlara göre hastaların grip aşısı olma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=27,069$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastalarda 2014-2015 sezonunda grip aşısı olan hastaların yüzdesi %35,9 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha düşük olmakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda %11,7; sınırlı olan hastalarda %18,6; yeterli olan hastalarda ise %9,7’dir.

**Tablo 99. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Grip Aşısı Olma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Grip aşısı olma <sup>1</sup>	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	12 (11,7)	91 (88,3)
Sınırlı	38 (18,6)	166 (81,4)
Yeterli	14 (9,7)	130 (90,3)
Mükemmel	28 (35,9)	50 (64,1)
Toplam	92 (17,4)	437 (82,6)
Test istatistikleri	$\chi^2=27,069$ ; $p<0,001$	

<sup>1</sup>2014-2015 sezonunda

Kadın hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre kendi kendine meme muayenesi yapma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 100’de verilen sonuçlara göre kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=29,315$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan kadın hastalarda kendi kendine meme muayenesi yapan hastaların yüzdesi %22,8 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastalarda ise %68,1’dir.

**Tablo 100. Kadın Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Kendi kendine meme muayenesi yapma	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	13 (22,8)	44 (77,2)
Sınırlı	34 (30,6)	77 (69,4)
Yeterli	38 (49,4)	39 (50,6)
Mükemmel	32 (68,1)	15 (31,9)
Toplam	117 (40,1)	175 (59,9)
Test istatistikleri	$\chi^2=29,315$ ; $p<0,001$	

Kadın hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre mamografi çekirme durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 101’de verilen sonuçlara göre kadın hastaların mamografi çekirme durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=15,432$ ;  $p=0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan kadın hastalarda mamografi çektiren hastaların yüzdesi %27,8 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastalarda ise %63,9’dur.

**Tablo 101. Kadın Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Mamografi Çekirme Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Mamografi çekirme <sup>1</sup>	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	15 (27,8)	39 (72,2)
Sınırlı	30 (41,1)	43 (58,9)
Yeterli	30 (57,7)	22 (42,3)
Mükemmel	23 (63,9)	13 (36,1)
Toplam	98 (45,6)	117 (54,4)
Test istatistikleri	$\chi^2=15,432$ ; $p=0,001$	

<sup>1</sup>40-49 yaş kadınlar için son 2 yıl içinde,  $\geq 50$  yaş kadınlar için son 1 yıl içinde.

21-65 yaş aralığındaki kadın hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre son üç yıl içinde serviks kanseri (pap smear) testi yaptırma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 102’de verilen sonuçlara göre kadın hastaların serviks kanseri (pap smear) testi yaptırma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=14,734$ ;  $p=0,002$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan 21-65 yaş aralığındaki kadın hastalarda serviks kanseri testi yaptıran hastaların yüzdesi %10,2 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastalarda %39,5’tir.

**Tablo 102. Kadın Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Serviks Kanseri Testi Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Serviks kanseri testi yaptırma <sup>1</sup>	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	5 (17,2)	24 (82,8)
Sınırlı	9 (10,2)	79 (89,8)
Yeterli	14 (22,2)	49 (77,8)
Mükemmel	15 (39,5)	23 (60,5)
Toplam	43 (19,7)	175 (80,3)
Test istatistikleri	$\chi^2=14,734$ ; $p=0,002$	

<sup>1</sup>21-65 yaş arası kadınlarda, son 3 yıl içinde

Erkek hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre kendi kendine testis muayenesi yapma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 103'te verilen sonuçlara göre erkek hastaların kendi kendine testis muayenesi yapma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark göstermektedir ( $\chi^2=27,100$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan erkek hastalarda kendi kendine testis muayenesi yapan erkek hastaların yüzdesi %6,5 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha yüksek olmakla birlikte, sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %14; yeterli olan hastalarda %22,4; mükemmel olan hastalarda ise %51,6'dır.

**Tablo 103. Erkek Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kendi Kendine Testis Muayenesi Yapma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Kendi kendine testis muayenesi yapma	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	3 (6,5)	43 (93,5)
Sınırlı	13 (14,0)	80 (86,0)
Yeterli	15 (22,4)	52 (77,6)
Mükemmel	16 (51,6)	15 (48,4)
Toplam	47 (20,2)	190 (80,2)
Test istatistikleri	$\chi^2=27,100$ ; $p<0,001$	

Yaşı  $\geq 50$  olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre kolon kanseri taraması yaptırma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 104'te verilen sonuçlara göre yaşı  $\geq 50$  olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kolon kanseri taraması yaptırma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=5,448$ ;  $p=0,142$ ).

**Tablo 104. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kolon Kanseri Taraması Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Kolon kanseri taraması yaptırma <sup>1</sup>	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	6 (7,3)	76 (92,7)
Sınırlı	14 (12,5)	98 (87,5)
Yeterli	14 (19,7)	57 (80,3)
Mükemmel	8 (16,0)	42 (84,0)
Toplam	42 (13,3)	273 (86,7)
Test istatistikleri	$\chi^2=5,448$ ; $p=0,142$	

<sup>1</sup>Yaşı  $\geq 50$  olan hastalar

Yaşı  $\geq 65$  olan kadın hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre osteoporoz taraması yaptırma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Fisher'in kesin testi uygulanmıştır. Tablo 105'te verilen sonuçlara göre kadın hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile osteoporoz taraması yaptırma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=6,523$ ;  $p=0,090$ ).

**Tablo 105. Kadın Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Osteoporoz Taraması Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Osteoporoz taraması yaptırma <sup>1</sup>	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	9 (31,0)	20 (69,0)
Sınırlı	9 (50,0)	9 (50,0)
Yeterli	8 (61,5)	5 (38,5)
Mükemmel	6 (75,0)	2 (25,0)
Toplam	32 (47,1)	36 (52,9)
Test istatistikleri <sup>2</sup>	$\chi^2=6,523$ ; $p=0,090$	

<sup>1</sup>Yaşı  $\geq 65$  olan kadın hastalar

<sup>2</sup>Beklenen sıklık değeri 5'ten küçük göz sayısının toplam göz sayısı içindeki payı %25'tir.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre son bir yıl içinde diş hekimine muayene olma durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 106'da verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile diş hekimine muayene olma durumları arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=3,736$ ;  $p<0,291$ ).

**Tablo 106. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Diş Hekimine Muayene Olma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Diş hekimine muayene olma <sup>1</sup>	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	29 (28,2)	74 (71,8)
Sınırlı	63 (30,9)	141 (69,1)
Yeterli	52 (36,1)	92 (63,9)
Mükemmel	31 (39,7)	47 (60,3)
Toplam	175 (33,1)	354 (66,9)
Test istatistikleri	$\chi^2=3,736$ ; $p<0,291$	

<sup>1</sup>Son 1 yıl içinde

#### 5.2.5.4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Memnuniyetle İlgili Hasta Sonuçlarının Karşılaştırılması

Bu başlık altında sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hastaların; yaşam doyum algısının (Yaşam Doyum Ölçeği genel ortalaması) ve sağlık hizmetinden memnuniyet (doktorların sorulara hastaların anlayacağı şekilde yanıt vermesi, doktorların yeterince ilgili ve nezaketli olması, başka bir doktora muayene olmayı düşünme, poliklinik hizmetlerinin genel olarak değerlendirilmesi) algısının karşılaştırılmasıyla ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre yaşam doyum algıları (Yaşam Doyum Ölçeği genel ortalaması) arasında fark olup olmadığını anlamak için tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Karşılaştırma yapmadan önce, karşılaştırma yapılacak grupların varyanslarının homojenliği test edilmiş ve grupların varyanslarının homojen olduğu görülmüştür ( $p>0,05$ ). Tablo 107’de, hastaların yaşam doyum algıları hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $F=7,09$ ;  $p<0,05$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz ve sınırlı olan hastaların yaşam doyum algısı sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ve mükemmel olan hastaların algılarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Genel olarak, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe yaşam doyum algısı da yükselmektedir.

**Tablo 107. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Yaşam Doyum Algısının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	n	Ort <sup>1</sup>	SS <sup>2</sup>	F	p	AF <sup>3</sup>
A. Yetersiz	103	3,9	1,6	7,09	<0,001	A-C,D
B. Sınırlı	203	4,0	1,6			B-C, D
C. Yeterli	144	4,4	1,4			
D. Mükemmel	78	4,7	1,5			

<sup>1</sup>Ortalama, <sup>2</sup>Standart Sapma, <sup>3</sup>Anlamlı Fark

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre doktorların sorulara anlayacakları şekilde yanıt vermesi durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 108’de verilen sonuçlarda, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre, doktorların sorulara hastaların anlayacakları şekilde yanıt verme durumları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ( $\chi^2=11,681$ ;  $p=0,009$ ). Sağlık

okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda, doktorların sorulara tamamen anlayacakları şekilde yanıt verdiğini söyleyen hastaların yüzdesi %66,3 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha yüksek olmakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %67,2; yeterli olan hastalarda %76,6; mükemmel olan hastalarda ise %84,6'dır.

**Tablo 108. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Doktorların Sorulara Anlayacakları Şekilde Yanıt Vermesi Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Doktorların sorulara hastaların anlayacağı şekilde yanıt vermesi	
	Evet, tamamen n (%)	Diğer <sup>1</sup> n (%)
Yetersiz	69 (66,3)	35 (33,7)
Sınırlı	137 (67,2)	67 (32,8)
Yeterli	108 (76,6)	33 (23,4)
Mükemmel	66 (84,6)	12 (15,4)
Toplam	380 (72,1)	147 (27,9)
Test istatistikleri	$\chi^2=11,681$ ; p=0,009	

<sup>1</sup>Evet, kısmen; Hayır

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre doktorların yeterince ilgili ve nezaketli olması durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 109'da verilen sonuçlarda, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre, doktorların yeterince ilgili ve nezaketli olma durumları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ( $\chi^2=14,898$ ; p=0,002). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda, bugünkü almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorun yeterince ilgili ve nezaketli olduğunu söyleyen hastaların yüzdesi %72,1 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha yüksek olmakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalarda %73,5; yeterli olan hastalarda %81,6; mükemmel olan hastalarda ise %92,3'tür.

**Tablo 109. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Doktorların Yeterince İlgili ve Nezaketli Olma Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Doktorların yeterince ilgili ve nezaketli olması	
	Evete, tamamen n (%)	Diğer <sup>1</sup> n (%)
Yetersiz	75 (72,1)	29 (27,9)
Sınırlı	150 (73,5)	54 (26,5)
Yeterli	115 (81,6)	26 (18,4)
Mükemmel	72 (92,3)	6 (7,7)
Toplam	412 (78,2)	115 (21,8)
Test istatistikleri	$\chi^2=14,898$ ; p=0,002	

<sup>1</sup>Evete, kısmen; Hayır

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre bugünkü almış olduğu poliklinik hizmetinden sonra aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünme durumları arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 110'da verilen sonuçlara göre hastaların başka bir doktora muayene olmayı düşünme durumları, sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre anlamlı fark göstermemektedir ( $\chi^2=3,659$ ; p=0,301). Her ne kadar anlamlı fark çıkmasa da, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda, aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünen hastaların yüzdesi %32,7 iken, bu yüzde diğer sağlık okuryazarlığı düzeylerinde (sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı ve yeterli olan hastalarda %25,5; mükemmel olan hastalarda %20,5) daha düşüktür.

**Tablo 110. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Başka Bir Doktora Muayene Olmayı Düşünme Durumlarının Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Başka bir doktora muayene olmayı düşünme	
	Evete <sup>1</sup> n (%)	Hayır n (%)
Yetersiz	34 (32,7)	70 (67,3)
Sınırlı	52 (25,5)	152 (74,5)
Yeterli	36 (25,5)	105 (74,5)
Mükemmel	16 (20,5)	62 (79,5)
Toplam	138 (26,2)	389 (73,8)
Test istatistikleri	$\chi^2=3,659$ ; p=0,301	

<sup>1</sup>Evete, kesinlikle; evete, kısmen

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre poliklinik hizmetlerini genel olarak değerlendirmeleri arasında fark olup olmadığını anlamak için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Tablo 111’de verilen sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile poliklinik hizmetlerini genel olarak değerlendirmeleri arasında bir ilişki (bağ) yoktur ( $\chi^2=7,960$ ;  $p=0,241$ ).

**Tablo 111. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Poliklinik Hizmetlerini Genel Olarak Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması**

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	Poliklinik hizmetlerinin genel olarak değerlendirilmesi		
	Mükemmel-çok iyi	İyi	Orta-kötü
	n (%)	n (%)	n (%)
Yetersiz	33 (31,7)	47 (45,2)	24 (23,1)
Sınırlı	74 (36,3)	86 (42,2)	44 (21,6)
Yeterli	62 (44,0)	55 (39,0)	24 (17,0)
Mükemmel	34 (43,6)	35 (44,9)	9 (11,5)
Toplam	203 (38,5)	223 (42,3)	101 (19,2)
Test istatistikleri	$\chi^2=7,960$ ; $p=0,241$		



### 5.2.6. Sağlık Okuryazarlığının Hasta Sonuçlarına Etkisi

Sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisinin belirlenmesi kapsamında, genel sağlık okuryazarlığı indeksi ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indekslerinin hasta sonuçlarına etkisinin olup olmadığına bakılmış, sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri ve sağlık bilgisi süreçleri indekslerinin etkisinin olup olmadığına ise bakılmamıştır. Çünkü, sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,83-0,88 arasında, sağlık bilgisi süreçleri indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları ise 0,87-0,91 arasında bulunmuştur. Genel sağlık okuryazarlığı indeksi ile; sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,94-0,96 arasında, sağlık bilgisi süreçleri indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları ise 0,95-0,96 arasında değişmektedir. Çoklu doğrusal regresyon analizlerinde bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarının mutlak değeri 1'e yaklaşıyorsa (yaklaşık 0,80'in üzerindeyse), bağımsız değişkenlerin yakın doğrusal bağımlı olduğu söylenir ve bu durum çoklu bağlantının ortaya çıkmasına neden olabilir. Böyle bir durumda, aralarında yüksek ilişki olan bağımsız değişkenlerden birisi analizden çıkarılabilir veya bağımsız değişkenlerin toplamı alınabilir (Alpar, 2013, s.537). Çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı indeksi zaten sağlık okuryazarlığı alanları indekslerinin birleşimi (yani toplamı) olduğu gibi sağlık bilgisi süreçleri indekslerinin de birleşimi (yani toplamı) olduğundan, sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri ve sağlık bilgisi süreçleri indekslerinin hasta sonuçlarına etkisinin olup olmadığına bakılmamış, sadece genel sağlık okuryazarlığı indeksi ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indekslerinin etkisine bakılmıştır.

Sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisinin belirlenmesine ilişkin bulgular; sağlık okuryazarlığının sağlık davranışları ve sağlık riskleriyle ilgili hasta sonuçlarına etkisi, sağlık okuryazarlığının sağlık statüsüyle ilgili hasta sonuçlarına etkisi, sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili hasta sonuçlarına etkisi, sağlık okuryazarlığının memnuniyetle ilgili hasta sonuçlarına etkisi başlıkları altında anlatılmıştır.

### 5.2.6.1. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Davranışları ve Sağlık Riskleriyle İlgili Hasta Sonuçlarına Etkisi

Sağlık okuryazarlığının sağlık davranışları ve sağlık riskleriyle ilgili hasta sonuçlarına etkisi, dört ayrı regresyon modeli ile incelenmiştir:

1. Genel sağlık okuryazarlığının sağlık davranışları ve sağlık riskleriyle ilgili hasta sonuçlarına etkisi.
2. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun sağlık davranışları ve sağlık riskleriyle ilgili hasta sonuçlarına etkisi.
3. Genel sağlık okuryazarlığının, kontrol değişkenlerinin varlığında (düzeltildikten sonra), sağlık davranışları ve sağlık riskleriyle ilgili hasta sonuçlarına etkisi.
4. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun, kontrol değişkenlerinin varlığında (düzeltildikten sonra), sağlık davranışları ve sağlık riskleriyle ilgili hasta sonuçlarına etkisi.

Bu modeller ile incelenen hasta sonuçları şunlardır: Hastaların egzersiz yapma, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama durumları, BKİ ölçüsü, ilaç kullanım alışkanlıkları, en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak doktoru algılaması, en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak interneti algılaması ve sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı bilgi kaynağı sayısı. Bu hasta sonuçlarının her biri için 4 ayrı regresyon analizi yapılmıştır.

Sağlık okuryazarlığının hastaların “egzersiz yapma” durumu üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 112’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının egzersiz yapma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların egzersiz yapma olasılığını 1,05 (%95 GA 1,03-1,07;  $p<0,001$ ) kat artırmaktadır. Diğer bir deyişle, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların egzersiz yapma olasılığını %5 (%95 GA %3 - %7;  $p<0,001$ ) artırmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının egzersiz yapma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele

göre diğ er değ işkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların egzersiz yapma olasılığını, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,03 (%95 GA 1,00-1,06;  $p=0,027$ ) kat azaltırken sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,06 (%95 GA 1,03-1,08;  $p<0,001$ ) kat artırmaktadır.

Model 3'te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değ işkenlerinin fiziksel egzersiz yapma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı g örülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4'te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değ işkenlerinin egzersiz yapma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğ u g örülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele g öre diğ er değ işkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değ işkenlerinin) varlığında hastaların egzersiz yapma olasılığını; sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,04 (%95 GA 1,00-1,09;  $p=0,036$ ) kat artırmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,06 (%95 GA 1,02-1,11;  $p=0,002$ ) kat azaltmakta, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,06 (%95 GA 1,03-1,09;  $p<0,001$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 112. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Egzersiz Yapma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,05	0,01	25,92	1	1,05 (1,03-1,07)	<b>&lt;0,001</b>
Sabit	-0,90	0,30	9,15	1	0,40	0,002
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,071		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 9,073; p= 0,336		Model $\chi^2$ = 28,011; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,03	0,01	3,28	1	1,03 (1,00-1,06)	0,070
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,19	1	0,99 (0,96-1,02)	0,660
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	<0,01	0,02	0,01	1	1,00 (0,97-1,04)	0,904
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	<0,01	0,02	0,07	1	1,00 (0,96-1,03)	0,788
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,02	0,68	1	1,01 (0,98-1,05)	0,409
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	1,51	1	0,98 (0,95-1,01)	0,220
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,09	1	1,01 (0,97-1,04)	0,762
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,01	4,89	1	0,97 (0,94-1,00)	<b>0,027</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	<0,01	0,02	0,02	1	1,00 (0,97-1,04)	0,881
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	<0,01	0,02	0,00	1	1,00 (0,97-1,04)	0,953
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,52	1	1,01 (0,98-1,05)	0,473
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,06	0,01	24,15	1	1,06 (1,03-1,08)	<b>&lt;0,001</b>
Sabit	-0,85	0,36	5,65	1	0,43	0,017
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,158		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 6,955; p= 0,542		Model $\chi^2$ = 64,815; p< 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,02	0,02	1,24	1	1,02 (0,99-1,05)	0,266
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,269		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 5,348; p= 0,720		Model $\chi^2$ = 96,207; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,04	0,02	4,40	1	1,04 (1,00-1,09)	<b>0,036</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	1,21	1	0,98 (0,94-1,02)	0,272
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	0,68	1	1,02 (0,98-1,06)	0,411
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,04	0,02	2,51	1	0,96 (0,92-1,01)	0,113
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	1,05	1	1,02 (0,98-1,07)	0,306
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,02	1,90	1	0,97 (0,93-1,01)	0,168
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,06	1	0,99 (0,95-1,04)	0,803
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,06	0,02	9,21	1	0,94 (0,90-0,98)	<b>0,002</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	1,09	1	1,02 (0,98-1,07)	0,297
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,36	1	1,01 (0,97-1,06)	0,546
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,41	1	1,01 (0,97-1,06)	0,524
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,06	0,01	13,87	1	1,06 (1,03-1,09)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,369		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 7,064; p= 0,530		Model $\chi^2$ = 138,388; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Egzersiz yapma durumu (0=Hayır 1=Evet).

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet yapma, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, genel sağlık durumu algısı, tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü ve sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetleri sınırlaması değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.1 ve EK 5.2’de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların sigara kullanma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 113’te verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının sigara kullanma davranışı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt boyutlarının sigara kullanma davranışı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların sigara içme davranışında bulunma olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,06 (%95 GA 1,02-1,10;  $p=0,005$ ) kat, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,04 (%95 GA 1,00-1,08;  $p=0,047$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin sigara kullanma davranışı üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin sigara kullanma davranışı üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastanın sigara içme davranışında bulunma olasılığını, hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,06 (%95 GA 1,01-1,11;  $p=0,013$ ) kat, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,04 (%95 GA 1,01-1,08;  $p=0,006$ ) kat azaltmaktadır.

**Tablo 113. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Sigara Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,00	0,01	0,02	1	1,00 (0,98-1,02)	0,895
Sabit	-1,44	0,35	16,85	1	0,24	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> < 0,001	Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 9,054$ ; p= 0,338			Model $\chi^2 = 0,018$ ; p= 0,338	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	1,21	1	1,02 (0,98-1,06)	0,272
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,35	1	0,99 (0,95-1,03)	0,555
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,00	1	1,00 (0,96-1,04)	0,949
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,06	0,02	7,73	1	1,06 (1,02-1,10)	<b>0,005</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,04	0,02	3,31	1	0,96 (0,93-1,00)	0,069
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,02	2,16	1	0,97 (0,93-1,01)	0,141
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,03	0,02	2,80	1	0,97 (0,93-1,01)	0,094
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,02	0,16	1	1,01 (0,97-1,04)	0,685
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,04	0,02	3,94	1	1,04 (1,00-1,08)	<b>0,047</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,04	0,02	3,37	1	1,04 (1,00-1,09)	0,067
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,02	1,45	1	0,98 (0,94-1,02)	0,229
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,01	2,62	1	0,98 (0,95-1,00)	0,105
Sabit	-1,81	0,45	16,52	1	0,16	<b>&lt;0,001</b>
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,076	Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 10,481$ ; p= 0,233			Model $\chi^2 = 25,299$ ; p= 0,013	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,02	0,02	1,05	1	0,98 (0,95-1,02)	0,306
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,204	Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 8,670$ ; p= 0,371			Model $\chi^2 = 66,653$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,02	0,28	1	1,01 (0,97-1,05)	0,595
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,06	1	1,01 (0,96-1,05)	0,814
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,02	1	1,00 (0,96-1,05)	0,885
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,05	0,03	3,75	1	1,05 (1,00-1,10)	0,053
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,06	0,02	6,13	1	0,94 (0,90-0,99)	<b>0,013</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	1,06	1	0,98 (0,93-1,02)	0,304
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,03	0,02	1,34	1	0,97 (0,93-1,02)	0,246
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,02	0,99	1	1,02 (0,98-1,06)	0,319
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,04	0,02	3,14	1	1,04 (1,00-1,10)	0,077
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,04	0,03	3,07	1	1,04 (0,99-1,10)	0,080
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,04	0,02	2,28	1	0,96 (0,92-1,01)	0,131
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,04	0,02	7,58	1	0,96 (0,93-0,99)	<b>0,006</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,280	Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,448$ ; p= 0,597			Model $\chi^2 = 94,027$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Sigara kullanma (0=Hayır 1=Evet).

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, alkol kullanma, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türüne göre düzeltilmiş katsayılardır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.3 ve EK 5.4'te verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların alkol kullanma durumu (veya davranışı)” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 114’te verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının alkol kullanma davranışı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların alkol kullanma davranışında bulunma olasılığını 1,04 (%95 GA 1,01-1,06;  $p=0,009$ ) kat artırmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt boyutlarının alkol kullanma davranışı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların alkol kullanma davranışında bulunma olasılığını, sağlık hizmeti- sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,08 (%95 GA 1,03-1,12;  $p=0,001$ ) kat artırmakta, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,01-1,10;  $p=0,025$ ) kat azaltmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,05 (%95 GA 1,01-1,11;  $p=0,030$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin alkol kullanma davranışı üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin alkol kullanma davranışı üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastaların alkol kullanma davranışında bulunma olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,08 (%95 GA 1,03-1,14;  $p=0,003$ ) kat, hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,06 (%95 GA 1,00-1,12;  $p=0,041$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 114. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Alkol Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,04	0,01	6,86	1	1,04 (1,01-1,06)	<b>0,009</b>
Sabit	-3,02	0,48	39,17	1	0,05	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,026		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 4,856$ ; p= 0,773		Model $\chi^2 = 7,407$ ; p= 0,006	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,07	0,02	11,56	1	1,08 (1,03-1,12)	<b>0,001</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	1,19	1	0,98 (0,94-1,02)	0,276
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,05	0,02	5,00	1	0,95 (0,91-0,99)	<b>0,025</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,03	0,47	1	1,02 (0,97-1,07)	0,492
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,05	0,02	4,71	1	1,05 (1,01-1,11)	<b>0,030</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,24	1	0,99 (0,94-1,04)	0,627
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,02	0,62	1	0,98 (0,94-1,03)	0,431
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,96-1,04)	0,915
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,02	0,28	1	1,01 (0,97-1,06)	0,594
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,07	1	0,99 (0,95-1,04)	0,786
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,07	1	1,02 (0,98-1,07)	0,300
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,02	0,69	1	0,99 (0,96-1,02)	0,407
Sabit	-3,89	0,66	34,61	1	0,02 (1,03-1,12)	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,125		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 14,906$ ; p= 0,061		Model $\chi^2 = 37,167$ ; p< 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,03	0,02	1,87	1	0,97 (0,93-1,01)	0,172
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,336		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 7,286$ ; p= 0,506		Model $\chi^2 = 101,176$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,08	0,03	8,57	1	1,08 (1,03-1,14)	<b>0,003</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,05	0,03	3,67	1	0,95 (0,90-1,00)	0,055
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,05	0,03	2,49	1	0,96 (0,90-1,01)	0,115
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,03	0,01	1	1,00 (0,94-1,07)	0,918
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,06	0,03	4,17	1	1,06 (1,00-1,12)	<b>0,041</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,03	0,91	1	0,97 (0,91-1,03)	0,339
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,03	0,02	1	1,00 (0,95-1,07)	0,877
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,02	0,45	1	1,02 (0,97-1,07)	0,500
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,03	0,38	1	0,98 (0,93-1,04)	0,537
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,03	0,85	1	0,97 (0,92-1,03)	0,357
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,03	0,66	1	1,02 (0,97-1,09)	0,416
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,02	1,79	1	0,98 (0,94-1,01)	0,181
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,398		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,894$ ; p= 0,548		Model $\chi^2 = 122,353$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Alkol kullanma (0=Hayır 1=Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türüne göre düzeltilmiş katsayılardır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.5 ve EK 5.6'da verilmiştir.



Sağlık okuryazarlığının “hastaların diyet uygulama durumu (veya davranışı)” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 115’te verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının diyet uygulama davranışı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt boyutunun diyet uygulama davranışı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların diyet uygulama davranışında bulunma olasılığını 1,04 (%95 GA 1,00-1,08;  $p=0,032$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin diyet uygulama davranışı üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin diyet uygulama davranışı üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların diyet uygulama davranışında bulunma olasılığını 1,03 (%95 GA 1,00-1,06;  $p=0,023$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 115. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Diyet Uygulama Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,02	0,01	2,72	1	1,02 (1,00-1,03)	0,099
Sabit	-1,15	0,31	14,02	1	0,32	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,007		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 8,399; p= 0,396		Model $\chi^2$ = 2,778; p= 0,096	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,01	0,76	1	0,99 (0,96-1,02)	0,383
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,27	1	1,01 (0,98-1,04)	0,601
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,29	1	0,99 (0,96-1,02)	0,588
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,02	0,45	1	0,99 (0,95-1,02)	0,501
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	1,32	1	0,98 (0,95-1,01)	0,250
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	<0,01	0,02	0,06	1	1,00 (0,96-1,03)	0,811
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,04	0,02	4,59	1	1,04 (1,00-1,08)	<b>0,032</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,01	0,98	1	1,01 (0,99-1,04)	0,323
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,57	1	0,99 (0,96-1,02)	0,452
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,11	1	0,99 (0,96-1,03)	0,743
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,13	1	1,01 (0,97-1,04)	0,718
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,01	3,70	1	1,02 (1,00-1,04)	0,054
Sabit	-1,02	0,36	8,28	1	0,36	0,004
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,052		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 8,586; p= 0,378		Model $\chi^2$ = 19,948; p= 0,068	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	<0,01	0,02	0,07	1	1,00 (0,97-1,04)	0,797
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,291		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 6,097; p= 0,636		Model $\chi^2$ = 104,646; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,43	1	0,99 (0,95-1,03)	0,514
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	<0,01	0,02	0,01	1	1,00 (0,96-1,04)	0,972
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,02	1,24	1	0,98 (0,94-1,02)	0,265
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,02	0,05	1	1,01 (0,96-1,06)	0,822
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	0,46	1	0,98 (0,94-1,03)	0,500
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,37	1	1,01 (0,97-1,01)	0,546
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,31	1	1,01 (0,97-1,06)	0,575
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,02	0,64	1	1,02 (0,98-1,02)	0,424
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	<0,01	0,02	0,05	1	1,00 (0,96-1,05)	0,824
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	0,78	1	0,98 (0,94-1,02)	0,376
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,43	1	0,99 (0,94-1,03)	0,513
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,03	0,01	5,18	1	1,03 (1,00-1,06)	<b>0,023</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,316		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 5,723; p= 0,678		Model $\chi^2$ = 114,856; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Diyet uygulama (0=Hayır 1=Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türüne göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.7 ve EK 5.8’de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların BKİ ( $\text{kg/m}^2$ ) ölçüleri” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan doğrusal regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 116’da verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının BKİ ölçüsü üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların BKİ ölçüsünü  $-0,105 \text{ kg/m}^2$  azaltmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutlarının BKİ ölçüsü üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında, hastaların BKİ ölçüsünü sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış  $-0,085 \text{ kg/m}^2$  azaltmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış  $-0,079 \text{ kg/m}^2$  azaltmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış  $0,175 \text{ kg/m}^2$  artırmakta, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise  $-0,087 \text{ kg/m}^2$  azaltmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin BKİ ölçüsü üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin BKİ ölçüsü üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların BKİ ölçüsünü  $-0,062 \text{ kg/m}^2$  azaltmaktadır.

**Tablo 116. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların BKİ (kg/m<sup>2</sup>) Ölçüsü Üzerine Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	$b_j^1$	$S(b_j)^2$	$\beta^3$	VIF <sup>4</sup>	t	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,105	0,022	-0,209	1,000	-4,676	<0,001
Sabit	30,212	0,744			40,628	<0,001
<b>Model 1</b>	s= 5,079	R= 0,209	R <sup>2</sup> = 0,044	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,042	(F= 21,864 p< 0,001)	
<b>Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,031	0,035	-0,059	2,477	-0,888	0,375
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,041	0,037	0,087	3,493	1,094	0,274
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,020	0,038	-0,041	3,505	-0,519	0,604
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,085	0,040	-0,193	4,560	-2,131	<b>0,034</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,005	0,039	-0,011	5,017	-0,118	0,906
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,079	0,037	-0,189	4,353	-2,132	<b>0,034</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,175	0,040	0,436	5,538	4,367	<0,001
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,057	0,033	0,136	3,360	1,752	0,080
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,054	0,039	-0,137	5,259	-1,404	0,161
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,033	0,040	-0,079	4,957	-0,833	0,405
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,003	0,038	0,008	4,508	0,084	0,933
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,087	0,025	-0,218	2,191	-3,473	<b>0,001</b>
Sabit	30,838	0,817			37,768	0,000
<b>Model 2</b>	s= 4,820	R= 0,398	R <sup>2</sup> = 0,159	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,137	(F= 7,339 p< 0,001)	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>5</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,032	0,030	-0,065	2,133	-1,078	0,282
<b>Model 3</b>	s= 4,566	R= 0,547	R <sup>2</sup> = 0,299	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,240	(F= 5,111 p< 0,001)	
<b>Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>5</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,006	0,036	-0,012	2,837	-0,171	0,865
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,063	0,039	0,133	4,065	1,609	0,108
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,057	0,040	-0,119	4,033	-1,436	0,152
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,048	0,044	-0,111	5,927	-1,104	0,270
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,032	0,041	0,077	5,711	0,784	0,434
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,003	0,040	-0,008	5,389	-0,079	0,937
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,073	0,043	0,184	6,723	1,722	0,086
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,016	0,035	0,038	4,131	0,459	0,647
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	<0,001	0,041	0,000	6,218	0,002	0,998
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,035	0,041	-0,082	5,537	-0,844	0,399
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,027	0,039	-0,066	5,182	-0,704	0,482
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,062	0,027	-0,157	2,654	-2,348	<b>0,019</b>
<b>Model 4</b>	s= 4,531	R= 0,573	R <sup>2</sup> = 0,328	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,252	(F= 4,311 p< 0,001)	

Bağımlı değişken=BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü

<sup>1</sup>Regresyon katsayısı <sup>2</sup>Standart hata <sup>3</sup>Standartlaştırılmış regresyon katsayısı <sup>4</sup>Varyans şişme değeri

<sup>5</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet yapma, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türüne göre düzeltilmiş katsayılardır. Bu modellere ait çoklu doğrusal regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.9 ve EK 5.10’da verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 117’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutlarının doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların hiçbir zaman doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanmama olasılığını, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,03 (%95 GA 1,00-1,06;  $p=0,024$ ) kat azaltmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,02-1,09;  $p=0,002$ ) kat artırmakta, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,03 (%95 GA 1,00-1,06;  $p=0,042$ ) kat azaltmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastaların hiçbir zaman doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanmama olasılığını, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,01-1,09;  $p=0,021$ ) kat, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,03 (%95 GA 1,00-1,05;  $p=0,026$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 117. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Doktor Tavsiyesi Olmadan/Reçetesiz İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,00	0,01	0,06	1	1,00 (0,98-1,01)	0,809
Sabit	0,51	0,29	3,21	1	1,67	0,073
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> < 0,001	Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 12,881$ ; p= 0,116		Model $\chi^2 = 0,059$ ; p= 0,809		
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,01	2,46	1	0,98 (0,95-1,01)	0,116
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,02	3,08	1	0,97 (0,94-1,00)	0,079
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,81	1	1,02 (0,99-1,05)	0,178
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,02	0,30	1	1,01 (0,98-1,04)	0,582
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,97-1,03)	0,937
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,04	0,02	5,07	1	0,97 (0,94-1,00)	<b>0,024</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,05	0,02	9,36	1	1,05 (1,02-1,09)	<b>0,002</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,01	0,16	1	0,99 (0,97-1,02)	0,686
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,02	4,16	1	0,97 (0,94-1,00)	<b>0,042</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,23	1	1,01 (0,98-1,04)	0,628
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,10	1	1,01 (0,97-1,04)	0,747
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,01	3,67	1	1,02 (1,00-1,04)	0,055
Sabit	0,82	0,35	5,56	1	2,27	0,018
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,093	Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,461$ ; p= 0,596		Model $\chi^2 = 37,676$ ; p < 0,001		
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,02	0,01	3,11	1	1,02 (1,00-1,05)	0,078
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,188	Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 12,399$ ; p= 0,137		Model $\chi^2 = 75,306$ ; p < 0,001		
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	1,75	1	0,98 (0,95-1,01)	0,185
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,02	2,65	1	0,97 (0,94-1,01)	0,103
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,28	1	1,02 (0,99-1,06)	0,257
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,04	0,02	3,30	1	1,04 (1,00-1,08)	0,069
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	0,78	1	1,02 (0,98-1,05)	0,376
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,04	0,02	3,72	1	0,96 (0,93-1,00)	0,054
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,04	0,02	5,29	1	1,05 (1,01-1,09)	<b>0,021</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,02	1,71	1	0,98 (0,95-1,01)	0,191
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,02	3,37	1	0,97 (0,93-1,00)	0,067
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	0,86	1	1,02 (0,98-1,06)	0,355
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,13	1	0,99 (0,96-1,03)	0,719
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,03	0,01	4,98	1	1,03 (1,00-1,05)	<b>0,026</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,337	Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 4,574$ ; p= 0,802		Model $\chi^2 = 125,670$ ; p < 0,001		

Bağımlı değişken= Doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanma (0= Diğer; 1= Hiçbir zaman)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.11 ve EK 5.12’de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 118’de verilmiştir.

Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Model 2’de sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma durumu üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların hiçbir zaman çevre tavsiyesiyle ilaç kullanmama olasılığını 1,04 (%95 GA 1,01-1,08;  $p=0,016$ ) kat artırmaktadır.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 118. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Çevre Tavsiyesiyle İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,02	0,01	2,66	1	1,02 (1,00-1,04)	0,103
Sabit	1,03	0,34	8,98	1	2,81	0,003
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,008		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,036$ ; p= 0,643		Model $\chi^2 = 2,617$ ; p= 0,106	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,02	3,44	1	0,97 (0,93-1,00)	0,064
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,04	1	1,00 (0,97-1,04)	0,834
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,27	1	0,99 (0,95-1,03)	0,602
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,02	0,42	1	1,01 (0,97-1,05)	0,517
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,33	1	0,99 (0,95-1,03)	0,568
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,17	1	0,99 (0,96-1,03)	0,678
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	2,49	1	1,03 (0,99-1,07)	0,114
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,02	0,29	1	1,01 (0,98-1,04)	0,588
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	0,93	1	0,98 (0,94-1,02)	0,334
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,02	1	1,00 (0,96-1,04)	0,895
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,51	1	1,02 (0,99-1,06)	0,220
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,01	0,25	1	1,01 (0,98-1,03)	0,614
Sabit	1,25	0,42	9,05	1	3,49	0,003
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,048		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 9,965$ ; p= 0,268		Model $\chi^2 = 15,512$ ; p= 0,215	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,04	0,02	5,82	1	1,04 (1,01-1,08)	<b>0,016</b>
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,181		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 5,888$ ; p= 0,660		Model $\chi^2 = 58,165$ ; p= 0,002	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,02	2,55	1	0,97 (0,93-1,01)	0,110
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,12	1	1,01 (0,97-1,05)	0,729
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,24	1	0,99 (0,95-1,03)	0,626
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,04	0,02	3,20	1	1,04 (1,00-1,09)	0,073
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,95-1,04)	0,928
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,11	1	0,99 (0,95-1,04)	0,743
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	1,27	1	1,03 (0,98-1,08)	0,260
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,02	1	1,00 (0,97-1,04)	0,901
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	0,84	1	0,98 (0,94-1,02)	0,359
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,95-1,04)	0,925
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	1,82	1	1,03 (0,99-1,07)	0,177
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,09	1	1,00 (0,97-1,04)	0,759
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,208		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 16,747$ ; p= 0,033		Model $\chi^2 = 67,258$ ; p= 0,008	

Bağımlı değişken= Çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma (0= Diğer; 1= Hiçbir zaman)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanan yer, sosyal statü algısı, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.13 ve EK 5.14'te verilmiştir.



Sağlık okuryazarlığının “hastaların kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 119’da verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında, hastaların hiçbir zaman kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanmama olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,03 (%95 GA 1,00-1,06;  $p=0,047$ ) kat azaltmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,03 (%95 GA 1,00-1,07;  $p=0,050$ ) kat artırmakta, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,02 (%95 GA 1,00-1,04;  $p=0,050$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastaların hiçbir zaman kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanmama olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,04 (%95 GA 1,00-1,08;  $p=0,026$ ) kat azaltırken sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,03 (%95 GA 1,00-1,05;  $p=0,047$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 119. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Kendi İlaç Bilgisine Dayanarak İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,01	0,01	2,59	1	0,99 (0,97-1,00)	0,108
Sabit	1,09	0,30	13,04	1	2,98	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,007		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 12,991$ ; p= 0,112		Model $\chi^2 = 2,638$ ; p= 0,104	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,01	3,95	1	0,97 (0,94-1,00)	<b>0,047</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,02	3,36	1	0,97 (0,94-1,00)	0,067
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,70	1	1,01 (0,98-1,05)	0,403
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	<0,01	0,02	0,01	1	1,00 (0,96-1,03)	0,925
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	0,92	1	0,98 (0,95-1,02)	0,336
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,02	3,80	1	0,97 (0,94-1,00)	0,051
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	3,84	1	1,03 (1,00-1,07)	<b>0,050</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	<0,01	0,01	0,02	1	1,00 (0,97-1,03)	0,883
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	1,65	1	0,98 (0,95-1,01)	0,199
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,53	1	1,01 (0,98-1,05)	0,465
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	2,32	1	1,02 (0,99-1,06)	0,128
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,01	3,83	1	1,02 (1,00-1,04)	<b>0,050</b>
Sabit	1,53	0,38	16,61	1	4,63	0,000
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,101		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,200$ ; p= 0,625		Model $\chi^2 = 40,306$ ; p< 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	<0,01	0,01	0,00	1	1,00 (0,97-1,03)	0,988
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,170		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,707$ ; p= 0,569		Model $\chi^2 = 66,147$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	1,91	1	0,98 (0,95-1,01)	0,167
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,04	0,02	4,98	1	0,96 (0,93-1,00)	<b>0,026</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,19	1	1,01 (0,97-1,04)	0,665
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,02	0,68	1	1,02 (0,98-1,06)	0,409
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	<0,01	0,02	0,02	1	1,00 (0,96-1,02)	0,878
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	1,24	1	0,98 (0,94-1,02)	0,265
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,46	1	1,02 (0,99-1,06)	0,226
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,02	1,86	1	0,98 (0,95-1,01)	0,173
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,42	1	0,99 (0,95-1,02)	0,516
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,46	1	1,01 (0,98-1,05)	0,497
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,48	1	1,02 (0,99-1,06)	0,223
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,01	3,96	1	1,03 (1,00-1,05)	<b>0,047</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,199		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 2,541$ ; p= 0,960		Model $\chi^2 = 68,728$ ; p= 0,026	

Bağımlı değişken= Kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma (0= Diğer; 1= Hiçbir zaman)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılardır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.15 ve EK 5.16'da verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların (doktor tavsiyesi olmadan, reçetesiz) eczaneye danışarak ilaç kullanma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 120’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının eczaneye danışarak ilaç kullanma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların hiçbir zaman eczaneye danışarak ilaç kullanmama olasılığını 1,02 (%95 GA 1,01-1,04;  $p = 0,008$ ) kat azaltmaktadır. Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutlarının eczaneye danışarak ilaç kullanma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların hiçbir zaman eczaneye danışarak ilaç kullanmama olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,03 (%95 GA 1,00-1,06;  $p = 0,021$ ) kat azaltmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,02-1,09;  $p = 0,002$ ) kat azaltmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,05 (%95 GA 1,01-1,08;  $p = 0,007$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin eczaneye danışarak ilaç kullanma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ). Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin eczaneye danışarak ilaç kullanma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastaların hiçbir zaman eczaneye danışarak ilaç kullanmama olasılığını, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,01-1,09;  $p = 0,008$ ) kat azaltırken hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,04 (%95 GA 1,00-1,08;  $p = 0,050$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 120. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Eczaneye Danışarak İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,02	0,01	7,06	1	0,98 (0,96-0,99)	<b>0,008</b>
Sabit	0,92	0,29	10,06	1	2,51	0,002
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,018		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 22,174; p= 0,005		Model $\chi^2$ = 7,288; p= 0,007	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,01	5,29	1	0,97 (0,94-1,00)	<b>0,021</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,36	1	0,99 (0,96-1,02)	0,550
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,64	1	1,02 (0,99-1,05)	0,200
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,02	0,34	1	0,99 (0,96-1,02)	0,559
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,19	1	0,99 (0,96-1,03)	0,665
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,05	0,02	10,02	1	0,95 (0,92-0,98)	<b>0,002</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,05	0,02	7,16	1	1,05 (1,01-1,08)	<b>0,007</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,01	2,34	1	1,02 (0,99-1,05)	0,126
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,40	1	0,99 (0,96-1,02)	0,529
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,49	1	0,99 (0,96-1,02)	0,482
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,05	1	1,00 (0,97-1,03)	0,827
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,01	0,55	1	1,01 (0,99-1,03)	0,458
Sabit	1,46	0,36	16,12	1	4,32	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,129		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 3,781; p= 0,876		Model $\chi^2$ = 53,736; p< 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,01	0,01	0,46	1	0,99 (0,96-1,02)	0,496
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,217		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 8,006; p= 0,433		Model $\chi^2$ = 89,048; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,02	3,39	1	0,97 (0,94-1,00)	0,065
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,58	1	0,99 (0,95-1,02)	0,447
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,59	1	1,01 (0,98-1,05)	0,443
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,02	1,11	1	1,02 (0,98-1,06)	0,292
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,00	1	1,00 (0,96-1,04)	0,969
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,05	0,02	6,99	1	0,95 (0,92-0,99)	<b>0,008</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,04	0,02	3,85	1	1,04 (1,00-1,08)	<b>0,050</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,97-1,03)	0,920
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,96-1,03)	0,903
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,54	1	0,99 (0,95-1,02)	0,464
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,96-1,03)	0,915
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,01	0,63	1	1,01 (0,99-1,03)	0,426
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,254		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 9,678; p= 0,288		Model $\chi^2$ = 105,865; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Eczaneye danışarak ilaç kullanma (0= Diğer; 1= Hiçbir zaman)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanan yer, sosyal statü algısı, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.17 ve EK 5.18'de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların internetten araştırarak ilaç kullanma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 121’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının internetten araştırarak ilaç kullanma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt boyutunun internetten araştırarak ilaç kullanma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların hiçbir zaman internetten araştırarak ilaç kullanmama olasılığını 1,06 (%95 GA 1,01-1,10;  $p=0,009$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin internetten araştırarak ilaç kullanma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin internetten araştırarak ilaç kullanma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 121. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların İnternette Araştırarak İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,01	0,02	0,17	1	0,99 (0,96-1,02)	0,676
Sabit	2,53	0,50	25,19	1	12,54	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,001		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 5,758$ ; p= 0,674		Model $\chi^2 = 0,177$ ; p= 0,674	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,04	0,02	2,13	1	0,97 (0,92-1,01)	0,145
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,03	0,08	1	0,99 (0,95-1,04)	0,772
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,04	0,03	2,26	1	1,04 (0,99-1,10)	0,133
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,03	0,02	1	1,00 (0,94-1,05)	0,901
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,03	1,08	1	0,97 (0,92-1,03)	0,298
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,03	0,43	1	1,02 (0,97-1,07)	0,513
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,03	0,62	1	0,98 (0,93-1,03)	0,432
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,06	0,02	6,91	1	1,06 (1,01-1,10)	<b>0,009</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,05	0,03	2,91	1	0,95 (0,90-1,01)	0,088
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,03	0,01	1	1,00 (0,95-1,06)	0,917
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,04	0,03	2,17	1	1,04 (0,99-1,09)	0,141
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,02	0,31	1	0,99 (0,95-1,03)	0,576
Sabit	2,40	0,61	15,69	1	11,04	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,097		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 11,993$ ; p= 0,152		Model $\chi^2 = 23,580$ ; p= 0,023	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,02	0,02	0,94	1	1,02 (0,98-1,07)	0,331
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,228		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 7,866$ ; p= 0,447		Model $\chi^2 = 52,732$ ; p= 0,009	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,03	0,36	1	0,98 (0,93-1,04)	0,547
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,03	0,14	1	0,99 (0,93-1,05)	0,708
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,03	0,63	1	1,02 (0,97-1,09)	0,429
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,03	0,00	1	1,00 (0,94-1,06)	0,965
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,03	0,08	1	0,99 (0,93-1,05)	0,780
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,03	0,38	1	1,02 (0,96-1,09)	0,535
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,03	0,39	1	0,98 (0,92-1,04)	0,532
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,03	0,02	1,18	1	1,03 (0,98-1,08)	0,277
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,04	0,03	1,48	1	0,96 (0,90-1,02)	0,224
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,03	0,11	1	1,01 (0,95-1,07)	0,745
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,04	0,03	2,14	1	1,04 (0,99-1,10)	0,144
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,96-1,04)	0,935
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,259		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 2,846$ ; p= 0,944		Model $\chi^2 = 60,484$ ; p= 0,032	

Bağımlı değişken= İnternette araştırarak ilaç kullanma (0= Diğer; 1= Hiçbir zaman)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanan yer, sosyal statü algısı, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılardır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.19 ve EK 5.20'de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların kendisine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına tavsiye etme durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 122’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının kendisine iyi geldiği düşünülen bir ilacın başkasına tavsiye edilme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt boyutunun kendisine iyi geldiği düşünülen bir ilacın başkasına tavsiye edilme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların kendisine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına hiçbir zaman tavsiye etmeme olasılığını 1,04 (%95 GA 1,01-1,08;  $p=0,015$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin kendisine iyi geldiği düşünülen bir ilacın başkasına tavsiye edilme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin kendisine iyi geldiği düşünülen bir ilacın başkasına tavsiye edilme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların kendisine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına hiçbir zaman tavsiye etmeme olasılığını 1,04 (%95 GA 1,00-1,08;  $p=0,044$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 122. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Kendisine İyi Geldiğini Düşündüğü Bir İlacı Başkasına Tavsiye Etme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,01	0,01	0,87	1	1,01 (0,99-1,03)	0,350
Sabit	0,74	0,31	5,85	1	2,10	0,016
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,002		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 4,661$ ; p= 0,793		Model $\chi^2 = 0,868$ ; p= 0,352	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	1,86	1	0,98 (0,95-1,01)	0,172
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,37	1	1,01 (0,98-1,04)	0,542
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,02	1,57	1	0,98 (0,95-1,01)	0,210
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,05	1	1,00 (0,97-1,04)	0,828
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,96-1,03)	0,904
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,68	1	0,99 (0,95-1,02)	0,409
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,04	0,02	5,88	1	1,04 (1,01-1,08)	<b>0,015</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,01	0,01	1	1,00 (0,97-1,03)	0,928
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	1,63	1	0,98 (0,94-1,01)	0,202
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,63	1	0,99 (0,95-1,02)	0,426
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	2,69	1	1,03 (0,99-1,06)	0,101
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,01	0,71	1	1,01 (0,99-1,03)	0,401
Sabit	0,97	0,37	6,94	1	2,64	0,008
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,045		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,642$ ; p= 0,576		Model $\chi^2 = 16,518$ ; p= 0,169	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,01	0,01	0,58	1	1,01 (0,98-1,04)	0,445
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,106		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 9,537$ ; p= 0,299		Model $\chi^2 = 37,656$ ; p= 0,191	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	1,50	1	0,98 (0,95-1,01)	0,220
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,47	1	1,01 (0,98-1,05)	0,494
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,02	1,67	1	0,98 (0,94-1,01)	0,196
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,02	0,95	1	1,02 (0,98-1,06)	0,329
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,02	0,55	1	1,01 (0,98-1,06)	0,457
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,02	2,00	1	0,97 (0,94-1,01)	0,157
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,04	0,02	4,05	1	1,04 (1,00-1,08)	<b>0,044</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,02	0,53	1	0,99 (0,96-1,02)	0,468
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,02	1,67	1	0,97 (0,94-1,01)	0,196
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,45	1	0,99 (0,95-0,99)	0,501
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	2,91	1	1,03 (1,00-1,07)	0,088
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,01	0,22	1	1,01 (0,98-1,03)	0,640
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,139		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 8,625$ ; p= 0,375		Model $\chi^2 = 49,900$ ; p= 0,188	

Bağımlı değişken= Kendisine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına tavsiye etme (0= Diğer; 1= Hiçbir zaman)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanan yer, sosyal statü algısı, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılardır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.21 ve EK 5.22'de verilmiştir.



Sağlık okuryazarlığının “hastaların evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 123’te verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların evdeki ilaçların son kullanma tarihine her zaman dikkat etme olasılığını 1,08 (%95 GA 1,06-1,11;  $p<0,001$ ) kat artırmaktadır.

Model 2’de sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme durumu üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların evdeki ilaçların son kullanma tarihine her zaman dikkat etme olasılığını 1,07 (%95 GA 1,04-1,11;  $p<0,001$ ) kat artırmaktadır.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).



Sağlık okuryazarlığının “hastaların ilaçlarını doktorun önerdiği miktarda kullanma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 124’te verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının ilaçları doktorun önerdiği miktarda kullanma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ). Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutlarının ilaçları doktorun önerdiği miktarda kullanma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların ilaçlarını her zaman doktorun önerdiği miktarda kullanma olasılığını, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,01-1,08;  $p=0,005$ ) kat artırırken sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,06 (%95 GA 1,02-1,11;  $p=0,007$ ) kat azaltmaktadır. Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin ilaçları doktorun önerdiği miktarda kullanma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların ilaçlarını her zaman doktorun önerdiği miktarda kullanma olasılığını 1,06 (%95 GA 1,02-1,10;  $p=0,003$ ) kat artırmaktadır.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin ilaçları doktorun önerdiği miktarda kullanma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastaların ilaçlarını her zaman doktorun önerdiği miktarda kullanma olasılığını, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,04 (%95 GA 1,00-1,08;  $p=0,048$ ) kat artırırken sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,00-1,11;  $p=0,038$ ) kat azaltmaktadır.



Sağlık okuryazarlığının “hastaların ilaçlarını doktorun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 125’te verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının ilaçları doktorun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların ilaçlarını her zaman doktorun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma olasılığını 1,02 (%95 GA 1,00-1,04;  $p=0,034$ ) kat artırmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutlarının ilaçları doktorun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların ilaçlarını her zaman doktorun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,04 (%95 GA 1,00-1,08;  $p=0,043$ ) kat azaltmakta, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,04 (%95 GA 1,00-1,08;  $p=0,047$ ) kat artırmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,01-1,09;  $p=0,009$ ) kat azaltmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,01-1,08;  $p=0,005$ ) kat artırmakta, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,04 (%95 GA 1,00-1,09;  $p=0,033$ ) kat azaltmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin ilaçları doktorun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların ilaçlarını her zaman doktorun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma olasılığını 1,07 (%95 GA 1,04-1,12;  $p<0,001$ ) kat artırmaktadır.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin ilaçları doktorun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastaların ilaçlarını her zaman doktorun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,00-1,10;  $p=0,035$ ) kat artırırken hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,01-1,10;  $p=0,021$ ) kat azaltmaktadır.



Sağlık okuryazarlığının “hastaların en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak doktoru algılaması” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 126’da verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak doktorun algılanması üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutlarının en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak doktorun algılanması üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak doktoru algılaması olasılığını, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,04 (%95 GA 1,00-1,08;  $p=0,040$ ) kat artırırken sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,03 (%95 GA 1,00-1,06;  $p=0,039$ ) kat azaltmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak doktorun algılanması üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak doktorun algılanması üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p<0,05$ ).



**Tablo 126. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların En Önemli Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak Doktoru Algılaması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,03	0,01	3,60	1	0,97 (0,95-1,00)	0,058
Sabit	2,75	0,47	34,16	1	15,57	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,013		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 6,046; p= 0,642		Model $\chi^2$ = 3,794; p= 0,051	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,03	1	1,00 (0,96-1,04)	0,870
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,03	0,02	1,84	1	1,03 (0,99-1,08)	0,175
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	0,54	1	1,02 (0,97-1,06)	0,464
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,95-1,05)	0,943
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	1,06	1	0,98 (0,93-1,02)	0,303
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,02	1,76	1	0,97 (0,93-1,01)	0,185
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,14	1	1,01 (0,96-1,05)	0,710
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,04	0,02	4,22	1	1,04 (1,00-1,08)	<b>0,040</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,04	0,02	3,45	1	0,96 (0,91-1,00)	0,063
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	0,99	1	1,02 (0,98-1,07)	0,319
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,96-1,04)	0,942
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,02	4,27	1	0,97 (0,94-1,00)	<b>0,039</b>
Sabit	2,64	0,56	22,05	1	14,05	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,089		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 5,083; p= 0,749		Model $\chi^2$ = 25,764; p= 0,012	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,03	0,02	2,04	1	0,97 (0,93-1,01)	0,153
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,248		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 7,090; p= 0,527		Model $\chi^2$ = 69,999; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	0,82	1	1,02 (0,98-1,07)	0,366
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,03	0,83	1	1,02 (0,97-1,08)	0,363
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,03	0,67	1	1,02 (0,97-1,08)	0,412
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,03	0,03	0,91	1	1,03 (0,97-1,09)	0,341
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,03	0,53	1	0,98 (0,93-1,03)	0,467
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,03	0,09	1	0,99 (0,94-1,05)	0,765
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,03	0,52	1	0,98 (0,93-1,03)	0,473
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,02	0,47	1	1,01 (0,97-1,06)	0,494
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,05	0,03	3,61	1	0,95 (0,90-1,00)	0,057
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,03	0,35	1	1,02 (0,96-1,07)	0,555
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,03	0,07	1	0,99 (0,94-1,05)	0,792
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,02	2,06	1	0,97 (0,94-1,01)	0,151
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,291		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 3,533; p= 0,897		Model $\chi^2$ = 82,941; p< 0,001	

Bağımlı değişken= En önemli sağlık bilgi kaynağı olarak doktoru algılama (0=Hayır 1=Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türüne göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.29 ve EK 5.30'da verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak interneti algılaması” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 127’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak internetin algılanması üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak interneti algılaması olasılığını 1,05 (%95 GA 1,02-1,09;  $p=0,002$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’e göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutunun en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak internetin algılanması üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak interneti algılaması olasılığını 1,04 (%95 GA 1,00-1,05;  $p=0,027$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak internetin algılanması üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak internetin algılanması üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 127. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların En Önemli Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak İnterneti Algılaması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,05	0,02	9,22	1	1,05 (1,02-1,09)	<b>0,002</b>
Sabit	-4,00	0,62	42,14	1	0,02	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,042		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 12,188$ ; p= 0,143		Model $\chi^2 = 10,246$ ; p= 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,28	1	0,99 (0,94-1,03)	0,599
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,04	0,03	1,94	1	0,96 (0,92-1,02)	0,164
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,03	0,29	1	0,99 (0,94-1,04)	0,589
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,05	0,03	2,36	1	1,05 (0,99-1,11)	0,125
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,05	0,03	2,88	1	1,05 (0,99-1,11)	0,090
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,03	0,07	1	1,01 (0,95-1,06)	0,790
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,03	0,03	1,24	1	0,97 (0,92-1,02)	0,266
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,02	2,15	1	0,97 (0,93-1,01)	0,143
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,04	0,03	2,52	1	1,04 (0,99-1,10)	0,112
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,03	0,19	1	0,99 (0,94-1,04)	0,659
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,03	0,01	1	1,00 (0,95-1,05)	0,915
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,04	0,02	4,86	1	1,04 (1,00-1,05)	<b>0,027</b>
Sabit	-4,22	0,78	29,21	1	0,01	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,128		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 4,909$ ; p= 0,767		Model $\chi^2 = 32,186$ ; p= 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,03	0,03	1,23	1	1,03 (0,98-1,09)	0,268
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,369		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 1,540$ ; p= 0,992		Model $\chi^2 = 90,874$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,04	0,03	1,97	1	0,96 (0,91-1,02)	0,161
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,05	0,03	2,28	1	0,95 (0,89-1,01)	0,131
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,03	0,03	1,03	1	0,97 (0,91-1,03)	0,311
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,04	0,05	1	1,01 (0,93-1,09)	0,825
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,05	0,03	2,20	1	1,05 (0,98-1,12)	0,138
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,04	0,04	0,98	1	0,96 (0,89-1,04)	0,321
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,03	0,44	1	1,02 (0,96-1,09)	0,505
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,03	0,04	1	1,00 (0,95-1,05)	0,849
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,04	0,03	1,32	1	1,04 (0,97-1,11)	0,251
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,03	0,03	1	1,01 (0,94-1,07)	0,862
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,03	0,09	1	1,01 (0,94-1,08)	0,766
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,03	0,02	2,07	1	1,03 (0,99-1,08)	0,150
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,417		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 1,772$ ; p= 0,987		Model $\chi^2 = 104,083$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= En önemli sağlık bilgi kaynağı olarak interneti algılama (0=Hayır 1=Evet).

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türüne göre düzeltilmiş katsayılardır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.31 ve EK 5.32’de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı bilgi kaynağı sayısı” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan doğrusal regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 128’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan bilgi kaynağı sayısı üzerine etkisi anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı bilgi kaynağı sayısında 0,040’lık bir artış meydana getirmektedir.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlığın hizmeti-sağlık bilgisine erişim, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan bilgi kaynağı sayısı üzerine etkisi anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı bilgi kaynağı sayısında; sağlığın hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 0,028’lik bir artış, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 0,051’lik bir artış, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış -0,075’lik bir düşüş, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış -0,051’lik bir düşüş meydana getirmektedir.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan bilgi kaynağı sayısı üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan bilgi kaynağı sayısı üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutlarının etkisinin anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastaların sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı bilgi kaynağı sayısında; hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 0,037’lik bir artış,

hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış -0,059'luk bir düşüş, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış -0,040'lık bir düşüş, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 0,044'lük bir artış meydana getirmektedir.



**Tablo 128. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Sağlık Bilgisine Ulaşmada Kullandığı Bilgi Kaynağı Sayısı Üzerine Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	$b_j^1$	$S(b_j)^2$	$\beta^3$	VIF <sup>4</sup>	t	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,040	0,010	0,176	1,000	4,103	<0,001
Sabit	1,970	0,320			6,156	<0,001
<b>Model 1</b>	s= 2,306	R= 0,176	R <sup>2</sup> = 0,031	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,029	(F= 16,833	p< 0,001)
<b>Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,028	0,014	0,118	2,366	1,964	<b>0,050</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,019	0,015	0,090	3,387	1,250	0,212
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,009	0,016	0,043	3,424	0,588	0,557
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,024	0,017	0,118	4,348	1,445	0,149
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,001	0,016	0,003	4,984	0,039	0,969
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,051	0,015	0,269	4,323	3,305	<b>0,001</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,075	0,017	-0,414	5,491	-4,513	<b>0,000</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,051	0,014	-0,270	3,375	-3,746	<b>0,000</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,030	0,016	0,168	5,127	1,897	0,058
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,013	0,017	-0,070	4,979	-0,802	0,423
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,029	0,016	0,155	4,497	1,867	0,062
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,002	0,010	-0,010	2,203	-0,164	0,870
Sabit	1,439	0,341			4,218	<0,001
<b>Model 2</b>	s= 2,108	R= 0,455	R <sup>2</sup> = 0,207	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,189	(F= 11,253	p< 0,001)
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>5</sup></b>						
<b>Genel sağlık okuryazarlığı</b>	-0,005	0,014	-0,024	2,139	-0,378	0,706
<b>Model 3</b>	s= 2,078	R= 0,479	R <sup>2</sup> = 0,229	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,163	(F= 3,457	p< 0,001)
<b>Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>5</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,017	0,016	0,077	2,837	1,094	0,274
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,014	0,017	0,071	4,091	0,833	0,406
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,024	0,018	0,114	4,054	1,342	0,180
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,012	0,019	-0,066	5,945	-0,644	0,520
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,007	0,018	-0,037	5,720	-0,368	0,713
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,037	0,018	0,203	5,389	2,085	<b>0,038</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,059	0,019	-0,340	6,773	-3,107	<b>0,002</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,040	0,016	-0,219	4,133	-2,562	<b>0,011</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,024	0,018	0,141	6,218	1,344	0,180
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,021	0,018	-0,116	5,547	-1,176	0,240
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,044	0,017	0,243	5,189	2,536	<b>0,012</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,005	0,012	-0,032	2,691	-0,459	0,646
<b>Model 4</b>	s= 2,007	R= 0,548	R <sup>2</sup> = 0,300	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,219	(F= 3,691	p< 0,001)

Bağımlı değişken=Sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan sağlık bilgi kaynağı sayısı

<sup>1</sup>Regresyon katsayısı <sup>2</sup>Standart hata <sup>3</sup>Standartlaştırılmış regresyon katsayısı <sup>4</sup>Varyans şişme değeri

<sup>5</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türüne göre düzeltilmiş katsayılardır. Bu modellere ait çoklu doğrusal regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.33 ve EK 5.34'te verilmiştir.

### 5.2.6.2. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Statüsüyle İlgili Hasta Sonuçlarına Etkisi

Sağlık okuryazarlığının sağlık statüsüyle ilgili hasta sonuçlarına etkisi, dört ayrı regresyon modeli ile incelenmiştir:

1. Genel sağlık okuryazarlığının sağlık statüsüyle ilgili hasta sonuçlarına etkisi.
2. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun sağlık statüsüyle ilgili hasta sonuçlarına etkisi.
3. Genel sağlık okuryazarlığının, kontrol değişkenlerinin varlığında (düzeltildikten sonra), sağlık statüsüyle ilgili hasta sonuçlarına etkisi.
4. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun, kontrol değişkenlerinin varlığında (düzeltildikten sonra), sağlık statüsüyle ilgili hasta sonuçlarına etkisi.

Bu modeller ile incelenen hasta sonuçları şunlardır: hastaların genel sağlık durumu algısı, uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığının olması, sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlaması ve toplam hastalık sayısı. Bu hasta sonuçlarının her biri için 4 ayrı regresyon analizi yapılmıştır.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların genel sağlık durumu algısı (çok iyi=1’den çok kötü=5’e doğru puanlandırılmıştır)” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan doğrusal regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 129’da verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının genel sağlık durumu algısı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastanın genel sağlık durumu algı puanında -0,017’lik bir düşüş meydana getirmektedir.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutunun genel sağlık durumu algısı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların genel sağlık durumu algı puanında -0,015’lik bir düşüş meydana getirmektedir.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin genel sağlık durumu algısı üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel

olarak anlamlı olduğu gör÷lmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların genel sağlık durumu algı puanında -0,013'lük bir düşüş meydana getirmektedir.

Model 4'te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin genel sağlık durumu algısı üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gör÷lmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastaların genel sağlık durumu algı puanında; hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış -0,012'lik, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise -0,008'lik bir düşüş meydana getirmektedir.



**Tablo 129. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Genel Sağlık Durumu Algısı Üzerine Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	$b_j^1$	$S(b_j)^2$	$\beta^3$	VIF <sup>4</sup>	t	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,017	0,003	-0,228	1,000	-5,385	<0,001
Sabit	3,309	0,106			31,246	<0,001
<b>Model 1</b>	s= 0,764	R= 0,228	R <sup>2</sup> = 0,052	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,050	(F= 28,995	p< 0,001)
<b>Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	<0,001	0,005	0,000	2,376	-0,001	0,999
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,007	0,005	-0,102	3,404	-1,325	0,186
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,003	0,006	0,041	3,432	0,529	0,597
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	<0,001	0,006	0,004	4,357	0,043	0,966
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,008	0,006	0,124	4,987	1,322	0,187
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,001	0,006	-0,019	4,305	-0,214	0,831
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,008	0,006	0,140	5,504	1,421	0,156
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,004	0,005	-0,065	3,371	-0,841	0,401
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,004	0,006	-0,066	5,131	-0,698	0,486
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,002	0,006	-0,038	5,012	-0,404	0,687
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,005	0,006	-0,076	4,498	-0,861	0,390
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,015	0,004	-0,248	2,203	-3,979	<0,001
Sabit	3,322	0,122			27,222	<0,001
<b>Model 2</b>	s= 0,755	R= 0,306	R <sup>2</sup> = 0,094	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,073	(F= 4,444	p< 0,001)
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>5</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,013	0,005	-0,184	2,226	-2,820	<b>0,005</b>
<b>Model 3</b>	s= 0,712	R= 0,283	R <sup>2</sup> = 0,233	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,153	(F= 2,895	p< 0,001)
<b>Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>5</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,004	0,006	0,052	2,874	0,703	0,483
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,011	0,006	-0,165	4,268	-1,834	0,067
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,007	0,006	0,097	4,105	1,097	0,273
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,010	0,007	-0,159	6,043	-1,489	0,137
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,012	0,006	0,189	5,758	1,814	0,070
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,004	0,006	0,059	5,703	0,572	0,567
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,003	0,007	0,054	7,193	0,462	0,645
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,012	0,006	-0,187	4,196	-2,097	<b>0,037</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,005	0,006	-0,089	6,339	-0,813	0,417
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,005	0,006	-0,077	5,552	-0,749	0,454
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,007	0,006	0,113	5,338	1,122	0,263
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,008	0,004	-0,141	2,687	-1,974	<b>0,049</b>
<b>Model 4</b>	s= 4,531	R= 0,573	R <sup>2</sup> = 0,328	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,252	(F= 4,311	p< 0,001)

Bağımlı değişken=Genel sağlık durumu algısı (1=çok iyi, 5=çok kötü)

<sup>1</sup>Regresyon katsayısı <sup>2</sup>Standart hata <sup>3</sup>Standartlaştırılmış regresyon katsayısı <sup>4</sup>Varyans şişme değeri

<sup>5</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık ve ilaç kullanım alışkanlığı ile ilgili 8 maddeye göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait çoklu doğrusal regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.35 ve EK 5.36'da verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığının olması” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 130’da verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığın olması üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlığın hizmeti-sağlık bilgisini uygulama ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutlarının uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığın olması üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığının olması olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,00-1,10;  $p=0,032$ ) kat, hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,05 (%95 GA 1,00-1,10;  $p=0,037$ ) kat azaltmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığın olması üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığın olması üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığının olması olasılığını 1,06 (%95 GA 1,00-1,12;  $p=0,036$ ) kat azaltmaktadır.

**Tablo 130. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Uzun Süreli Bir Sağlık Sorunu veya Hastalığının Olması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,02	0,01	3,43	1	0,98 (0,95-1,00)	0,064
Sabit	2,48	0,43	32,64	1	11,92	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,012		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 3,775$ ; p= 0,877		Model $\chi^2 = 3,603$ ; p= 0,058	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,02	0,09	1	1,01 (0,97-1,04)	0,764
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,21	1	1,01 (0,97-1,05)	0,647
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	1,67	1	1,03 (0,99-1,07)	0,196
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,05	0,02	4,59	1	0,95 (0,91-1,00)	<b>0,032</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,05	0,02	4,34	1	0,95 (0,91-1,00)	<b>0,037</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	0,50	1	0,99 (0,94-1,03)	0,479
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,04	0,02	2,96	1	1,04 (0,99-1,08)	0,086
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,02	0,28	1	1,01 (0,97-1,05)	0,595
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,02	1	1,00 (0,96-1,05)	0,900
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,19	1	0,99 (0,95-1,04)	0,660
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,13	1	1,02 (0,98-1,07)	0,287
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,01	1,24	1	0,98 (0,96-1,01)	0,265
Sabit	2,89	0,56	27,08	1	18,01	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,081		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 4,283$ ; p= 0,831		Model $\chi^2 = 24,775$ ; p= 0,016	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,02	0,02	0,56	1	1,02 (0,97-1,06)	0,455
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,360		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 9,213$ ; p= 0,325		Model $\chi^2 = 101,150$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,04	0,03	2,84	1	1,04 (0,99-1,10)	0,092
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,03	0,00	1	1,00 (0,94-1,06)	0,958
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,03	0,69	1	1,02 (0,97-1,09)	0,408
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,06	0,03	2,99	1	0,94 (0,88-1,01)	0,084
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,06	0,03	4,41	1	0,94 (0,89-1,00)	<b>0,036</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,03	0,49	1	1,02 (0,96-1,09)	0,485
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,03	0,00	1	1,00 (0,94-1,06)	0,979
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,03	0,30	1	0,99 (0,94-1,04)	0,583
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,03	0,03	1,35	1	1,04 (0,98-1,10)	0,245
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,03	1,00	1	0,97 (0,91-1,03)	0,316
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,06	0,03	3,45	1	1,06 (1,00-1,13)	0,063
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,04	1	1,00 (0,96-1,04)	0,834
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,405		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 7,344$ ; p= 0,500		Model $\chi^2 = 115,486$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığın olması (0=Hayır 1=Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü ve ilaç kullanım alışkanlıklarıyla ilgili 8 maddeye göre düzeltilmiş katsayılardır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.37 ve EK 5.38'de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlaması” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 131’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetleri sınırlaması üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlaması olasılığını 1,03 (%95 GA 1,01-1,05;  $p=0,001$ ) kat azaltmaktadır.

Model 2’de sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetleri sınırlaması üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetleri sınırlaması üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetleri sınırlaması üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlaması olasılığını 1,07 (%95 GA 1,02-1,12;  $p=0,002$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 131. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-Boyutunun Hastaların Sağlık Sorunlarının Genel Olarak Aktivite/Faaliyetlerini Sınırlaması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,03	0,01	10,45	1	0,97 (0,95-0,99)	<b>0,001</b>
Sabit	1,80	0,33	29,07	1	6,05	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,030		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 9,568$ ; p= 0,297		Model $\chi^2 = 11,146$ ; p= 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,01	1,44	1	1,02 (0,99-1,05)	0,231
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	1,01	1	1,02 (0,98-1,05)	0,314
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,32	1	1,01 (0,98-1,04)	0,569
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,02	3,33	1	0,97 (0,93-1,00)	0,068
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,66	1	0,99 (0,95-1,02)	0,416
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,00	1	1,00 (0,97-1,03)	0,947
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,11	1	0,99 (0,96-1,03)	0,743
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,01	0,40	1	0,99 (0,96-1,02)	0,525
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,37	1	0,99 (0,96-1,02)	0,540
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,03	1	1,00 (0,96-1,03)	0,860
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	2,09	1	1,02 (0,99-1,06)	0,148
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,01	2,77	1	0,98 (0,96-1,00)	0,096
Sabit	1,64	0,39	17,96	1	5,14	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,058		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 3,549$ ; p= 0,895		Model $\chi^2 = 21,951$ ; p= 0,038	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,02	0,02	1,24	1	0,98 (0,95-1,01)	1,01
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,339		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 3,533$ ; p= 0,897		Model $\chi^2 = 121,987$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,07	0,02	9,44	1	1,07 (1,02-1,12)	<b>0,002</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,04	1	1,00 (0,95-1,04)	0,847
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,12	1	1,02 (0,98-1,07)	0,290
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,03	1,49	1	0,97 (0,92-1,02)	0,223
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,03	1	1,00 (0,96-1,05)	0,870
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,03	0,02	1	1,00 (0,96-1,05)	0,876
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,04	0,03	2,85	1	0,96 (0,91-1,01)	0,092
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,02	1,46	1	0,98 (0,94-1,02)	0,228
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	0,80	1	0,98 (0,93-1,03)	0,370
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,96-1,05)	0,908
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,04	0,02	2,64	1	1,04 (0,99-1,08)	0,104
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,04	1	1,00 (0,97-1,03)	0,835
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,391		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 7,937$ ; p= 0,440		Model $\chi^2 = 143,935$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetleri sınırlaması (0=Hayır 1=Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü ve ilaç kullanım alışkanlıklarıyla ilgili 8 maddeye göre düzeltilmiş katsayılardır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.39 ve EK 5.40'ta verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların toplam hastalık sayısı” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan doğrusal regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 132’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e ve Model 3’e göre genel sağlık okuryazarlığının toplam hastalık sayısı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastanın toplam hastalık sayısında; Model 1’e göre -0,044’lük, Model 3’e göre ise -0,021’lik bir düşüş meydana getirmektedir.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının toplam hastalık sayısı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların toplam hastalık sayısında; sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış -0,028’lik bir düşüş, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış -0,033’lük bir düşüş, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış -0,027’lik bir düşüş, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 0,039’luk bir artış, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 0,035’lik bir artış, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise -0,025’lik bir düşüş meydana getirmektedir.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin toplam hastalık sayısı üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların toplam hastalık sayısında 0,027’lik bir artış meydana getirmektedir.

**Tablo 132. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Toplam Hastalık Sayısı Üzerine Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	$b_j^1$	$S(b_j)^2$	$\beta^3$	VIF <sup>4</sup>	t	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,044	0,007	-0,257	1,000	-6,101	<0,001
Sabit	3,737	0,237			15,792	<0,001
<b>Model 1</b>	s= 1,707	R= 0,257	R <sup>2</sup> = 0,066	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,064	(F= 37,226 p< 0,001)	
<b>Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,028	0,011	-0,158	2,375	-2,600	<b>0,010</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,016	0,012	0,102	3,398	1,401	0,162
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,010	0,012	0,063	3,425	0,864	0,388
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,033	0,013	-0,215	4,357	-2,616	<b>0,009</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,016	0,012	-0,111	4,988	-1,265	0,207
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,027	0,012	-0,188	4,301	-2,303	<b>0,022</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,039	0,013	0,285	5,491	3,081	<b>0,002</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,035	0,010	0,244	3,371	3,373	<b>0,001</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,011	0,012	-0,082	5,133	-0,922	0,357
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,010	0,013	-0,067	4,979	-0,760	0,447
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,001	0,012	0,007	4,498	0,088	0,930
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,025	0,008	-0,187	2,202	-3,194	<b>0,001</b>
Sabit	4,000	0,259			15,459	<0,001
<b>Model 2</b>	s= 1,600	R= 0,443	R <sup>2</sup> = 0,196	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,177	(F= 10,509 p< 0,001)	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>5</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,021	0,009	-0,121	2,082	-2,227	<b>0,026</b>
<b>Model 3</b>	s= 1,421	R= 0,639	R <sup>2</sup> = 0,409	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,369	(F= 10,214 p< 0,001)	
<b>Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>5</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,016	0,011	-0,089	2,711	-1,443	0,150
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,019	0,012	0,117	4,086	1,542	0,124
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,005	0,012	0,027	3,927	0,368	0,713
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,003	0,014	-0,020	5,925	-0,223	0,824
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,006	0,013	-0,043	5,667	-0,479	0,632
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,015	0,013	-0,103	5,488	-1,175	0,241
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,003	0,014	-0,025	6,992	-0,250	0,802
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,027	0,011	0,186	3,869	2,515	<b>0,012</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,001	0,013	-0,006	6,071	-0,066	0,947
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,015	0,013	-0,106	5,424	-1,210	0,227
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,002	0,012	0,012	5,207	0,145	0,884
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,015	0,008	-0,113	2,577	-1,870	0,062
<b>Model 4</b>	s= 4,531	R= 0,573	R <sup>2</sup> = 0,328	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,252	(F= 4,311 p< 0,001)	

Bağımlı değişken= Toplam hastalık sayısı

<sup>1</sup>Regresyon katsayısı <sup>2</sup>Standart hata <sup>3</sup>Standartlaştırılmış regresyon katsayısı <sup>4</sup>Varyans şişme değeri

<sup>5</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, Diyet yapma, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü ve ilaç kullanım alışkanlıklarına (8 madde) göre düzeltilmiş katsayılardır. Bu modellere ait çoklu doğrusal regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.41 ve EK 5.42’de verilmiştir.

### 5.2.6.3. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmetleri Kullanımıyla İlgili Hasta Sonuçlarına Etkisi

Sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili hasta sonuçlarına etkisi, dört ayrı regresyon modeli ile incelenmiştir:

1. Genel sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili hasta sonuçlarına etkisi.
2. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili hasta sonuçlarına etkisi.
3. Genel sağlık okuryazarlığının, kontrol değişkenlerinin varlığında (düzeltildikten sonra), sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili hasta sonuçlarına etkisi.
4. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun, kontrol değişkenlerinin varlığında (düzeltildikten sonra), sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili hasta sonuçlarına etkisi.

Bu modeller ile incelenen hasta sonuçları şunlardır: hastaların acil servis kullanımı, doktora başvurma, hastane hizmetleri kullanımı, diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma, kardiyoloji polikliniğine başvurma, hastaneye yatış, doktor randevusuna giderken yanında refakatçi bulundurma, başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme, doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme ve koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı. Bu hasta sonuçlarının her biri için 4 ayrı regresyon analizi yapılmıştır.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların son iki yıl içinde acil servis kullanımının olması” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 133’te verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının acil servis kullanımı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların son iki yıl içinde acil servis kullanımının olması olasılığını 1,02 (%95 GA 1,00-1,04;  $p = 0,039$ ) kat azaltmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutunun acil servis kullanımı üzerine



etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gör÷lmektedir ( $p < 0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların son iki yıl içinde acil servisi kullanımının olması olasılığını 1,02 (%95 GA 1,00-1,04;  $p = 0,032$ ) kat azaltmaktadır.

Model 3'te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin acil servis kullanımı üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gör÷lmektedir ( $p > 0,05$ ).

Model 4'te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin acil servis kullanımı üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gör÷lmektedir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 133. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Acil Servis Kullanımı Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,02	0,01	4,26	1	0,98 (0,96-1,00)	<b>0,039</b>
Sabit	1,10	0,30	13,44	1	3,00	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,011		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 8,232$ ; p= 0,411		Model $\chi^2 = 4,373$ ; p= 0,037	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,01	0,88	1	0,99 (0,96-1,01)	0,350
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,74	1	1,01 (0,98-1,04)	0,389
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,24	1	1,01 (0,98-1,04)	0,621
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,02	0,67	1	1,01 (0,98-1,05)	0,413
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,45	1	0,99 (0,96-1,02)	0,502
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,97-1,03)	0,930
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,97-1,03)	0,931
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,01	0,59	1	0,99 (0,96-1,02)	0,441
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,07	1	1,00 (0,97-1,03)	0,798
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,21	1	1,01 (0,98-1,04)	0,646
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,05	1	1,00 (0,97-1,03)	0,824
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,01	4,62	1	0,98 (0,96-1,00)	<b>0,032</b>
Sabit	1,03	0,35	8,77	1	2,79	0,003
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,033		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,609$ ; p= 0,579		Model $\chi^2 = 13,135$ ; p= 0,359	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,01	0,02	0,35	1	1,01 (0,98-1,04)	0,553
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,268		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 4,625$ ; p= 0,797		Model $\chi^2 = 96,762$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	1,22	1	0,98 (0,94-1,02)	0,161
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	1,25	1	1,02 (0,98-1,07)	0,131
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	2,25	1	1,03 (0,99-1,08)	0,311
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,02	0,61	1	1,02 (0,97-1,07)	0,825
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	0,75	1	0,98 (0,94-1,02)	0,138
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,13	1	0,99 (0,95-1,04)	0,321
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,17	1	1,01 (0,96-1,06)	0,505
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,02	0,07	1	0,99 (0,96-1,03)	0,849
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	0,91	1	0,98 (0,94-1,02)	0,251
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,03	0,02	2,47	1	1,03 (0,99-1,08)	0,862
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,30	1	0,99 (0,95-1,03)	0,766
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,01	1,72	1	0,98 (0,95-1,01)	0,150
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,297		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 12,494$ ; p= 0,131		Model $\chi^2 = 108,870$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Acil servis kullanımı (0=Hayır 1=Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı, tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık, ilaç kullanım alışkanlığı ile ilgili 8 madde, genel olarak başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme, etken maddesi varfarin sodyum olan bir ilaç kullanma, doktora başvurma, diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma ve hastaneye yatış değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.43 ve EK 5.44'te verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların son bir yıl içinde doktora başvurma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 134’te verilmiştir.

Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının doktora başvurma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastanın son bir yıl içinde doktora  $\geq 5$  kez başvurma olasılığını 1,02 (%95 GA 1,00-1,04;  $p = 0,013$ ) kat azaltmaktadır.

Model 2’de sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin doktora başvurma durumu üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ).

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin doktora başvurma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin doktora başvurma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 134. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Doktora Başvurma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,02	0,01	6,16	1	0,98 (0,96-1,00)	<b>0,013</b>
Sabit	1,18	0,30	15,35	1	3,25	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,016		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 11,808$ ; p= 0,160		Model $\chi^2 = 6,370$ ; p= 0,012	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,01	0,20	1	0,99 (0,97-1,02)	0,658
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	<0,01	0,02	0,06	1	1,00 (0,97-1,03)	0,812
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	<0,01	0,02	0,09	1	1,00 (0,97-1,04)	0,764
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,02	1,23	1	0,98 (0,95-1,01)	0,267
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	<0,01	0,02	<0,01	1	1,00 (0,97-1,03)	0,979
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,65	1	1,01 (0,98-1,04)	0,419
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,59	1	1,01 (0,98-1,05)	0,443
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	<0,01	0,01	0,08	1	1,00 (0,98-1,03)	0,774
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	1,17	1	0,98 (0,95-1,01)	0,280
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	<0,01	0,02	0,06	1	1,00 (0,97-1,04)	0,813
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	<0,01	0,02	0,01	1	1,00 (0,97-1,03)	0,903
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,01	3,21	1	0,98 (0,96-1,00)	0,073
Sabit	1,18	0,35	11,32	1	3,27	0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,037		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 11,906$ ; p= 0,155		Model $\chi^2 = 14,601$ ; p= 0,264	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,01	0,02	0,05	1	1,00 (0,97-1,03)	0,887
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,397		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 8,932$ ; p= 0,348		Model $\chi^2 = 152,741$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	0,87	1	1,02 (0,98-1,06)	0,350
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,38	1	0,99 (0,94-1,03)	0,539
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,28	1	0,99 (0,95-1,03)	0,597
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,03	0,12	1	1,01 (0,96-1,06)	0,726
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	0,84	1	0,98 (0,93-1,03)	0,360
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,03	0,02	1,24	1	1,03 (0,98-1,08)	0,266
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	0,51	1	1,02 (0,97-1,07)	0,475
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,02	1,39	1	0,98 (0,94-1,02)	0,239
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	0,61	1	0,98 (0,94-1,03)	0,435
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	0,65	1	1,02 (0,97-1,07)	0,420
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,08	1	0,99 (0,95-1,04)	0,783
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,02	0,23	1	1,01 (0,98-1,04)	0,634
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,413		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 9,518$ ; p= 0,301		Model $\chi^2 = 160,133$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Doktora başvurma (0= Doktora ≤4 kez başvurma; 1= Doktora ≥5 kez başvurma)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı, tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık, ilaç kullanım alışkanlığı ile ilgili 8 madde, genel olarak başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme, etken maddesi varfarin sodyum olan bir ilaç kullanma, acil servis kullanımı, diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma ve hastaneye yatış değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.45 ve EK 5.46’da verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların son bir yıl içinde hastane hizmetleri kullanımı ” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 135’te verilmiştir.

Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının hastane hizmetleri kullanımını üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Model 2’de, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin hastane hizmetleri kullanımını üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin hastane hizmetleri kullanımını üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin hastane hizmetleri kullanımını üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutunun etkisinin istatistiksel olarak sınırda (%94,5 güven düzeyinde) anlamlı olduğu görülmektedir ( $p=0,055$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların son bir yıl içinde hastane hizmetleri kullanımının  $\geq 5$  kez olması olasılığını 1,05 (%95 GA 1,00-1,10;  $p=0,055$ ) kat azaltmaktadır.

**Tablo 135. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Hastane Hizmetleri Kullanımı Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,01	0,01	1,22	1	0,99 (0,97-1,01)	0,269
Sabit	0,36	0,28	1,64	1	1,43	0,200
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,003		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 4,296$ ; p= 0,829		Model $\chi^2 = 1,230$ ; p= 0,267	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,01	0,33	1	1,01 (0,98-1,03)	0,564
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,01	0,62	1	1,01 (0,98-1,04)	0,431
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,03	0,02	3,21	1	0,97 (0,94-1,00)	0,073
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,97-1,03)	0,920
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,05	1	1,00 (0,97-1,03)	0,816
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,01	0,09	1	1,00 (0,97-1,02)	0,766
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,85	1	1,02 (0,99-1,05)	0,174
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,01	0,00	1	1,00 (0,97-1,02)	0,951
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,04	1	1,00 (0,97-1,03)	0,842
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	0,92	1	0,98 (0,95-1,02)	0,338
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,11	1	1,01 (0,98-1,04)	0,739
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,01	0,58	1	0,99 (0,97-10,1)	0,448
Sabit	0,41	0,33	1,59	1	1,51	0,207
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,020		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 3,650$ ; p= 0,887		Model $\chi^2 = 8,017$ ; p= 0,784	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,01	0,02	0,28	1	1,01 (0,98-1,05)	0,595
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,479		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 14,696$ ; p= 0,065		Model $\chi^2 = 195,875$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,02	0,15	1	1,01 (0,97-1,05)	0,699
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,03	0,02	1,09	1	1,03 (0,98-1,08)	0,295
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,05	0,02	3,69	1	0,95 (0,91-1,00)	<b>0,055</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,03	0,14	1	1,01 (0,96-1,06)	0,705
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,00	1	1,00 (0,95-1,05)	0,996
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,16	1	0,99 (0,94-1,04)	0,691
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,03	0,31	1	1,01 (0,96-1,07)	0,575
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,00	1	1,00 (0,96-1,04)	0,952
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,03	0,02	1,51	1	1,03 (0,98-1,08)	0,219
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,02	1,62	1	0,97 (0,93-1,02)	0,202
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,08	1	1,01 (0,96-1,05)	0,773
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,97-1,03)	0,923
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,242		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 11,854$ ; p= 0,158		Model $\chi^2 = 88,170$ ; p= 0,006	

Bağımlı değişken= Hastane hizmetleri kullanımı (0= Hastane hizmetlerini kullanımı  $\leq 4$ ; 1=Hastane hizmetleri kullanımı  $\geq 5$ )

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı, tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık, ilaç kullanım alışkanlığı ile ilgili 8 madde, genel olarak başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme, etken maddesi varfarin sodyum olan bir ilaç kullanma, acil servis kullanımı, doktora başvurma, diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma ve hastaneye yatış değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.47 ve EK 5.48’de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların son bir yıl içinde diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 136’da verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Model 2’de sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt boyutunun diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma durumu üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların son bir yıl içinde diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma olasılığını 1,04 (%95 GA 1,00-1,07;  $p=0,033$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların son bir yıl içinde diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma olasılığını 1,05 (%95 GA 1,01-1,10;  $p=0,022$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 136. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Diğer Sağlık Profesyonellerinden Hizmet Alma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,00	0,01	0,05	1	1,00 (0,98-1,02)	0,825
Sabit	0,75	0,30	6,45	1	2,12	0,011
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> < 0,001		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 7,988$ ; p= 0,435		Model $\chi^2 = 0,049$ ; p= 0,824	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,01	2,46	1	0,98 (0,95-1,01)	0,116
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,02	3,43	1	0,97 (0,94-1,00)	0,064
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,14	1	1,01 (0,97-1,04)	0,708
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,02	0,84	1	0,98 (0,95-1,02)	0,360
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,04	0,02	4,52	1	1,04 (1,00-1,07)	<b>0,033</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	0,95	1	0,98 (0,95-1,02)	0,330
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,22	1	1,01 (0,98-1,04)	0,638
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,01	0,03	1	1,00 (0,98-1,03)	0,874
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,03	1	1,00 (0,97-1,03)	0,863
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,56	1	1,01 (0,98-1,05)	0,453
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,16	1	1,01 (0,98-1,04)	0,689
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,01	0,01	1	1,00 (0,98-1,02)	0,904
Sabit	1,19	0,36	11,02	1	3,29	0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,044		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 8,296$ ; p= 0,405		Model $\chi^2 = 16,894$ ; p= 0,154	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,01	0,02	0,83	1	0,99 (0,96-1,02)	0,363
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,233		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 7,475$ ; p= 0,486		Model $\chi^2 = 80,712$ ; p= 0,004	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,02	2,44	1	0,97 (0,93-1,01)	0,118
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,04	0,02	2,55	1	0,97 (0,92-1,01)	0,110
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,18	1	0,99 (0,95-1,03)	0,669
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,02	1,75	1	0,97 (0,92-1,02)	0,185
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,05	0,02	5,25	1	1,05 (1,01-1,10)	<b>0,022</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	0,48	1	0,98 (0,94-1,03)	0,490
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,96-1,05)	0,905
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,02	0,24	1	1,01 (0,97-1,05)	0,626
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,02	0,17	1	1,01 (0,97-1,05)	0,679
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,26	1	1,01 (0,97-1,06)	0,612
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,05	1	1,00 (0,96-1,05)	0,822
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,01	0,12	1	0,99 (0,97-1,02)	0,725
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,226		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 7,702$ ; p= 0,463		Model $\chi^2 = 78,237$ ; p= 0,004	

Bağımlı değişken= Diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma (0= Hayır; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı, tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık, acil servis kullanımı, doktora başvurma ve hastaneye yatış değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.49 ve EK 5.50’de verilmiştir.



Sağlık okuryazarlığının “hastaların son bir yıl içinde kardiyoloji polikliniğine başvurma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 137’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının kardiyoloji polikliniğine başvurma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların son bir yıl içinde kardiyoloji polikliniğine 2 ve üzeri kez başvurması olasılığını 1,03 (%95 GA 1,01-1,04;  $p=0,003$ ) kat azaltmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt boyutlarının kardiyoloji polikliniğine başvurma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında, hastaların son bir yıl içinde kardiyoloji polikliniğine 2 ve üzeri kez başvurması olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,06 (%95 GA 1,02-1,10;  $p=0,001$ ) kat azaltırken hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,03 (%95 GA 1,01-1,06;  $p=0,015$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin kardiyoloji polikliniğine başvurma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin kardiyoloji polikliniğine başvurma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak sınırdaki (%94 güven düzeyinde) anlamlı oldukları görülmektedir ( $p<0,06$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında, hastaların son bir yıl içinde kardiyoloji polikliniğine 2 ve üzeri kez başvurma olasılığını sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,00-1,11;  $p=0,058$ ) kat, benzer şekilde hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış da 1,05 (%95 GA 1,00-1,10;  $p=0,057$ ) kat azaltmaktadır.

**Tablo 137. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Kardiyoloji Polikliniğine Başvurma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,03	0,01	8,92	1	0,97 (0,96-0,99)	<b>0,003</b>
Sabit	1,40	0,31	20,50	1	4,07	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,024		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 18,986$ ; p= 0,015		Model $\chi^2 = 9,362$ ; p= 0,002	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,01	0,15	1	0,99 (0,97-1,02)	0,701
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	1,07	1	1,02 (0,99-1,05)	0,302
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	<0,01	0,02	0,06	1	1,00 (0,97-1,04)	0,802
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,06	0,02	10,96	1	0,94 (0,91-0,98)	<b>0,001</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,47	1	0,99 (0,96-1,02)	0,494
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,32	1	0,99 (0,96-1,02)	0,569
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,01	1	1,02 (0,98-1,05)	0,316
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,03	0,01	5,90	1	1,03 (1,01-1,06)	<b>0,015</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,02	0,18	1	1,01 (0,98-1,04)	0,673
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	<0,01	0,02	0,05	1	1,00 (0,96-1,03)	0,828
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,80	1	0,99 (0,96-1,02)	0,370
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,01	0,48	1	0,99 (0,97-1,01)	0,489
Sabit	1,85	0,39	21,96	1	6,34	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,099		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 8,270$ ; p= 0,408		Model $\chi^2 = 39,838$ ; p< 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,01	0,02	0,37	1	0,99 (0,96-1,03)	0,545
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,434		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,928$ ; p= 0,544		Model $\chi^2 = 167,845$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	0,66	1	1,02 (0,98-1,06)	0,418
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	0,53	1	1,02 (0,97-1,06)	0,468
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,03	1	1,00 (0,96-1,05)	0,856
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,05	0,03	3,60	1	0,95 (0,90-1,00)	<b>0,058</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,05	0,02	3,62	1	0,95 (0,91-1,00)	<b>0,057</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,03	1	1,00 (0,95-1,04)	0,871
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,03	1,04	1	1,03 (0,98-1,08)	0,309
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,00	1	1,00 (0,96-1,04)	0,974
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,03	0,02	1,63	1	1,03 (0,98-1,08)	0,201
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,11	1	1,01 (0,96-1,06)	0,745
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,04	0,02	2,58	1	0,96 (0,92-1,01)	0,108
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,02	1,82	1	1,02 (0,99-1,06)	0,177
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,436		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 8,842$ ; p= 0,356		Model $\chi^2 = 169,159$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Kardiyoloji polikliniğine başvurma (0= 1 kez başvurma; 1=  $\geq 2$  kez başvurma)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı, tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık, ilaç kullanım alışkanlığı ile ilgili 8 madde, genel olarak başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme, etken maddesi varfarin sodyum olan bir ilaç kullanma, acil servis kullanımı, diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma ve hastaneye yatış değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.51 ve EK 5.52’de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların son bir yıl içinde hastaneye yatışı” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 138’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının hastaneye yatış üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların son bir yıl içinde hastaneye yatışının olması olasılığını 1,02 (%95 GA 1,00-1,04;  $p = 0,020$ ) kat azaltmaktadır.

Model 2’de sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin hastaneye yatış üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ).

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin hastaneye yatış üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin hastaneye yatış üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 138. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Hastaneye Yatışı Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,02	0,01	5,38	1	0,98 (0,96-1,00)	<b>0,020</b>
Sabit	-0,10	0,29	0,13	1	0,90	0,717
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,014		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 4,493$ ; p= 0,810		Model $\chi^2 = 5,396$ ; p= 0,020	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,01	0,04	1	1,00 (0,97-1,03)	0,847
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	1,65	1	1,02 (0,99-1,05)	0,199
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,63	1	0,99 (0,96-1,02)	0,427
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,02	2,86	1	0,97 (0,94-1,00)	0,091
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,48	1	0,99 (0,96-1,02)	0,491
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	1,13	1	0,98 (0,95-1,01)	0,289
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	2,01	1	1,03 (0,99-1,06)	0,157
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,01	0,03	1	1,00 (0,98-1,03)	0,863
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,97-1,03)	0,908
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	0,85	1	1,02 (0,98-1,05)	0,358
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,18	1	0,99 (0,96-1,03)	0,668
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,01	0,58	1	0,99 (0,97-1,01)	0,445
Sabit	0,02	0,34	0,00	1	1,02	0,946
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,042		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 7,660$ ; p= 0,467		Model $\chi^2 = 10,066$ ; p< 0,188	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	<0,01	0,02	0,09	1	1,01 (0,97-1,04)	0,764
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,370		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 3,597$ ; p= 0,891		Model $\chi^2 = 137,743$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	1,59	1	1,03 (0,99-1,07)	0,207
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	1,09	1	1,03 (0,98-1,07)	0,297
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,02	0,40	1	0,98 (0,94-1,03)	0,530
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,03	0,12	1	1,01 (0,96-1,06)	0,731
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,00	1	1,00 (0,95-1,05)	0,948
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	1,13	1	0,98 (0,93-1,02)	0,287
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,03	0,26	1	0,99 (0,94-1,04)	0,608
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,02	1,06	1	1,02 (0,98-1,07)	0,303
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,96-1,05)	0,921
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,22	1	1,01 (0,96-1,06)	0,643
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,02	1,03	1	0,98 (0,93-1,02)	0,310
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,03	1	1,00 (0,97-1,03)	0,858
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,388		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,597$ ; p= 0,581		Model $\chi^2 = 145,756$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Hastaneye yatış (0= Hayır; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı, tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık, ilaç kullanım alışkanlığı ile ilgili 8 madde, etken maddesi varfarin sodyum olan bir ilaç kullanma, acil servis kullanımı, doktora başvurma ve diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.53 ve EK 5.54'te verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların doktor randevusuna giderken yanlarında refakatçi bulundurma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 139’da verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının doktor randevusuna giderken yanında refakatçi bulundurma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların doktor randevusuna giderken yanlarında refakatçi bulundurma olasılığını 1,07 (%95 GA 1,05-1,09;  $p<0,001$ ) kat azaltmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutunun doktor randevusuna giderken yanında refakatçi bulundurma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların doktor randevusuna giderken yanlarında refakatçi bulundurma olasılığını 1,03 (%95 GA 1,01-1,05;  $p=0,001$ ) kat azaltmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin doktor randevusuna giderken yanında refakatçi bulundurma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların doktor randevusuna giderken yanlarında refakatçi bulundurma olasılığını 1,06 (%95 GA 1,03-1,10;  $p<0,001$ ) kat azaltmaktadır.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin doktor randevusuna giderken yanında refakatçi bulundurma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların doktor randevusuna giderken yanlarında refakatçi bulundurma olasılığını 1,04 (%95 GA 1,01-1,06;  $p=0,005$ ) kat azaltmaktadır.

**Tablo 139. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Doktor Randevusuna Giderken Yanlarında Refakatçi Bulundurma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,07	0,01	46,07	1	0,93 (0,91-0,95)	<0,001
Sabit	2,55	0,36	50,17	1	12,80	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,137		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 9,590$ ; p= 0,295		Model $\chi^2 = 56,943$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,01	0,85	1	1,01 (0,98-1,04)	0,356
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,17	1	1,01 (0,98-1,04)	0,684
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,04	1	1,00 (0,96-1,03)	0,834
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,02	3,59	1	0,97 (0,93-1,00)	0,058
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	0,81	1	0,99 (0,95-1,02)	0,367
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,02	1	1,00 (0,97-1,03)	0,896
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,02	1,07	1	0,98 (0,95-1,02)	0,302
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,01	3,46	1	0,97 (0,95-1,00)	0,063
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,02	0,21	1	1,01 (0,98-1,04)	0,643
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	1,69	1	1,02 (0,99-1,06)	0,194
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,13	1	1,01 (0,97-1,04)	0,715
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,04	0,01	10,69	1	0,97 (0,95-0,99)	<b>0,001</b>
Sabit	2,55	0,41	37,77	1	12,75	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,180		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 8,834$ ; p= 0,356		Model $\chi^2 = 75,861$ ; p< 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,06	0,02	16,47	1	0,94 (0,91-0,97)	<0,001
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,336		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 4,778$ ; p= 0,781		Model $\chi^2 = 143,696$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,02	0,19	1	1,01 (0,97-1,04)	0,664
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	1,58	1	1,02 (0,99-1,06)	0,209
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,02	1,00	1	0,98 (0,94-1,02)	0,316
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,02	0,81	1	0,98 (0,94-1,02)	0,367
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,26	1	0,99 (0,95-1,03)	0,611
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,02	1	1,00 (0,96-1,04)	0,889
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,04	0,02	2,89	1	0,97 (0,93-1,01)	0,089
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,02	1,02	1	0,98 (0,95-1,02)	0,313
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	1,23	1	1,02 (0,98-1,06)	0,268
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,03	0,02	1,94	1	1,03 (0,99-1,07)	0,163
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,00	1	1,00 (0,96-1,04)	0,949
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,04	0,01	8,02	1	0,96 (0,94-0,99)	<b>0,005</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,369		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 3,715$ ; p= 0,882		Model $\chi^2 = 160,816$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Doktor randevusuna giderken yanında refakatçi bulundurma (0= Hayır; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanan yer, sosyal statü algısı, genel sağlık durumu algısı, sağlık sorunlarının aktivite/faaliyetleri sınırlaması ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.55 ve EK 5.56'da verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların hastalığıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 140’da verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının hastaların hastalığıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Model 2’de sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin hastaların hastalığıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme durumu üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin hastaların hastalığıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin hastaların hastalığıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastaların hastalığıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme olasılığını; sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,04 (%95 GA 1,00-1,08;  $p=0,049$ ) kat artırırken sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,03 (%95 GA 1,01-1,06;  $p=0,007$ ) kat azaltmaktadır.

**Tablo 140. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Hastalığıyla İlgili Başka Doktorlardan İkinci Bir Görüş Alma İhtiyacı Hissetme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,02	0,01	3,70	1	1,02 (1,00-1,04)	0,054
Sabit	0,29	0,29	0,96	1	1,33	0,328
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,010		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 22,720$ ; p= 0,004		Model $\chi^2 = 3,691$ ; p= 0,055	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,01	0,81	1	0,99 (0,96-1,02)	0,369
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,34	1	1,01 (0,98-1,04)	0,560
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	<0,01	0,02	0,02	1	1,00 (0,97-1,04)	0,875
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,02	0,10	1	0,99 (0,96-1,03)	0,752
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	1,30	1	1,02 (0,99-1,05)	0,255
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,21	1	1,01 (0,98-1,04)	0,650
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	<0,01	0,02	0,01	1	1,00 (0,97-1,04)	0,911
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,01	3,28	1	0,97 (0,95-1,00)	0,070
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	<0,01	0,02	0,02	1	1,00 (0,97-1,03)	0,891
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,13	1	1,01 (0,97-1,04)	0,718
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	3,11	1	1,03 (1,00-1,06)	0,078
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,01	3,33	1	0,98 (0,96-1,00)	0,068
Sabit	0,42	0,35	1,44	1	1,52	0,229
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,042		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,118$ ; p= 0,634		Model $\chi^2 = 16,033$ ; p= 0,190	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,01	0,01	0,37	1	0,99 (0,96-1,02)	0,544
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,170		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 13,362$ ; p= 0,100		Model $\chi^2 = 64,592$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,02	2,83	1	0,97 (0,94-1,00)	0,093
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,18	1	1,01 (0,97-1,05)	0,673
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	<0,01	0,02	0,02	1	1,00 (0,96-1,04)	0,901
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,02	1,72	1	0,97 (0,93-1,01)	0,190
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	1,48	1	1,02 (0,99-1,07)	0,225
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,10	1	0,99 (0,96-1,03)	0,749
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,09	1	1,02 (0,98-1,06)	0,297
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,02	0,44	1	0,99 (0,96-1,02)	0,506
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	1,11	1	0,98 (0,94-1,02)	0,291
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,29	1	1,01 (0,97-1,05)	0,592
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,04	0,02	3,88	1	1,04 (1,00-1,08)	<b>0,049</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,04	0,01	7,41	1	0,97 (0,94-0,99)	<b>0,007</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,208		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 4,466$ ; p= 0,813		Model $\chi^2 = 80,375$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Hastaların hastalığıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme durumu (0= Hayır; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, genel sağlık durumu algısı, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.57 ve EK 5.58'de verilmiştir.



Sağlık okuryazarlığının “hastaların sağlık hizmeti alırken doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 141’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının hastaların doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların sağlık hizmeti alırken doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme olasılığını 1,04 (%95 GA 1,02-1,05;  $p<0,001$ ) kat artırmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin hastaların doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin hastaların doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların sağlık hizmeti alırken doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme olasılığını 1,03 (%95 GA 1,00-1,06;  $p=0,023$ ) kat artırmaktadır.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin hastaların doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 141. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Doktor Gerek Görmediği Halde Kendi İsteğiyle Tetkik veya Tedavi İsteme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,04	0,01	14,08	1	1,04 (1,02-1,05)	<0,001
Sabit	-1,57	0,31	24,94	1	0,21	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,038		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 7,427$ ; p= 0,491		Model $\chi^2 = 15,092$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,01	1,14	1	1,02 (0,99-1,04)	0,286
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,95	1	0,99 (0,96-1,02)	0,330
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,47	1	1,01 (0,98-1,04)	0,491
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,07	1	1,00 (0,96-1,03)	0,788
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,02	0,15	1	1,01 (0,97-1,04)	0,696
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,41	1	0,99 (0,96-1,02)	0,523
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,00	1	1,00 (0,97-1,03)	0,955
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,01	0,00	1	1,00 (0,97-1,03)	0,989
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,08	1	1,00 (0,97-1,04)	0,784
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,34	1	1,01 (0,98-1,04)	0,561
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,67	1	1,01 (0,98-1,04)	0,413
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,01	0,29	1	1,01 (0,99-1,03)	0,593
Sabit	-1,55	0,36	18,18	1	0,21	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,048		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 5,829$ ; p= 0,666		Model $\chi^2 = 19,166$ ; p= 0,085	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,03	0,01	5,14	1	1,03 (1,00-1,06)	<b>0,023</b>
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,083		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 8,447$ ; p= 0,391		Model $\chi^2 = 31,743$ ; p= 0,331	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	2,28	1	1,02 (0,99-1,06)	0,131
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	1,07	1	0,98 (0,95-1,02)	0,301
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,23	1	1,01 (0,97-1,04)	0,630
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,02	0,93	1	0,98 (0,95-1,02)	0,334
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,04	1	1,00 (0,97-1,04)	0,841
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,53	1	0,99 (0,95-1,02)	0,466
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,00	1	1,00 (0,97-1,04)	0,959
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,01	0,13	1	1,01 (0,98-1,04)	0,715
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,02	0,10	1	1,01 (0,97-1,04)	0,758
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,31	1	1,01 (0,98-1,05)	0,580
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,17	1	1,02 (0,99-1,05)	0,279
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,01	0,10	1	1,00 (0,98-1,03)	0,750
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,102		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 9,676$ ; p= 0,289		Model $\chi^2 = 39,134$ ; p= 0,509	

Bağımlı değişken= Doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme durumu (0= Hayır, 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılardır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.59 ve EK 5.60'ta verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçme durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 142’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının genel bir doktor muayenesinden geçme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt boyutlarının genel bir doktor muayenesinden geçme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçme olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,01-1,10;  $p=0,007$ ) kat azaltırken hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,01-1,09;  $p=0,007$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin genel bir doktor muayenesinden geçme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçme olasılığını 1,04 (%95 GA 1,00-1,08;  $p=0,044$ ) kat artırmaktadır.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin genel bir doktor muayenesinden geçme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçme olasılığını 1,05 (%95 GA 1,01-1,09;  $p=0,010$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 142. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Genel Bir Doktor Muayenesinden Geçme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,00	0,01	0,04	1	1,00 (0,98-1,02)	0,834
Sabit	1,35	0,34	15,78	1	3,85	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> < 0,001		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 18,201$ ; p= 0,020		Model $\chi^2 = 0,044$ ; p= 0,833	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	0,89	1	1,02 (0,98-1,05)	0,345
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,35	1	0,99 (0,96-1,02)	0,555
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,08	1	1,02 (0,98-1,06)	0,298
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,05	0,02	7,39	1	0,95 (0,91-0,99)	<b>0,007</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,00	1	1,00 (0,96-1,04)	0,981
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,02	3,14	1	0,97 (0,94-1,00)	0,076
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,05	0,02	7,21	1	1,05 (1,01-1,09)	<b>0,007</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,02	0,24	1	1,01 (0,98-1,04)	0,626
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,02	2,24	1	0,97 (0,94-1,01)	0,135
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,00	1	1,00 (0,96-1,04)	0,951
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,60	1	1,01 (0,98-1,05)	0,439
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,01	1,24	1	1,01 (0,99-1,04)	0,265
Sabit	1,75	0,44	15,88	1	5,74	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,096		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 13,027$ ; p= 0,111		Model $\chi^2 = 34,107$ ; p= 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,04	0,02	4,05	1	1,04 (1,00-1,08)	<b>0,044</b>
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,333		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 15,365$ ; p= 0,052		Model $\chi^2 = 104,233$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	0,77	1	1,02 (0,98-1,07)	0,381
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,09	1	1,01 (0,96-1,06)	0,769
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,03	0,18	1	0,99 (0,94-1,04)	0,672
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,03	0,53	1	0,98 (0,92-1,04)	0,466
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,03	0,07	1	0,99 (0,94-1,04)	0,785
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,03	1,32	1	0,97 (0,92-1,02)	0,251
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,04	0,03	2,67	1	1,04 (0,99-1,10)	0,102
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,02	1,00	1	0,98 (0,94-1,02)	0,317
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,03	0,83	1	0,98 (0,93-1,03)	0,364
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,03	0,45	1	1,02 (0,97-1,07)	0,504
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	0,65	1	1,02 (0,97-1,07)	0,419
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,05	0,02	6,66	1	1,05 (1,01-1,09)	<b>0,010</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,374		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 16,537$ ; p= 0,035		Model $\chi^2 = 118,885$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Genel bir doktor muayenesinden geçme durumu (0= Hayır; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılardır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.61 ve EK 5.62'de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanına tansiyon ölçümü yaptırma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 143’te verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının tansiyon ölçümü yaptırma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun tansiyon ölçümü yaptırma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların son bir yıl içinde (herhangi bir sağlık çalışanı tarafından) tansiyon ölçümü yaptırma olasılığını 1,04 (%95 GA 1,01-1,08;  $p=0,006$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin tansiyon ölçümü yaptırma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin tansiyon ölçümü yaptırma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 143. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Tansiyon Ölçümü Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,02	0,01	2,51	1	0,98 (0,96-1,00)	0,113
Sabit	1,98	0,38	27,53	1	7,26	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,008		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 21,177$ ; p= 0,007		Model $\chi^2 = 2,596$ ; p= 0,107	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	<0,01	0,02	0,00	1	1,00 (0,97-1,03)	0,976
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	0,70	1	0,98 (0,95-1,02)	0,404
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,08	1	1,01 (0,97-1,04)	0,774
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,02	0,09	1	0,99 (0,95-1,04)	0,767
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	0,56	1	0,99 (0,95-1,02)	0,453
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,02	3,24	1	0,97 (0,93-1,00)	0,072
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	2,27	1	1,03 (0,99-1,07)	0,132
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,04	0,02	7,51	1	1,04 (1,01-1,08)	<b>0,006</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,04	0,02	4,04	1	0,96 (0,92-1,00)	0,044
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	0,62	1	1,02 (0,98-1,06)	0,432
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	<0,01	0,02	0,00	1	1,00 (0,96-1,04)	0,995
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	<0,01	0,01	0,00	1	1,00 (0,97-1,03)	0,990
Sabit	2,21	0,47	21,77	1	9,15	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,110		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 7,781$ ; p= 0,455		Model $\chi^2 = 37,748$ ; p< 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	<0,01	0,02	0,01	1	1,00 (0,96-1,05)	0,924
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,379		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 9,277$ ; p= 0,319		Model $\chi^2 = 111,875$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,03	0,56	1	1,02 (0,97-1,07)	0,455
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,03	0,72	1	0,98 (0,93-1,03)	0,397
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,03	0,33	1	0,98 (0,93-1,04)	0,563
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,03	0,30	1	1,02 (0,96-1,08)	0,586
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,03	1,27	1	0,97 (0,92-1,02)	0,260
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	<0,01	0,03	0,00	1	1,00 (0,95-1,06)	0,968
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	<0,01	0,03	0,03	1	1,00 (0,94-1,05)	0,871
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,02	1,06	1	1,02 (0,98-1,07)	0,304
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,03	0,50	1	0,98 (0,93-1,04)	0,479
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,03	0,06	1	0,99 (0,94-1,05)	0,799
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,03	0,28	1	1,01 (0,96-1,07)	0,598
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,03	0,02	3,13	1	1,04 (1,00-1,08)	0,077
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,405		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,340$ ; p= 0,609		Model $\chi^2 = 120,580$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Tansiyon ölçümü yaptırma (0= Hayır; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.63 ve EK 5.64'te verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların 2014-2015 sezonunda grip aşısı olma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 144’te verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının grip aşısı olma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların 2014-2015 sezonunda grip aşısı olma olasılığını 1,04 (%95 GA 1,01-1,06;  $p=0,005$ ) kat artırmıştır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt boyutunun grip aşısı olma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların 2014-2015 sezonunda grip aşısı olma olasılığını 1,07 (%95 GA 1,02-1,11;  $p=0,002$ ) kat artırmıştır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin grip aşısı olma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların 2014-2015 sezonunda grip aşısı olma olasılığını 1,05 (%95 GA 1,01-1,09;  $p=0,016$ ) kat artırmıştır.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin grip aşısı olma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış hastaların 2014-2015 sezonunda grip aşısı olma olasılığını 1,10 (%95 GA 1,04-1,17;  $p=0,001$ ) kat artırmıştır.

**Tablo 144. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Grip Aşısı Olma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,03	0,01	8,02	1	1,04 (1,01-1,06)	<b>0,005</b>
Sabit	-2,69	0,43	39,27	1	0,07	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,027		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 23,400; p= 0,003		Model $\chi^2$ = 8,649; p= 0,003	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	<0,01	0,02	0,02	1	1,00 (0,97-1,04)	0,894
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	1,28	1	0,98 (0,94-1,02)	0,258
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,20	1	1,01 (0,97-1,05)	0,653
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,02	0,21	1	0,99 (0,95-1,04)	0,647
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	<0,01	0,02	0,04	1	1,00 (0,95-1,04)	0,843
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	<0,01	0,02	0,01	1	1,00 (0,96-1,04)	0,904
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,02	0,05	1	1,01 (0,96-1,05)	0,815
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,06	0,02	9,72	1	1,07 (1,02-1,11)	<b>0,002</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,09	1	0,99 (0,95-1,04)	0,768
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,26	1	0,99 (0,95-1,03)	0,611
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	0,48	1	1,02 (0,97-1,06)	0,487
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	<0,01	0,01	0,00	1	1,00 (0,97-1,03)	0,953
Sabit	-2,82	0,50	31,57	1	0,06	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,087		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 4,302; p= 0,829		Model $\chi^2$ = 28,605; p= 0,005	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,05	0,02	5,81	1	1,05 (1,01-1,09)	<b>0,016</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,280		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 8,453; p= 0,391		Model $\chi^2$ = 82,985; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,03	0,29	1	1,01 (0,96-1,07)	0,593
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,04	0,03	2,11	1	0,96 (0,91-1,01)	0,146
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,03	0,50	1	0,98 (0,93-1,03)	0,478
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,03	0,03	0,77	1	1,03 (0,96-1,10)	0,381
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	<0,01	0,03	0,01	1	1,00 (0,94-1,05)	0,906
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,03	0,10	1	1,01 (0,95-1,07)	0,751
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,03	0,03	0,86	1	0,97 (0,91-1,04)	0,353
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,10	0,03	10,83	1	1,10 (1,04-1,17)	<b>0,001</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	<0,01	0,03	0,03	1	1,00 (0,94-1,05)	0,861
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	<0,01	0,03	0,00	1	1,00 (0,94-1,06)	0,994
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,03	0,36	1	0,98 (0,92-1,04)	0,548
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,02	0,67	1	1,01 (0,98-1,05)	0,412
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,328		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 7,880; p= 0,445		Model $\chi^2$ = 99,213; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Grip aşısı olma (0= Hayır; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.65 ve EK 5.66'da verilmiştir.



Sağlık okuryazarlığının “kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 145’te verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapma olasılığını 1,07 (%95 GA 1,04-1,10;  $p<0,001$ ) kat artırmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapma olasılığını; hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,09 (%95 GA 1,03-1,15;  $p=0,005$ ) kat artırmakta, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,06 (%95 GA 1,01-1,11;  $p=0,013$ ) kat azaltmakta, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,04 (%95 GA 1,00-1,07;  $p=0,028$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapma olasılığını 1,12 (%95 GA 1,06-1,18;  $p<0,001$ ) kat artırmaktadır.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-

boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gör÷lmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapma olasılığını; sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,09 (%95 GA 1,00-1,18;  $p=0,045$ ) kat azaltırken hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,12 (%95 GA 1,03-1,21;  $p=0,009$ ) kat, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,07 (%95 GA 1,00-1,14;  $p=0,035$ ) kat, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,07 (%95 GA 1,02-1,12;  $p=0,006$ ) kat artırmaktadır.



**Tablo 145. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Kadın Hastaların Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (N=293)**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,07	0,01	24,89	1	1,07 (1,04-1,10)	<0,001
Sabit	-2,66	0,48	30,46	1	0,07	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,137		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 8,774$ ; p= 0,362		Model $\chi^2 = 31,132$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	<0,01	0,02	0,00	1	1,00 (0,96-1,04)	0,970
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	<0,01	0,02	0,03	1	1,00 (0,95-10,4)	0,863
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	1,44	1	1,03 (0,98-1,08)	0,230
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,03	1,27	1	0,97 (0,92-1,02)	0,260
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,03	0,08	1	0,99 (0,94-1,04)	0,779
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,03	0,76	1	0,98 (0,93-1,03)	0,384
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,08	0,03	8,05	1	1,09 (1,03-1,15)	<b>0,005</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,02	0,66	1	1,02 (0,98-1,06)	0,415
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,06	0,02	6,15	1	0,94 (0,90-0,99)	<b>0,013</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,03	0,05	1	1,01 (0,96-1,06)	0,817
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	2,13	1	1,03 (0,99-1,08)	0,144
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,03	0,02	4,80	1	1,04 (1,00-1,07)	<b>0,028</b>
Sabit	-2,70	0,59	20,74	1	0,07	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,261		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 12,382$ ; p= 0,135		Model $\chi^2 = 62,677$ ; p< 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,11	0,03	17,82	1	1,12 (1,06-1,18)	<0,001
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,393		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 7,143$ ; p= 0,521		Model $\chi^2 = 83,995$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,03	0,03	0,86	1	1,03 (0,97-1,10)	0,352
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,03	0,06	1	1,01 (0,95-1,08)	0,801
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,05	0,04	2,22	1	1,05 (0,98-1,13)	0,136
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,08	0,04	4,02	1	0,92 (0,85-1,00)	<b>0,045</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,03	0,16	1	0,99 (0,92-1,06)	0,691
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,04	0,38	1	0,98 (0,91-1,05)	0,540
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,11	0,04	6,89	1	1,12 (1,03-1,21)	<b>0,009</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	<0,01	0,03	0,00	1	1,00 (0,94-1,06)	0,953
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,06	0,04	2,71	1	0,94 (0,88-1,01)	0,100
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,04	0,89	1	0,97 (0,90-1,04)	0,344
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,07	0,03	4,43	1	1,07 (1,00-1,14)	<b>0,035</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,06	0,02	7,61	1	1,07 (1,02-1,12)	<b>0,006</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,479		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 19,557$ ; p= 0,012		Model $\chi^2 = 106,941$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Kendi kendine meme muayenesi yapma (0= Hayır; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.67 ve EK 5.68'de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “kadın hastaların (40 yaş ve üzeri kadınların son iki yıl içinde, 50 yaş ve üzeri kadınların son bir yıl içinde) mamografi çektirme durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 146’da verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının kadın hastaların mamografi çektirme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, kadın hastaların mamografi çektirme olasılığını 1,06 (%95 GA 1,03-1,09;  $p<0,001$ ) kat artırmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme alt boyutunun kadın hastaların mamografi çektirme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış kadın hastaların mamografi çektirme olasılığını 1,07 (%95 GA 1,02-1,13;  $p=0,010$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin kadın hastaların mamografi çektirme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış kadın hastaların mamografi çektirme olasılığını 1,08 (%95 GA 1,02-1,15;  $p=0,011$ ) kat artırmaktadır.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin kadın hastaların mamografi çektirme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında kadın hastaların mamografi çektirme olasılığını, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,16 (%95 GA 1,04-1,30;  $p=0,007$ ) kat azaltırken sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,13 (%95 GA 1,04-1,22;  $p=0,004$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 146. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Kadın Hastaların Mamografi Çektirme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=216)**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,06	0,01	17,40	1	1,06 (1,03-1,09)	<0,001
Sabit	-1,95	0,46	18,16	1	0,14	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,122		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 12,082$ ; p= 0,148		Model $\chi^2 = 20,660$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,03	0,28	1	0,99 (0,94-1,04)	0,598
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,03	0,83	1	0,97 (0,92-1,03)	0,362
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,03	1,12	1	1,03 (0,97-1,09)	0,289
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,03	0,03	0,75	1	1,03 (0,97-1,09)	0,385
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,03	0,28	1	0,98 (0,93-1,04)	0,597
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,03	0,32	1	0,98 (0,93-1,04)	0,574
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,03	0,41	1	1,02 (0,96-1,09)	0,524
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,03	0,67	1	1,02 (0,97-1,07)	0,412
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,04	0,03	1,82	1	0,96 (0,91-1,02)	0,177
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	<0,01	0,03	0,01	1	1,00 (0,94-1,06)	0,978
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,07	0,03	6,69	1	1,07 (1,02-1,13)	<b>0,010</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	<0,01	0,02	0,06	1	1,00 (0,97-1,04)	0,799
Sabit	-2,32	0,61	14,37	1	0,10	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,207		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 9,938$ ; p= 0,269		Model $\chi^2 = 36,200$ ; p< 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,08	0,03	6,51	1	1,08 (1,02-1,15)	<b>0,011</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,487		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 5,651$ ; p= 0,686		Model $\chi^2 = 83,831$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	<0,01	0,04	0,01	1	1,00 (0,92-1,09)	0,978
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,05	0,24	1	0,98 (0,89-1,07)	0,625
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,08	0,05	2,90	1	1,09 (0,99-1,20)	0,089
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,05	0,36	1	0,97 (0,88-1,07)	0,550
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,05	0,19	1	0,98 (0,90-1,07)	0,663
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,04	0,03	1	0,99 (0,91-1,08)	0,872
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,07	0,06	1,20	1	1,07 (0,95-1,20)	0,273
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,04	0,05	0,90	1	1,04 (0,96-1,14)	0,342
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,15	0,06	7,16	1	0,86 (0,77-0,96)	<b>0,007</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,05	0,01	1	0,99 (0,91-1,09)	0,913
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,12	0,04	8,08	1	1,13 (1,04-1,22)	<b>0,004</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,03	0,49	1	1,02 (0,96-1,10)	0,484
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,571		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 15,718$ ; p= 0,047		Model $\chi^2 = 103,100$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Mamografi çektirme (0= Hayır; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.69 ve EK 5.70'te verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “kadın hastaların (21-65 yaş arası kadınların son üç yıl içinde) serviks kanseri testi yaptırma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 147’de verilmiştir.

Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının kadın hastaların serviks kanseri testi yaptırma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, kadın hastaların serviks kanseri testi yaptırma olasılığını 1,06 (%95 GA 1,02-1,10;  $p=0,007$ ) kat artırmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt boyutunun kadın hastaların serviks kanseri testi yaptırma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış kadın hastaların serviks kanseri testi yaptırma olasılığını 1,08 (%95 GA 1,02-1,15;  $p=0,013$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin kadın hastaların serviks kanseri testi yaptırma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p=0,050$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış kadın hastaların serviks kanseri testi yaptırma olasılığını 1,08 (%95 GA 1,00-1,17;  $p=0,050$ ) kat artırmaktadır.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin kadın hastaların serviks kanseri testi yaptırma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış, kadın hastaların serviks kanseri testi yaptırma olasılığını 1,14 (%95 GA 1,02-1,29;  $p=0,023$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 147. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Kadın Hastaların Serviks Kanseri Testi Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=218)**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,06	0,02	7,21	1	1,06 (1,02-1,10)	<b>0,007</b>
Sabit	-3,33	0,76	19,01	1	0,04	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,057		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 14,358; p= 0,073		Model $\chi^2$ = 7,911; p= 0,005	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	<0,01	0,03	0,01	1	1,00 (0,94-1,06)	0,969
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,04	0,03	1,60	1	1,04 (0,98-1,11)	0,205
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,03	0,04	1	0,99 (0,93-1,06)	0,842
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,04	0,28	1	1,02 (0,95-1,10)	0,600
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,03	0,90	1	0,97 (0,90-1,04)	0,341
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,03	0,04	1	1,01 (0,94-1,08)	0,844
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,04	0,09	1	0,99 (0,92-1,06)	0,766
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,08	0,03	6,23	1	1,08 (1,02-1,15)	<b>0,013</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,03	0,62	1	0,98 (0,92-1,04)	0,431
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,04	0,03	1,04	1	0,97 (0,90-1,03)	0,308
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,03	0,73	1	1,03 (0,97-1,09)	0,392
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,02	0,75	1	1,02 (0,98-1,06)	0,388
Sabit	-4,17	0,98	18,15	1	0,02	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,131		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 16,046; p= 0,042		Model $\chi^2$ = 18,720; p= 0,096	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,08	0,04	3,83	1	1,08 (1,00-1,17)	<b>0,050</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,466		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 5,901; p= 0,658		Model $\chi^2$ = 65,864; p= 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,07	0,08	1	1,02 (0,89-1,16)	0,778
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,06	0,05	1	1,01 (0,90-1,14)	0,819
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,11	0,06	2,81	1	0,90 (0,80-1,02)	0,094
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,06	0,07	0,78	1	1,07 (0,92-1,23)	0,377
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,06	0,06	0,98	1	0,94 (0,83-1,06)	0,322
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,10	0,06	2,57	1	1,11 (0,98-1,25)	0,109
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,06	0,07	0,79	1	0,94 (0,81-1,08)	0,376
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,13	0,06	5,20	1	1,14 (1,02-1,29)	<b>0,023</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,06	0,05	1,38	1	0,94 (0,84-1,04)	0,241
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,06	0,06	1,09	1	0,94 (0,83-1,06)	0,297
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,07	0,05	1,98	1	1,07 (0,97-1,19)	0,160
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,05	0,04	1,79	1	1,05 (0,98-1,14)	0,181
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,601		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 8,135; p= 0,420		Model $\chi^2$ = 90,357; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Serviks kanseri testi yaptırma (0= Hayır; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.71 ve EK 5.72'de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “erkek hastaların kendi kendine testis muayenesi yapma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 148’de verilmiştir.

Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının erkek hastaların kendi kendine testis muayenesi yapma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, erkek hastaların kendi kendine testis muayenesi yapma olasılığını 1,11 (%95 GA 1,06-1,16;  $p<0,001$ ) kat artırmaktadır.

Model 2’de sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin erkek hastaların kendi kendine testis muayenesi yapma durumu üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin erkek hastaların kendi kendine testis muayenesi yapma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, erkek hastaların kendi kendine testis muayenesi yapma olasılığını 1,12 (%95 GA 1,04-1,22;  $p=0,005$ ) kat artırmaktadır.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin erkek hastaların kendi kendine testis muayenesi yapma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış, erkek hastaların kendi kendine testis muayenesi yapma olasılığını 1,16 (%95 GA 1,04-1,32;  $p=0,009$ ) kat azaltmaktadır.



**Tablo 148. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Erkek Hastaların Kendi Kendine Testis Muayenesi Yapma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=237)**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,10	0,02	22,13	1	1,11 (1,06-1,16)	<0,001
Sabit	-4,98	0,82	36,64	1	0,01	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,173		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 5,227$ ; p= 0,733		Model $\chi^2 = 27,336$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,03	0,13	1	1,01 (0,96-1,07)	0,722
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	<0,01	0,03	0,01	1	1,00 (0,94-1,07)	0,919
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,04	0,03	1,63	1	1,04 (0,98-1,12)	0,202
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,04	0,04	0,86	1	1,04 (0,96-1,12)	0,353
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,06	0,03	3,67	1	0,94 (0,88-1,00)	0,055
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,03	0,00	1	1,00 (0,94-1,07)	0,985
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,04	0,21	1	1,02 (0,95-1,09)	0,647
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,05	0,03	2,70	1	1,06 (0,99-1,13)	0,100
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,04	0,12	1	0,99 (0,92-1,06)	0,734
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,04	0,32	1	1,02 (0,95-1,09)	0,572
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,01	0,04	0,13	1	1,02 (0,94-1,10)	0,714
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,02	0,08	1	0,99 (0,96-1,03)	0,776
Sabit	-5,50	1,01	29,55	1	<0,01	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,243		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 18,493$ ; p= 0,018		Model $\chi^2 = 39,488$ ; p< 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,12	0,04	7,85	1	1,12 (1,04-1,22)	<b>0,005</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,441		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 5,528$ ; p= 0,700		Model $\chi^2 = 67,096$ ; p= 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,05	0,06	1	0,99 (0,90-1,09)	0,814
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,05	0,16	1	1,02 (0,92-1,13)	0,686
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,06	0,07	1	1,02 (0,91-1,14)	0,796
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,05	0,06	0,60	1	1,05 (0,93-1,18)	0,440
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,15	0,06	6,80	1	0,86 (0,76-0,96)	<b>0,009</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,06	0,01	1	0,99 (0,89-1,11)	0,919
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,06	0,14	1	0,98 (0,86-1,11)	0,710
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,11	0,06	3,53	1	1,11 (1,00-1,25)	0,060
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,06	0,03	1	0,99 (0,88-1,11)	0,863
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,11	0,06	3,08	1	1,11 (0,99-1,25)	0,079
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,06	0,05	1	1,02 (0,89-1,15)	0,817
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,04	0,28	1	1,02 (0,06-1,09)	0,594
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,529		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 5,882$ ; p= 0,660		Model $\chi^2 = 83,749$ ; p= 0,001	

Bağımlı değişken= Kendi kendine testis muayenesi yapma (0= Hayır; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının çıktısı dosyaları sırasıyla EK 5.73 ve EK 5.74'te verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “50 yaş ve üzerindeki hastaların kolon kanseri tarama testi yaptırma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 149’da verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının kolon kanseri tarama testi yaptırma durumu üzerine etkisi anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutlarının kolon kanseri tarama testi yaptırma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların kolon kanseri tarama testi yaptırma olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,09 (%95 GA 1,00-1,18;  $p=0,047$ ) kat azaltırken hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,11 (%95 GA 1,02-1,21;  $p=0,015$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin kolon kanseri tarama testi yaptırma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin kolon kanseri tarama testi yaptırma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların kolon kanseri tarama testi yaptırma olasılığını 1,30 (%95 GA 1,12-1,52;  $p=0,001$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 149. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Kolon Kanseri Tarama Testi Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=311)**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,03	0,02	2,97	1	1,03 (1,00-1,06)	0,085
Sabit	-2,70	0,53	26,26	1	0,07	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,018		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 7,618$ ; p= 0,472		Model $\chi^2 = 3,164$ ; p= 0,075	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,04	0,03	1,65	1	1,04 (0,98-1,10)	0,198
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,03	0,30	1	1,02 (0,95-1,09)	0,582
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,03	0,72	1	1,03 (0,96-1,10)	0,396
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,08	0,04	3,96	1	0,92 (0,85-1,00)	<b>0,047</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,04	0,63	1	0,97 (0,91-1,04)	0,426
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,04	0,43	1	0,98 (0,91-1,05)	0,514
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,11	0,04	5,89	1	1,11 (1,02-1,21)	<b>0,015</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,03	0,05	1	0,99 (0,93-1,06)	0,827
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,03	0,04	0,69	1	1,03 (0,96-1,11)	0,405
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,04	0,07	1	1,01 (0,94-1,08)	0,789
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,07	0,04	3,29	1	0,93 (0,87-1,01)	0,070
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,02	0,53	1	1,02 (0,98-1,06)	0,465
Sabit	-2,80	0,65	18,49	1	0,06	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,158		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,955$ ; p= 0,542		Model $\chi^2 = 64,815$ ; p< 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,02	0,03	0,65	1	1,02 (0,97-1,08)	0,419
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,293		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 3,400$ ; p= 0,907		Model $\chi^2 = 47,647$ ; p= 0,093	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,05	0,18	1	1,02 (0,93-1,11)	0,674
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,05	0,17	1	1,02 (0,93-1,13)	0,678
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,05	0,10	1	1,02 (0,92-1,13)	0,757
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,09	0,06	2,26	1	0,91 (0,81-1,03)	0,132
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,04	0,05	0,54	1	0,96 (0,86-1,07)	0,461
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,09	0,06	2,46	1	0,91 (0,82-1,02)	0,117
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,26	0,08	11,67	1	1,30 (1,12-1,52)	<b>0,001</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,05	0,02	1	0,99 (0,91-1,09)	0,891
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,06	0,00	1	1,00 (0,89-1,12)	0,949
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,05	0,05	1	0,99 (0,88-1,10)	0,818
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,09	0,06	2,41	1	0,92 (0,82-1,02)	0,120
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,03	0,57	1	1,02 (0,96-1,09)	0,449
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,413		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 5,258$ ; p= 0,730		Model $\chi^2 = 69,798$ ; p= 0,017	

Bağımlı değişken= Kolon kanseri tarama testi yaptırma (0= Hayır; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.75 ve EK 5.76'da verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “kadın hastaların (65 yaş ve üzeri) osteoporoz tarama testi yaptırma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 150’de verilmiştir.

Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının kadın hastaların osteoporoz tarama testi yaptırma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, kadın hastaların osteoporoz tarama testi yaptırma olasılığını 1,04 (%95 GA 1,00-1,08;  $p=0,036$ ) kat artırmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt boyutunun kadın hastaların osteoporoz tarama testi yaptırma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış, kadın hastaların osteoporoz tarama testi yaptırma olasılığını 1,11 (%95 GA 1,02-1,21;  $p=0,018$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin kadın hastaların osteoporoz tarama testi yaptırma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, kadın hastaların osteoporoz tarama testi yaptırma olasılığını 1,08 (%95 GA 1,00-1,16;  $p=0,036$ ) kat artırmaktadır.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin kadın hastaların osteoporoz tarama testi yaptırma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 150. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Kadın Hastaların Osteoporoz Tarama Testi Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=68)**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,04	0,02	4,38	1	1,04 (1,00-1,08)	<b>0,036</b>
Sabit	-1,11	0,54	4,16	1	0,33	0,041
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,090		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 10,337$ ; p= 0,242		Model $\chi^2 = 4,729$ ; p= 0,030	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,06	0,00	1	1,00 (0,89-1,12)	0,981
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,11	0,06	3,24	1	0,90 (0,80-1,01)	0,072
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,05	0,06	0,56	1	0,95 (0,84-1,08)	0,456
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,06	0,00	1	1,00 (0,88-1,13)	0,963
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,05	0,06	0,88	1	1,06 (0,94-1,18)	0,347
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,08	0,05	1	0,98 (0,85-1,14)	0,828
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,11	0,09	1,34	1	1,11 (0,93-1,34)	0,247
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,04	0,05	0,59	1	0,96 (0,87-1,06)	0,442
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,11	0,07	2,91	1	1,12 (0,98-1,27)	0,088
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,11	0,07	2,38	1	0,90 (0,78-1,03)	0,123
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,05	0,22	1	0,98 (0,88-1,08)	0,639
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,10	0,04	5,60	1	1,11 (1,02-1,21)	<b>0,018</b>
Sabit	-0,06	0,85	0,01	1	0,94	0,943
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,322		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 8,892$ ; p= 0,351		Model $\chi^2 = 18,802$ ; p= 0,093	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,08	0,04	4,39	1	1,08 (1,00-1,16)	<b>0,036</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,332		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 17,104$ ; p= 0,029		Model $\chi^2 = 18,304$ ; p= 0,107	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,08	0,06	1	0,98 (0,83-1,15)	0,807
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,16	0,09	3,00	1	0,85 (0,71-1,02)	0,083
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,15	0,12	1,59	1	0,86 (0,69-1,09)	0,208
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,08	0,03	1	1,01 (0,87-1,17)	0,869
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,12	0,08	2,16	1	1,12 (0,96-1,31)	0,142
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,06	0,09	0,47	1	1,07 (0,89-1,28)	0,493
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,19	0,14	1,76	1	1,21 (0,91-1,60)	0,185
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,07	0,07	1,04	1	0,94 (0,82-1,06)	0,308
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,13	0,08	2,61	1	1,14 (0,97-1,34)	0,106
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,11	0,11	1,00	1	0,90 (0,73-1,11)	0,317
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,05	0,08	0,44	1	0,95 (0,82-1,10)	0,505
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,10	0,06	2,63	1	1,10 (0,98-1,25)	0,105
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,495		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 38,650$ ; p< 0,001		Model $\chi^2 = 29,643$ ; p= 0,160	

Bağımlı değişken= Osteoporoz tarama testi yaptırma (0= Hayır; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı ve genel sağlık durumu algısı değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılardır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.77 ve EK 5.78'de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların son bir yıl içinde dış hekimine gitme durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 151’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının dış hekimine gitme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların son bir yıl içinde dış hekimine gitme olasılığını 1,02 (%95 GA 1,00-1,04;  $p=0,018$ ) kat artırmaktadır.

Model 2’de sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hiçbirinin dış hekimine gitme durumu üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin dış hekimine gitme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin dış hekimine gitme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastaların son bir yıl içinde dış hekimine gitme olasılığını, sağlığın hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,04 (%95 GA 1,00-1,09;  $p=0,033$ ) kat azaltmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,01-1,09;  $p=0,010$ ) kat artırmakta, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,03 (%95 GA 1,00-1,05;  $p=0,033$ ) kat azaltmaktadır.

**Tablo 151. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Diş Hekimine Gitme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,02	0,01	5,59	1	1,02 (1,00-1,04)	<b>0,018</b>
Sabit	-1,41	0,32	19,91	1	0,24	<0,001
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,015		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 2,807$ ; p= 0,946		Model $\chi^2 = 5,799$ ; p= 0,016	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,01	0,10	1	1,00 (0,97-1,02)	0,755
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,22	1	1,01 (0,98-1,04)	0,639
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,03	0,02	3,33	1	0,97 (0,94-1,00)	0,068
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,01	0,02	0,50	1	1,01 (0,98-1,05)	0,480
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	1,28	1	1,02 (0,99-1,05)	0,258
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,01	1	1,00 (0,97-1,03)	0,927
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,02	0,02	1,10	1	0,98 (0,95-1,02)	0,294
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,01	2,85	1	1,02 (1,00-1,05)	0,092
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	1,56	1	0,98 (0,95-1,01)	0,212
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	1,05	1	1,02 (0,98-1,05)	0,306
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	2,57	1	1,03 (0,99-1,06)	0,109
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,01	1,75	1	0,99 (0,97-1,01)	0,186
Sabit	-1,63	0,38	18,48	1	0,20	<0,001
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,049		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,461$ ; p= 0,596		Model $\chi^2 = 19,038$ ; p= 0,088	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,01	0,02	0,42	1	0,99 (0,96-1,02)	0,515
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,146		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 5,661$ ; p= 0,685		Model $\chi^2 = 49,300$ ; p= 0,085	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,11	1	0,99 (0,96-1,03)	0,736
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,26	1	1,01 (0,97-1,05)	0,607
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,05	0,02	4,54	1	0,96 (0,92-1,00)	<b>0,033</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	0,02	0,02	0,45	1	1,02 (0,97-1,06)	0,500
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	1,04	1	1,02 (0,98-1,06)	0,308
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,05	1	1,00 (0,97-1,05)	0,829
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,03	0,02	2,29	1	0,97 (0,93-1,01)	0,130
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,05	0,02	6,60	1	1,05 (1,01-1,09)	<b>0,010</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,03	0,02	2,32	1	0,97 (0,93-1,01)	0,127
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,27	1	1,01 (0,97-1,05)	0,606
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	1,70	1	1,03 (0,99-1,07)	0,192
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,01	4,55	1	0,97 (0,95-1,00)	<b>0,033</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,199		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 2,541$ ; p= 0,960		Model $\chi^2 = 68,728$ ; p= 0,026	

Bağımlı değişken= Diş hekimine gitme (0= Hayır; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.79 ve EK 5.80’de verilmiştir.

#### 5.2.6.4. Sağlık Okuryazarlığının Memnuniyetle İlgili Hasta Sonuçlarına Etkisi

Sağlık okuryazarlığının memnuniyetle ilgili hasta sonuçlarına etkisi, dört ayrı regresyon modeli ile incelenmiştir:

1. Genel sağlık okuryazarlığının memnuniyetle ilgili hasta sonuçlarına etkisi.
2. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun memnuniyetle ilgili hasta sonuçlarına etkisi.
3. Genel sağlık okuryazarlığının, kontrol değişkenlerinin varlığında (düzeltildikten sonra), memnuniyetle ilgili hasta sonuçlarına etkisi.
4. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun, kontrol değişkenlerinin varlığında (düzeltildikten sonra), memnuniyetle ilgili hasta sonuçlarına etkisi.

Bu modeller ile incelenen hasta sonuçları şunlardır: hastaların yaşam doyum algısı (Yaşam Doyum Ölçeği genel ortalaması) ve sağlık hizmetinden memnuniyet (doktorların sorulara hastaların anlayacağı şekilde yanıt vermesi, doktorların yeterince ilgili ve nezaketli olması, başka bir doktora muayene olmayı düşünme, poliklinik hizmetlerinin genel olarak değerlendirilmesi) algıları. Bu hasta sonuçlarının her biri için 4 ayrı regresyon analizi yapılmıştır.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların yaşam doyum algısı” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan doğrusal regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 152’de verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının yaşam doyum algısı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Modele göre genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların yaşam doyum algısında 0,029’luk bir artışa neden olmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının yaşam doyum algısı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların yaşam doyum algısında; sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış -0,028’lik bir düşüşe neden olurken sağlığın geliştirilmesi-



sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 0,020'lik bir artışa neden olmaktadır.

Model 3'te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin yaşam doyum algısı üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların yaşam doyum algısında 0,019'luk bir artışa neden olmaktadır.

Model 4'te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin yaşam doyum algısı üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastaların yaşam doyum algısında; sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 0,023'lük bir artışa, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış -0,027'lik bir düşüğe, hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 0,024'lük bir artışa neden olmaktadır.

**Tablo 152. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Yaşam Doyum Algısı Üzerine Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	$b_j^1$	$S(b_j)^2$	$\beta^3$	VIF <sup>4</sup>	t	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,029	0,006	0,197	1,000	4,602	<0,001
Sabit	3,265	0,211			15,472	<0,001
<b>Model 1</b>	s= 1,507	R= 0,197	R <sup>2</sup> = 0,039	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,037	(F= 21,178 p< 0,001)	
<b>Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,013	0,010	0,082	2,339	1,271	0,204
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,004	0,011	0,028	3,347	0,360	0,719
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,019	0,011	0,129	3,375	1,655	0,098
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,028	0,012	-0,207	4,286	-2,361	<b>0,019</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,021	0,012	0,167	4,932	1,780	0,076
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,008	0,011	0,062	4,243	0,707	0,480
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,018	0,012	-0,147	5,433	-1,491	0,136
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,011	0,010	0,090	3,336	1,168	0,243
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,009	0,011	-0,072	5,096	-0,756	0,450
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,001	0,012	-0,007	4,917	-0,073	0,942
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,003	0,011	-0,021	4,438	-0,237	0,812
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,020	0,007	0,171	2,182	2,735	<b>0,006</b>
Sabit	3,172	0,245			12,951	<0,001
<b>Model 2</b>	s= 1,494	R= 0,274	R <sup>2</sup> = 0,075	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,053	(F= 3,480 p< 0,001)	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>5</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,019	0,009	0,131	2,106	2,145	<b>0,033</b>
<b>Model 3</b>	s= 1,345	R= 0,539	R <sup>2</sup> = 0,290	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,225	(F= 4,455 p< 0,001)	
<b>Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>5</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,002	0,011	-0,010	2,795	-0,148	0,882
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,003	0,012	0,023	4,020	0,277	0,782
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,023	0,012	0,163	3,992	1,961	<b>0,051</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,027	0,013	-0,208	5,906	-2,049	<b>0,041</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,024	0,012	0,197	5,675	1,983	<b>0,048</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,003	0,012	0,020	5,355	0,212	0,832
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,007	0,013	-0,063	6,714	-0,586	0,558
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,015	0,010	0,123	4,093	1,453	0,147
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,008	0,012	-0,069	6,217	-0,666	0,506
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,002	0,012	-0,018	5,494	-0,187	0,852
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,011	0,012	-0,093	5,117	-0,987	0,324
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,008	0,008	0,067	2,673	0,976	0,330
<b>Model 4</b>	s= 1,336	R= 0,564	R <sup>2</sup> = 0,319	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,235	(F= 3,819 p< 0,001)	

Bağımlı değişken= Yaşam doyum algısı (Yaşam Doyum Ölçeği puan ortalaması)

<sup>1</sup>Regresyon katsayısı <sup>2</sup>Standart hata <sup>3</sup>Standartlaştırılmış regresyon katsayısı <sup>4</sup>Varyans şişme değeri

<sup>5</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait çoklu doğrusal regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.81 ve EK 5.82'de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının şikayetlerini dinleyip hastalıklarıyla ilgili sorulara anlayacakları şekilde cevap verme durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 153’te verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının şikayetlerini dinleyip hastalıklarıyla ilgili sorulara anlayacakları şekilde cevap verme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının şikayetlerini dinleyip hastalıklarıyla ilgili sorulara anlayacakları şekilde cevap verme olasılığını 1,03 (%95 GA 1,01-1,04;  $p=0,006$ ) kat artırmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutlarının hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının şikayetlerini dinleyip hastalıklarıyla ilgili sorulara anlayacakları şekilde cevap verme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının şikayetlerini dinleyip hastalıklarıyla ilgili sorulara anlayacakları şekilde cevap verme olasılığını; sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,03 (%95 GA 1,00-1,07;  $p=0,048$ ) kat artırmakta, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,04 (%95 GA 1,00-1,08;  $p=0,031$ ) kat azaltmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,06 (%95 GA 1,02-1,09;  $p=0,003$ ) kat artırmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,04 (%95 GA 1,01-1,07;  $p=0,004$ ) kat artırmakta, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,04 (%95 GA 1,01-1,09;  $p=0,015$ ) kat azaltmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının şikayetlerini dinleyip hastalıklarıyla ilgili sorulara

anlayacakları şekilde cevap verme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının şikayetlerini dinleyip hastalıklarıyla ilgili sorulara anlayacakları şekilde cevap verme olasılığını 1,07 (%95 GA 1,04-1,11;  $p<0,001$ ) kat artırmaktadır.

Model 4'te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının şikayetlerini dinleyip hastalıklarıyla ilgili sorulara anlayacakları şekilde cevap verme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının şikayetlerini dinleyip hastalıklarıyla ilgili sorulara anlayacakları şekilde cevap verme olasılığını 1,06 (%95 GA 1,01-1,12;  $p=0,011$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 153. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-Boyutunun Hastaların Almış Olduğu Poliklinik Hizmetinde Doktorlarının Şikayetlerini Dinleyip Hastalıklarıyla İlgili Sorulara Anlayacakları Şekilde Cevap Verme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,03	0,01	7,47	1	1,03 (1,01-1,04)	<b>0,006</b>
Sabit	0,17	0,30	0,33	1	1,19	0,563
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,020		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 12,513$ ; p= 0,130		Model $\chi^2 = 7,479$ ; p= 0,006	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	1,45	1	1,02 (0,99-1,05)	0,229
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,03	0,02	3,91	1	1,03 (1,00-1,07)	<b>0,048</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,20	1	0,99 (0,96-1,03)	0,653
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,04	0,02	4,66	1	0,96 (0,93-1,00)	<b>0,031</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,00	0,02	0,03	1	1,00 (0,96-1,03)	0,858
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,02	2,73	1	0,97 (0,94-1,01)	0,099
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,05	0,02	8,77	1	1,06 (1,02-1,09)	<b>0,003</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,04	0,01	8,07	1	1,04 (1,01-1,07)	<b>0,004</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,04	0,02	5,97	1	0,96 (0,92-0,99)	<b>0,015</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	1,50	1	1,02 (0,99-1,06)	0,220
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,00	1	1,00 (0,97-1,03)	0,970
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,01	1,00	1	0,99 (0,97-1,01)	0,318
Sabit	0,11	0,37	0,09	1	1,12	0,763
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,150		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 12,202$ ; p= 0,142		Model $\chi^2 = 57,948$ ; p< 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,07	0,02	15,07	1	1,07 (1,04-1,11)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,271		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 3,861$ p= 0,869		Model $\chi^2 = 89,515$ ; p< 0,001	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,03	0,02	1,96	1	1,03 (0,99-1,07)	0,162
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	1,26	1	1,03 (0,98-1,07)	0,261
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,17	1	0,99 (0,94-1,04)	0,683
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,02	1,54	1	0,97 (0,92-1,02)	0,215
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,03	0,02	1,65	1	1,03 (0,98-1,08)	0,200
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,02	0,02	0,85	1	0,98 (0,94-1,02)	0,358
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,06	0,02	6,43	1	1,06 (1,01-1,12)	<b>0,011</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,04	0,02	3,27	1	1,04 (1,00-1,08)	0,070
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,04	0,02	3,10	1	0,96 (0,91-1,00)	0,078
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,03	1	1,00 (0,96-1,05)	0,860
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,02	0,00	1	1,00 (0,96-1,04)	0,963
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,02	1,24	1	0,98 (0,95-1,01)	0,265
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,331		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 5,396$ ; p= 0,715		Model $\chi^2 = 112,284$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Doktorların sorulara hastaların anlayacağı şekilde yanıt verme durumu (0= Diğer, 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.83 ve EK 5.84'te verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının kendilerine karşı yeterince ilgili ve nezaketli olma durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 154’te verilmiştir.

Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının kendilerine karşı yeterince ilgili ve nezaketli olma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Modele göre genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının kendilerine karşı yeterince ilgili ve nezaketli olma olasılığını 1,03 (%95 GA 1,01-1,05;  $p = 0,005$ ) kat artırmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının kendilerine karşı yeterince ilgili ve nezaketli olma durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının kendilerine karşı yeterince ilgili ve nezaketli olma olasılığını; sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,06 (%95 GA 1,02-1,10;  $p = 0,003$ ) kat artırmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,04 (%95 GA 1,01-1,08;  $p = 0,014$ ) kat azaltmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,02-1,09;  $p = 0,005$ ) kat artırmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,04 (%95 GA 1,01-1,07;  $p = 0,009$ ) kat artırmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının kendilerine karşı yeterince ilgili ve nezaketli olma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların almış olduğu

poliklinik hizmetinde doktorlarının kendilerine karşı yeterince ilgili ve nezaketli olma olasılığını 1,04 (%95 GA 1,01-1,08;  $p=0,016$ ) kat artırmaktadır.

Model 4'te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının kendilerine karşı yeterince ilgili ve nezaketli olma durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının kendilerine karşı yeterince ilgili ve nezaketli olma olasılığını; hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,00-1,10;  $p=0,045$ ) kat azaltmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,08 (%95 GA 1,03-1,14;  $p=0,003$ ) kat artırmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,06 (%95 GA 1,01-1,10;  $p=0,011$ ) kat artırmaktadır.

**Tablo 154. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-Boyutunun Hastaların Almış Olduğu Poliklinik Hizmetinde Doktorlarının Kendilerine Karşı Yeterince İlgili ve Nezaketli Olma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,03	0,01	8,00	1	1,03 (1,01-1,05)	<b>0,005</b>
Sabit	0,42	0,31	1,81	1	1,52	0,178
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,023		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 16,425; p= 0,037		Model $\chi^2$ = 7,940; p= 0,005	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	0,85	1	1,02 (0,98-1,05)	0,357
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,06	0,02	9,13	1	1,06 (1,02-1,10)	<b>0,003</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,01	0,02	0,27	1	0,99 (0,95-1,03)	0,604
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,02	2,30	1	0,97 (0,94-1,01)	0,129
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	1,16	1	0,98 (0,94-1,02)	0,282
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,04	0,02	5,98	1	0,96 (0,93-0,99)	<b>0,014</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,05	0,02	7,81	1	1,05 (1,02-1,09)	<b>0,005</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,04	0,02	6,88	1	1,04 (1,01-1,07)	<b>0,009</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,02	1,33	1	0,98 (0,94-1,02)	0,249
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,57	1	0,99 (0,95-1,02)	0,450
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	0,89	1	1,02 (0,98-1,05)	0,346
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,01	0,03	1	1,00 (0,97-1,02)	0,871
Sabit	0,45	0,39	1,34	1	1,57	0,248
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,142		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 5,135; p= 0,743		Model $\chi^2$ = 50,838; p< 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	0,04	0,02	5,76	1	1,04 (1,01-1,08)	<b>0,016</b>
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,202		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 5,846 p= 0,664		Model $\chi^2$ = 60,657; p= 0,008	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	0,76	1	1,02 (0,98-1,06)	0,385
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	0,04	0,02	2,87	1	1,04 (0,99-1,09)	0,090
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,00	0,03	0,00	1	1,00 (0,95-1,05)	0,977
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,04	0,03	1,95	1	0,96 (0,91-1,02)	0,162
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,03	0,61	1	0,98 (0,93-1,03)	0,434
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	-0,05	0,02	4,01	1	0,95 (0,91-1,00)	<b>0,045</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,08	0,03	9,09	1	1,08 (1,03-1,14)	<b>0,003</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	0,05	0,02	6,43	1	1,06 (1,01-1,10)	<b>0,011</b>
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,02	0,03	0,62	1	0,98 (0,93-1,03)	0,430
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,03	0,03	1,63	1	0,97 (0,92-1,02)	0,202
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,03	1	1,02 (0,98-1,07)	0,309
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,02	2,13	1	0,98 (0,94-1,01)	0,145
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,307		Hosmer-Lemeshov $\chi^2$ = 2,178; p= 0,975		Model $\chi^2$ = 95,655; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Doktorların hastalara karşı yeterince ilgili ve nazik olması (0= Diğer; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.85 ve EK 5.86'da verilmiştir.



Sağlık okuryazarlığının “hastaların bugünkü almış olduğu poliklinik hizmetinden sonra aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünme durumu” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 155’te verilmiştir.

Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının hastaların bugünkü almış olduğu poliklinik hizmetinden sonra aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama, hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutlarının hastaların bugünkü almış olduğu poliklinik hizmetinden sonra aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünme durumu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastaların bugünkü almış olduğu poliklinik hizmetinden sonra aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünme olasılığını; sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,02-1,10;  $p=0,001$ ) kat azaltmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,05 (%95 GA 1,02-1,09;  $p=0,005$ ) kat artırmakta, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış ise 1,04 (%95 GA 1,00-1,08;  $p=0,036$ ) kat azaltmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin hastaların bugünkü almış olduğu poliklinik hizmetinden sonra aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin hastaların bugünkü almış olduğu poliklinik hizmetinden sonra aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünme durumu üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutlarının etkisinin istatistiksel olarak

anlamli olduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında hastaların bugünkü almış olduğu poliklinik hizmetinden sonra aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünme olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,06 (%95 GA 1,01-1,10;  $p=0,010$ ) kat azaltırken hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış 1,06 (%95 GA 1,01-1,11;  $p=0,021$ ) kat artırmaktadır.



**Tablo 155. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-Boyutunun Hastaların Bugünkü Almış Olduğu Poliklinik Hizmetinden Sonra Aynı Rahatsızlıktan Dolayı Başka Bir Doktora Muayene Olmayı Düşünme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	B	SH <sup>1</sup>	Wald	sd <sup>2</sup>	OO (%95 GA) <sup>3</sup>	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,01	0,01	1,24	1	0,99 (0,97-1,01)	0,266
Sabit	-0,71	0,31	5,35	1	0,49	0,021
<b>Model 1</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,003		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 12,302$ ; p= 0,138		Model $\chi^2 = 1,228$ ; p= 0,268	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,34	1	0,99 (0,96-1,02)	0,561
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,06	0,02	10,41	1	0,95 (0,91-0,98)	<b>0,001</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	3,48	1	1,03 (1,00-1,07)	0,062
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,02	1,19	1	0,98 (0,95-1,02)	0,275
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,05	0,02	7,99	1	1,05 (1,02-1,09)	<b>0,005</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,02	0,02	1,05	1	1,02 (0,98-1,05)	0,306
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,04	0,02	4,41	1	0,96 (0,93-1,00)	<b>0,036</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,02	0,01	2,81	1	0,98 (0,95-1,00)	0,094
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,02	0,02	1,36	1	1,02 (0,99-1,06)	0,244
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,01	0,02	0,11	1	0,99 (0,96-1,03)	0,744
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,11	1	1,02 (0,98-1,05)	0,291
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,01	0,01	0,65	1	0,99 (0,97-1,01)	0,419
Sabit	-0,52	0,37	1,98	1	0,60	0,159
<b>Model 2</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,090		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 2,573$ ; p= 0,958		Model $\chi^2 = 33,314$ ; p= 0,001	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,02	0,02	1,60	1	0,98 (0,95-1,01)	0,205
<b>Model 3</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,208		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 5,858$ p= 0,663		Model $\chi^2 = 66,770$ ; p= 0,002	
<b>Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>4</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,01	0,02	0,16	1	0,99 (0,95-1,03)	0,688
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,06	0,02	6,58	1	0,94 (0,91-0,99)	<b>0,010</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,03	0,02	1,74	1	1,03 (0,99-1,08)	0,187
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,03	0,02	1,68	1	0,97 (0,92-1,02)	0,194
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,05	0,02	5,29	1	1,06 (1,01-1,11)	<b>0,021</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,00	0,02	0,03	1	1,00 (0,96-1,05)	0,863
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,03	0,02	1,55	1	0,97 (0,93-1,02)	0,213
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,04	0,02	3,51	1	0,96 (0,93-1,00)	0,061
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,01	0,02	0,09	1	1,01 (0,96-1,05)	0,760
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	0,01	0,02	0,21	1	1,01 (0,97-1,06)	0,650
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,02	0,02	1,07	1	1,02 (0,98-1,07)	0,302
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	0,00	0,02	0,05	1	1,00 (0,97-1,03)	0,828
<b>Model 4</b>	Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,266		Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 5,178$ ; p= 0,738		Model $\chi^2 = 87,467$ ; p< 0,001	

Bağımlı değişken= Aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünme (0= Diğer; 1= Evet)

<sup>1</sup>Standart hata, <sup>2</sup>Serbestlik derecesi, <sup>3</sup>Odds oranı (%95 Güven aralığı)

<sup>4</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.87 ve EK 5.88’de verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının “hastaların poliklinik hizmetini genel olarak değerlendirmesi (mükemmel=1’den kötü=5’e doğru puanlandırılmıştır) üzerine” üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan doğrusal regresyon analizlerinin sonuçları Tablo 156’da verilmiştir. Bu sonuçlardan Model 1’e göre genel sağlık okuryazarlığının hastaların poliklinik hizmetini genel olarak değerlendirmesi üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların poliklinik hizmetini genel olarak değerlendirmesinde -0,012 puanlık bir düşüşe (mükemmel doğru) neden olmaktadır.

Model 2’ye göre sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt boyutunun hastaların poliklinik hizmetini genel olarak değerlendirmesi üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun) varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların poliklinik hizmetini genel olarak değerlendirmesinde 0,017 puanlık bir artışa (kötüye doğru) neden olmaktadır.

Model 3’te genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin hastaların poliklinik hizmetini genel olarak değerlendirmesi üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (genel sağlık okuryazarlığı ve kontrol değişkenlerinin) varlığında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların poliklinik hizmetini genel olarak değerlendirmesinde -0,014 puanlık bir düşüşe (mükemmel doğru) neden olmaktadır.

Model 4’te sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun ve kontrol değişkenlerinin hastaların poliklinik hizmetini genel olarak değerlendirmesi üzerine etkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan sadece sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt boyutunun etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Modele göre diğer değişkenlerin (sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutu ve kontrol değişkenlerinin) varlığında sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki 1 puanlık artış, hastaların poliklinik hizmetini genel olarak değerlendirmesinde -0,016 puanlık bir düşüşe (mükemmel doğru) neden olmaktadır.

**Tablo 156. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun Hastaların Poliklinik Hizmetini Genel Olarak Değerlendirmesi Üzerine Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı indeksleri	$b_j^1$	$S(b_j)^2$	$\beta^3$	VIF <sup>4</sup>	t	p
<b>Genel</b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,012	0,004	-0,117	1,000	-2,702	<b>0,007</b>
Sabit	3,073	0,141			21,831	<0,001
<b>Model 1</b>	s= 1,015	R= 0,117	R <sup>2</sup> = 0,014	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,012	(F= 7,299 p= 0,007)	
<b>Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu</b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,012	0,007	-0,121	2,373	-1,843	0,066
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,014	0,007	-0,149	3,394	-1,885	0,060
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,004	0,008	0,045	3,423	0,569	0,569
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,015	0,008	-0,171	4,358	-1,914	0,056
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,008	0,008	0,104	4,991	1,090	0,276
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,017	0,007	0,211	4,311	2,374	<b>0,018</b>
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	-0,003	0,008	-0,034	5,493	-0,341	0,733
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,002	0,006	-0,029	3,368	-0,367	0,714
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	0,001	0,008	0,012	5,125	0,119	0,905
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,008	0,008	-0,102	4,983	-1,071	0,285
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,013	0,007	0,154	4,535	1,685	0,093
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,007	0,005	-0,090	2,201	-1,417	0,157
Sabit	3,183	0,162			19,651	<0,001
<b>Model 2</b>	s= 1,002	R= 0,243	R <sup>2</sup> = 0,059	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,037	(F= 2,699 p= 0,002)	
<b>Genel (Düzeltilmiş)<sup>5</sup></b>						
Genel sağlık okuryazarlığı	-0,014	0,007	-0,147	2,156	-2,170	<b>0,031</b>
<b>Model 3</b>	s= 0,992	R= 0,382	R <sup>2</sup> = 0,146	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,067	(F= 1,856 p= 0,002)	
<b>Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu (Düzeltilmiş)<sup>5</sup></b>						
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisine erişim	-0,016	0,008	-0,156	2,850	-2,021	<b>0,044</b>
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini anlama	-0,013	0,009	-0,145	4,106	-1,569	0,118
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini değerlendirme	0,001	0,009	0,011	4,072	0,119	0,906
Sağlık hizmeti – sağlık bilgisini uygulama	-0,014	0,010	-0,161	6,032	-1,436	0,152
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisine erişim	0,012	0,009	0,148	5,784	1,342	0,180
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini anlama	0,010	0,009	0,126	5,459	1,179	0,239
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini değerlendirme	0,006	0,009	0,076	6,840	0,631	0,528
Hastalıktan korunma – sağlık bilgisini uygulama	-0,005	0,008	-0,059	4,157	-0,635	0,526
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisine erişim	-0,002	0,009	-0,028	6,279	-0,244	0,807
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini anlama	-0,002	0,009	-0,023	5,591	-0,217	0,829
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini değerlendirme	0,003	0,009	0,039	5,291	0,366	0,715
Sağlığın geliştirilmesi – sağlık bilgisini uygulama	-0,005	0,006	-0,064	2,695	-0,849	0,396
<b>Model 4</b>	s= 0,984	R= 0,426	R <sup>2</sup> = 0,181	Düzeltilmiş R <sup>2</sup> = 0,081	(F= 1,804 p= 0,001)	

Bağımlı değişken= Poliklinik hizmetinin genel olarak değerlendirilmesi (mükemmel=1, çok iyi=2, iyi=3, orta=4, kötü=5 olarak puanlandırılmıştır)

<sup>1</sup>Regresyon katsayısı <sup>2</sup>Standart hata <sup>3</sup>Standartlaştırılmış regresyon katsayısı <sup>4</sup>Varyans şişme değeri

<sup>5</sup>Buradaki modellerde elde edilen katsayılar kontrol değişkenlerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşanılan yer, sosyal statü algısı, egzersiz türü, sigara kullanma, alkol kullanma, diyet uygulama, BKİ (kg/m<sup>2</sup>) ölçüsü, en önemli sağlık bilgi kaynağı algısı, genel sağlık durumu algısı ve tıbbi öyküde yer alan 14 hastalık türü değişkenlerine göre düzeltilmiş katsayılarıdır. Bu modellere ait çoklu doğrusal regresyon analizlerinin sonuçlarının tamamının yer aldığı çıktı dosyaları sırasıyla EK 5.89 ve EK 5.90'da verilmiştir.

## 6. BÖLÜM: TARTIŞMA

Türkiye’de bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini, sağlık okuryazarlığının belirleyicilerinin neler olduğunu, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi (bağı) ve sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisini saptamak amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları aşağıda tartışılmıştır. Araştırmanın bulguları tanımlayıcı bulgular ve çıkarımsal bulgular olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir. Tanımlayıcı bulgular kapsamında; hastaların özellikleri, HLS-EU’nun maddeleri, sağlık okuryazarlığı indekslerinin (genel sağlık okuryazarlığı indeksi, sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri, sağlık bilgisi süreçleri indeksleri ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indeksleri) puan ortalamaları, hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve hasta sonuçları incelenmiştir. Araştırma kapsamında hasta sonuçları; sağlık davranışları ve sağlık riskleriyle ilgili hasta sonuçları, sağlık statüsüyle ilgili hasta sonuçları, sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili hasta sonuçları ve memnuniyetle ilgili hasta sonuçları olmak üzere dört grupta değerlendirilmiştir. Çıkarımsal bulgular kapsamında; sağlık okuryazarlığı indeksleri arasındaki korelasyonlar, hastaların özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı indekslerinin puan ortalamaları ve genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması, sağlık okuryazarlığını etkileyen hasta özelliklerinin belirlenmesi, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hasta sonuçlarının karşılaştırılması ve sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisi değerlendirilmiştir. Sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisi kapsamında genel sağlık okuryazarlığı indeksinin ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indekslerinin ve bunların kontrol değişkenlerinin varlığında hasta sonuçlarına etkisinin olup olmadığına bakılmıştır. Aşağıda, araştırmanın tanımlayıcı ve çıkarımsal bulgularıyla ilgili tartışmalara birlikte yer verilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların yarısından daha azı (%44,7) erkeklerden oluşurken üçte birinin (%33,8) medeni durumu bekar, yaklaşık üçte birinin (%35,9) eğitim düzeyi de üniversitedir. Hastaların yaş ortalaması  $51,5 \pm 18,3$  olup yarıya yakını (%48,5)  $\geq 56$  yaş grubunda yer almaktadır. Hastaların yaklaşık üçte ikisi (%68,1) çalışmazken yaklaşık yarısının (%49,8) hanehalkı geliri 2000 TL ve onun üstündedir. Hastaların büyük çoğunluğu (%83,7) il merkezlerinde yaşamaktadır. Hastaların toplumdaki sosyal

statülerine ilişkin algılarının puan ortalaması  $5,7 \pm 2,0$ 'dır. Hastalar sosyal statü algı puanlarına göre nitelendirildiğinde, hastaların yaklaşık dörtte birinin (%24,4) düşük, yarıdan fazlasının (%58,1) orta, beşte birinden daha azının ise (%17,5) yüksek sosyal statü düzeyinde olduğu görülmüştür.

Üçpunar (2014) tarafından TOFHLA ölçeği kullanılarak Türkiye'de bir eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran 351 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada, hastaların sadece %13,1'inin 50 yaş ve üzeri grubunda, üçte ikisinden fazlasının (%68,1) erkek, yarıya yakınının (%46,5) üniversite mezunu (yüksek lisans ve doktora dahil), yaklaşık beşte üçünün evli (%60,7), üçte ikisinin (%67,8) çalışan, yaklaşık yarısının (%49,0) ekonomik durumunun çok iyi-iyi, yaklaşık dörtte üçünün (%76,0) ise il merkezinde yaşadığı görülmüştür. Belirtilen çalışmayla bu çalışma karşılaştırıldığında, yaşadığı yer ve medeni durum değişkenleri dışında özellikle yaş ve cinsiyet başta olmak üzere diğer özellikler bakımından ciddi farklılıklar vardır. Böyle bir sonucun bulunmasında, bu çalışmada kota olarak belirlenen cinsiyet ve yaş grupları değişkenlerinin oranlarını dikkate alan kota örnekleme yönteminin uygulanmış olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada, bu çalışmayla benzer şekilde katılımcıların yarıdan fazlasının (%51,2) kadınlardan oluştuğu, katılımcıların yaş ortalamasının daha küçük ( $46,0 \pm 18,6$ ) olup yaklaşık üçte birinin (%32)  $\geq 56$  yaş grubunda yer aldığı görülmüştür. Ayrıca katılımcıların %30'7'si (%8,1'i işsiz, %22,6'sı emekli) çalışmadığını belirtmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak katılımcıların yaş ortalamasının ve istihdam durumu çalışmayan olanların yüzdesinin düşük olmasında, bu çalışmanın hem de kalp hastalarına, dolayısıyla yaşı daha büyük kişilere; HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmanın ise toplumdan rastgele seçilen bireylere yapılmasının etkili olabileceği düşünülmektedir. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların toplumdaki sosyal statülerine ilişkin algılarının puan ortalaması  $5,6 \pm 1,7$  olup nerdeyse bu çalışmada bulunan sonuçla aynıdır. Her iki çalışmada sosyal statüye ilişkin algı puanlarının ortalaması hemen hemen aynı olmasına rağmen, bu puanlar nitelendirildiğinde çok farklı sonuçların olduğu görülmektedir. Bu çalışmada hastaların yarıdan fazlasının (%58,1) sosyal statü algısı orta düzeydeyken HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada

katılımcıların büyük çoğunluğunun (%80,1) sosyal statü algısının düşük (%51,2) ve yüksek (%28,9) düzeylerde olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Durusu-Tanrıöver ve diğerleri (2014) tarafından yapılan çalışmada, bu çalışmayla benzer şekilde katılımcıların yaklaşık üçte ikisi (%70,2) evli iken sosyal statü algısı puan ortalamasının ( $4,4 \pm 0,04$ ) bu çalışmada bulunan ortalamadan daha düşük olduğu görülmüştür. Katılımcıların sosyal statü algı puanları nitelendirildiğinde, yarıdan fazlasının (%52,4) düşük, yaklaşık beşte ikisinin (%41,1) orta, onda birinden daha azının ise (%6,5) yüksek kategoride yer aldığı görülmektedir (Buradaki yüzdeler cevap veren katılımcılar üzerinden yeniden hesaplanmıştır). Bu çalışmayla kıyaslandığında, belirtilen çalışmada sosyal statü algı düzeyi düşük olanların yüzdesinin daha fazla, sosyal statü algı düzeyi yüksek olanların yüzdesinin ise daha düşük olduğu görülmüştür.

Çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesini belirlemede 47 maddeden oluşan HLS-EU kullanılmıştır. HLS-EU'da hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesi sağlık okuryazarlığı indekslerine yani genel sağlık okuryazarlığı indeksi, sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri (sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı indeksi, hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı indeksi ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı indeksi), sağlık bilgisi süreçleri indeksleri (sağlık bilgisine erişim indeksi, sağlık bilgisini anlama indeksi, sağlık bilgisini değerlendirme indeksi ve sağlık bilgisini uygulama indeksi) ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indeksine göre değerlendirilebilmektedir. Çalışmada HLS-EU'nun bu indekslerinin güvenilirliğini belirlemede Cronbach alfa katsayısından yararlanılmıştır. Çalışmada genel sağlık okuryazarlığı indeksinin alfa katsayısı 0,986; sağlık okuryazarlığı alanları indekslerinin alfa katsayıları 0,948-0,964 arasında; sağlık bilgisi süreçleri indekslerinin alfa katsayıları 0,921-0,953 arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indekslerinin alfa katsayıları ise 0,821-0,938 arasında bulunmuştur Durusu-Tanrıöver ve diğerleri (2014) tarafından yapılan çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı indeksinin alfa katsayısı 0,970; sağlık okuryazarlığı alanları indekslerinin alfa katsayıları 0,916-0,930 arasında; sağlık bilgisi süreçleri indekslerinin alfa katsayıları ise 0,873-0,924 arasında bulunmuştur. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada genel sağlık okuryazarlığı indeksinin alfa katsayısı 0,97; sağlık okuryazarlığı alanları indekslerinin alfa katsayıları 0,91-0,92 arasında bulunmuştur. Nakayama ve diğerleri (2015) tarafından 1054 Japon yetişkin



üzerinde yapılan bir çalışmada genel sağlık okuryazarlığı indeksinin alfa katsayısı 0,97 iken sağlık okuryazarlığı alanları indekslerinin alfa katsayıları ise 0,92-0,94 arasında bulunmuştur. Çimen (2015) tarafından HLS-EU'nun 25 maddeden oluşan kısa versiyonu kullanılarak bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları, gastroentoloji ve göğüs hastalıkları kliniklerinde yatmakta olan 65 yaş ve üzeri 550 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, ölçeğin genel güvenilirlik katsayısı 0,90 iken bilgi süreci boyutlarının güvenilirlik katsayıları 0,90-0,94 arasında bulunmuştur. Hem bu çalışmada, hem de diğer çalışmalarda HLS-EU'nun sağlık okuryazarlığı indekslerinin güvenilirlik katsayılarının tamamı 0,80'in üzerinde bulunduğundan, çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığını ölçmede kullanılan HLS-EU'nun güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

Çalışmada, HLS-EU'nun maddelerinden 7 tanesini hastaların %40'ından fazlası zor olarak algılamıştır. Bu maddeler; “M47. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak (%50,8), M35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (%49,5), M45. İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak (%49,0), M6. İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak (%43,8), M12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (%42,3), M7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak (%40,4) ve M10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek (%40,4)” maddeleridir.

Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcıların %40'ından fazlasının zor olarak algıladığı HLS-EU maddeleri 11 tanedir ve bu maddeler şunlardır: “M35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (%50,9), M28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (%49,2), M12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (%48,2), M.26 Hangi aşılar ihtiyacımız olduğunu değerlendirmek (%47,2), M27. Hangi tarama testlerine ihtiyacımız olduğunu değerlendirmek (%45,9), M47. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak (%44,7), M45. İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak (%44,3), M10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek (%43,1), M6. İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak (%42,9), M7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak (%42,0) ve M18. Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak (%41,1)”.

HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %40'ından fazlasının zor olarak algıladığı HLS-EU maddeleri 5 tanedir ve bu maddeler şunlardır: “M35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (%53,2), M12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (%49,7), M10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek (%42,6), M28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (%42,1) ve M34. Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (%40,3)”.

Çalışmada hastaların %40'ından fazlasının zor olarak algıladığı maddelerin (7 madde) tamamı, Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014, s.40-41) çalışmasında katılımcıların en fazla zor olarak algıladığı maddelerin içinde yer almaktadır. HLS-EU Consortium (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmasıyla karşılaştırma yapıldığında ise “Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak; Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek ve Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek” maddeleri benzer şekilde en fazla zor olarak algılanan maddeler olmuştur. Durusu-Tanrıöver ve diğerleri (2014) ile HLS-EU Consortium (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda “Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek” maddesinin zor olarak algılanma yüzdesi %40'ın üzerinde iken, bu çalışmada %40'ın altında bulunmuştur. Bununla beraber, çalışmada hastaların hastalıktan korunma alanında en fazla zor olarak algıladığı ilk iki madde; medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (%34,6) ve medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (%33,9) maddeleri olmuştur. Bu sonuçlara göre, genel olarak her üç çalışmada katılımcılar tarafından medyadaki sağlıkla ilgili bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmenin zor olarak algılandığı söylenebilir. Yılmazel (2014) tarafından Çorum'da görev yapan 500 öğretmen üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların dörtte üçü (%74,8) medyadaki sağlık programlarının faydalı olduğunu düşünürken sadece beşte ikisi (%40,2) bu programların güvenilir olduğunu belirtmiştir. Medyada yer alan sağlık haberleri bazı durumlarda daha fazla izleyici çekmek ve ilgi uyandırmak için bilimsellikten uzak olacak şekilde yayınlanabilmektedir. Yayınlanan sağlık haberleri bilimsel olsa bile sağlık profesyonelleri tarafından farklı görüşler ortaya çıkabilmektedir. Bu ve benzeri nedenlerden dolayı medyada yer alan sağlık haberlerinin

güvenilirliğinin değerlendirilmesi zor olarak algılanmaktadır. Bu çalışma ile Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında, HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmadan farklı olarak “Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak” ve “İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak” maddeleri en fazla zor olarak algılanan maddeler olmuştur. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcıların %41,9’u aktif bir şekilde toplumsal aktivitelere hiçbir zaman katılmadığını, %21,7’si ise yılda birkaç kez katıldığını belirtmiştir. Böyle bir sonucun bulunmasında, Avrupa’da ve Türkiye’deki yerel yönetimlerin sunduğu imkanların farklılık göstermesi; insanların kültürel, sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerinin farklı olması etkili olmuş olabilir. Yayınlanan bir çalışmada fiziksel aktivite yapmamanın bireysel nedenlerinden bazıları fiziksel aktivite olanaklarına erişimde zorluk, aile-arkadaş-çevre desteğinin olmaması ve maddi-kültürel-sosyal çekingenlik olarak sıralanmıştır (Evcı Kiraz, 2015, s.11).

HLS-EU Consortium (2011) tarafından yapılan çalışmada “Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak” maddesinin zor olarak algılama yüzdesi (%40,3), bu çalışma (%27) ile Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasından (%33,6) farklı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni, Avrupa ülkelerindeki vatandaşların çevrenin daha sağlıklı olması konusundaki duyarlılığının daha yüksek olması etkili olmuş olabilir. “Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak” maddesi çok az bir farkla bu çalışmada ikinci, diğer çalışmalarda ise birinci sırada en çok zor olarak algılanan madde olmuştur. Yılmazel’in (2014) çalışmasında katılımcıların sadece yaklaşık üçte biri (%32,4) medyada yer alan Sağlık Bakanlığı’nın politika ve programlarıyla ilgilendiğini belirtmiştir. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) yapmış olduğu çalışmada katılımcılara Sağlık Bakanlığı’nın ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olup olmadıkları sorulduğunda sadece %13,5’i haberdar olduğunu belirtmiş, bu gruptaki sorulara örnek olarak Sağlık Bakanlığı’nın 2014 yılını “Sağlıklı Yaşam ve Hareket Yılı” olarak ilan ettiğinin hatırlatılması üzerine sadece %14,6’sı bu kampanyayı hatırladıklarını ifade etmiştir. Sağlık hizmetlerinin yapısı, sunumu ve sağlık sigortalarının kapsamı gibi konuların sık sık değişmesi, özellikle Türkiye’de şehir hastanelerinin devreye girmesi ve işleyişinin çoğu kimse tarafından hala bilinmemesi ve belirsizliği gibi nedenlerden dolayı insanlar sağlığı

etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmakta zorluk yaşadığını düşünmüş olabilir.

Çalışmada, hastaların zorluğunu en düşük olarak algıladığı HLS-EU'nun ilk 3 maddesi şunlardır: “M8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak (%9,1), M16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek (%11,7) ve M37. Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak (%12,8)”. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcıların zorluğunu en düşük algıladığı HLS-EU'nun ilk 3 maddesi şunlardır: “M16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek (%8,7), “M8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak (%11,9) ve M14. İlaç üzerindeki talimatları uygulamak (%11,9)”. HLS-EU Consortium (2011) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların zorluğunu en düşük olarak algıladığı ilk 3 madde şunlardır: “M16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek (%5,6), M8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak (%6,5) ve M14. İlaç üzerindeki talimatları uygulamak (%6,8)”.

Her üç çalışmada da “Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak” ve “Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek” maddeleri katılımcıların zorluğunu en düşük olarak algıladığı maddeler olmuştur. Diğer iki çalışmadaki zorluğunu en düşük olarak algılanan maddelerden biri olan “İlaç üzerindeki talimatları uygulamak” maddesi, bu çalışmada zorluğunu en düşük olarak algılanan ilk 3 madde arasında yer almasa da, %15,8 ile zorluğunu en düşük olarak algılanan dördüncü madde olmuştur. Bu çalışmada zorluğunu en düşük olarak algılanan maddelerden biri olan “Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak” maddesinin zor olarak algılanma yüzdesi diğer iki çalışmada, (Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında %28,9; HLS-EU Consortium (2011) tarafından yapılan çalışmada %22,2), bu çalışmaya göre oldukça yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada yer alan katılımcılar, kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalardır ve dolayısıyla onların sağlık durumları daha kötü ve yaşları daha büyüktür. Bu hastalar bakımları esnasında, özellikle kronik hastalıklarının yönetiminde en fazla ailelerinden ve yakınlarından destek almakta, dolayısıyla aralarındaki iletişim

geliştiğinden onların tavsiyelerini daha kolay anlayabilmektedirler. Bu sebeple belirtilen maddenin zor olarak algılanma yüzdesi bu çalışmada daha düşük bulunmuş olabilir.

Çalışmada hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması  $31,3 \pm 10,3$  iken ortancası 31,9'dur. Sağlık okuryazarlığı alanlarının indeks puanı ortalamalarının  $30,8 \pm 11,5$  ile  $32,2 \pm 11,5$  arasında değiştiği görülmüştür. Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı alanı  $32,2 \pm 11,5$  indeks puanı ile ortalaması en yüksek sağlık okuryazarlığı alanı olmuştur. Bunu sırasıyla, aralarında çok fazla fark olmamakla beraber, sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı ( $30,9 \pm 9,6$ ) ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı ( $30,8 \pm 11,5$ ) alanları takip etmiştir. Sağlık bilgisi süreçlerinin indeks puanı ortalamaları  $30,5 \pm 10,9$  ile  $32,2 \pm 10,6$  arasında değişmektedir. Sağlık bilgisini anlama süreci indeks puanı ortalaması ( $32,2 \pm 10,6$ ) en yüksek, sağlık bilgisine erişim süreci ise indeks puanı ortalaması ( $30,5 \pm 10,9$ ) en düşük süreç olmuştur. Sağlık bilgisini değerlendirme ( $31,2 \pm 11,0$ ) ve sağlık bilgisini uygulama ( $31,2 \pm 10,5$ ) süreçlerinin indeks puanı ortalamaları ise aynı bulunmuştur. Çalışmada sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeks puanı ortalamalarının  $28,1 \pm 13,0$  ile  $35,1 \pm 12,3$  arasında değiştiği görülmüştür. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan indeks puanı ortalaması en yüksek ilk 3 alt-boyutun sırasıyla; hastalıktan korunma–sağlık bilgisini anlama ( $35,1 \pm 12,3$ ), sağlık hizmeti–sağlık bilgisini uygulama ( $34,3 \pm 11,6$ ) ve sağlığın geliştirilmesi–sağlık bilgisini değerlendirme ( $33,4 \pm 12,4$ ) alt boyutlarının; en düşük ilk 3 alt-boyutun ise sağlığın geliştirilmesi–sağlık bilgisini uygulama ( $28,1 \pm 13,0$ ), sağlık hizmeti–sağlık bilgisini değerlendirme ( $29,3 \pm 10,7$ ) ve sağlık hizmeti–sağlık bilgisine erişim ( $29,7 \pm 10,0$ ) alt boyutlarının olduğu görülmüştür. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması  $30,4 \pm 0,16$  bulunmuş, sağlık okuryazarlığı alanlarının indeks puanı ortalamaları  $29,8 \pm 0,18$  ile  $31,1 \pm 0,16$  arasında değişmekte olup sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanının  $31,1 \pm 0,16$  indeks puanı ortalaması ile en yüksek sağlık okuryazarlığı alanı olduğu görülmüştür. Bunu sırasıyla, aralarında çok fazla fark olmamakla beraber, sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı ( $29,9 \pm 0,17$ ) ve hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı ( $29,8 \pm 0,18$ ) alanları takip etmiştir. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması  $33,8 \pm 8,0$  bulunmuş, sağlık okuryazarlığı alanlarının indeks puanı ortalamaları  $32,5 \pm 9,1$  ile  $34,7 \pm 8,3$  arasında değişmekte olup sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanının  $34,7 \pm 8,3$  indeks puanı ile ortalaması en

yüksek sağlık okuryazarlığı alanı olduğu görülmüştür. Bunu sırasıyla, hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı (34,2±8,8) ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı (32,5±9,1) alanları takip etmiştir. Bu çalışmada hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasındaki katılımcıların ortalamasından yüksek, HLS-EU Consortium (2011)'un çalışmasındaki katılımcıların ortalamasından ise daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada, indeks puanı ortalaması en yüksek alan hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı alanıyken diğer iki çalışmada sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı alanı olmuştur. Nakayama ve diğerlerinin (2015) çalışmasında ise hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı alanı 22,7±9,2 indeks puanı ile ortalaması en düşük sağlık okuryazarlığı alanı iken sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı (25,5±9,2) ve sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı (25,7±8,6) alanları ile genel sağlık okuryazarlığının (25,3±8,2) indeks puanı ortalamaları daha yüksek olup aralarındaki farkın çok az olduğu görülmüştür. Böyle bir sonucun bulunmasında bu çalışmanın doğrudan hastalara uygulanması ve dolayısıyla onların daha çok korunmaya ihtiyaç duyması etkili olmuş olabilir. Bu çalışma ve diğer çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde, katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması ile sağlık okuryazarlığı alanları indekslerinin puan ortalamaları arasındaki farkların çok fazla olmadığı söylenebilir.

Çalışma kapsamındaki hastalar genel sağlık okuryazarlığı indeks puanına göre nitelendirildiğinde; %19,6'sının yetersiz, %38,5'inin sınırlı, %27,2'sinin yeterli, %14,7'sinin ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Hastalar sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre iki kategoride değerlendirildiğinde; yaklaşık beşte üçü (%58,1) yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde, beşte ikisi (%41,9) ise yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcıların %24,5'i yetersiz, %40,1'i sınırlı, %27,8'i yeterli, %7,6'sı ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunmuştur. Belirtilen çalışmada katılımcılar sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre iki kategoride değerlendirildiğinde; %64,6'sının yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %35,4'ünün ise yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %12,4'ü yetersiz, %35,2'si sınırlı, %36,0'ı yeterli, %16,5'i ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunmuştur. Belirtilen çalışmada katılımcılar sağlık

okuryazarlığı düzeylerine göre iki kategoride değerlendirildiğinde; %47,6'sının yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde iken %52,5'inin ise yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Bu çalışma, belirtilen bu iki çalışmayla karşılaştırıldığında, bu çalışmada yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan katılımcıların yüzdesi (%58,1); Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasındaki katılımcıların yüzdesinden (%64,6) daha düşük, HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmadaki katılımcıların yüzdesinden (%47,6) ise daha yüksektir. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada bu yüzdenin daha düşük olmasında, başta eğitim olmak üzere gelir, çalışma koşulları ve kültürel farklılıklar gibi birçok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasına göre belirtilen yüzdenin bu çalışmada daha düşük olmasında, bu çalışmadaki katılımcıların hasta olması, dolayısıyla onların daha fazla sağlık hizmeti alması ve sağlık sisteminin işleyişini daha yakından tanıyıp sağlık bilgisine erişim, sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerinin daha yüksek olması etkili olmuş olabilir. Üçpunar'ın (2014) çalışmasında hastaların yaklaşık dörtte üçü (%72,9) yeterli, yaklaşık beşte biri (%19,7) marjinal (sınırlı) sağlık okuryazarlığı düzeyinde iken sadece %7,4'ünün yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Belirtilen çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan hasta yüzdesinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Böyle bir sonucun bulunmasında, belirtilen çalışma ile bu çalışmada kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin aynı olmaması etkili olabileceği gibi, yaş ve eğitim başta olmak üzere diğer hasta özelliklerinin de farklı olması etkili olmuş olabilir. Tiller ve diğerleri (2015) tarafından Almanya'da 55-91 yaş aralığındaki 1107 katılımcı üzerinde HLS-EU'nun 16 maddeden oluşan kısa versiyonu (HLS-EU-Q16) kullanılarak yapılan bir araştırmada, katılımcıların sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması  $36,9 \pm 6,9$  bulunmuş, %4'ünün yetersiz, %23'ünün sınırlı, %50'sinin yeterli, %23'ünün mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya göre, belirtilen çalışmadaki katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha iyi olduğu görülmektedir. Böyle bir sonucun bulunmasında, belirtilen çalışmadaki katılımcıların eğitim, gelir, meslek gibi özelliklerinin farklı olması ve sağlık okuryazarlığı becerilerinin daha iyi olması etkili olmuş olabilir. ABD'de her 10 yetişkinden sadece biri sağlık okuryazarıdır. ABD'de yapılan 2003-Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi (2003-National

Assessment of Adult Literacy) sonuçlarına göre, ABD yetişkinlerinin %12'sinin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %53'ünün orta derece sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %22'sinin temel sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %14'ünün ise temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin altında olduğu belirtilmiştir (Rasu vd., 2015). Yılmazel'in (2014) NVST ölçeğini kullanılarak yaptığı çalışmada, katılımcıların %44,1'i yetersiz ve %29,6'sı sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindeyken sadece %26,3'ünün yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Özdoğan (2014) tarafından REALM ve NVST ölçekleri kullanılarak radyasyon tedavisi alan 200 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, REALM ölçeğine göre hastaların %45'i lise seviyesi, %39,5'i 7.-8.sınıf seviyesi ve %15,5'i 4.-6. sınıf seviyesinde sağlık okuryazarı olarak saptanırken, NVST ölçeğine göre hastaların yaklaşık dörtte üçünün (%73) çok kısıtlı, %17'sinin kısıtlı ve sadece %10'unun yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Belirtilen çalışmada, bu çalışmaya göre yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindeki hasta yüzdesinin çok düşük olmasında kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin aynı olmamasının etkili olabileceği söylenebilir. Özellikle NVST ölçeğinde, dondurma etiketindeki kalori hesaplamalarıyla ilgili soruların varlığı düşünüldüğünde, sayısal becerisi düşük olan hastalarda bu ölçek puanının düşük çıkması beklenen bir durumdur.

Yapılan başka çalışmalarda da katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri bu çalışmadan farklı bulunabilmektedir. Örneğin, Nakayama ve diğerlerinin (2015) çalışmasında katılımcıların yaklaşık yarısının (%49,9) yetersiz, üçte birinden fazlasının (%35,5) sınırlı, yaklaşık onda birinin yeterli (%10,4) ve sadece %4,2'sinin de mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Toçi ve diğerleri (2014b) tarafından Kosova'da TOFHLA ölçeği kullanılarak birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 1035 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %43,8'inin yetersiz; %36,8'inin marjinal (sınırdaki) ve %19,3'ünün yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Macabasco-O'Connell ve diğerleri (2011) tarafından 2007-2009 yılları arasında Amerika'da dört farklı hastanenin genel dahiliye ve kardiyoloji polikliniklerine başvuruda bulunan ve semptomatik kalp yetmezliği tanısı konan 605 hastaya TOFHLA ölçeğinin kısa versiyonu kullanılarak yapılan bir çalışmada, hastaların %37'sinin düşük (sınırlı ve yetersiz) sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Görüldüğü üzere hem bu çalışmada, hem diğer çalışmalarda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklı olabilmektedir. Bu



farklılıkların olmasında, çalışmalarda kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin aynı olmaması, katılımcıların bazen hasta, bazen sağlıklı bireylerden oluşması, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, gelir gibi demografik ve ekonomik özelliklerinin ve sağlık okuryazarlığı becerilerinin değişiklik göstermesinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada, sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,83-0,88 arasında, sağlık bilgisi süreci indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,87-0,91 arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları ise 0,49-0,83 arasında bulunmuştur. Ayrıca, genel sağlık okuryazarlığı indeksinin; sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları 0,94-0,96 arasında, sağlık bilgisi süreci indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları 0,95-0,96 arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları ise 0,76-0,91 arasında bulunmuştur. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,70-0,80 arasında, sağlık bilgisi süreci indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları 0,76-0,81 arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları ise 0,42-0,69 arasında bulunmuştur. Belirtilen çalışmada genel sağlık okuryazarlığı indeksinin; sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları 0,90-0,93 arasında; sağlık bilgisi süreci indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları 0,90-0,93 arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları ise 0,72-0,82 arasında değişmektedir. Her iki çalışmada da sağlık okuryazarlığı alanları indekslerinin ve sağlık bilgisi süreçleri indekslerinin kendi içinde ve genel sağlık okuryazarlığının bunlarla yaptığı korelasyonların yüksek olduğu görülmektedir. Yine her iki çalışmada sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indekslerinin kendi içinde ve genel sağlık okuryazarlığı indeksinin bu 12 alt-boyut indeksleriyle yapmış olduğu korelasyonların diğer korelasyonlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre her iki çalışmada sağlık okuryazarlığı indeksleri arasındaki korelasyonların benzer şekilde değişim gösterdiği söyleyebilir. Çimen (2015) tarafından yapılan çalışmada, bu çalışmaya göre sağlık bilgisi süreci indeksleri arasındaki korelasyon katsayıları (0,483-0,720) ve genel sağlık okuryazarlığı indeksinin sağlık bilgisi süreci indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları (0,732-0,913) daha düşük

bulunmuştur. Böyle bir sonucun bulunmasında, belirtilen çalışmada HLS-EU'nun 25 maddelik kısa versiyonunun kullanılmış olması etkili olmuş olabilir.

Çalışmada, sağlık okuryazarlığının belirleyicilerinin neler olduğunu bulabilmek için hastaların özelliklerine (cinsiyet, medeni durum, eğitim, yaş, istihdam durumu, hanehalkı geliri, yaşadığı yer ve sosyal statü algısı) göre sağlık okuryazarlığı indekslerinin (genel sağlık okuryazarlığı indeksi, sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri, sağlık bilgisi süreçleri indeksleri, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indeksleri) puan ortalamaları ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırılmış, hastaların özellikleri ile genel sağlık okuryazarlığı indeksi arasındaki korelasyonlara bakılmış, çoklu doğrusal ve çoklu sıralı lojistik regresyon analizlerinden yararlanılmıştır.

Çalışmada hastaların cinsiyet ve medeni durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanları, sağlık bilgisi süreci ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut (medeni duruma göre hastalıktan korunma- sağlık bilgisini değerlendirme ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutları hariç; bu alt boyutlarda evli hastaların ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir) indeks puanı ortalamaları ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ayrıca, genel sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet ( $r=0,037$ ;  $p>0,05$ ) ve medeni durum ( $r=0,031$ ;  $p>0,05$ ) arasındaki korelasyon katsayıları da çok düşük ve istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Hastaların eğitim düzeyi, yaş grupları (yıl), istihdam durumu, hanehalkı geliri (TL), yaşadığı yer ve sosyal statü algısına göre sağlık okuryazarlığı indekslerinin puan ortalamaları ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çalışmada eğitim düzeyi daha yüksek, yaşı daha küçük, istihdam durumu çalışan ve öğrenci olan, geliri daha yüksek, il merkezinde yaşayan ve sosyal statü algısı daha yüksek olan hastalarda genellikle sağlık okuryazarlığı indekslerinin puan ortalamaları ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin mükemmel ve yeterli olma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur. Genel sağlık okuryazarlığı ile eğitim düzeyi, yaş (yıl), istihdam durumu, hanehalkı geliri (TL), yaşadığı yer ve sosyal statü algısı değişkenleri arasındaki korelasyon katsayılarının tamamı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaların özellikleri ile genel sağlık

okuryazarlığı arasındaki ilişkilerden en yüksek ilişkinin hastaların eğitim düzeyi ile genel sağlık okuryazarlığı indeksi arasında ( $r=0,640$ ;  $p<0,01$ ), negatif yönlü tek ilişkinin ise yaş ile genel sağlık okuryazarlığı indeksi arasında ( $r= -0,238$ ;  $p<0,01$ ) olduğu görülmüştür. Çalışmada, regresyon analizleri sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığını etkileyen hasta özelliklerinin cinsiyet, eğitim düzeyi, hanehalkı geliri (TL), yaşadığı yer ve sosyal statü algısı değişkenlerinin olduğu görülmüştür. Regresyon analizleri sonucunda; diğer değişkenlerin varlığında, kadınların erkeklere göre, il merkezinde yaşayanların il merkezinde yaşamayanlara göre genel sağlık okuryazarlığı indeksi puanının daha yüksek olduğu ve eğitim düzeyi, hanehalkı geliri (TL) ve sosyal statü algısı puanındaki artışın daha yüksek bir sağlık okuryazarlığı düzeyinde olma olasılığını artırdığı görülmüştür.

Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında erkeklerin genel sağlık okuryazarlığı indeksi puanı ortalaması ( $30,7\pm 0,21$ ) kadınların ortalamasından ( $30,0\pm 0,24$ ) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Aralarında çok büyük fark olmamakla beraber bu farkın anlamlı çıkmasında belirtilen çalışmadaki örneklem büyüklüğünün (4924 kişi) etkili olduğu düşünülmektedir. Aynı çalışmada, 65 yaş altı katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeksi puanı ortalaması ( $31,1\pm 0,15$ ) 65 yaş üstü katılımcıların ortalamasından ( $23,5\pm 0,71$ ) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuş olup ( $p<0,05$ ) yaş gruplarına göre genel bir değerlendirme yapıldığında bu çalışmayla benzer şekilde yaş yükseldikçe genel sağlık okuryazarlığı indeksi puanının düştüğü, kentte yaşayanların genel sağlık okuryazarlığı indeksi puanının ortalamasının ( $30,7\pm 0,17$ ) kırsal bölgede yaşayanların ortalamasından ( $29,1\pm 0,41$ ) daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0,001$ ).

HLS-EU Consortium (2011) tarafından yapılan çalışmada, bu çalışmadakine benzer sonuçlar bulunmuş, genel sağlık okuryazarlığı indeksinin; cinsiyet ile arasındaki korelasyon katsayısının çok düşük ( $r=0,046$ ;  $p<0,01$ ), yaş ile arasındaki korelasyon katsayısının negatif ( $r= -0,121$ ;  $p<0,01$ ), eğitim ile arasındaki korelasyon katsayısının pozitif ( $r=0,239$ ;  $p<0,01$ ), finansal yoksunluk indeksi<sup>1</sup> ile arasındaki korelasyon

<sup>1</sup>Bu indeks; ilaç masraflarını karşılama, ay sonu faturaları ödeme ve doktora muayene olabilme gücüyle ilgili soruların kombinasyonundan hesaplanmakta olup bu indeksin artması katılımcıların ekonomik yönden daha kötü durumda olduğunu göstermektedir.

katsayısının negatif ( $r = -0,300$ ;  $p < 0,01$ ), sosyal statü algısı ile arasındaki korelasyon katsayısının pozitif ( $r = 0,291$ ;  $p < 0,01$ ) olduğu görülmüştür. HLS-EU Consortium (2012) tarafından, genel sağlık okuryazarlığını etkileyen özellikleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda, yine bu çalışmayla benzer şekilde, kadınların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı erkeklere göre daha yüksek ( $\beta = 0,063$ ;  $p < 0,05$ ) bulunmuştur. Belirtilen çalışmada genel sağlık okuryazarlığı indeks puanına; yaştaki artışın negatif yönde ( $\beta = -0,094$ ;  $p < 0,05$ ), eğitim seviyesindeki artışın pozitif yönde ( $\beta = 0,131$ ;  $p < 0,05$ ), finansal yoksunluk indeksindeki artışın negatif yönde ( $\beta = -0,239$ ;  $p < 0,05$ ), sosyal statü algısındaki artışın ise pozitif yönde ( $\beta = 0,142$ ;  $p < 0,05$ ) etki yaptığı görülmüştür.

Toçi ve diğerleri (2014a) tarafından Arnavutluk'ta toplum tabanlı örnekleme yöntemiyle seçilen 18 yaş ve üzeri 239 kişi üzerinde HLS-EU ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı indeksi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ( $r = -0,034$ ;  $p > 0,05$ ); bu indeksin artışı ile yaşın artışı arasında negatif ( $r = -0,301$ ;  $p < 0,05$ ); eğitim ( $r = 0,377$ ;  $p < 0,05$ ) ve ekonomik statü (çok kötü=1'den çok iyi=5'e doğru puanlandırılmıştır) algısının artışı ( $r = 0,259$ ;  $p < 0,05$ ) arasında ise pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Toçi ve diğerleri (2014b) tarafından yapılan başka bir çalışmada, çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumu değişkenlerinin; çoklu lojistik regresyon analizi sonucunda ise cinsiyet, eğitim düzeyi ve çalışma durumu değişkenlerinin anlamlı olduğu görülmüştür. Her iki analizde hastaların eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı puanı ve düzeyinin arttığı, çalışmayan hastaların sağlık okuryazarlığı puanı ve düzeyinin daha düşük olduğu; doğrusal modelde yaş artışıyla birlikte sağlık okuryazarlığı puanının düştüğü; lojistik modelde erkeklerin kadınlara göre yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olma olasılığının 1,45 (%95 GA 1,02-2,07;  $p = 0,041$ ) kat daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Heijmans ve diğerleri (2015) tarafından Hollanda'da kronik hastalığı olan 1341 kişi üzerinde Fonksiyonel İletişimsel ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Functional Communicative and Critical Health Literacy Scale) kullanılarak yapılan bir çalışmada, daha yüksek yaş, düşük gelir ve düşük eğitimin daha düşük sağlık düzeyiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada cinsiyete göre iletişimsel ve eleştirel sağlık

okuryazarlığı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken, fonksiyonel sağlık okuryazarlığının ortalaması kadınlarda daha yüksek bulunmuştur.

Aslantekin (2011) tarafından bir hastanenin endokrinoloji polikliniğine başvuran ve tip II diyabet tanısı konan 307 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada yaşı daha küçük, kent merkezinde yaşayan, eğitim düzeyi ve geliri daha yüksek olan hastaların hastanede verilen dokümanları daha iyi anladığı görülmüştür. Aynı çalışmada cinsiyeti erkek, yaşı daha küçük, eğitim düzeyi ve geliri daha yüksek, kent merkezinde yaşayan hastaların diyabet bilgi puanı daha yüksek bulunmuştur.

Rasu ve diğerleri (2015) tarafından ABD’de 2005-2008 yılları arasında 22599 kişi üzerinde yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %22’4’ü temel sağlık okuryazarlığı düzeyi ya da temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin altında bulunmuştur. Belirtilen çalışmada, cinsiyeti kadın, yaşı daha küçük, eğitim düzeyi üniversite öğrencisi veya mezunu, gelir seviyesi daha yüksek, medeni durumu evli veya hiç evlenmemiş olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanı ortalamaları ile orta derece veya yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur.

Çimen (2015) tarafından yapılan çalışmada, cinsiyeti kadın, yaşı daha küçük, medeni durumu evli, eğitim düzeyi ve geliri daha yüksek, uzun süre şehirlerde yaşayan ve çalışan hastaların sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve en uzun yaşanan yer değişkenlerinin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkilerinin anlamlı olduğu görülmüştür.

Üçpunar’ın (2014) çalışmasında, bu çalışmayla benzer şekilde eğitim düzeyi daha yüksek, istihdam durumu çalışan, ekonomik durumu daha iyi ve yaşadığı yer şehir merkezi olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek iken, hastaların cinsiyetine ve medeni durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Sezer’in (2012) aile sağlığı merkezine başvuran 381 hasta üzerinde, kendi oluşturduğu sağlık okuryazarlığı ölçeğini kullanarak yaptığı bir araştırmada, bu çalışmayla benzer şekilde cinsiyet ve medeni duruma göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinin ortalaması

arasında anlamlı fark bulunmazken, yaş düştükçe ve eğitim seviyesi yükseldikçe bu ortalamanın yükseldiği görülmüştür.

Yılmazel'in (2014) NVST ölçeğini kullanılarak yaptığı çalışmada yaşı daha küçük, cinsiyeti kadın ve eğitim düzeyi daha yüksek olan katılımcıların yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada, NVST'nin sorularının tamamında kadınların erkeklere göre bu soruları doğru cevaplama yüzdesi daha yüksek bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyebilecek değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu lojistik regresyon analizi sonucunda, kontrol değişkenlerinden yaş, eşinin mesleği, mezuniyet derecesi ve hizmet yılının varlığında bile kadınların erkeklere göre yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olma olasılığı 2,666 (%95 GA 1,541-4,613;  $p<0,001$ ) kat daha yüksek bulunmuştur.

Özdemir ve diğerleri (2010) tarafından REALM ve NVST ölçekleri kullanılarak Türkiye'de aile hekimlerine başvuruda bulunan 456 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların, ilkokul mezunlarının, ekonomik durumu kötü ve yaşı büyük olan hastaların her iki ölçekteki sağlık okuryazarlığı skorları diğer gruplara kıyasla daha düşük bulunmuştur.

Özdoğan (2014) tarafından REALM ve NVST ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmada, bu çalışmayla benzer şekilde her iki ölçeğe göre de yaşı daha küçük, eğitim düzeyi daha yüksek ve il merkezinde yaşayan hastaların sağlık okuryazarlığı skoru ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Belirtilen çalışmada, NVST ölçeğine göre erkeklerin sağlık okuryazarlığı skoru ortalaması daha yüksek bulunurken, REALM ölçeğine göre kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmada, pozitif yönlü en yüksek ilişkilerin REALM ( $r=0,414$ ;  $p<0,001$ ) ve NVST ( $r=0,726$ ;  $p<0,001$ ) ölçek puanları ile eğitim düzeyi arasında, negatif yönlü en düşük ilişkilerin ise REALM ( $r= -0,434$ ;  $p<0,001$ ) ve NVST ( $r= -0,236$ ;  $p<0,001$ ) ölçek puanları ile yaş arasında olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasındaki ilişki REALM ölçeğine göre anlamsızken ( $r= -0,018$ ;  $p>0,05$ ) NVST ölçeğine göre pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur ( $r= 0,274$ ;  $p<0,001$ ). Görüldüğü üzere, sağlık okuryazarlığı birçok özellikten etkilenirken, sağlık okuryazarlığının belirlenmesinde kullanılan ölçeğin de etkisi olabilmektedir.

James ve diğ erleri (2015) tarafından REALM ölçe ğ i kullanılarak Amerikan vatandaşı olan 413 Afrika kökenli kadın üzerinde yapılan bir ç alışmada, kadınların %28'i yetersiz sa ğ lık okuryazarlı ğ ı düzeyinde bulunmuş olup e ğ itimi daha yüksek, iş i olan (ç alışan) ve kendi evi olan kadınların sa ğ lık okuryazarlı ğ ı skorunun daha yüksek oldu ğ u görülmüştür.

Kobayashi ve diğ erleri (2015) tarafından sa ğ lık okuryazarlı ğ ının sosyodemografik belirleyicilerini ortaya koymak amacıyla bilişsel engelli olmayan 52 yaş ve üzeri toplam 5256 yetişkin katılımcı üzerinde yapılan bir ç alışmada, çok de ğ işkenli regresyon analizi sonucunda cinsiyetin erkek olması, yaş ın artması, düşük meslek sınıflarında ç alışma ve e ğ itim düzeyinin daha düşük olmasının düşük sa ğ lık okuryazarlı ğ ının belirleyicileri oldu ğ u görülmüştür.

Lee ve diğ erleri (2015) tarafından 19 yaş ve üstü 585 Koreli üzerinde yapılan bir ç alışmada, kadınların medikal formları, ilaç şişesi üzerindeki talimatları ve sa ğ lık hizmeti sunucuları tarafından verilen yazılı talimatları anlamada sa ğ lık okuryazarlı ğ ı seviyesi erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.

Mattson ve diğ erleri (2015) tarafından ABD'de 191 kalp hastası üzerinde yapılan bir ç alışmada, kalp rehabilitasyonunda hastalara e ğ itim verilmeden önce ( $r=0,46$ ;  $p<0,001$ ) ve verildikten sonra da ( $r=0,41$ ;  $p<0,001$ ) sa ğ lık okuryazarlı ğ ının kalp bilgisiyle ilişkisinin oldu ğ u görülmüştür. Aynı ç alışmada e ğ itim düzeyi kontrol altına alındı ğ ında bile sa ğ lık okuryazarlı ğ ının kalp bilgisi üzerine etkisi anlamlı bulunmuştur ( $\beta=0.44$ ,  $p<0.001$ ).

Tiller ve diğ erleri (2015) tarafından yapılan ç alışmada, bu ç alışmayla benzer şekilde sa ğ lık okuryazarlı ğ ı indeks puanındaki artışın e ğ itim düzeyi, net hanehalkı geliri ve sosyal statü algısıyla pozitif ilişkili oldu ğ u, bu ç alışmadan farklı olarak ise yaş la birlikte sa ğ lık okuryazarlı ğ ının yükseldi ğ i ve kadınların sa ğ lık okuryazarlı ğ ı indeksinin erkeklerden daha düşük oldu ğ u görülmüştür. Nakayama ve diğ erlerinin (2015) ç alışmasında da yaş la birlikte sa ğ lık okuryazarlı ğ ının arttı ğ ı görülmüştür.

Chen ve diğ erleri (2013) tarafından ABD'de üç farklı hastanede 2009-2011 yılları arasında kalp yetmezli ğ i tanısı konulan 51 hasta üzerinde yapılan bir ç alışmada, hastaların sa ğ lık okuryazarlı ğ ı düzeyi yükseldikçe yaş ortalamalarının (yetersiz sa ğ lık

okuryazarlığı  $77,00 \pm 11,79$ ; marjinal sağlık okuryazarlığı  $69,20 \pm 10,76$ ; yeterli sağlık okuryazarlığı  $60,97 \pm 11,71$ ) düştüğü ( $p=0,002$ ); eğitim yılı ortalamalarının ise (yetersiz sağlık okuryazarlığı  $11,89 \pm 2,67$ ; marjinal sağlık okuryazarlığı  $13,2 \pm 1,79$ ; yeterli sağlık okuryazarlığı  $14,27 \pm 2,75$ ) arttığı ( $p=0,061$ ) görülmüştür. Hastaların medeni durumuna ve cinsiyetine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Liu ve diğerleri tarafından (2015) Çin'de 60 yaş ve üzeri 1396 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, çok değişkenli doğrusal regresyon analizi sonucunda eğitim seviyesi ve hanehalkı gelirindeki artışın sağlık okuryazarlığını arttırdığı, yaştaki artışın azalttığı, mesleği yöneticilik ve yaptığı işte profesyonel olanların çiftçilere göre sağlık okuryazarlığı puanının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Suka ve diğerleri (2015) tarafından Japonya'da 6 farklı sağlık kuruluşuna başvuruda bulunan 20-64 yaş aralığındaki 1218 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada cinsiyeti erkek, eğitim düzeyi ve gelir seviyesi daha yüksek olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı skoru ortalaması daha yüksek bulunurken; medeni durum, yaş grupları ve çalışma durumuna göre sağlık okuryazarlığı skoru ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Sun ve diğerleri (2013) tarafından Çin'de çok aşamalı örnekleme yöntemiyle rastgele seçilen 3222 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada yaş grupları, eğitim düzeyi ve gelir seviyesi değişkenlerine göre sağlık okuryazarlığı skoru ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş olup yaş yükseldikçe sağlık okuryazarlığı skoru ortalamasının azaldığı, eğitim düzeyi ve gelir seviyesi artıkça ise sağlık okuryazarlığı skoru ortalamasının arttığı görülmüştür. En yüksek ilişki ( $r=0,468$ ;  $p<0,01$ ) sağlık okuryazarlığı ile eğitim düzeyi arasında bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığındaki artışın gelir seviyesi ile arasındaki ilişki ( $r=0,173$ ;  $p<0,01$ ) pozitif yönde iken, yaş ile arasındaki ilişki ( $r= -0,386$ ;  $p<0,01$ ) negatif yöndedir. Belirtilen çalışmada sağlık okuryazarlığı ile sağlık bilgisi arasında pozitif yönde bir ilişki ( $r=0,347$ ;  $p<0,01$ ) bulunmuştur.

Macabasco-O'Connell ve diğerlerinin (2011) çalışmasında sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan hastaların yaş ortalamasının ( $58,7 \pm 13,1$ ) sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastaların ortalamasından ( $64,2 \pm 12,4$ ) daha düşük olduğu ( $p<0,001$ ); sağlık



okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan hastalara göre; daha yaşlı, çoğunlukla erkeklerden, eğitim düzeyi ve gelir seviyesi daha düşük kişilerden oluştuğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).

Bu çalışmanın bulguları ile belirtilen diğer çalışmaların bulgularının çoğunun tutarlı olduğu söylenebilir. Bu çalışmada ve belirtilen diğer çalışmalarda; eğitim düzeyinin daha yüksek olması, istihdam durumunun çalışan veya mesleğin daha nitelikli olması, gelirin daha yüksek olması, il merkezinde yaşama ve sosyal statünün daha yüksek olması ile daha yüksek sağlık okuryazarlığının ilişkili olduğu görülmüştür. Tiller ve diğerlerinin (2015) çalışması ile Nakayama ve diğerlerinin (2015) çalışması hariç diğer çalışmalarda ve bu çalışmada, yaştaki artışın daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeyiyle ilişkili olduğu görülmüştür. Çok değişkenli regresyon analizleri yapan çalışmalarda cinsiyet değişkenine göre bir değerlendirme yapıldığında; Toçi ve diğerleri (2014b) ile Suka ve diğerleri (2015) tarafından yapılan çalışmalarda cinsiyetin erkek olması ile daha yüksek bir sağlık okuryazarlığı düzeyinde olma ilişkiliyken; bu çalışma ile HLS-EU Consortium (2012), Yılmazel (2014) ve Kobayashi ve diğerleri (2015) tarafından yapılan çalışmalarda ise cinsiyetin kadın olması ile daha yüksek bir sağlık okuryazarlığı düzeyinde olma ilişkili bulunmuştur. Cinsiyet değişkeniyle ilgili farklı sonuçların bulunmasında çalışmalarda kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin aynı olmaması etkili olmuş olabileceği gibi çalışmaların uygulandığı ülkelerde veya toplumlardaki kültürel farklılıkların da etkisi olmuş olabilir.

Çalışmada hastaların yaklaşık üçte birinden fazlasının (%36,4) hiçbir egzersiz yapmadığı, yarıya yakınının (%46,6) düzenli olarak yürüyüş yaptığı, yürüyüş dışında yüzme, toplu sporlar veya spor salonunda egzersiz türlerinden en az birini yaklaşık her altı hastadan sadece birisinin (%17) yaptığı bulunmuştur. Çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ve mükemmel olan hastaların daha fazla egzersiz yaptığı ve bu hastaların yüzme, toplu sporlar veya spor salonunda egzersiz türlerinden en az birini yapma yüzdelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Regresyon analizleri sonuçlarına göre hastaların egzersiz yapma olasılığını, genel sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutları indeks puanlarındaki artışın artırdığı, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki artışın azalttığı, kontrol değişkenlerinin varlığında ise genel

sağlık okuryazarlığının etkisini yitirdiği görülmüştür. Genel sağlık okuryazarlığının etkisinin kaybolmasında kontrol değişkenlerinden eğitim düzeyi, istihdam durumu, diyet uygulama durumu, kalp-damar hastalığı, KOAH ve sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetleri kısıtlaması değişkenlerinin etkili olduğu görülmektedir (EK 5.1). Bu sonuçlara göre eğitim düzeyi daha yüksek, istihdam durumu öğrenci, diyet uygulayan ve kalp-damar hastalığı olan hastaların egzersiz yapma olasılıkları daha yüksekken KOAH'ı olan hastalarda ise bu olasılık daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Çalışmada eğitim düzeyi daha yüksek, istihdam durumu öğrenci olan hastaların sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması ve genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha yüksektir. Genel sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük olan hastaların KOAH ve kalp-damar hastalığına sahip olma yüzdeleri daha yüksektir. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ve mükemmel olan hastaların diyet uygulama yüzdeleri ise daha yüksektir. Dolayısıyla belirtilen bu değişkenlere ve diğer kontrol değişkenlerine göre düzeltme yapıldığında genel sağlık okuryazarlığının etkisi kaybolmuştur.

Çalışmada hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun etkisinin negatif olmasında, bu alt-boyutta hastaların egzersiz yapma durumunu ölçen maddelerin bulunmaması etkili olmuş olabilir. Bunun dışında, sağlık okuryazarlığının alt-boyutları arasındaki bazı korelasyon katsayılarının yüksek olması da etkili olmuş olabilir. Çoklu regresyon analizlerinde modele katılan bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarının yüksek olması (yaklaşık 0,80'in üzerinde olması) çoklu bağlantı sorununa neden olabilir ve böyle durumlarda regresyon katsayılarının işareti beklenenin tersine bir durum gösterebilir. Regresyon katsayısının işaretinin negatif çıkması beklenirken pozitif çıkması ya da tam tersi pozitif çıkması beklenirken negatif çıkması söz konusu olabilir (Alpar, 2013, s.537). Çalışmada, sağlık okuryazarlığının alt-boyutları arasındaki korelasyon katsayılarından 7'si 0,80'in üzerinde, 16'sı ise 0,75-0,80 arasındadır.

Egzersiz yapma olasılığını pozitif yönde etkileyen sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutunda hastaların hasta olduklarında nereden yardım alacakları, hastalıklarının belirtileri ve tedavileri hakkında bilgi bulabilme becerileri sorulmuştur. Dolayısıyla hastaların egzersiz yapmanın kendilerine faydalı olacağını bilmesi, onların daha fazla egzersiz yapmasını sağlayabilir. Sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-

boyutunda hastaların fiziksel egzersiz yapma durumuyla ilgili olarak; hastaların sağlığını iyileştirecek kararları verebilme, istediğinde bir spor klübü veya egzersiz grubuna katılabilme, egzersiz gibi sağlığına etki eden yaşam koşullarını değiştirebilme ve ait olduğu toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılabilme becerileri sorulmuştur. Görüldüğü üzere sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun nerdeyse bütün maddeleri egzersiz yapabilmekle ilgilidir. Dolayısıyla, başta sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutları olmak üzere genel sağlık okuryazarlığı becerileri yüksek olan hastalar daha bilinçli ve fiziksel egzersiz yapmanın faydalarının farkında olan kişiler olduğundan, bu hastalarda sağlık okuryazarlığının artması onların daha fazla egzersiz yapma davranışında bulunmasında etkili olmaktadır.

HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcılara fiziksel egzersiz yapma durumları sorulduğunda, bu çalışmayla benzer şekilde katılımcıların yaklaşık üçte birinin (%33,1) hiç egzersiz yapmadığı, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı arttıkça fiziksel egzersiz yapma sıklıklarının arttığı, genel sağlık okuryazarlığı ile fiziksel egzersiz yapma durumu arasında negatif yönde bir ilişkinin ( $r = -0,189$ ;  $p < 0,01$ ) olduğu görülmüştür. Bu ilişkinin negatif bulunmasının nedeni belirtilen çalışmada fiziksel egzersiz yapma durumuna verilen cevapların ters kodlanmasından kaynaklanmaktadır (1= nerdeyse her gün; 2=haftada birkaç kez; 3=ayda birkaç kez, 4=hiçbir zaman; 6= egzersiz yapacak gücüm yok). Dolayısıyla, belirtilen çalışmada aslında hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanının artışı ile fiziksel egzersiz yapma sıklığının artması arasında pozitif yönde ilişki vardır. Aslantekin (2011) tarafından yapılan çalışmada, hastaların yarıdan fazlası (%53,7) doktorun önerdiği egzersizleri yapmadığını belirtmiştir. Belirtilen çalışmada hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe doktorun önerdiği egzersizleri yapma yüzdelerinin yükseldiği görülmüştür. Sezer'in (2012) çalışmasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği'nin fiziksel aktivite alt boyutu ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ( $r = 0,24$ ;  $p < 0,01$ ). Macabasco-O'Connell ve diğerlerinin (2011) kalp yetmezliği olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada "Haftada üç veya daha fazla gün yürüyüş veya egzersiz yapar mısınız?" sorusuna, hastaların yarıdan fazlası (%57) evet cevabını vermiştir. Çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan hastalarda soruda belirtildiği şekilde egzersiz yapanların yüzdesinin (%61) sağlık okuryazarlığı düzeyi

yetersiz olan hastaların yüzdesine (%50) göre daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p=0,01$ ). Liu ve diğerlerinin (2015) çalışmasında haftalık düzenli egzersiz yapanların sağlık okuryazarlığı puanı ( $75.72 \pm 28.74$ ) yapmayanların puanından ( $64.60 \pm 26.19$ ) daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Suka ve diğerlerinin (2015) çalışmasında da benzer şekilde haftalık düzenli egzersiz yapanların sağlık okuryazarlığı skoru ortalaması ( $51,2 \pm 7,0$ ) yapmayanların ortalamasından ( $50,4 \pm 6,8$ ) daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,050$ ). Bu çalışma ve belirtilen diğer çalışmaların bulguları benzerlik göstermekte olup sağlık okuryazarlığının artışı ile egzersiz yapma durumunun ilişkili olduğu söylenebilir.

Çalışmadaki hastaların yaklaşık beşte biri (%19,9) sigara kullanırken, sigara kullanan hastaların (97 kişi) günlük içtikleri ortalama sigara sayısı  $12,4 \pm 10,8$ 'dir. Çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sigara kullanma durumları ve sigara kullanan hastalar için içilen günlük sigara sayısı dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Regresyon analizlerinde, genel sağlık okuryazarlığının sigara kullanma davranışı üzerindeki etkisi anlamsız bulunmuş, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutlarının etkisi anlamlı bulunmuş ve bu alt-boyutların indeks puanlarındaki artışın hastaların sigara kullanma olasılığını artırdığı görülmüştür. Kontrol değişkenlerinin varlığında bu alt-boyutların etkisi anlamsız hale gelmiş, hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim ile sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının etkisi anlamlı hale gelerek bu alt-boyutların indeks puanlarındaki artışın ise hastaların sigara kullanma olasılığını düşürdüğü görülmüştür.

Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcıların üçte ikisinin (%67,3) sigara kullanmadığı, halen sigara kullanan hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Belirtilen çalışmada sigara kullanan hastaların yaşının daha küçük olması böyle bir sonucun bulunmasında etkili olmuş olabilir. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcılara sigara kullanma durumları sorulduğunda, katılımcıların üçte ikisinden fazlasının (%67,9) sigara kullanmadığı, genel sağlık okuryazarlığı ile sigara kullanma durumu arasında negatif yönde çok düşük ve anlamsız bir ilişki ( $r = -0,009$ ;  $p > 0,05$ ) olduğu, ülkeler bazında değerlendirme yapıldığında ise İrlanda'da bu ilişkinin biraz daha yüksek

ve anlamlı ( $r = -0,11$ ;  $p < 0,05$ ) olduğu görülmüştür. Üçpunar'ın (2014) çalışmasında hastaların dörtte birinden fazlası (%27,9) halen sigara kullandığını belirtmiştir. Halen sigara kullanan hastaların yüzdesi, sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli (%26,2) olan hastalarda, sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı (%30,4) ve yetersiz (%38,5) olan hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Liu ve diğerlerinin (2015) çalışmasında sigara kullanmayanların sağlık okuryazarlığı puanı ( $78,07 \pm 29,21$ ) kullananların puanından ( $69,82 \pm 27,82$ ) daha yüksek bulunmuştur ( $t = 4,622$ ;  $p = 0,001$ ). Suka ve diğerlerinin (2015) çalışmasında da benzer şekilde sigara kullanmayanların sağlık okuryazarlığı skoru ortalaması ( $51,2 \pm 6,7$ ) kullananların ortalamasından ( $48,7 \pm 7,3$ ) daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

Sağlık okuryazarlığı ile sigara kullanma durumu arasında herhangi bir ilişkinin (bağın) bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur. Yılmazel (2014) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların yaklaşık dörtte üçü (%74,8) sigara kullanmadığını belirtmiştir. Çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sigara kullanma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Macabasco-O'Connell ve diğerlerinin (2011) çalışmasında hastaların %16'sının halen sigara içtiği, sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ve yetersiz olan hastaların sigara kullanma durumları arasında ise anlamlı farkın olmadığı görülmüştür. Çimen (2015) tarafından yapılan çalışmada hastaların yaklaşık beşte ikisi (%39,1) sigara kullandığını, sigara kullanan hastaların ise yarıdan fazlası (%57,2) günde bir paketten daha az kullandığını belirtmiştir. Belirtilen çalışmada hastaların sigara kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı puanı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Görüldüğü üzere sağlık okuryazarlığı ile sigara kullanma durumunun ilişkili olduğu çalışmalar olduğu gibi ilişkisiz olduğu çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmada kontrol değişkenlerinin varlığında anlamlı bulunan alt-boyutlardan hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutunun sorularının bir tanesinde, hastaların sigara içme gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkabileceği konusunda bilgi bulabilme becerisi, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunda ise daha önce de değinildiği gibi sağlığı iyileştirecek kararları verebilme ve sağlığa etki eden yaşam koşullarını değiştirebilme becerisi ile ilgili sorular yer almaktadır. Dolayısıyla, hastalıklardan nasıl korunması gerektiğiyle ilgili bilgilere erişebilen ve sağlığını

geliştirebilmek için bildiğini uygulayabilen hastaların sigara içme olasılığı daha düşüktür.

Hastaların büyük çoğunluğu (%86,4) son bir ay içerisinde alkol alma davranışında bulunmadığını, alkol kullanan hastaların yarıya yakını (%43,5) son 1 ay içerisinde sadece 1 kez alkol alma davranışında bulunduğunu belirtmiştir. Çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre son bir ay içerisinde alkol alma davranışında bulunma durumları ve alkol kullanan hastalar için alkol alma sıklıkları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Regresyon analizlerinde, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın hastaların alkol kullanma davranışında bulunma olasılığını artırdığı, ancak kontrol değişkenlerinin varlığında bu etkin anlamsız olduğu görülmüştür. Hastaların alkol kullanma davranışında bulunma olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutlarının indeks puanlarındaki artışın artırdığı, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki artışın ise düşürdüğü, ancak kontrol değişkenlerinin varlığında sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutunun anlamlı etkisinin olmadığı, diğer iki alt-boyutun ise anlamlı etkisinin devam ettiği ve bu iki alt-boyutun indeks puanlarındaki artışın hastaların alkol kullanma davranışında bulunma olasılığını artırmaya devam ettiği görülmüştür.

Üçpunar'ın (2014) çalışmasında hastaların yarıdan fazlası (%53,0) şimdiye kadar hiç alkollü içecek kullanmadığını, yaklaşık beşte ikisi (%39,6) nadiren-özel günlerde kullandığını, %7,4'ü ise daha sık kullandığını belirtmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan hastalarda şimdiye kadar hiç alkol kullanmayan hastaların yüzdesi (%48,4) sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı (%63,8) ve yetersiz (%69,2) olan hastaların yüzdelere göre daha düşük bulunmuştur. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcıların büyük çoğunluğunun (%82) son bir ay içerisinde alkol alma davranışında bulunmadığı, son bir ay içerisinde alkol alma davranışında bulunan katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalamasının ( $32,3 \pm 0,33$ ) alkol alma davranışında bulunmayan katılımcıların ortalamasından ( $29,9 \pm 0,17$ ) daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p < 0,001$ ). Belirtilen çalışmalarla bu çalışmanın bulgularının bezer olduğu söylenebilir. Yılmazel'in (2014) çalışmasında katılımcıların dörtte üçünden fazlası (%76,2) alkol kullanmadığını belirtmiştir. Belirtilen çalışmada katılımcıların

sağlık okuryazarlığı düzeyine göre alkol kullanma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çimen (2015) tarafından yapılan çalışmada hastaların yaklaşık üçte biri (%32,5) alkol kullandığını, alkol kullanan hastaların yarıdan fazlası (%55,8) ise haftada 2 günden daha az kullandığını belirtmiştir. Belirtilen çalışmada hastaların alkol kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı puanı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada, bu çalışmadan farklı olarak katılımcıların yaklaşık üçte ikisinin (%64,1) son 12 ay içinde alkol alma davranışında bulunduğu, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı artıçça alkol kullanma davranışında bulunma yüzdesinin arttığı, genel sağlık okuryazarlığı ile alkol kullanma durumu arasında pozitif yönde bir ilişkinin ( $r= 0,065$ ;  $p<0,01$ ) olduğu görülmüştür. Liu ve diğerlerinin (2015) çalışmasında günlük alkol kullanmayanların sağlık okuryazarlığı puanı ( $79.26\pm 32.35$ ) günlük kullananların puanından ( $70.32\pm 27.32$ ) daha yüksek bulunmuştur ( $t=4,328$ ;  $p=0,001$ ). Suka ve diğerlerinin (2015) çalışmasında da benzer şekilde günlük alkol kullanmayanların sağlık okuryazarlığı puanı ortalaması ( $51,3\pm 6,7$ ) günlük alkol kullananların ortalamasından ( $49,2\pm 7,2$ ) daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Belirtilen çalışmaların bulgularının bu çalışmayla benzer tarafları olduğu gibi farklı taraflar da mevcuttur. Çalışmada kontrol değişkenlerinin varlığında bile hastaların alkol kullanma davranışında bulunma olasılığını sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutlarının indeks puanlarındaki artışın artırdığı belirtilmiştir. Çalışmada alkol kullanan hastaların %65'i sağlık bilgisine ulaşmada interneti kullanmakta, %70'inin eğitim düzeyi üniversite, %45'inin hanehalkı geliri 4001 ve üzeri TL, yaş ortalaması ise 45'tir. Alkol kullanmayan hastaların ise %41'i sağlık bilgisine ulaşmada interneti kullanmakta, %30'unun eğitim düzeyi üniversite, %18'inin hanehalkı geliri 4001 ve üstü TL, yaş ortalaması ise 52'dir. Alkol kullanan ve kullanmayan hastalar arasındaki bu değerler karşılaştırıldığında aralarındaki farkların tamamı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Dolayısıyla, sağlık bilgisine ulaşmada interneti daha çok kullanan, eğitim düzeyi ve geliri daha yüksek, yaşı daha küçük olan bu hastaların (son bir ay içerisinde alkol kullanma davranışında bulunan hastaların) sağlık hizmeti ve hastalıktan korunmayla ilgili bilgilere erişimleri daha kolay olabileceğinden, bu iki alt-boyutun indeks puanlarındaki artışın hastaların alkol kullanma davranışında bulunma olasılığını artırmada etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmada, hastaların üçte ikisi (%66,2) diyet uygulamadığını bildirmiş, BKİ ölçüsünün ortalaması  $26,9 \pm 5,2$  bulunmuş ve BKİ ölçüsü nitelendirmesine göre yaklaşık üçte ikisi (%63,5) fazla kilolu (%38,1) veya obez (%25,4) kategorisinde yer almıştır. Çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre diyet uygulama durumları arasında anlamlı fark bulunmazken sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ve mükemmel olan hastaların BKİ ölçüsü ortalaması ve obez olma yüzdesi daha düşük bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastaların BKİ ölçüsü ortalaması daha yüksek olduğundan bu hastalarda obezlerin yüzdesi de doğal olarak daha fazla olmuştur. Çalışmada genel sağlık okuryazarlığının hastaların diyet uygulama durumu üzerine etkisi anlamsız bulunmuş, BKİ ölçüsü üzerine etkisi ise anlamlı bulunmuş, ancak kontrol değişkenlerinin varlığında bu etki anlamsız olmuştur. Kontrol değişkenlerine göre hastaların medeni durumunun bekar olması, yüzme, toplu spor veya spor salonunda egzersiz türlerin en az birini yapması, hipertansiyon ve romatolojik hastalıklarının olmamasının onların BKİ ölçüsünün daha düşük olması üzerine anlamlı etkisi vardır ( $p < 0,05$ ). Dolayısıyla, belirtilen bu değişkenler ve diğer kontrol değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığının BKİ ölçüsü üzerindeki etkisi kaybolmaktadır (EK 5.9). Kontrol değişkenlerinin varlığında, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun diyet uygulama durumu ve BKİ ölçüsü üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuş, bu alt-boyuttaki artışın hastaların diyet uygulama davranışında bulunma olasılığını arttırdığı, BKİ ölçüsünde ise düşüşe neden olduğu görülmüştür. Özellikle, yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz gibi sağlık ve iyiliğe etki eden yaşam koşullarını değiştirebilme, istendiğinde bir spor kulübü veya egzersiz grubuna katılabilme, sağlığı iyileştirebilecek kararlar verebilme becerilerinin sorulduğu sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutundaki artışın hastaların diyet uygulama davranışında bulunma olasılığını artırması ve BKİ ölçüsünde düşüşe neden olması beklenen bir durumdur.

Üçpunar'ın (2014) çalışmasında, bu çalışmaya göre normal kilolu-zayıf hastaların yüzdesi (%49,0) daha fazla iken obezlerin yüzdesi (%9,4) çok daha düşüktür. Böyle bir sonucun bulunmasında, belirtilen çalışmaya göre bu çalışmadaki 50 yaş ve üzeri hasta sayısının oldukça fazla olması etkili olmuş olabilir. Bu çalışmada, yaş ile BKİ ölçüsü arasında pozitif yönde ilişki ( $r=0,347$ ;  $p < 0,001$ ) olduğu görülmüştür. Sezer'in (2012) çalışmasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği'nin beslenme alt boyutu ile sağlık



okuryazarlığı arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,21$ ;  $p<0,01$ ). HLS–EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada, bu çalışmadan daha az olmakla birlikte katılımcıların yaklaşık beşte üçünün (%59,6) fazla kilolu (%33,9) veya obez (%25,7) kategorisinde yer aldığı, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı arttıkça fazla kilolu ve obez olma yüzdelerinin azaldığı, genel sağlık okuryazarlığının artışı ile BKİ ölçüsünün artışı arasında negatif yönde bir ilişkinin ( $r= -0,066$ ;  $p<0,05$ ) olduğu, ülkeler bazında değerlendirme yapıldığında ise bu ilişkinin Avusturya’da en yüksek ( $r= -0,127$ ;  $p<0,05$ ) olduğu görülmüştür. James ve diğerlerinin (2015) çalışmasında sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan kadınların BKİ ölçüsü ( $30,97\pm 7,85$ ) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan kadınların BKİ ölçüsünden ( $29,23\pm 7,07$ ) daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Aynı çalışmada, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan kadınların sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan kadınlara göre daha fazla egzersiz yaparak kilo vermeye çalışma olasılığı daha yüksek bulunmuştur ( $OR=2,17$ ;  $p<0,002$ ). Toçi ve diğerlerinin (2014a) çalışmasında genel sağlık okuryazarlığı indeksinin artışı ile BKİ ölçüsünün artışı arasında negatif yönde bir ilişki ( $r= -0,292$ ;  $p<0,05$ ) bulunmuştur. Aynı çalışmada yapılan ikili (binary) lojistik regresyon analizi sonucunda, normal kilolulara göre yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olma olasılığı; fazla kiloluların 2,06 (%95 GA 1,14-3,17;  $p=0,016$ ) kat, obezlerin 2,28 (%95 GA 1,13-4,59;  $p=0,021$ ) kat daha yüksek bulunmuştur. Belirtilen çalışmalarla bu çalışmanın bulgularının benzer olduğu söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığı ile BKİ ölçüsünün ilişkili olmadığı gösteren çalışmalar az da olsa mevcuttur. Çimen (2015) tarafından yapılan çalışmada BKİ ölçüsü nitelendirmesine göre hastaların yarıya yakınının (%43,4) zayıf, üçte birinin (%34,0) orta, beşte birinden fazlasının (%22,0) şişman ve sadece %0,6’sının da aşırı şişman veya obez kategorisinde yer aldığı görülmüştür. Belirtilen çalışmada zayıf kategorisinin oldukça fazla çıkmasında, araştırmanın hastanede yatan, genel sağlık durumu daha ağır ve sadece 65 yaş ve üzeri hastalara yapılmasının etkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmada hastaların BKİ ölçüsü kategorilerine göre sağlık okuryazarlığı puanı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Macabasco-O’Connell ve diğerlerinin (2011) çalışmasında bu çalışmadan farklı olarak hastaların BKİ ölçüsü ortalaması ( $33,1\pm 8,9$ ) daha yüksek bulunmuş, sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ( $33,1\pm 8,9$ ) ve yetersiz

(33,1±8,8) olan hastaların BKİ ölçüsü ortalamalarının ise aynı olduğu ve aralarında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür (p=0,99).

Çalışmada hastaların yaklaşık üçte ikisi (%60,9) hiçbir zaman doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanmadığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ise doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmada, kontrol değişkenlerinin varlığında sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının indeks puanlarındaki artışın hastaların hiçbir zaman doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanmama olasılığını artırdığı görülmüştür. Dolayısıyla, hastaların hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında sağlık bilgisini uygulama becerilerinin yüksek olmasının onların hiçbir zaman doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanmama olasılığını artırmada etkili olduğu görülmektedir.

Çalışmada hastaların büyük çoğunluğu (%82,8) çevre tavsiyesiyle hiçbir zaman ilaç kullanmadığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ve mükemmel olan hastaların çevre tavsiyesiyle hiçbir zaman ilaç kullanmama yüzdesinin daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0,060). Kontrol değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın hastaların hiçbir zaman çevre tavsiyesiyle ilaç kullanmama olasılığını artırdığı görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastaların sağlık bilgisine nereden ve nasıl erişileceğini, doktor tavsiyesi olmadan çevredekilerin tavsiyesiyle ilaç kullanmanın zararlı olabileceğini bilmesi onların hiçbir zaman çevre tavsiyesiyle ilaç kullanmamasında etkili olmuş olabilir.

Hastaların yaklaşık üçte ikisi (%65,3) hiçbir zaman kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanmadığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ise kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada, kontrol değişkenlerinin varlığında hastaların hiçbir zaman kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanmama olasılığını, sağlığın hizmeti-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanlarındaki artışın azalttığı, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanlarındaki artışın ise artırdığı görülmüştür. Sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama alt-boyutunun maddelerinin bir tanesinde hastaların ilacın prospektüsündeki bilgileri anlama durumu sorulmuştur. Hastaların ilacın prospektüsündeki bilgiyi iyi derecede anladığını düşünmesi onların kendi bilgisine

dayanarak ilaç kullanma davranışında bulunma olasılığını artırmada etkili olmuş olabilir. Sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun maddelerinin bir tanesinde ise hastaların sağlığını iyileştirecek kararları verebilme becerisi sorulmuştur. Dolayısıyla, hastaların kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanmanın sağlığına zararlı olabileceğini düşünmesi, onların hiçbir zaman kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanmama olasılığını artırmada etkili olmuş olabilir.

Çalışmada hastaların yarısından fazlası (%54,7) (doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz) eczaneye danışarak hiçbir zaman ilaç kullanmadığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastaların eczaneye danışarak daha az ilaç kullandığı görülmüştür. Çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın hastaların hiçbir zaman eczaneye danışarak ilaç kullanmama olasılığını azalttığı, ancak kontrol değişkenlerinin varlığında bu etkinin anlamsız olduğu görülmüştür. Kontrol değişkenlerine göre il merkezinde yaşayan hastaların hiçbir zaman eczaneye danışarak ilaç kullanmama olasılıkları daha yüksektir. Ayrıca hastaların genel sağlık durumu algısı kötüye doğru gittikçe hiçbir zaman eczaneye danışarak ilaç kullanmama olasılıkları düşmektedir ( $p<0,05$ ). Dolayısıyla, belirtilen bu değişkenler ve diğer kontrol değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığının hastaların hiçbir zaman eczaneye danışarak ilaç kullanmama durumları üzerindeki etkisi kaybolmaktadır (EK 5.17). Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan ise kontrol değişkenlerinin varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutunun indeks puanındaki artışın bu olasılığı azalttığı, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutunun indeks puanındaki artışın ise artırdığı görülmüştür. Genel bir değerlendirme yapılacak olursa, sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastaların özellikle ilaç prospektüslerini ve eczacıların talimatlarını anlama ve uygulama becerileri ile genel sağlık okuryazarlığı becerilerini yüksek olması, onların (doktor tavsiyesi olmadan) eczaneye danışarak ilaç kullanmasını artırmada etkili olmuş olabilir.

Hastaların büyük çoğunluğu (%91,1) hiçbir zaman internetten araştırarak ilaç kullanmadığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ise internetten araştırarak ilaç kullanma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmada, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki artışın hastaların hiçbir zaman internetten araştırarak ilaç kullanmama olasılığını artırdığı, ancak kontrol

değişkenlerinin varlığında bu etkinin anlamsız olduğu görülmüştür. Kontrol değişkenlerinden en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak interneti algılayan, diyabet ve astım hastalığı olan hastaların hiçbir zaman internetten araştırarak ilaç kullanmama olasılıkları daha düşüktür ( $p<0,05$ ), yani bu hastalar internetten araştırarak daha fazla ilaç kullanmaktadır. Dolayısıyla bu değişkenler ve diğer kontrol değişkenlerinin varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun etkisi kaybolmaktadır (EK 5.20) Her ne kadar bu etki kontrol değişkenlerinin varlığında kaybolsa da hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun sorularının bir tanesinde hastaların internetin de dahil olduğu medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendilerini nasıl koruyacakları sorulmuştur. Dolayısıyla hastaların internetin de dahil olduğu medyadaki bilgileri iyi derecede anlaması ve kendilerini onlardan nasıl koruyacağını bilmesi, onların hiçbir zaman internetten araştırarak ilaç kullanmama olasılığını artırmada etkili olmuş olabilir.

Hastaların yaklaşık dörtte üçü (%73,4) hiçbir zaman kendine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına tavsiye etmediğini belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ise kendine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına tavsiye etme durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmada, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki artışın hastaların hiçbir zaman kendine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına tavsiye etmeme olasılığını artırdığı, kontrol değişkenlerinin varlığında bile bu etkinin benzer şekilde devam ettiği görülmüştür. Hastalıklardan kendini nasıl koruyabileceği değerlendirebilen hastalar, başkalarının da hastalıklardan nasıl korunabileceğini değerlendirebilirler. Dolayısıyla hastaların kendisine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacın başkasında aynı etkiyi göstermeyebileceğini, hatta başkasına zarar bile verebileceğini bilmesi, onların kendine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı hiçbir zaman başkasına tavsiye etmeme olasılığını artırmada etkili olmuş olabilir.

Hastaların dörtte üçü (%74,9) her zaman evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat ettiğini belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe evdeki ilaçların son kullanma tarihine her zaman dikkat etme yüzdelerinin de arttığı görülmüştür. Çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın hastaların evdeki ilaçların son kullanma tarihine her zaman dikkat etme olasılığını artırdığı, kontrol değişkenlerinin varlığında

bile bu etkinin benzer şekilde devam ettiği görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan hastaların genel sağlık okuryazarlığı becerileri yani sağlık bilgisine erişim, sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerinin yüksek olmasının onların ilaçların son kullanma tarihini her zaman kontrol etmesinde etkili olduğu söylenebilir.

Hastaların beşte dördünden fazlası (%84,5) ilaçlarını her zaman doktorunun önerdiği miktarda kullandığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ise ilaçları doktorunun önerdiği miktarda kullanma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı ( $p=0,054$ ) ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanlarındaki artışın hastaların ilaçlarını her zaman doktorunun önerdiği miktarda kullanma olasılığını artırırken sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki artışın bu olasılığı düşürdüğü, kontrol değişkenlerinin varlığında bile bu etkilerin benzer şekilde devam ettiği görülmüştür. Sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutunun etkisinin negatif olmasında, bu alt-boyutun diğer alt-boyutlarla aralarındaki korelasyon katsayılarının genel olarak yüksek olması etkili olmuş olabilir. Genel bir yorum yapılacak olursa, hastaların başta hastalıktan korunma alanında sağlık bilgisini uygulama becerilerinin ve genel sağlık okuryazarlığı becerilerinin yüksek olmasının onların ilaçlarını her zaman doktorlarının önerdiği miktarda kullanma olasılığını artırmada etkili olduğu söylenebilir.

Hastaların beşte dördünden fazlası (%82,1) ilaçlarını her zaman doktorunun önerdiği süreye uygun şekilde kullandığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ise ilaçları doktorunun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanlarındaki artışın hastaların ilaçlarını her zaman doktorunun önerdiği süreye uygun şekilde kullanma olasılığını artırırken hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki artışın bu olasılığı düşürdüğü, kontrol değişkenlerinin varlığında bile bu etkilerin benzer şekilde devam ettiği görülmüştür. Hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutunun negatif yönde etki yapmasında, bu alt-boyutta ilaç kullanım alışkanlığıyla ilgili doğrudan hiçbir maddenin bulunmamasının etkili olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, sağlık

okuryazarlığının allt-boyutları arasındaki bazı korelasyonların yüksek olmasından dolayı da böyle bir sonuç bulunmuş olabilir. Sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama alt-boyutunda ise hastaların doktorun ne söylediğini anlama, ilacın prospektüsünü anlama ve reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacının tarifini anlama gibi becerileri sorulmuştur. Dolayısıyla, hastaların özellikle doktorun ne söylediğini, ilacın prospektüsünü, doktor ya da eczacının ilaç kullanmayla ilgili talimatlarını iyi derecede anlamasının ve genel sağlık okuryazarlığı becerilerinin yüksek olmasının onların ilaçlarını her zaman doktorlarının önerdiği süreye uygun şekilde kullanma olasılığını artırmada etkili olduğu söylenebilir.

Durusu-Tanrıöver ve diğerleri (2014) tarafından yapılan çalışmadaki ilaç kullanım alışkanlıkları bu çalışmayla karşılaştırıldığında, belirtilen çalışmada katılımcıların; doktor tavsiyesi olmadan (%48,3), kendi ilaç bilgisine dayanarak (%45,4), eczaneye danışarak (%46,2), çevre tavsiyesiyle (%65,1) ve internetten araştırarak (%81,4) hiçbir zaman ilaç kullanmama yüzdeleri ile kendisine iyi gelen bir ilacı başkasına hiçbir zaman tavsiye etmeme (%52,3), evdeki ilaçların son kullanma tarihlerine her zaman dikkat etme (%60,4), ilaçlarını her zaman doktorunun önerdiği miktarda (%67,8) ve önerdiği süreye uygun şekilde kullanma (%63,5) yüzdelerinin tamamının daha düşük olduğu, dolayısıyla ilaç kullanım alışkanlıkları ile ilgili davranışlarının daha kötü olduğu görülmektedir. Böyle bir sonucun bulunmasında, bu çalışmanın kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılmasının etkisi olmuş olabilir. Bütün hastalıklarda önemli olmakla beraber kalp hastaları için ilaç kullanım alışkanlıklarının doğru olması daha da önemli olabilmektedir. Kalp hastalarının kullandığı bazı ilaçlar (tansiyon ilaçları, pıhtılaşmayı önleyen ilaçlar vb.) çok fazla kullanıldığında veya hiç kullanılmadığında ölüme varacak kadar hastaya ciddi zararlar vermeye sonuçlanabilmektedir (Medimagazin, 2018).

Aslantekin (2011) tarafından yapılan çalışmada, hastaların %90,2'si ilaçlarını düzenli saatlerde aldığını, %83,1'i doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapmadığını belirtmiştir. Aslantekin (2011) tarafından yapılan çalışmada ilaçların üzerinde yazılı olan "3x1" ifadesine hastaların üçte ikisi (%66,1) doğru cevap verebilmiştir. Bu soruya yaşı daha küçük, kent merkezinde yaşayan, eğitim düzeyi ve geliri daha yüksek olan hastaların doğru cevap verme yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur. Belirtilen çalışmada

bu sorunun cevabını bilenlerin diyabet bilgi puanı ( $10,3\pm 2,9$ ) bilmeyenlerin puanından ( $7,5\pm 2,9$ ) daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Filiz tarafından (2015) aile sağlığı merkezine başvuran 133 gebe ve 133 gebe olmayan hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, her iki grupta hastaların %74'ü eczacının ilaç tariflerini anladığını; ilaç prospektüslerini gebe olmayanların %37,6'sı, gebelerin ise %48,1'i anladığını; ilaç dozunu gebe olmayanların %36,1'i, gebelerin ise %36,8'i hesaplayabildiğini belirtmiştir.

Üçpunar'ın (2014) çalışmasında hastaların dörtte üçünden fazlası (%77,4) ilaçlarını her zaman veya sıklıkla düzgün kullandığını, yaklaşık her 10 hastadan 7'si (%70,5) ilaçların prospektüsünü her zaman veya sıklıkla okuduğunu, hastaların nerdeyse yarısı ise (%51,0) okuduğu ilacın prospektüsünü her zaman veya sıklıkla anladığını belirtmiştir. Hastaların her zaman veya sıklıkla; ilaçlarını düzgün kullanma, ilaçların prospektüsünü okuma ve okuduğu ilacın prospektüsünü anlama yüzdeleri, sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı ve yetersiz olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Topuz (2016) tarafından yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin büyük çoğunluğu (%88,7) çocuklarına verdikleri ilaçların prospektüsünü okuduğunu, yarıdan fazlası (%58,5) ilaçları tam saatinde verdiğini, dörtte üçü (75,5) ilacı doktorun tavsiye ettiği süre kadar kullandığını, onda biri (%10,4) büyüklerin ilaçlarından küçük dozlar halinde bebeklerine içirdiğini belirtmiştir. Çalışmada ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı ile ilaç hataları arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu ( $r= -0,286$ ;  $p=0,003$ ) görülmüştür. Yılmazel'in (2014) çalışmasında hipertansiyonu olan katılımcıların nerdeyse tamamı (%94,9) ilaçların prospektüsündeki bilgileri okuduğunu belirtirken sadece yarısından biraz fazlası (%56,4) bu bilgileri anlayabildiğini belirtmiştir.

Williams ve diğerleri (1998) tarafından REALM ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada, yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi ile yanlış hastalık bilgisi ve ölçülü doz inhaler astım ilaçlarının yanlış kullanımı arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Berkman ve diğerlerinin (2011) çalışmasında düşük sağlık okuryazarlığı ile uygun ilaç kullanım düzeyinin daha düşük olması ve ilaç etiketlerini yorumlayabilme kabiliyetinin düşük olmasının ilişkili olduğu bulunmuştur. Londoño ve Schulz (2015) tarafından yapılan bir

çalışmada, astım hastalarının değerlendirme becerisindeki artışın ilaçları doğru kullanma, zamanında doktora gitme ve kontrollerini yaptırmayı kapsayan hastalık yönetiminde başarıyı artırdığı görülmüştür ( $\beta = 2.28, p < 0.001$ ).

O’Conor ve diğerleri (2015) tarafından ABD’de yaşayan 60 yaş ve üzeri 425 astım hastası üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların sadece üçte birinden fazlası (%38) ilaçlarını reçete edildiği gibi kullandığını belirtmiş, %53’ü ölçülü doz inhaler (metered-dose inhaler) tekniğinin, %38’i de kuru toz inhaler (dry powder inhaler) tekniğinin kullanımını doğru gösterebilmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastaların yeterli olan hastalara göre; ilaçları reçete edildiği gibi kullanmama olasılığı 2,3 (%95 GA 1,29-4,08;  $p < 0,05$ ) kat, ölçülü doz inhaler tekniğini yanlış kullanma olasılığı 1,64 (%95 GA 1,01-2,65;  $p < 0,05$ ) kat, kuru toz inhaler tekniğini yanlış kullanma olasılığı ise 3,51 (%95 GA 1,81-6,83;  $p < 0,05$ ) kat daha yüksek bulunmuştur.

Macabasco-O’Connell ve diğerlerinin (2011) kalp yetmezliği olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada “Size herhangi biri tablet şeklinde aldığınız ilaçların sayısının değişimiyle ilgili bir şey öğretti mi” sorusuna hastaların %41 evet derken, bu yüzdenin sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olanlarda (%45) yetersiz olanlara (%34) göre daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p < 0,001$ ). Aynı çalışmada “İhtiyaç halinde tablet şeklinde aldığınız ilaçların sayısını değiştirir misiniz?” sorusuna, hastaların %40’ı evet derken bu soruya sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan hastaların %47’si, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastaların ise %28’i evet demiştir ( $p < 0,001$ ). “Ağırlığınız 4 kilogram (kg) birden artarsa ne yaparsınız?” sorusunun kabul edilebilir cevapları; tuzu kesmek, fazladan bir idrar söktürücü hap almak veya sağlık hizmeti sunucusunu aramak şeklinde belirlenmiştir. Bu soruya belirtilen üç cevaptan en az birini veren hastaların yüzdesi %64 iken, bu yüzdenin sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan hastalarda (%73), sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalara göre (%49) daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p < 0,001$ ).

ABD’de 2003’te ulusal düzeyde yapılan bir araştırmada, katılımcıların %30’u reçete edilenden daha az ilaç kullandığını, %26’sı reçete yazdırmayı ertelediğini, %14’ü ilaç dozunu kendi kendilerine azalttığını belirtmiştir. Araştırmalar Amerikalıların sadece %50-60’ının ilaçlarını uygun şekilde almaya bağlı olduğunu göstermektedir. İlaçların uygun şekilde alınmamasının, özellikle de kronik hastalıkların yönetiminde, bir halk



sağlığı sorunu olduğu bildirilmiş ve bunun ABD'ye yıllık maliyetinin 100 milyar dolar olduğu, ABD'deki hastane yatışlarının ise %10'undan sorumlu olduğu tahmin edilmiştir (Kripalani vd., 2006, s.852). Kripalani ve diğerleri (2006) tarafından ABD'de koroner kalp hastalığı olan 152 Afrika kökenli Amerikan vatandaşı üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların yaklaşık yarısının yetersiz (%50,7), dörtte birinden fazlasının marjinal (%28,9) ve sadece beşte birinin yeterli (%20,4) okuryazarlık düzeyinde olduğu görülmüştür. Çalışmada, hastalara kullandıkları bir ilacın jenerik adı sorularak bunun marka adını söylemeleri, ilaç kutusunu açmaları, uygun ilaç dozunu seçmeleri ve bu ilaç dozlarının uygun zamanını belirlemeleri istenmiştir. Bunu yaparken de isterlerse ilaç şişelerine, kutularına ve etiketlerine bakmalarına izin verilmiştir. Hastaların %85'i ilaçların jenerik adına karşılık marka adını doğru söylemiş, %99,7'si ilaçları doğru açmış, %97,0'ı ilaç dozunu doğru seçmiş ve %95,2'si de ilaç dozunun zamanını doğru söylemiştir. Hastaların okuryazarlık düzeyine göre ilaç kutusunu açma, uygun dozu seçme ve ilaç dozunun uygun zamanını belirleme yüzdeleri arasında anlamlı fark bulunmazken, ilacın jenerik adına karşılık marka adını doğru söyleme yüzdeleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Okuryazarlık düzeyi marjinal (%92) ve yeterli (%99,2) olan hastaların ilacın jenerik adına karşılık marka adını doğru söyleme yüzdeleri okuryazarlık düzeyi yetersiz (%76,9) olan hastaların yüzdesinden daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Belirtilen çalışmada okuryazarlık düzeyi; yetersiz olan hastaların yarısından fazlası (%57), marjinal olan hastaların dörtte biri (%25), yeterli olan hastaların ise sadece %7'si kullandıkları bütün ilaçları doğru şekilde tanımlayamamıştır.

Bu çalışma ve diğer çalışma sonuçlarının bulguları uyumlu olup genel bir değerlendirme yapıldığında, başta ilaç kullanımıyla ilgili bilgilere erişim, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama becerisi olmak üzere sağlık okuryazarlığı becerileri genel olarak daha yüksek kişilerin ilaç kullanım alışkanlıklarıyla ilgili daha doğru ve uygun davranışlar sergilediği söylenebilir.

Hastaların neredeyse tamamı (%97,4) sağlık bilgisine ulaşmada doktoru kullanmaktadır. Hastaların %40'ından fazlasının sağlık bilgisine ulaşmada sıklıkla kullandığı kaynaklar televizyon (%46,7), internet (%45,0) ve eczacıdır (%42,7). Hastaların yaklaşık dörtte biri sağlık bilgisine ulaşmada gazete-dergi (%26,7) ve hemşireyi (%26,3), yaklaşık beşte biri ise radyo (%18,0) ve diğer sağlık çalışanlarını (%19,1) kullandığını

belirtmiştir. Çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık bilgisine ulaşmada televizyonu ve doktoru kullanma durumları arasında anlamlı fark bulunmazken, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastaların radyo, gazete-dergi, internet, hemşire, eczacı ve diğer sağlık çalışanlarını daha az kullandığı görülmüştür.

Hastalara göre sağlık bilgisine ulaşmada en önemli bilgi kaynağı olarak birinci sırada doktor (%87,1) yer almaktadır. Çalışmada, kontrol değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak doktorun algılanması üzerine etkisi anlamsız bulunmuştur. Böyle bir sonucun bulunmasında, sağlık bilgisine ulaşmada en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak doktoru algılayan hastaların yüzdesinin çok yüksek olması (%87,1) etkili olmuş olabilir.

Hastalara göre sağlık bilgisine ulaşmada en önemli bilgi kaynağı olarak internetin algılanması ikinci sırada (%9,3) yer almaktadır. Çalışmada genel sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanlarındaki artışın hastaların en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak interneti algılaması olasılığını artırdığı, ancak kontrol değişkenlerinin varlığında bu etkilerin anlamsız olduğu görülmüştür. Kontrol değişkenlerinden en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak internetin algılanması üzerine yaş ve hanehalkı geliri değişkenlerinin etkisi anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Bu sonuçlara göre yaşın artmasıyla birlikte hastaların en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak interneti algılama olasılığı düşmektedir. Hanehalkı geliri arttığında ise bu olasılık yükselmektedir (EK 5.31 ve EK 5.32). Dolayısıyla, belirtilen bu değişkenler ve diğer kontrol değişkenlerine göre düzeltme yapıldığında genel sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun etkisi anlamsız hale gelmiştir. Çalışmada, ayrıca eğitim düzeyi üniversite olan hastaların %15'i, yaşı 30 ve altı olan hastaların %28'i, istihdam durumu öğrenci olan hastaların %32'si, hanehalkı geliri 4001 TL ve üzeri olan hastaların %17'sinin en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak interneti algıladığı görülmüştür. Diğer gruplarda bu yüzdeler çok daha düşüktür. Örneğin, eğitim düzeyi temel eğitimden yoksun olan hastaların %2'si, yaşı 71 ve üstü olan hastaların hiçbiri (%0), çalışmayan ve hanehalkı geliri 1000TL ve altı olan hastaların ise sadece %4'ü sağlık bilgisine ulaşmada en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak interneti algılamaktadır. Hastaların özelliklerinden eğitim düzeyi, yaş, istihdam durumu ve

hanehalkı geliri değişkenlerine göre internetin en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak algılanması durumu karşılaştırıldığında, bütün özelliklerde gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Eğitim düzeyi ve hanehalkı geliri daha yüksek, yaşı daha küçük, istihdam durumu öğrenci olan hastaların sağlık bilgisine ulaşmada interneti daha çok kullandıkları düşünüldüğünde, her ne kadar kontrol değişkenlerin varlığında genel sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun etkisi anlamsız bulunsa da, bu özelliklere sahip hastaların sağlık okuryazarlığı daha yüksek olduğundan, genel sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun hastaların en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak interneti algılanması olasılığını arttırmada etkili olabileceğini söyleyebiliriz.

Çalışmada hastaların sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı bilgi kaynakları sayısının ortalaması  $3,2\pm 2,3$  bulunurken yarıdan fazlasının (%51,2) sağlık bilgisine ulaşmada sadece bir veya iki kaynak, üçte birinin (%33,1) ise dört ve üzeri kaynak kullandığı görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların diğer sağlık okuryazarlığı düzeyindeki hastalara göre sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı bilgi kaynağı sayısı daha düşük bulunmuştur. Genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan bilgi kaynağı sayısında artışa neden olduğu, ancak kontrol değişkenlerinin varlığında bu etkinin anlamsız olduğu görülmüştür. Kontrol değişkenlerinden cinsiyeti erkek, yaşı daha büyük, istihdam durumu çalışmayan ( $p=0,07$ ) ve sosyal statü algısı daha düşük olan hastaların sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı bilgi kaynağı sayısı daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Dolayısıyla, belirtilen bu değişkenler ve diğer kontrol değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığının sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan bilgi kaynağı sayısı üzerindeki etkisi kaybolmaktadır (EK 5.33). Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutundan hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama alt-boyutunun indeks puanındaki artışın hastaların sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı bilgi kaynağının sayısında artışa neden olurken hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarındaki artışın ise bu sayının düşüşüne neden olduğu, bu etkilerin kontrol değişkenlerinin varlığında bile benzer şekilde anlamlı olduğu görülmüştür. Belirtilen iki alt-boyutun negatif yönde etki yapmasında, sağlık okuryazarlığının alt-boyutları arasındaki bazı yüksek korelasyonların varlığı etkili

olmuş olabilir. Sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutunun indeks puanındaki artışın hastaların sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı bilgi kaynağının sayısında artışa neden olurken bu etkinin kontrol değişkenlerinin varlığında anlamsız olduğu; sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutunun indeks puanındaki artışın ise anlamlı hale gelerek bu alt-boyutun indeks puanındaki artışın hastaların sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı bilgi kaynağının sayısında artışa neden olduğu görülmüştür. Genel bir değerlendirme yapıldığında, sağlık okuryazarlığındaki artışın sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan bilgi kaynağı sayısında artışa neden olduğu söylenebilir.

Üçpunar'ın (2014) çalışmasında hastaların sağlıkla ilgili bilgiye erişimde %18,5'i gazeteyi, %9,1'i dergiyi, %56,7'si interneti, %55,2'si radyo ve televizyonu, %23,4'ü kitaplar ve broşürleri, %20,8'i cep telefonunu, %39,9'u aile üyelerini ve arkadaşlarını, %68,4'ü doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarını her zaman veya sıklıkla kullandığını belirtmiştir. Belirtilen çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan hastaların sağlık bilgisine ulaşmada internet ile kitap ve broşürü kullanma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcılara genel olarak sağlık bilgisine ilk olarak nereden ulaştıkları sorulduğunda, katılımcıların yarıdan fazlasının (%57,7) doktor, yaklaşık beşte birinin (%19,9) internet, %10,9'unun da televizyon cevabını verdiği görülmüştür. Belirtilen çalışmaların sonuçları, bu çalışmada hastaların sağlık bilgisine ulaşmada en sık kullandığı ilk üç kaynağın doktor, televizyon ve internet olması bulgusuyla uyumludur.

James ve diğerlerinin (2015) çalışmasında kadınların diyet bilgisine çeşitli kaynaklardan ulaştığı görülmektedir. Bu kaynaklar sırasıyla; televizyon (%48), aile-arkadaş/akraba (%41), kadın dergisi (%37), doktor (%32), internet (%31), diyet kitabı (%27), gazete (%16), diyetisyen (%12) ve hemşiredir (%11). Aynı çalışmada, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan kadınların sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan kadınlara göre diyet bilgisine ulaşmada internete daha çok ( $OR=4,53$ ;  $p<0,001$ ), televizyona ise daha az güvendiği ( $OR=0,59$ ;  $p=0,04$ ) görülmüştür.

Yapılan bir çalışmada web portalının sağlık bilgisiyle ilgilenen veya hastalıkların tedavisi ve sağlıkla ilgili araştırmalar hakkında bilgi sahibi olmak isteyen hastalar ve sağlıklı insanlar için eşsiz bir kaynak olduğu, ayrıca web portalının sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmek isteyen sağlık profesyonelleri ve sağlık eğitimcileri için de

yararlı olduğu ve bu kişilerin hasta hakkında bilgisini geliştirmek istediğinde, kendi materyallerindeki bilgilerin güvenilirliğini kontrol etmek için web portalını kullanabilecekleri belirtilmiştir (Austvoll-Dahlgren ve diğ., 2013, s.290-291).

Gutierrez ve diğerleri (2013) tarafından ABD’de polikliniklere başvuran 498 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada birincil sağlık kaynağı olarak hastaların; %45,6’sı sağlık profesyonellerini, %14,4’ü interneti, %32,6’sı medyayı (gazete, radyo, dergi) ve %7,3’ü aile üyelerini göstermiştir. Sağlık okuryazarlığının; birincil sağlık kaynağı olarak sağlık profesyonellerinin, medyanın ve aile üyelerinin algılanması üzerine etkisi anlamsız bulunurken, internetin algılanması üzerine etkisi anlamlı bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olanların sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastalara göre birincil sağlık kaynağı olarak interneti algılama olasılığı 1,68 (%95 GA 1,51-1,79;  $p<0,05$ ) kat daha yüksek bulunmuştur. Bu katsayının, kontrol değişkenlerinden yaş, cinsiyet ve ırk/etnik kökene göre düzeltme yapıldığında bile anlamlı bulunurken, bu kontrol değişkenlerine eğitim ve gelir eklendiğinde ise anlamsız olduğu görülmüştür.

Liu ve diğerlerinin (2015) çalışmasında sağlık bilgisine ulaşabilme becerisi yeterli olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanı ortalaması ( $84.90\pm 9.45$ ) yetersiz olan katılımcıların ortalamasından ( $67.66\pm 26.73$ ) daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Belirtilen çalışmada katılımcılara sağlık bilgisine ulaşmada 7 adet kaynaktan (hastaneler, eczaneler, sağlık kuruluşları, aile ve arkadaşlar, kitaplar ve dergiler, radyo ve televizyon, internet) hangilerini kullandıkları sorulmuştur. Sağlık okuryazarlığı puanı ortalaması; bu kaynaklardan hiçbirini kullanmayanların  $60.58\pm 25.70$ , 1 tanesini kullananların  $65.67\pm 28.12$ , 2 tanesinin kullananların  $73.49\pm 24.85$ , 3 tanesini kullananların  $86.33\pm 28.83$ , 4 tanesini kullananların  $98.68\pm 30.95$  bulunmuş olup kullanılan kaynak sayısı arttıkça sağlık okuryazarlığı puanı ortalamasının da arttığı görülmüştür ( $p=0,001$ ).

Suka ve diğerlerinin (2015) çalışmasında benzer şekilde sağlık bilgisine ulaşabilme becerisi yeterli olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanı ortalaması ( $5,1\pm 6,6$ ) yetersiz olan katılımcıların ortalamasından ( $48,8\pm 6,8$ ) daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Belirtilen çalışmada hastaların sağlık bilgisine ulaşmada 6 adet kaynaktan (hastaneler, eczaneler, sağlık kuruluşları, aile ve arkadaşlar, kitaplar ve dergiler, internet) hangilerini kullandıkları sorulmuş ve kullanılan kaynak sayısı arttıkça sağlık

okuryazarlığı skoru ortalamasının da arttığı (hiçbir kaynak kullanmayanlarınki  $45,6 \pm 8,0$ ; 6 kaynak kullananlarınki  $53,2 \pm 7,2$ ) görülmüştür ( $p < 0,001$ ).

Belirtilen çalışmalarla bu çalışmanın bulguları uyumludur. Çalışmada, sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan bilgi kaynakları sayısının artışının; sağlık bilgisine erişim süreci ( $r=0,224$ ;  $p < 0,001$ ) ile sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim ( $r=0,224$ ;  $p < 0,001$ ), hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim ( $r=0,224$ ;  $p < 0,001$ ) ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim ( $r=0,224$ ;  $p < 0,001$ ) alt-boyutlarının indeks puanının artışı arasındaki ilişkilerin tamamının pozitif yönde olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişiler daha önce de belirtildiği gibi genellikle daha eğitilmiş, gelir seviyesi daha yüksek ve interneti daha fazla kullanan kişilerdir. Dolayısıyla belirtilen bu özelliklere, sağlık bilgisine erişim becerisine ve daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin sağlıkla ilgili bilgilere erişim imkanları daha iyi olduğundan, sağlık okuryazarlığı yükseldikçe sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan kaynakların çeşitliliği ve sayısı da artmaktadır.

Çalışmada genel sağlık durumunu hastaların üçte birinden fazlası (%36,2) iyi olarak algılamakta sadece %13,6'sı kötü olarak algılamıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı ve yetersiz olan hastaların genel sağlık durumunu kötü olarak algılama yüzdelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmada, kontrol değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığı ile hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi- sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının indeks puanlarındaki artışın hastaların genel sağlık durumunu daha kötü olarak algılaması olasılığını düşürdüğü görülmüştür. Hastaların, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarındaki sağlık bilgisini uygulama becerilerinin yüksek olması onların fiziksel açıdan daha iyi olmalarını sağlayacağından, özellikle bu iki alt-boyut ve genel sağlık okuryazarlığı becerilerindeki artışın hastaların genel sağlık durumu algısının daha iyi olmasında etkisinin olduğu söylenebilir.

Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında, genel sağlık durumunu katılımcıların çoğunun iyi (%60,3) olarak algılamakta yaklaşık üçte birinin (%32,9) orta ve çok azının da (%5,8) kötü olarak algıladığı görülmüştür. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların üçte ikisi (%66,9) genel sağlık durumunu iyi olarak algılamakta dörtte biri orta (%24,9), %8,2'si ise kötü olarak

algılamıştır. HLS–EU Consortium (2012) ile Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında, bu çalışmaya göre genel sağlık durumunu iyi olarak algılayanların daha fazla, kötü olarak algılayanların ise daha az olduğu görülmektedir. Bu sonuçta, diğer çalışmaların toplumdan rastgele seçilen (daha çok sağlıklı) kişiler üzerinde yapılırken bu çalışmanın doğrudan hastalar üzerinde yapılmasının etkili olabileceği düşünülmektedir. HLS–EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı arttıkça katılımcıların genel sağlık durumunu daha iyi algıladığı, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı artışı ile genel sağlık durumunun daha kötü değerlendirilmesi (1=çok iyi; 5=çok kötü) arasında negatif yönde bir ilişki ( $r = -0,274$ ;  $p < 0,05$ ) olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada, kontrol değişkenlerinin (uzun dönemli hastalık, yaş, sosyal statü algısı, egzersiz yapma durumu, BKİ ölçüsü, cinsiyet, finansal yoksunluk indeksi, eğitim, NVST skoru, alkol tüketim durumu) varlığında bile genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın katılımcıların genel sağlık durumunu daha kötü algılamasında (1=çok iyi; 5=çok kötü) düşüşe neden olduğu görülmüştür ( $\beta = -0,130$ ;  $p < 0,05$ ). MacLeod ve diğerleri (2017) tarafından tek soruluk “*Tıbbi formları doldurmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?*” şeklindeki sağlık okuryazarlığı ölçeğinin kullanılmasıyla ABD’de yaşayan 65 yaş ve üzeri 3617 hasta ve 3717 sağlıklı kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, her iki grupta da yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan katılımcıların fiziksel sağlığını ve ruhsal sağlığını kötü olarak değerlendirme yüzdesi, sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastaların yüzdesine göre daha düşük bulunmuştur. Çimen (2015) tarafından yapılan çalışmada “genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusuna hastaların yaklaşık dörtte biri (%23,4) iyi veya çok iyi, üçte birinden fazlası (%34,7) orta, yaklaşık beşte ikisi (%41,5) ise kötü veya çok kötü olarak cevap vermiştir. Hastaların genel sağlık durumu algısı çok kötüden çok iyiye doğru gittikçe sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının da arttığı görülmüştür ( $p < 0,001$ ). Üçpunar’ın (2014) çalışmasında, bu çalışmaya göre sağlık durumunu iyi (mükemmel-iyi) olarak belirten hastaların yüzdesi (%63,6) oldukça fazladır. Böyle bir sonucun bulunmasında hastaların özellikleri ve hastalık yapıları etkili olmuş olabilir. Belirtilen çalışmada hastaların yarıdan fazlası (%50,4) tanısı konmuş bir hastalığının olmadığını belirtmiştir. Lee ve diğerlerinin (2015) çalışmasında yaş, eğitim düzeyi, gelir gibi birçok değişkenin olduğu çoklu modelde, genel sağlık durumunun daha iyi algılanmasındaki artışın genel sağlık okuryazarlığında artışa neden olduğu görülmüştür.

Tiller ve diğerkleri (2015) tarafından yapılan araştırmada, sağlık okuryazarlığı indeks puanı ile fiziksel sağlık skoru ve mental sağlık skorunun artışının ilişkili olduğu görülmüştür. Berkman ve diğerklerinin (2011) alışmasında düşük sağlık okuryazarlığı ile sağlık statüsünün zayıf olması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Liu ve diğerklerinin (2015) alışmasında katılımcıların genel sağlık durumu algısı iyi ( $74.86\pm 29.08$ ), orta ( $70.20\pm 28.24$ ) ve kötü ( $68.73\pm 26.59$ ) olarak değerlendirildiğinde, bu algı daha iyi olarak değerlendirildikçe sağlık okuryazarlığı puanının da artığı görülmektedir ( $p=0,003$ ). Benzer şekilde Suka ve diğerklerinin (2015) alışmasında da katılımcıların genel sağlık durumu algısı iyi ( $51,2\pm 6,7$ ), orta ( $50,6\pm 6,9$ ) ve kötü ( $49,6\pm 7,3$ ) olarak değerlendirildiğinde, bu algı daha iyi olarak değerlendirildikçe sağlık okuryazarlığı puanının da artığı görülmektedir ( $p=0,048$ ). Belirtilen çalışmalarla bu çalışmanın bulguları uyumludur.

Çalışmada hastaların %15'i uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığı olmadığını, üçte birinden fazlası (%34,6) bir tane, yarısı (%50,3) ise birden fazla uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığı olduğunu belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastaların birden fazla uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığa sahip olma yüzdesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmada, kontrol değişkenlerinin varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki artışın hastaların uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığının olması olasılığını düşürdüğü görülmüştür. Hastaların hastalıktan korunma alanında sigara içme, düşük fiziksel aktivite yapma, aşırı alkol kullanma, stres, depresyon, aşılama, tarama testleri, fazla kilo, yüksek tansiyon ve kolesterol gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulma becerisinin yüksek olması, onların daha dikkatli davranmasını ve erken önlem almasını sağlayabileceği için bu alt-boyutun indeks puanındaki artışın hastaların uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığının olması olasılığını azaltmada etkisinin olduğu söylenebilir.

Durusu-Tanrıöver ve diğerklerinin (2014) alışmasında katılımcıların beşte üçü (%60,0) uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığı olmadığını, %24,5'i sadece bir tane, %15,5'i ise birden fazla uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığı olduğunu belirtmiştir. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların üçte ikisi (%65,0) uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığı olmadığını; %22,4' sadece bir



tane, %12,7'si birden fazla uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığı olduğunu belirtmiştir. Belirtilen çalışmalarla kıyaslama yapıldığında, bu çalışma doğrudan hastalar üzerinde yapıldığı için uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığı olduğunu belirten hastaların yüzdesi bu çalışmada daha yüksek bulunmuştur. HLS-EU Consortium tarafından yapılan (2012) çalışmada katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı arttıkça uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığı olmaması yüzdelerinin de arttığı, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı artışı ile uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığın olmama durumu (1=evet, birden fazla; 2=evet, bir tane; 3=hiç yok) arasında pozitif yönde bir ilişkinin ( $r=156$ ;  $p<0,05$ ) olduğu görülmüştür.

Çalışmada, hastaların yaklaşık üçte biri (%31,3) sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlamadığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı ve yetersiz olan hastalarda sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini ciddi bir şekilde sınırlama yüzdesi daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın hastaların sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlaması olasılığını azalttığı, ancak bu etkinin kontrol değişkenlerinin varlığında anlamsız olduğu görülmüştür. Kontrol değişkenlerinden sosyal statü algısı, egzersiz türü, alkol kullanma, kalp-damar hastalığı, diğer hastalıklar ve evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme durumu değişkenlerinin hastaların sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlaması üzerine etkisi anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuçlara göre, hastaların sosyal statü algısındaki artış hastaların sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlaması olasılığını azaltmaktadır. Egzersiz türü olarak yürüyüş yapanların hiçbir egzersiz yapmayanlara, alkol kullananların kullanmayanlara, evdeki ilaçların son kullanma tarihini her zaman kontrol edenlerin etmeyenlere göre sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlaması olasılığı daha düşüktür. Kalp-damar hastalığı ve diğer kategorisindeki hastalıklardan birine sahip olanların olmayanlara göre ise bu olasılığı daha yüksektir (EK 5.39). Dolayısıyla, özellikle belirtilen bu değişkenler ve diğer kontrol değişkenlerinin varlığında, genel sağlık okuryazarlığının hastaların sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlaması üzerindeki etkisi anlamsız hale gelmiştir. Kontrol değişkenlerinin varlığında, sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki artışın hastaların sağlık sorunlarının genel olarak

aktivite/faaliyetlerini sınırlaması olasılığını artırdığı görülmüştür. Böyle bir sonucun bulunmasında, sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutunda, doğrudan hastaların sağlık sorunlarının aktivite veya faaliyetleri sınırlamasıyla ilgili maddelerin bulunmaması etkili olmuş olabilir. Bunun yanı sıra, sağlık okuryazarlığının alt-boyutları arasındaki bazı korelasyonların yüksek olmasının da etkisi olmuş olabilir.

Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcıların yarıdan fazlası (%58,3) sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlamadığını belirtmiştir. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların dörtte biri (%25,4) sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlamadığını belirtmiştir. Belirtilen çalışmada, katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı arttıkça sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlamadığını belirten hastaların yüzdesinin arttığı, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanının artışı ile sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlaması durumu (1=ciddi bir şekilde sınırladı; 2=sınırladı ancak ciddi bir şekilde değil, 3=sınırlamadı) arasında pozitif yönde bir ilişkinin ( $r=0,170$ ;  $p<0,05$ ) olduğu bulunmuştur. Heijmans ve diğerlerinin (2015) çalışmasında fonksiyonel bozukluk ile daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin ilişkili olduğu bulunmuş, fonksiyonel bozukluğu orta-şiddetli grubunda olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin fonksiyonel bozukluğu yok veya hafif grubunda olan hastaların düzeyinden daha düşük olduğu görülmüştür.

Çalışmada hastalık türlerine göre değerlendirme yapıldığında hastalarda en fazla (%72,3) kalp-damar hastalığının olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla hipertansiyon (%40) ve hiperlipidemi (%30,4) takip etmektedir. Belirtilen hastalık türlerinin hepsi kardiyolojiyle ilgili olduğundan ve araştırma kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapıldığından, böyle bir sonucun çıkması normaldir. Hastaların ortalama hastalık sayısı  $2,4\pm 1,8$ 'dir. Sağlık okuryazarlığı düzeyine göre karşılaştırma yapıldığında sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastalarda kalp-damar, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, KOAH, astım ve inme/felç hastalıkları daha sık görülmektedir. Hastaların beşte ikisinden fazlasının (%41,9) üç ve üzeri hastalığı vardır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda, hastalık sayısının 3 ve üzeri olma yüzdesi daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın hastaların toplam hastalık sayısında düşüşe neden olduğu, bu etkinin kontrol

değişkenlerinin varlığında bile devam ettiği görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan hastaların fiziksel egzersiz yapma, beslenme gibi alanlarda sağlık bilgisine erişme, onu anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerinin yüksek olması onların daha sağlıklı kalmasına yardımcı olmakta, dolayısıyla sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastalarda hem hastalık türleri daha az görülmekte, hem de toplam hastalık sayısı daha düşük olmaktadır. Çalışmada, kontrol değişkenlerinin varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki artışın toplam hastalık sayısında artışa neden olduğu görülmektedir. Bu alt-boyutta özellikle hastaların aile ya da arkadaşlarından aldıkları tavsiyeler ve medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendilerini nasıl koruyacakları sorulmaktadır. Hastalık sayısı fazla olan hastaların daha fazla korunmaya ihtiyacı vardır. Dolayısıyla bu hastaların hastalıklardan korunma becerilerinin de yüksek olması gerekmektedir.

Çimen (2015) tarafından yapılan çalışmada hastaların üçte birinden fazlasının (%36,0) 3 ve üzeri kronik hastalığının olduğu, hastaların kronik hastalık sayısı gruplarına göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları arasında anlamlı farkın olmadığı görülmüştür. Yılmazel'in (2014) çalışmasında katılımcıların hipertansiyon hastalığından (%15,6) sonra en fazla kalp-damar hastalığının (%4,6) olduğu görülmüştür. Bunu sırasıyla tiroid bozuklukları (%4,6), diyabet (%3,6), KOAH (%3,4), servikal ve lomber herniler (%3,2) ve diğer hastalıklar (%1,4) takip etmiştir. Beauchamp ve diğerlerinin (2015) Avustralya'da sekiz farklı sağlık kuruluşuna başvuran toplam 813 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hastaların %34'ünün dört ve üzerinde kronik hastalığının olduğu görülmüştür. Bu hastalarda (kronik hastalık sayısı dört ve üzeri olan); sağlığı yönetebilmek için yeterli bilgiye sahip olma, sağlığa sosyal destek verme ve sağlık hizmetleri sisteminde yön bulabilme (navigating) becerilerinin, kronik hastalık sayısı dördün altında olan hastalara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Heijmans ve diğerlerinin (2015) çalışmasında, çoklu-hastalık (multi-morbidite) ile düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin ilişkili olduğu bulunmuş, kronik hastalık sayısı üç ve üzeri olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin kronik hastalık sayısı bir ve iki olan hasta gruplarından daha düşük olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte, kronik hastalığı kardiyovasküler (kalp-damar hastalığı) olan hastaların fonksiyonel, iletişimsel, eleştirel ve toplam sağlık okuryazarlığı skorlarının ortalaması kronik hastalığı astım veya KOAH, romatizmal, kanser, diyabet,

nörolojik, sindirim sistemi rahatsızlığı ve diğer olan hastaların ortalamasından daha düşük bulunmuştur. Tiller ve diğerlerinin (2015) çalışmasında sağlık okuryazarlığındaki artışın; erkeklerde ve kadınlarda diyabet hastalığının, kadınlarda miyokard enfarktüsünün (kalp krizi) ve erkeklerde felç hastalığının görülme sıklığıyla ters ilişkili olduğu görülmüştür. Macabasco-O'Connell ve diğerlerinin (2011) çalışmasında kalp yetmezliği tanısı konan hastaların aynı zamanda büyük çoğunluğunun (%85) hipertansiyon, yarıya yakınının (%48) diyabet ve yaklaşık beşte ikisinin (%38) daha önce miyokart enfarktüsü geçirdiği veya anjinasının olduğu görülmüş; sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda bu hastalıkların tamamının görülme yüzdesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Belirtilen çalışmada hastaların diyastolik kan basınçları arasında anlamlı fark bulunmazken sistolik kan basınçları arasında anlamlı farkın olduğu, sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastaların sistolik kan basıncı ortalamasının ( $129,4\pm 22,0$ ) sağlık okuryazarlığı yeterli olan hastaların ortalamasından ( $122,0\pm 22,7$ ) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0,001$ ).

Genel bir yorum yapılacak olursa, bu çalışmanın bulguları ile diğer çalışmalardaki bulguların uyumlu olduğu söylenebilir. Sağlık okuryazarlığı yüksek hastalar nispeten yaşı daha küçük ve fiziksel egzersiz yapabilen hastalardan oluşmaktadır. Bu hastalar daha sağlıklı kalabilmek için uygun sağlık davranışlarında bulduklarından, sağlık okuryazarlığındaki artışla birlikte bu hastaların genel sağlık durumlarının daha iyi olması, uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığının olmaması, sağlık sorunlarının aktivite veya faaliyetlerde daha az kısıtlama yapması ve toplam hastalık sayısının daha az olması olasılığı artmaktadır.

Hastaların; yaklaşık üçte ikisi (%62,6) son iki yıl içinde acil servis kullanımının olduğunu belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ise acil servis kullanım yüzdeleri arasında anlamlı farkın olmadığı görülmüştür. Çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanlarındaki artışın hastaların son iki yıl içinde acil servisi kullanma olasılığını azalttığı, ancak kontrol değişkenlerinin varlığında bu etkilerin anlamsız olduğu görülmüştür. Kontrol değişkenlerinden genel sağlık durumu algısı daha kötü, KOAH'ı olan, internetten araştırarak ilaç kullanan ve son bir yıl içerisinde hastanede yatarak tedavi olan hastaların

acil servis kullanım olasılıkları daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Dolayısıyla, belirtilen bu değişkenler ve diğer kontrol değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun acil servis kullanımı üzerindeki etkisi kaybolmaktadır (EK 5.33 ve EK 5.34).

HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların dörtte birinden fazlası (%26,6) son iki yıl içerisinde acil servis kullanımının olduğunu belirtmiş, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı arttıkça son 2 yıl içinde acil servis kullanımı olan hastaların yüzdesinin azaldığı, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı artışı ile acil servis kullanımının artışı arasında düşük de olsa negatif yönde bir ilişkinin ( $r= -0,061$ ;  $p<0,01$ ) olduğu görülmüştür. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcıların yarıdan fazlası (%52,7) son iki yıl içerisinde acil servis kullanımının olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların; kendisi hasta olduğunda %5,3'ü, erişkin bir yakını (anne-baba, eş vb) hasta olduğunda %7,2'si, çocuğu hasta olduğunda %8,2'si ilk davranış olarak doğrudan acile başvurduğunu belirtmiştir. MacLeod ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastaların acil servis kullanım yüzdesi (%30,9) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastaların acil servis kullanım yüzdesinden (%40,4) daha düşük bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Aynı çalışmada, benzer şekilde yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan sağlıklı katılımcıların acil servis kullanım yüzdesi (%23,6) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan sağlıklı katılımcıların acil servis kullanım yüzdesinden (%32,6) daha düşük bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Belirtilen çalışmada demografik, sosyoekonomik ve sağlık statüsü değişkenlerine göre düzeltme yapıldığında bile acil servis kullanım olasılığı; yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastalarda 1,23 (%95 GA 1,12-1,34;  $p<0,001$ ) kat, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan sağlıklı katılımcılarda ise 1,12 (%95 GA 1,00-1,25;  $p=0,04$ ) kat daha yüksek bulunmuştur. Rasu ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların 2005-2008 yılları arasındaki verilerinin ortalaması alınarak sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetleri kullanımı ve harcamaları üzerine etkisi araştırılmıştır. Araştırmada, katılımcıların yıllık acil servis kullanım ortalaması  $0,1\pm 0,3$  bulunmuştur. Temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin altında olan katılımcıların yıllık acil servis kullanım ortalaması ( $0,2\pm 0,0$ ), temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin üstünde olan katılımcıların ortalamasından ( $0,1\pm 0,0$ ) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Belirtilen çalışmada, sağlık sigortası türü

ve yaşanan bölge değişkenlerine göre düzeltme yapıldığında bile sağlık okuryazarlığı düzeyinin acil servis kullanımı üzerine etkisinin anlamlı olduğu ve temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin altında olan katılımcıların yıllık acil servis kullanım ortalamasının  $0,1 \pm 0,0$  kadar daha fazla olduğu görülmüştür ( $p < 0,0001$ ). Çimen (2015) tarafından yapılan çalışmada hastaların yaklaşık dörtte üçü (%73,3) şimdiye kadar acil servis kullanımının olduğunu belirtmiş, bu hastaların yarıya yakınının (%44,4) 1-3 kez, üçte birinin (%33,0) 4-5 kez, beşte birinden fazlasının (%22,6) ise 6 ve üzeri kez acil servis kullanımının olduğu görülmüştür. Belirtilen çalışmada şimdiye kadar hiç acile başvurmayan hastaların sağlık okuryazarlığı puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,026$ ). Berkman ve diğerlerinin (2011) çalışmasında düşük sağlık okuryazarlığının artışı ile daha sık acil servis kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastalar hangi durumlarda acile başvurmaları gerektiği konusunda daha bilinçlidir ve bu hastaların acile gereksiz başvurularının genellikle daha düşük olduğu tahmin edilmektedir. Dolayısıyla, bu çalışma ve diğer çalışmaların bulguları birlikte değerlendirildiğinde, genel olarak sağlık okuryazarlığındaki artışın hastaların acil servise başvurma olasılığını düşürmede etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmada, hastaların yaklaşık beşte üçü (%61,6) son bir yıl içinde doktora 5 ve üzeri kez başvurduğunu belirtmiş olup doktora başvuru sayısı ortalaması  $7,9 \pm 7,2$ 'dir. Türkiye'de 2015'te kişi başı doktora başvuru sayısı ortalaması 8,4 iken hastanelere başvuru sayısı ortalaması 5,6'dır. OECD ülkelerinde 2015'te kişi başı doktora başvuru sayısı ortalaması ise 6,9'dur (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2016, s.144-149). Çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz ve sınırlı olan hastaların son bir yıl içinde doktora 5 ve üzeri kez başvurma yüzdelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın hastaların son bir yıl içinde doktora  $\geq 5$  kez başvurma olasılığını azalttığı, ancak kontrol değişkenlerinin varlığında bu etkinin anlamsız olduğu görülmüştür. Kontrol değişkenlerine göre genel sağlık durumu algısı daha kötü, hiperlipidemi ve inme (felç) hastalığı olan, Coumadin isimli ilacı kullanan, son bir yıl içerisinde diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alan ve hastanede yatarak tedavi olan hastaların son bir yıl içinde doktora  $\geq 5$  kez başvurma olasılıkları daha yüksektir ( $p < 0,05$ ). Dolayısıyla, belirtilen bu değişkenler ve diğer kontrol

değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığının doktora başvurma üzerindeki etkisi kaybolmaktadır (EK 5.45).

Rasu ve diğerlerinin (2015) çalışmasında, katılımcıların yıllık doktora başvuru sayısı ortalaması  $4,9 \pm 6,8$  bulunmuştur. Temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin altında olan katılımcıların yıllık doktora başvuru sayısı ortalaması ( $5,8 \pm 0,1$ ) temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin üstünde olan katılımcıların ortalamasından ( $4,5 \pm 0,1$ ) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Belirtilen çalışmada, sağlık sigortası türü ve yaşanılan bölge değişkenlerine göre düzeltme yapıldığında bile sağlık okuryazarlığı düzeyinin doktora başvuru sayısı üzerine etkisinin anlamlı bulunduğu ve temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin altında olan katılımcıların yıllık doktora başvuru sayısı ortalamasının  $2,3 \pm 0,1$  kadar daha fazla olduğu görülmüştür ( $p < 0,0001$ ). Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında, son bir yıl içinde katılımcıların %19'unun hiç doktora başvuruda bulunmadığı, %26,3'ünün 1-2 kez, %28,1'inin 3-5 kez, %26,7'sinin 6 ve üzeri kez doktora başvuruda bulunduğu görülmüştür. Aynı çalışmada katılımcıların; kendisi hasta olduğunda %54,7'si, erişkin bir yakını (anne-baba, eş vb) hasta olduğunda %66,2'si, çocuğu hasta olduğunda %69,7'si ilk davranış olarak doktora başvurduğunu belirtmiştir. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada son bir yıl içinde katılımcıların %19'u hiç doktora başvuruda bulunmadığını, %40,6'sı 1-2 kez, %22'si 3-5 kez, %18,4'ü 6 ve üzeri kez doktora başvuruda bulunduğunu belirtmiştir. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı düştükçe doktora başvurma sıklıklarının arttığı, genel sağlık okuryazarlığı artışı ile doktora başvuru sıklığı arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu ( $r = -0,114$ ;  $p < 0,01$ ), ülkeler bazında değerlendirme yapıldığında Avusturya'da bu katsayının en yüksek olduğu görülmüştür ( $r = -0,185$ ;  $p < 0,01$ ). Aynı çalışmada, kontrol değişkenlerinin (uzun dönemli hastalık, genel sağlık durumu algısı, cinsiyet, yaş, finansal yoksunluk indeksi, BKİ ölçüsü, sosyal statü algısı ve fiziksel egzersiz sıklığı) varlığında, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın hastaların doktora başvurma sıklığı üzerine etkisi anlamsız bulunmuştur. Belirtilen çalışmayla bu çalışma karşılaştırıldığında, her iki çalışmada regresyon analizleri sonucunda kontrol değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığının etkisinin anlamsız olduğu görülmüştür. Her ne kadar kontrol değişkenlerinin varlığında bu etki anlamsız gibi görünse de, her iki çalışmada sağlık

okuryazarlığı düştükçe doktora başvuru sıklığının arttığı, ayrıca bu çalışmada kontrol değişkenleri olmadan genel sağlık okuryazarlığı indeksindeki artışın hastaların doktora daha az başvuruda bulunmasında etkili olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastalar doktorunun ne dediğini daha iyi anlayabileceğinden, tavsiyelerini tam olarak yerine getirebileceğinden, ayrıca bu hastalarda hastalık türlerinin görülme sıklığının ve toplam hastalık sayısının daha az olması gibi nedenlerden dolayı sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükselmesinin doktora daha az başvurmada etkisinin olduğu söylenebilir. Belirtilen diğer çalışmalarla bu çalışmanın bulguları karşılaştırıldığında, bulguların genel olarak benzer olduğu söylenebilir.

Çalışmada hastaların; yaklaşık yarısı (%51,6) son bir yıl içinde hastane hizmetlerini 5 ve üzeri kez kullandığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ise hastane hizmetlerini kullanma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada, kontrol değişkenlerinin varlığında sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutunun indeks puanındaki artışın hastaların son bir yıl içinde hastane hizmetleri kullanımının  $\geq 5$  kez olması olasılığını azalttığı görülmüştür. Bu alt-boyutun soruları incelendiğinde, hastalara değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajları ile ikinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmenin ne kadar kolay veya zor olduğunun sorulduğu görülmektedir. Hastaların belirtilen bu maddelerdeki becerilere sahip olması, onların sağlık kuruluşlarına daha az başvuruda bulunmasını sağlamış olabilir. Bu nedenle bu alt-boyutun indeks puanındaki artışın hastaların hastane hizmetlerini kullanımının daha düşük olmasında etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Çimen (2015) tarafından yapılan çalışmada, hastane hizmetlerine erişimde; hastaların yarıdan fazlası (%51,3) çok zorluk çektiğini, yaklaşık üçte biri (%32,0) az zorluk çektiğini, %16,7'si ise hiç zorluk çekmediğini belirtmiştir. Belirtilen çalışmada hastaların sağlık hizmetine erişimi kolaylaştıkça sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının arttığı görülmüştür ( $p < 0,001$ ). HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların yaklaşık dörtte üçü (%73) son 1 yıl içinde hastane hizmetleri kullanımının olmadığını belirtmiştir. Genel sağlık okuryazarlığı artışı ile hastane hizmetlerinin daha sık kullanımı arasında düşük de olsa negatif yönde bir ilişki bulunmuştur ( $r = -0,062$ ;  $p < 0,01$ ). Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014)



çalışmasında, katılımcıların yaklaşık beşte biri (%19) son 1 yıl içinde hastane hizmetleri kullanımının olmadığını belirtmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların; kendisi hasta olduğunda %12,9'u, erişkin bir yakını (anne-baba, eş vb) hasta olduğunda %16'sı, çocuğu hasta olduğunda %15'i ilk davranış olarak doğrudan hastaneye başvurduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetleri yerine doğrudan hastaneye başvurulması, hastane hizmetlerinin daha fazla kullanımına yol açabilmektedir. Coffman ve diğerleri (2012) tarafından tip 2 diyabet tanısı konan 144 Latin göçmen üzerinde yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığındaki artışın sağlık hizmetleri (tıbbi muayeneler, hastane hizmetleri, taramalar, ruhsal sağlık hizmetleri, laboratuvar işlemleri ve tıbbi prosedürler) kullanımını artırdığı görülmüştür ( $\beta=0,18$ ;  $p=0,03$ ). Belirtilen çalışmada kontrol değişkenleri olarak diyabet bilgisi ve glukoz seviyesi kullanılmıştır.

Çalışmada hastaların üçte biri (%33,5) son bir yıl içinde diğer sağlık profesyonellerinden (diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, diş hekimi, optisyen vb) hizmet aldığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ise diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki artışın hastaların son bir yıl içinde diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma olasılığını artırdığı görülmüştür. Bu alt-boyutun maddeleri incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastaların sigara içme, düşük fiziksel aktivite, aşırı alkol kullanma gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkabileceği, stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi ve fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunmak ve bunlarla mücadele edebilmek için sağlık bilgisine erişim becerilerinin yüksek olmasının onların psikolog, diyetisyen gibi diğer sağlık profesyonellerinden daha fazla hizmet almasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında, katılımcıların yarıdan daha fazlası (%54,5) son bir yıl içerisinde diğer sağlık profesyonellerinden en az bir defa hizmet aldığını belirtmiştir. HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların yaklaşık üçte ikisi (%65,5) son bir yıl içerisinde diğer sağlık profesyonellerinden en az bir defa hizmet aldığını belirtmiş, katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı düştükçe diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma sıklıklarının da düştüğü görülmüş, genel sağlık okuryazarlığı indeks puanının artışı ile

diğer sağlık profesyonellerinden hizmet alma sıklığının artışı arasında düşük de olsa pozitif yönde bir ilişki bulunmuş ( $r=0,062$ ;  $p<0,01$ ), ülkeler bazında değerlendirme yapıldığında ise Yunanistan'da bu katsayının en yüksek olduğu görülmüştür ( $r= 0,114$ ;  $p<0,01$ ). Rasu ve diğerlerinin (2015) çalışmasında, katılımcıların doktor yardımcıları (physician assistants), uzman hemşireler (advance practice nurses) ve kiropraktörlerden (chiropractors) oluşan hekim dışı sağlık personeline (nonphysician visits) başvuru sayısı ortalaması  $4,9\pm 6,8$  bulunmuştur. Temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin altında olan katılımcıların yıllık hekim dışı sağlık personeline başvuru sayısı ortalaması ( $4,1\pm 0,1$ ) temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin üstünde olan katılımcıların ortalamasından ( $2,7\pm 0,0$ ) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çalışmada, sağlık sigortası türü ve yaşılan bölge değişkenlerine göre düzeltme yapıldığında bile sağlık okuryazarlığı düzeyinin hekim dışı sağlık personeline başvuru sayısı üzerine etkisinin anlamlı bulunduğu ve temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin altında olan katılımcıların yıllık hekim dışı sağlık personeline başvuru sayısı ortalamasının  $2,2\pm 0,1$  kadar daha fazla olduğu görülmüştür ( $p<0,0001$ ). Bu bulgular, bu çalışma ve HLS-EU Consortium (2012) tarafından yapılan çalışmanın bulgularıyla uyumlu değildir. Böyle bir sonucun bulunmasında, Rasu ve diğerlerinin (2015) çalışmasında diğer sağlık personelinin sadece doktor yardımcıları, uzman hemşireler ve kiropraktörlerle sınırlı olması etkili olmuş olabileceği gibi, belirtilen çalışmanın yapıldığı ülkenin sağlık sistemi, kültür, hayat şartları vb. durumların farklı olması da etkili olmuş olabilir.

Hastaların üçte birinden fazlası (%36,9) son bir yıl içinde kardioloji polikliniğine ilk kez başvurduğunu belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastaların son bir yıl içinde kardioloji polikliniğine 2 ve üzeri kez başvurma yüzdesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın hastaların son bir yıl içinde kardioloji polikliniğine 2 ve üzeri kez başvurması olasılığını azalttığı, ancak kontrol değişkenlerinin varlığında bu etkinin kaybolduğu görülmüştür. Kontrol değişkenlerinden; istihdam durumu çalışan ve öğrenci olan hastaların son bir yıl içinde kardioloji polikliniğine 2 ve üzeri kez başvurma olasılığı daha düşükken kalp-damar hastalığı olan, Coumadin isimli ilacı kullanan ve son bir yıl içerisinde hastanede yatarak tedavi gören hastalarda bu olasılık daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Dolayısıyla, belirtilen bu değişkenler ve diğer kontrol değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığının etkisi kaybolmaktadır (EK 5.51) Her ne kadar genel sağlık okuryazarlığının etkisi

kontrol değişkenlerinin varlığında kaybolursa da, çalışmada kontrol değişkenlerinin varlığına rağmen sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutlarının indeks puanlarındaki artışın hastaların son bir yıl içinde kardiyoloji polikliniğine 2 ve üzeri kez başvurma olasılığını azalttığı görülmüştür. Etkili olan bu alt-boyutlar incelendiğinde; doktorun verdiği bilgileri hastalıkları hakkında karar vermede kullanma, ilaç üzerindeki talimatlar ile doktor veya eczacının talimatlarını yerine getirme, sigara, alkol kullanma gibi sağlıksız davranışlarla başa çıkabilme, yapılması gereken tarama testleri konusunda bilgi bulma, fazla kilolu olma, yüksek tansiyon ve kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunlarla ilgili bilgiyi bulma becerilerinin yüksek olmasının hastaların kardiyoloji polikliniğine daha az başvurmada etkili olduğu söylenebilir. Bunların dışında, sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastaların genellikle eğitim seviyesi daha yüksek ve yaşı daha küçük hastalardan oluşması, dolayısıyla bu hastalarda başta kalp-damar hastalığı, hipertansiyon ve hiperlipidemi olmak üzere birçok hastalık türünün daha az görülmesinin, onların kardiyoloji doktoruna daha az başvuruda bulunmasında etkisi olmuş olabilir.

Bu çalışma ve diğer çalışmalarda sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili bulgular hakkında genel bir değerlendirme yapıldığında, bu çalışmada hastaların doktora başvurma ve hastane hizmetlerinden yararlanma sıklıkları daha yüksek olmakla beraber gözlükçü, diyetisyen, psikolog gibi diğer sağlık profesyonellerinin sunduğu hizmetlerden yararlanma sıklıkları daha düşük bulunmuştur. Böyle bir sonucun bulunmasında, ülkelerin sağlık politikaları, sağlık hizmeti sunumunun yapısı ve süreci, sağlık hizmetine erişim kolaylığı, sağlık hizmetinin kalitesi gibi faktörler etkili olmuş olabilir.

Çalışmada hastaların son bir yıl içinde yaklaşık üçte birinin (%32,1) hastaneye yattığı, hastaneye yatan hastaların; üçte birinden fazlasının (%34,3) 2 ve üzeri kez yattığı, yarıya yakınının yatış süresinin (%47,8) 5 gün veya daha fazla olduğu görülmüştür. Türkiye’de 2015’te yatan hasta sayısı toplamı ise 13.533.117’dir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2016, s.153). Çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda, hastaneye yatışı olan ( $p=0,06$ ) ve yatış süresi 5 ve üzeri gün olan ( $p=0,08$ ) hastaların yüzdesi daha yüksek bulunmuştur.

Genel sağlık okuryazarlığı indeksindeki artışın hastaların hastaneye yatış olasılığını azalttığı, ancak kontrol değişkenlerinin varlığında bu etkinin kaybolduğu görülmüştür. Kontrol değişkenlerinden genel sağlık durumu algısı daha kötü ve kalp-damar hastalığı olan, psikiyatrik hastalığı olmayan, son iki yıl içerisinde acil servis kullanımı olan ve son bir yıl içerisinde doktora başvuru sayısı  $\geq 5$  olan hastaların son bir yıl içinde hastaneye yatışlarının olması olasılığı daha yüksektir ( $p < 0,05$ ). Dolayısıyla, belirtilen bu değişkenler ve diğer kontrol değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığının hastaneye yatış üzerindeki etkisi kaybolmaktadır (EK 5.53).

MacLeod ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastaların hastaneye yatış yüzdesi (%21,9) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastaların hastaneye yatış yüzdesinden (%32,2) daha düşük bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Aynı çalışmada, benzer şekilde yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan sağlıklı katılımcıların hastaneye yatış yüzdesi (%12,3) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan sağlıklı katılımcıların hastaneye yatış yüzdesinden de (%19,9) daha düşük bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Belirtilen çalışmada demografik, sosyoekonomik ve sağlık statüsü değişkenlerine göre düzeltme yapıldığında bile hastaneye yatış olasılığı; yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastalarda 1,38 (%95 GA 1,16-1,52;  $p < 0,001$ ) kat, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan sağlıklı katılımcılarda ise 1,25 (%95 GA 1,01-1,43;  $p = 0,001$ ) kat daha yüksek bulunmuştur. Çimen (2015) tarafından yapılan çalışmada hastaların şimdiye kadar beşte ikisinden fazlasının (%42,85) 1-3 kez, yaklaşık üçte birinin (%34,67) 4-5 kez, beşte birinden fazlasının (%22,48) ise 6 ve üzeri kez hastaneye yatışının olduğu görülmüştür. Çalışmada hastaneye yatış sayısı ve hastanede kalış süresi daha az olan hastaların sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Üçpunar'ın (2014) çalışmasında, hastaların üçte birinden fazlası (%36,5) şimdiye (anketin uygulandığı güne) kadar hastaneye hiç yatmadığını, yaklaşık üçte biri (%30,2) sadece bir kez yattığını, üçte biri de (%33,3) iki ve üzeri kez yattığını belirtmiştir. Şimdiye kadar hastaneye 3 ve üzeri kez yatanların yüzdesi, sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olanlarda %14,8 iken sınırlı olanlarda %20,3 ve yetersiz olanlarda %19,2'dir. Belirtilen çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüktüçe hastaneye yatma sıklıklarının arttığı görülmektedir. Berkman ve diğerlerinin (2011) çalışmasında düşük sağlık okuryazarlığı ile daha çok hastaneye yatış arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlık

okuryazarlığı yüksek olan hastalar genellikle daha eğitimli, genç ve sağlıklı kişilerden oluştuğundan ve kendilerini hastalıklardan daha iyi koruyabildikleri düşünüldüğünden, bu hastalarda sağlık okuryazarlığının yükselmesinin onların hastaneye yatma olasılığı azaltmada etkisinin olduğu söylenebilir.

Çalışmada hastaların yarıdan fazlası (%55,6) doktor randevusuna giderken yanında refakatçi bulundurduğunu belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı ve yetersiz olan hastaların doktor randevusuna giderken yanlarında refakatçi bulundurma yüzdelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Genel sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun indeks puanlarındaki artışın hastaların doktor randevusuna giderken yanlarında refakatçi bulundurma olasılığını azalttığı, bu etkilerin kontrol değişkenlerinin varlığında bile anlamlı olduğu görülmüştür. Sağlığın geliştirilmesi alanında sağlık bilgisini uygulama becerisi ve diğer sağlık okuryazarlığı becerileri (sağlık bilgisini bulma, onu anlama, değerlendirme ve uygulama) yüksek olan hastalar daha bilinçli ve iletişim becerileri daha kuvvetli olduğundan, bu hastalar doktor randevusuna giderken yanlarında refakatçi bulundurmaya daha az ihtiyaç duyabilmektedir. Bu nedenle hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça doktor randevusuna giderken yanlarında refakatçiyeye daha az ihtiyaç duymaktadırlar.

Özdoğan'ın (2014) NVST ve REALM ölçeklerini kullanarak 200 hasta ve 200 hasta yakını üzerinde yapmış olduğu çalışmada, her iki ölçeğe göre de hasta yakınlarının sağlık okuryazarlığı düzeyi hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada hastaların yarıdan fazlası (%54,0) sağlık kuruluşlarında kendilerine verilen kağıtları refakatçisine okutup doldurduğunu, %46'sı bu kağıtlarda yazılanları bazen anladığını, %24,5'i hiç anlamadığını belirtmiştir. Aslantekin (2011) tarafından yapılan çalışmada, "hastaneye tek başınıza gelebilir misiniz?" sorusuna hastaların beşte birinden fazlası (%22,5) hayır cevabını vermiş, bu cevabı verenlerin %13,2'si ise bunun nedeninin "sağlık personelini anlayamadığı için" olduğunu belirtmiştir. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında, bu çalışmaya kıyasla oldukça fazla kişinin (%79,3) doktor randevusuna giderken yanında refakatçi bulundurduğu görülmüştür. Böyle bir sonuç bulunmasında, bu çalışmadaki katılımcıların sağlık kurumlarına başvurusunun daha sık (bu çalışmada doktora başvuru sayısı  $\geq 5$  olan hastaların yüzdesi %61,6; belirtilen çalışmada doktora başvuru sayısı  $\geq 6$  olan hastaların yüzdesi %26,7) olması ve

yeterince tecrübelerdikten sonra da artık refakatçiye ihtiyaç duymamaları etkili olmuş olabilir. Berkman ve diğerlerinin (2011) çalışmasında düşük sağlık okuryazarlığı ile sağlık mesajlarını yorumlayabilme kabiliyetinin daha düşük olması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda, düşük sağlık okuryazarlığı olan kişilerde hipertansiyon, diyabet ve astım gibi kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliğinin olduğu ve bu kişilerin verilen eğitimleri anlamada güçlük yaşadığı bulunmuştur (Schillinger vd., 2002). Doktorun ne söylediğini ve sağlık bilgisini anlamada zorluk yaşayan, genel olarak sağlık okuryazarlığı becerileri daha düşük hastalar sağlık hizmeti alırken yanlarında kendilerine yardım edecek birine daha çok ihtiyaç hissetmekte, dolayısıyla bu gibi durumlar onların sağlık hizmeti alırken yanlarında refakatçi bulundurma olasılığını artırmaktadır.

Çalışmada hastaların onda yedisi (%69,6) hastalığıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissettiğini belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ise başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kontrol değişkenlerinin varlığında hastaların hastalığıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetme olasılığını, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutu indeks puanındaki artışın arttırdığı, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu indeks puanındaki artışın ise azalttığı görülmüştür. Sağlığın geliştirilmesi alanında sağlık bilgisini değerlendirme becerisi yüksek olan hastalar, doktorların söylediklerinden emin olmak için veya doktorun söylediklerini tam olarak anlayıp değerlendiremediklerinde, ikinci bir doktordan görüş alma ihtiyacı hissedebilirler. Sağlığın geliştirilmesi alanında sağlık bilgisini uygulama becerisi yüksek olan hastalar genellikle daha sağlıklı ve genç hastalardan oluştuğundan, ayrıca bu hastaların iletişim becerileri daha iyi olabileceği düşünüldüğünden doktorun ne söylediğini daha iyi anlayabildikleri için hastalıklarıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacını daha az hissetmiş olabilirler. Diğer bir sebep ise, hastalığın teşhis ve tedavisinin ciddiyeti veya önemi ile ilgili olabilir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan hastalar çoğunlukla daha genç ve sağlıklı olduğundan, bunların teşhis-tedavisi ikinci bir görüş almayı gerektirecek kadar ciddi olmayabilir. Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında, katılımcıların %77,5'i hastalığı ile ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissettiğini söylemiş, ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetmelerinin nedenlerini ise sırasıyla;

doktorun teşhisini ikinci bir doktor tarafından onaylatmak isteği (%49,6), doktor yeterince bilgi vermediği için ek bilgi almak (%21,7), güven duymadığı ya da anlamadığı için (%20,3) ve çevre önerisi ile bir başka doktor görüşü almak (%8,4) şeklinde belirtmişlerdir.

Çalışmada hastaların yaklaşık beşte ikisi (%38,8) doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi istediğini belirtmiştir. Sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel olan hastaların doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme yüzdelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın hastaların sağlık hizmeti alırken doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme olasılığını artırdığı, kontrol değişkenlerinin varlığında bile bu etkinin devam ettiği görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastalar, özellikle sağlık bilgisine erişim becerileri daha yüksek olduğundan hastalıklarıyla ilgili daha fazla araştırma yaparak çeşitli tedavi yöntemleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilmektedir. Bu hastalar, iletişim becerileri genellikle daha iyi olduğundan, doktorun gözünden kaçan veya unuttuğu bir şey olduğunda bunu daha sık farkedip rahatlıkla dile getirebilmektedirler. Bu ve benzeri durumlar, onların sağlık hizmeti alırken doktor gerek görmediği halde kendi istekleriyle tetkik veya tedavi isteme olasılıklarını artırabilmektedir.

Çalışmada hastaların dörtte üçünden fazlası (%78,3) son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçtiğini belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olan hastaların son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçme yüzdesinin daha düşük olduğu görülmüştür. Genel sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun indeks puanlarındaki artışın hastaların son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçme olasılığını artırdığı, bu etkilerin kontrol değişkenlerinin varlığında bile anlamlı olduğu görülmüştür. Sağlığın geliştirilmesi alanında sağlık bilgisini uygulama becerisi ve genel sağlık okuryazarlığı becerileri yüksek olan hastalar daha bilinçli olduğundan ve belirli hastalıklardan korunmak için belirli dönemlerde doktor muayenesinden geçmenin gerekliliği (Yurdakul, 2012) hakkında daha fazla bilgi sahibi olabileceklerinden, bu durum onların son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçme sayılarının ve olasılıklarının artmasında etkili olmuş olabilir. Liu ve diğerlerinin (2015) çalışmasında yıllık sağlık kontrolü yaptıran

katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanı ortalaması ( $74.58 \pm 28.35$ ) bu kontrolü yaptırmayan katılımcıların ortalamasından ( $63.60 \pm 26.78$ ) daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ).

Hastaların büyük çoğunluğu (%80,5) son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanı tarafından tansiyon ölçümü yaptırdığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz ve mükemmel olan hastaların son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanı tarafından tansiyon ölçümü yaptırma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur. Hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun indeks puanındaki artışın hastaların son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanı tarafından tansiyon ölçümü yaptırma olasılığını artırdığı, ancak kontrol değişkenlerinin varlığında bu etkinin anlamsız olduğu görülmüştür. Hastaların özellikle kalp-damar, hipertansiyon gibi hastalıklardan korunmanın yollarından bir tanesinin de tansiyon ölçümü yaptırmanın (Yurdagül, 2012) olduğunu bilmesi, onların tansiyon ölçümü yaptırma olasılığını artırmada etkili olmuş olabilir.

Hastaların neredeyse beşte biri (%17,4) 2014-2015 sezonunda grip aşısı olduğunu belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastaların grip aşısı olma yüzdesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Genel sağlık okuryazarlığı ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun indeks puanlarındaki artışın hastaların 2014-2015 sezonunda grip aşısı olma olasılığını artırdığı, bu etkilerin kontrol değişkenlerinin varlığında bile anlamlı olduğu görülmüştür. Hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun maddelerinin bir tanesinde hastalara grip aşısı olmanın gerekip gerekmediğine karar vermenin ne kadar zor veya kolay olduğu sorulmuştur. Dolayısıyla, hastaların başta grip aşısı olmanın gerekip gerekmediğine karar verme becerisinin ve genel sağlık okuryazarlığı becerilerinin yüksek olması, onların grip aşısı olma sıklıklarının ve olasılıklarının yüksek olmasında etkili olmuş olabilir.

Aslantekin (2011) tarafından yapılan çalışmada, hastaların yaklaşık beşte biri (%18,9) grip aşısı olduğunu belirtmiştir. Çalışmada hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe grip aşısı olma yüzdesinin de yükseldiği görülmüştür. Belirtilen çalışmada grip aşısı olanların diyabet bilgi puanı ( $10,9 \pm 3,1$ ) olmayanların puanından ( $8,9 \pm 3,1$ ) daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ).



MacLeod ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastaların grip aşısı olmama yüzdesi (%13,8) ile yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastaların grip aşısı olmama yüzdesi (%14,6) arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,56$ ). Aynı çalışmada, benzer şekilde yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan sağlıklı katılımcıların grip aşısı olmama yüzdesi (%19,7) ile yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan sağlıklı katılımcıların grip aşısı olmama yüzdesi (%21,4) arasında da anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,40$ ). Belirtilen çalışmada demografik, sosyoekonomik ve sağlık statüsü değişkenlerine göre düzeltme yapıldığında, hastalar üzerinde yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin etkisi anlamsız bulunurken sağlıklı katılımcılar üzerinde yapılan çalışmada bu etki anlamlı bulunmuş ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan sağlıklı katılımcıların grip aşısı olmama olasılığının 1,28 (%95 GA 1,13-1,45;  $p<0,001$ ) kat daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışmada kadın hastaların beşte ikisi (%40,1) kendi kendine meme muayenesi yaptığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapma yüzdelerinin de yükseldiği görülmüştür. Kontrol değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığı, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının indeks puanlarındaki artışın kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapma olasılığını artırmada etkili olduğu görülmüştür. Kadın hastaların, özellikle hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında sağlık bilgisini değerlendirme becerilerinin ve diğer sağlık okuryazarlığı becerilerinin yüksek olması, onların kendi kendilerine meme muayenesi yapma olasılıklarının artmasında etkili olabilmektedir. Filiz'in (2015) NVST ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada, sağlık okuryazarlığı yeterli olan gebe hastalarda kendi kendine düzenli olarak meme muayenesi yapanların yüzdesinin (%20,2) sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastaların yüzdesinden (%5,1) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmada kadın hastaların ( $\geq 40$  yaş için son 2 yıl içinde;  $\geq 50$  yaş için son 1 yıl içinde) yarıya yakını (%45,6) mamografi yaptırdığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe mamografi yaptırmama yüzdelerinin de yükseldiği görülmüştür. Kontrol

değişkenlerin varlığında, sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyutunun negatif yönde etki yaptığı görülmektedir. Böyle bir sonucun bulunmasında, sağlık okuryazarlığının alt-boyutları arasındaki bazı korelasyonların yüksek olmasının etkisi olmuş olabilir. Genel sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutunun indeks puanlarındaki artışın kadın hastaların mamografi çektirme olasılığını artırdığı, bu etkilerin kontrol değişkenlerinin varlığında bile anlamlı olduğu görülmüştür. Kadın hastaların özellikle sağlığın geliştirilmesi alanında sağlık bilgisini değerlendirme becerisinin ve diğer sağlık okuryazarlığı becerilerinin yüksek olması, onların mamografi çektirme olasılıklarının daha fazla olmasında etkili olabilmektedir. Morris ve diğerlerinin (2013) toplumdan rastgele seçilen 1013 kişi üzerinde yaptıkları bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan katılımcıların mamografiyi daha önceden duyma ve bunun meme kanseri için tarama testi olduğunu bilme yüzdesi (%92,8) diğer katılımcıların yüzdesinden (%98,4) daha düşük bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Çalışmada kadın hastaların (21-65 yaş kadınlar için) yaklaşık beşte biri (%19,7) son 3 yıl içinde serviks kanseri testi yaptırdığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ve mükemmel olan hastaların serviks kanseri yaptırma yüzdelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Genel sağlık okuryazarlığı ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun indeks puanlarındaki artışın kadın hastaların serviks kanseri yaptırma olasılığını artırdığı, bu etkilerin kontrol değişkenlerinin varlığında bile anlamlı olduğu görülmüştür. Kadın hastaların özellikle hastalıktan korunma alanında sağlık bilgisini değerlendirme becerisinin ve diğer sağlık okuryazarlığı becerilerinin yüksek olması, onların serviks kanseri yaptırma olasılıklarının daha fazla olmasında etkili olabilmektedir. Lee ve diğerleri (2012) tarafından Tayvan'da 1754 yetişkin kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, 30 yaş ve üzeri kadınların yaklaşık üçte ikisi (%62,0) son iki yıl içinde serviks kanseri testi yaptırdığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığının artışı ile bu testi yaptırma arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,127$ ;  $p<0,001$ ). Belirtilen çalışmada katılımcıların çok az bir bölümü (%2,4) kendilerindeki fiziksel değişiklikleri hiçbir zaman denetlemediğini belirtmiş, sağlık okuryazarlığının artışı ile fiziksel değişiklikleri denetleme (1= hiçbir zaman; 5= her zaman) arasında düşük de olsa pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,040$ ;  $p<0,05$ ). Çok değişkenli analizlerde, kontrol değişkenlerinden yaş, eğitim, gelir ve yerleşim yerinin varlığında,

sağlık okuryazarlığındaki artışın serviks kanseri testi yaptıırma üzerine etkisi anlamlı değilken fiziksel değişiklikleri denetleme üzerine etkisi anlamlı bulunmuştur.

Çalışmada erkek hastaların yaklaşık beşte biri (%20,2) kendi kendine testis muayenesi yaptığını belirtmiş, sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe kendi kendine testis muayenesi yapma yüzdelerinin de yükseldiğı görülmüştür. Genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın erkek hastaların kendi kendine testis muayenesi yapma olasılığını artırdığı, bu etkinin kontrol değişkenlerinin varlığında bile anlamlı olduğı görülmüştür. Çalışmada kontrol değişkenlerinin varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim altı-boyutunun indeks puanındaki artışın erkek hastaların kendi kendine testis muayenesi yapma olasılığını azalttığı görülmektedir. Böyle bir sonucun bulunmasında, hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutunun diğer alt-boyutlarla arasındaki korelasyonların genel olarak yüksek olması etkili olmuş olabilir. Genel bir yorum yapacak olursak, genel sağlık okuryazarlığı becerileri yüksek olan erkek hastalar daha bilinçlidir ve bu durum onların kendi kendine testis muayenesi yapma sayılarının ve olasılıklarının artmasında etkili olmuştur. Morris ve diğerlerinin (2013) çalışmasında, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan erkek katılımcıların prostat-spesifik antijen testini daha önceden duyma ve bunun prostat kanseri için tarama testi olduğunu bilme yüzdesi (%17,1) diğer erkek katılımcıların yüzdesinden (%48,8) daha düşük bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Çalışmada hastaların ( $\geq 50$  yaş için) sadece sekizde biri (%13,3) şimdiye kadar kolon kanseri tarama testi yaptırdığını belirtmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastaların kolon kanseri tarama testi yaptıırma yüzdesi diğer gruplara göre oldukça düşük olmakla birlikte aralarında fark anlamlı değildir ( $p=0,142$ ). Hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutunun indeks puanındaki artışın hastaların kolon kanseri tarama testi yaptıırma olasılığını artırdığı, bu etkinin kontrol değişkenlerinin varlığında bile anlamlı olduğı görülmüştür. Hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutunun maddelerinin bir tanesinde, hastalara hangi tarama testlerine ihtiyacı olduğunu değerlendirmenin ne kadar zor veya kolay olduğı sorulmuştur. Dolayısıyla, hastaların hastalıktan korunma alanında, kolon kanseri tarama testi gibi hangi tarama testlerine ihtiyacı olduğunu ve diğer sağlık bilgilerini değerlendirme becerilerinin yüksek olması, onların kolon kanseri tarama testi yaptıırma

olasılıklarının daha fazla olmasında etkili olabilmektedir. Morris ve diğerlerinin (2013) çalışmasında, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan katılımcıların kolonoskopiye daha önceden duyma ve bunun kolon kanseri için tarama testi olduğunu bilme yüzdesi (%82,9) diğer katılımcıların yüzdesinden (%93,9) daha düşük bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Çalışmada kadın hastaların ( $\geq 65$  yaş için) yarıya yakını (%47,1) şimdiye kadar osteoporoz tarama testi yaptırdığını belirtmiş, aralarında anlamlı fark olmamakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça osteoporoz tarama testi yaptırma yüzdelerinin de yükseldiği görülmüştür. Genel sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun indeks puanlarındaki artışın kadın hastaların osteoporoz tarama testi yaptırma olasılığını artırdığı, genel sağlık okuryazarlığının etkisinin kontrol değişkenlerinin varlığında bile anlamlı olduğu görülmüştür. Sağlığı iyileştirecek kararları verebilme becerisi ve diğer sağlık okuryazarlığı becerileri yüksek olan kadın hastalar daha bilinçlidir ve bu durum onların osteoporoz tarama testi yaptırma sayılarının ve olasılıklarının daha fazla olmasında etkili olabilmektedir.

Çalışmada hastaların üçte biri (%33,1) son bir yıl içinde diş hekimine gittiğini (veya muayene olduğunu) belirtmiş olup aralarında anlamlı fark olmamakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça diş hekimine gitme yüzdelerinin de arttığı görülmüştür. Genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın hastaların son bir yıl içinde diş hekimine gitme olasılığını artırdığı, kontrol değişkenlerinin varlığında ise bu etkinin anlamsız olduğu görülmüştür. Kontrol değişkenlerine göre, sigara kullanan hastaların son bir yıl içinde diş hekimine gitme olasılığı daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Dolayısıyla, başta sigara kullanma değişkeni olmak üzere kontrol değişkenlerinin varlığında genel sağlık okuryazarlığının diş hekimine gitme üzerindeki etkisi kaybolmaktadır (EK 5.79). Ayrıca, kontrol değişkenlerinin varlığında hastaların son bir yıl içinde diş hekimine gitme olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının indeks puanlarındaki artışın azalttığı, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun indeks puanındaki artışın ise artırdığı görülmüştür. Sağlık hizmeti alanında sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlığın geliştirilmesi alanında da sağlık bilgisini uygulama becerisi yüksek olan hastalar, düzenli diş fırçalama gibi sağlık davranışlarına daha çok sahip olabileceklerinden, dolayısıyla dişleri daha sağlıklı olabileceğinden diş hekimine daha

az gitme ihtiyacı hissetmiş olabilirler. Hastalıktan korunma alanında sağlık bilgisini uygulama becerisi yüksek olan hastaların senede en az bir defa diş hekimine gitmenin gerektiğini ve bunun diş sağlığı için önemli olduğunu bilmesi, onların diş hekimine daha sık gitmesinde etkili olmuş olabilir.

Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında katılımcıların; neredeyse yarısı (%49,5) son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçtiğini, yaklaşık üçte ikisi (%63,3) son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanı tarafından tansiyon ölçümü yaptırdığını, %8,7'si 2013-2014 sezonunda grip aşısı yaptırdığını, ( $\geq 50$  yaş için) %8,5'i şimdiye kadar kolon kanseri tarama testi yaptırdığını, yaklaşık beşte ikisi (%38,2) son bir yıl içinde diş hekimine gittiğini belirtmiştir. Belirtilen çalışmada kadın katılımcıların; yaklaşık beşte ikisi (%40,9) kendi kendine meme muayenesi yaptığını, ( $\geq 40$  yaş için son 2 yıl içinde;  $\geq 50$  yaş için son 1 yıl içinde) dörtte birinden fazlası (%28,7) mamografi yaptırdığını, (21-65 yaş için son 3 yıl içinde) yaklaşık beşte biri (%18) serviks kanseri testi yaptırdığını ve ( $\geq 65$  yaş için) yaklaşık üçte biri (%32,5) şimdiye kadar osteoporoz tarama testi yaptırdığını, erkek katılımcıların (18 yaş üstü) ise yaklaşık beşte biri (%20,4) kendi kendine testis muayenesi yaptığını belirtmiştir. Belirtilen çalışma ve bu çalışma arasında karşılaştırma yapıldığında; her iki çalışmada kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapma ve serviks kanseri testi yaptırma yüzdeleri ile erkek hastaların kendi kendine testis muayenesi yapma yüzdelerinin birbirine çok yakın olduğu; son bir yıl içinde diş hekimine gitme hariç diğer koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımında ise bu çalışmadaki hastaların pozitif yüzdelerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Bu çalışma kapsamındaki katılımcılar hastalardır ve onların korunmaya daha çok ihtiyacı vardır. Bu durum onların koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının daha sık olmasında etkili olmuş olabilir.

Berkman ve diğerlerinin (2011) çalışmasında daha düşük sağlık okuryazarlığı ile koruyucu sağlık hizmetlerinden grip aşısı yaptırma ve mamografi çekirme oranlarının daha düşük olması arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Scott ve diğerleri (2002) tarafından yapılan bir çalışmada düşük sağlık okuryazarı olan kişilerin sağlıklı kalma konusunda ve koruyucu sağlık hizmetleri hakkında bilgi eksikliğinin daha fazla olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmada daha fazla sorun yaşadığı bulunmuştur. Sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığının diyabetik hastalarda daha yüksek hemoglobin A1C

düzeyleri, daha kötü glisemik kontrol, daha fazla retinopati ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Koruyucu sağlık hizmetleri hedeflerine ulaşmak için sağlık okuryazarlığını geliştirecek adımlar atılması gerektiği açıktır. Örnek olarak, sağlık okuryazarlığını geliştirmek adına pnömokok aşılmasında hasta eğitimini sağlayan bir sayfalık, basit bir dille yazılmış bir bilgilendirme broşürünün bile aşılama oranlarını beş katına kadar arttırabildiği gösterilmiştir (Durusu, Tanrıöver vd., 2014, s.63).

Bennet ve diğerleri (2009) tarafından Amerika'da 65 yaş ve üzeri 2668 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada 2002 yılı içinde katılımcıların %27'sinin grip aşısı ve %39'unun diş kontrolü yaptırdığı, kadın hastaların ise %34'ünün mamografi çektiği belirtilmiştir. Sağlık okuryazarlığındaki artışın kontrol değişkenlerinden ırk/etnik köken, eğitim, yaş, cinsiyet, gelir ve doğum yerinin varlığında bile grip aşısı yaptırma ( $\beta=0,23$ ;  $p=0,03$ ), mamografi çekirme ( $\beta=0,17$ ;  $p=0,04$ ) ve diş kontrolü yaptırma ( $\beta=0,20$ ;  $p=0,03$ ) üzerine anlamlı etkisinin olduğu görülmüştür.

Genel bir değerlendirme yapıldığında, bu çalışma ve diğer çalışmaların bulgularının uyumlu olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastalar veya sağlıklı kişilerin, koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmanın; hem erken teşhis ve tedavi için, hem de hastalıkları önlemede etkili bir yöntem olduğunu bilmesi, bunu anlaması ve değerlendirebilmesinin onların koruyucu sağlık hizmetlerini daha sık kullanmasında ve uygulamasında etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmada hastaların yaşam doyum algısı genel ortalaması  $4,2\pm 1,5$  bulunmuş, sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı ve yetersiz olan hastaların yaşam doyum algısı genel ortalamasının daha düşük olduğu görülmüştür. Yaşam Doyum Ölçeğinin "Hayatımdan memnunum" maddesinin ortalamasının ( $4,6\pm 1,7$ ) en yüksek; "Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmedim" maddesinin ortalamasının ( $3,6\pm 1,9$ ) ise en düşük olduğu görülmüştür. Genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın hastaların yaşam doyum algısını arttırdığı, bu etkinin kontrol değişkenlerinin varlığında bile anlamlı olduğu görülmüştür. Ayrıca kontrol değişkenlerinin varlığında, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun indeks puanındaki artış hastaların yaşam doyum algısında düşüğe neden olsa da, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini değerlendirme ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutlarının indeks puanlarındaki artışın hastaların yaşam doyum algısında artışa

neden olduğu görülmüştür. Genel sağlık okuryazarlığı becerileri yüksek olan hastalar genellikle yaşı daha küçük ve geliri daha yüksek kişilerden oluşmaktadır ve bu özellikler hastaların yaşam doyum algısının daha yüksek olmasında etkili olabilmektedir. Çalışmada, kontrol değişkenlerine göre eğitim seviyesi daha düşük, sosyal statü algısı daha yüksek, sigara kullanmayan, genel sağlık durumu algısı daha iyi olan ve psikiyatrik hastalığı olmayan hastaların yaşam doyum algısı daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Bu özellikler ve diğer birçok değişkene göre düzeltme yapıldığında bile genel sağlık okuryazarlığının etkisi anlamlı bulunmuştur (EK 5.81). Hastaların sağlık bilgisine erişiminin kolay olması onların daha az stresli olmasını, eriştiği sağlık bilgisini anlaması, değerlendirmesi ve uygulaması ise onların daha sağlıklı bireyler olmasını sağlamaktadır. Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığındaki artış onların daha mutlu ve sağlıklı olmasına, dolayısıyla da yaşam doyum algılarının artmasına neden olabilmektedir.

Çimen (2015) tarafından yapılan çalışmada “yaşam kalitenizi genel olarak nasıl algılıyorsunuz?” sorusuna hastaların yaklaşık dörtte biri (%24,1) iyi veya çok iyi, üçte birinden fazlası (%35,3) orta, beşte ikisi (%40,6) ise kötü veya çok kötü olarak cevabını vermiştir. Hastaların yaşam kalitesi algısı çok kötüden çok iyiye doğru gittikçe sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının da arttığı görülmüştür ( $p<0,001$ ). Macabasco-O’Connell ve arkadaşlarının (2011) kalp yetmezliği olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada düşük sağlık okuryazarlığının, kalp yetmezliğine bağlı yaşam kalitesinin daha kötü olmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu araştırmacılar aynı zamanda düşük sağlık okuryazarlığının, daha düşük kalp yetmezliği bilgisi ve daha düşük öz bakım performansıyla da ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Çalışmada hastaların yaklaşık dörtte üçü (%72,1) muayene oldukları doktorların şikayetlerini dinleyip sorularına anlayacakları şekilde yanıt verdiğini belirtmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ve mükemmel olan hastalarda, doktorların sorulara anlayacakları şekilde yanıt verdiğini belirten hastaların yüzdelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Genel sağlık okuryazarlığı ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme alt-boyutunun indeks puanlarındaki artışın hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının sorulara anlayacakları şekilde cevap verme olasılığını artırdığı, kontrol değişkenlerinin varlığında bile bu etkilerin anlamlı olduğu

görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan hastaların sağlık bilgisine ulaşmaları daha kolay olduğundan doktora gitmeden önce sağlık sorunları hakkında ön bilgi sahibi olabilmektedirler ve bu durum onların doktorun ne söylediğini daha kolay anlamalarını sağlayabilmektedir.

Çalışmada hastaların dörtte üçünden fazlası (%78,2) almış oldukları poliklinik hizmetinde doktorlarının kendilerine karşı yeterince ilgili ve nazik olduğunu belirtmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ve mükemmel olan hastalarda, doktorların kendilerine karşı yeterince ilgili ve nazik olduğunu belirten hastaların yüzdelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmada kontrol değişkenlerinin varlığında hastalıktan korunma-sağlık bilgisini anlama altı-boyutunun negatif yönde etki yaptığı görülmektedir. Böyle bir sonucun bulunmasında, sağlık okuryazarlığının alt-boyutları arasındaki bazı korelasyonların yüksek olması etkili olmuş olabilir. Genel sağlık okuryazarlığı, hastalıktan korunma-sağlık bilgisini değerlendirme ve hastalıktan korunma-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının indeks puanlarındaki artışın ise hastaların almış olduğu poliklinik hizmetinde doktorlarının kendilerine karşı yeterince ilgili ve nezaketli olma olasılığını artırdığı, bu etkilerin kontrol değişkenlerinin varlığında bile anlamlı olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların genellikle eğitim seviyesi düşüktür ve bu hastaların anlama becerisi daha düşük olabilmektedir. İş yükü ve zaman baskısı nedeniyle doktorlar yorgun ve stresli olduğunda, hastanın doktorunun ne söylediğini anlamaması, doktorların onlara karşı yeterince ilgili ve nezaketli olmasında engel oluşturabilmektedir.

Çalışmada hastaların dörtte birinden fazlası (%26,2) bugünkü almış olduğu poliklinik hizmetinden sonra aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşündüğünü belirtmiştir. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre başka bir doktora muayene olmayı düşünme durumları arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda başka bir doktora muayene olmayı düşünenlerin yüzdesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların bugünkü almış olduğu poliklinik hizmetinden sonra aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünme olasılığını, sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama alt-boyutu indeks puanındaki artışın azalttığı, hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki artışın ise artırdığı, kontrol değişkenlerinin varlığında bile bu



etkilerin benzer şekilde devam ettiği görülmüştür. Sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama alt-boyutunun bazı maddelerinde hastalara, doktorun ne söylediğini ve reçete edilen bir ilaca dair doktorun tarifini anlamının ne kadar kolay veya zor olduğu sorulmuştur. Hastaların, başta doktorun söylediklerini anlama becerisi olmak üzere, sağlık hizmeti alanındaki sağlık bilgisini anlama becerisinin yüksek olmasının onların aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünme olasılıklarını azaltmada etkili olduğu söylenebilir. Hastaların özellikle hastalıktan korunma alanı olmak üzere sağlık bilgisine erişiminin kolay olmasının ise onların aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünme olasılığını artırmada etkili olduğu söylenebilir.

Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında, katılımcılara genel olarak sağlık çalışanlarından memnuniyet durumları sorulduğunda, katılımcıların beşte üçü memnun (%49,6 memnun; %10,7 çok memnun), yaklaşık üçte biri (%29,7) kısmen memnun, onda biri ise memnun olmadığını (%6,1 memnun değil, %4,0 hiç memnun değil) belirtmiştir. Aynı çalışmada, katılımcıların doktor seçiminde etkili olan faktörlerin; daha önceden hizmet almış ve memnun kalmış olma (%55,8), öneri üzerine (%27,4), akademik unvanına göre (%11,7), bekleme süresinin az olması nedeniyle (%2,8) şeklinde sıralandığı, dolayısıyla daha önceden hizmet almış ve memnun kalmış olmanın en önemli faktör olduğu görülmüştür.

Çalışmada hastalardan poliklinik hizmetlerini genel olarak değerlendirmeleri istendiğinde, hastaların sadece yaklaşık beşte ikisinin (%38,5) mükemmel-çok iyi olarak değerlendirdiği görülmüştür. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre poliklinik hizmetlerini genel olarak değerlendirme durumları arasında anlamlı fark olmamakla birlikte, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz ve sınırlı olan hastaların poliklinik hizmetlerini mükemmel-çok iyi olarak değerlendirme yüzdeleri daha düşük bulunmuştur. Genel sağlık okuryazarlığı indeks puanındaki artışın hastaların poliklinik hizmetini genel olarak değerlendirmesinde mükemmel doğru bir artışa neden olduğu, kontrol değişkenlerinin varlığında bile bu etkinin benzer şekilde devam ettiği, sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki artışın etkisinin anlamlı hale geldiği ve bu alt-boyutun indeks puanındaki artışın da hastaların poliklinik hizmetini genel olarak değerlendirmesinde mükemmel doğru bir artışa neden olduğu

görülmüştür. Hastaların sağlık hizmeti alanında sağlık bilgisine erişim becerilerinin ve sağlık okuryazarlığıyla ilgili diğer becerilerinin yüksek olması, onların sağlık hizmetini doğru, hızlı ve etkili bir şekilde almalarını sağlayabildiğinden, bu durum onların poliklinik hizmetlerinden daha çok memnun olmalarını sağlamış olabilir.

Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmasında, katılımcılara genel olarak sağlık kurum ve kurumlarından alınan sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumları sorulduğunda, katılımcıların yarıdan fazlası memnun (%48,5 memnun; %7,6 çok memnun), üçte biri (%33,6) kısmen memnun, onda biri ise memnun olmadığını (%6,2 memnun değil, %4,1 hiç memnun değil) belirtmiştir.

Stikes ve diğerleri (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, beş aşamadan oluşan bir yöntemle hemşirelerde sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesinin hasta memnuniyetine etkisine bakılmıştır. Hastaların memnuniyetini ölçmede Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) ölçeği kullanılmıştır. 2011 ve 2014 verileri karşılaştırıldığında, üç yılın sonunda hemşirelerle iletişim boyutunun ortalamasının 81,2'den 86,2'ye, hemşirelerin hastaların anlayacağı şekilde açıklama yapmasıyla ilgili memnuniyet puanı ortalamasının 71,9'dan 89,9'a; hemşireler tarafından yapılan taburculuk bilgilendirmesiyle ilgili memnuniyet puanı ortalamasının ise 84,6'dan 92,8'e yükseldiği görülmüştür.

Komenaka ve diğerleri (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, NVST ölçeği kullanılarak meme cerrahisi kliniğine başvuran hastaların 2 yıl boyunca sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilmiş, ayrıca hastalardan 5 puanlık bir ölçek üzerinden klinik ziyareti için genel memnuniyetlerini belirtmeleri istenmiştir. Çalışmada amaç, hastaların sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinin onların memnuniyet algısına etkisinin olup olmadığını araştırmak olarak belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarının karşılaştırılmasında 2009 yılı temel alınmıştır. Temel alınan 2009 yılı genel memnuniyet ortalamasına (3,7±1,0) göre, hastaların sağlık okuryazarlığı değerlendirmesinin yapıldığı 2010 yılı genel memnuniyet ortalaması (3,8±1,0) ve 2011 yılı genel memnuniyet ortalaması (4,1±0,9) daha yüksek bulunmuştur (p<0,05).

MacLeod ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastaların doktorlardan, tamamlayıcı sigortalardan (medicare supplement plans),

uzmanlardan ve sağlık hizmetlerinden memnun olma yuzdesi, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastaların yuzdesinden daha yuksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Aynı çalışmada, benzer şekilde yuksek sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan sağlıklı katılımcıların tamamlayıcı sigorta hariç ( $p=0,79$ ) doktorlardan, uzmanlardan ve sağlık hizmetlerinden memnun olma yuzdesi, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan sağlıklı katılımcıların yuzdesinden daha yuksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Belirtilen çalışmada demografik, sosyoekonomik ve sağlık statüsü değişkenlerine göre düzeltme yapıldığında bile yuksek sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastaların doktorlardan 1,46 kat, tamamlayıcı sigortadan 1,25 kat, uzmanlardan 1,74 kat ve sağlık hizmetlerinden 1,51 kat daha fazla memnun olduğu görülmüştür ( $p<0,001$ ). Sağlıklı katılımcılar üzerindeki çalışmada ise demografik, sosyoekonomik ve sağlık statüsü değişkenlerine göre düzeltme yapıldığında, sağlık okuryazarlığının uzmanlar ve tamamlayıcı sigorta üzerindeki etkisi anlamsız bulunurken doktorlar ve sağlık hizmetleri üzerine etkisi anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre yuksek sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan sağlıklı katılımcıların yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan sağlıklı katılımcılara göre doktorlardan memnun olma olasılığı 1,52 kat, sağlık hizmetlerinden memnun olma olasılığı ise 1,18 kat daha yuksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Genel bir değerlendirme yapıldığında bu çalışma ve diğer çalışmaların bulgularının uyumlu olduğu, sağlık okuryazarlığı daha yuksek olan kişilerin yaşam doyumları ile sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin daha yuksek olduğunu söylenebilir. Sağlık okuryazarlığı yuksek kişiler genellikle yaşı daha küçük, eğitim seviyesi, geliri ve toplumdaki statüsü daha yuksek kişilerdir (HLS–EU Consortium, 2012; Rasu vd., 2015; Aslantekin, 2011; Heijmans vd., 2015). Bu kişiler, sağlıkla ilgili bilgilere daha çabuk ulaşabilmekte, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyup duymadıklarına daha doğru karar verebilmekte ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarında bunun nereden ve nasıl alınacağını daha kolay bilebilmektedirler (Morrison vd., 2014). Sağlık hizmetlerine erişimleri daha kolay olduğundan, bununla ilgili sıkıntı ve stresleri daha az olabilmektedir. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı yuksek olan bu kişiler hastalıklardan kendilerini nasıl koruyacaklarını ve sağlıklarını nasıl geliştirebileceklerini daha iyi bildiklerinden, yaşam kaliteleri daha iyi olmakta ve daha sağlıklı yaşam sürebilmektedirler. Dolayısıyla, sağlık okuryazarlığı yuksek olan kişiler daha az

hastalanmakta, hastalandıklarında ise sağlıklarına daha çabuk kavuşabilmekte, bu ise onların hem yaşamdan daha fazla zevk almalarına hem de sağlık hizmetlerinden daha fazla memnun kalmalarına neden olabilmektedir.



## 7. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER

Ankara'da bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini, sağlık okuryazarlığını etkileyen hasta özelliklerinin neler olduğunu, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi (bağı) ve sağlık okuryazarlığının hasta sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları ve bu sonuçlar doğrultusundaki öneriler aşağıda sunulmuştur.

Çalışmada, kota örnekleme yöntemiyle araştırmanın yapıldığı dönemdeki evreninin (3866 hastanın) %13,71'ine (530 hastaya) ulaşılmıştır. Kota örneklemede, kota olarak cinsiyet ve yaş değişkenleri kullanılmış, veri toplama işlemi sonrasında, yapılan karşılaştırmada örneklem ve çalışma evrenindeki kota oranları arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla, seçilen örneklemin evreni temsil etme gücünün yüksek olduğu söylenebilir. Çalışmada, cinsiyet ve yaşın sağlık okuryazarlığıyla ilişkili olduğu bulunmuştur ancak sağlık okuryazarlığının en önemli belirleyicisi eğitim düzeyidir. Çalışmada kullanılan kotalar hastane bilgi sisteminde kayıtlı olan hasta bilgileriyle sınırlı olduğundan hastaların eğitim bilgilerine ulaşamamıştır. Sağlık okuryazarlığıyla ilgili gelecekte yapılacak çalışmalarda kota örnekleme kullanılacaksa, mümkün olduğu takdirde araştırmacıların belirleyeceği kotalardan birisinin eğitim düzeyi olması tavsiye edilir.

Hastaların yarısından daha azı (%44,7) erkeklerden oluşurken üçte ikisinin (%66,2) medeni durumu evli, üçte birinden fazlasının (%35,9) eğitim düzeyi üniversitedir. Hastaların yaş ortalaması  $51,5 \pm 18,3$ 'tür ve yarısından fazlası (%51,5) <55 yaş grubunda yer almaktadır. Hastaların yaklaşık üçte biri (%31,9) çalışan veya öğrencilerden oluşmakta iken yaklaşık yarısının (%49,8) aylık hanehalkı geliri 2000 TL ve onun üstündedir. Hastaların büyük çoğunluğu (%83,7) il merkezlerinde yaşarken toplumdaki sosyal statülerine ilişkin algılarının puan ortalaması  $5,7 \pm 2,0$  olup orta düzeydedir. Çalışmanın yapıldığı hastanenin kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastaların özellikleri farklılık gösterdiğinden hastane yönetimi ve sağlık personeli bunun farkında olmalıdır.

Çalışmada, hastaların sağlık okuryazarlığını ölçmede kullanılan HLS-EU'nun ve yaşam doyum algılarını ölçmede kullanılan Yaşam Doyum Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik

analizleri yapılmıştır. Bu sonuçlara göre, çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığını ölçmede kullanılan HLS-EU ve yaşam doyumunu ölçmede kullanılan Yaşam Doyum Ölçeği geçerli ve güvenilir ölçme araçlarıdır. Gelecekte, sağlık okuryazarlığı ve yaşam doyumuyla ilgili yapılacak başka çalışmalarda bu ölçeklerin kullanılması önerilir.

Ölçek maddelerine göre hastaların %40'ından fazlası; ait olduğu toplulukta sağlığı iyileştirici faaliyetlere katılmakta, sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmakta, istediğinde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmakta, ilacıyla birlikte gelen prospektüsleri anlamakta, medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmekte, tıbbi bir acil durumda ne yapacağını anlamakta ve değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmekte zorlanmaktadır. Hastalar tarafından en fazla zor olarak algılanan ölçek maddeleriyle ilgili çeşitli iyileştirmeler yapılabilir. Politika yapıcılar; özellikle hastaların daha fazla egzersiz yapabilmeleri için yerel yönetimlerle, ilgili diğer kamu kuruluşlarıyla ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yapılarak gerekli tesislerin yapılmasını, böylece insanların daha fazla egzersiz yaparak daha sağlıklı olmasını sağlayabilirler. Bunun dışında, hastane yöneticileri çeşitli eğitim faaliyetleri düzenleyip hasta, hastanın doktoru, hasta yakınları, diyetisyen ve psikolog gibi sağlık personelleriyle işbirliği yapılarak hastaların daha fazla spor yapması teşvik edilebilir. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda başta medya olmak üzere çeşitli iletişim kanallarıyla (broşürler, ilanlar vb.) hastalara gerekli bilgilendirmeler daha etkili yapılmalıdır. İlaç prospektüsündeki Latince veya tıbbi terimlerin yerine, hastaların anlayacağı basitlikte açıklamaların olması hastalara yardımcı olabilir. Medyada yer alan sağlık bilgilerine Radyo ve Televizyon Üst Kurulu tarafından kısıtlama getirilerek bilimsel geçerliği ve güvenilirliği olmayan sağlıkla ilgili bilgilerin yayınlanması engellenebilir. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğinin nasıl değerlendirilebileceği hakkında halkın eğitilmesi, bir başka deyişle medya okuryazarlığının geliştirilmesi de önerilir. Eğitim kurumlarında, iş yerlerinde veya halka açık eğitim kuruluşlarında sağlıkla ilgili eğitim verildiğinde, acil bir durumda ne yapılması gerektiğiyle ilgili bilgilerin daha doğru, anlaşılır ve uygulamalı verilmesi sağlanmalıdır. Böylece, uygulamalı eğitimlerde bu bilgilerin doğru öğrenilip öğrenilmediği kontrol edilebilir. Hastalarla sağlık profesyonelleri arasındaki bilgi asimetrisi çok fazladır. Özellikle doktorlar hastalarına daha fazla zaman ayırarak, basit

ve sade bir dil kullanarak onların değişik tedavi yöntemlerinin avantaj ve dezavantajlarını anlamasını sağlayabilirler.

Hastalar en az (%13'ünden daha azı); reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacının tarifini anlamakta, doktor ya da eczacının talimatlarını yerine getirmekte ve ailesi ya da arkadaşlarının sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamakta zorlanmaktadır. Bu üç maddenin ortak özelliği, iletişim temalı olmasıdır. Hastalar konuşma, anlatma ve açıklama gerektiren bu maddelerde daha az zorlanmaktadır. Açıklama gerektiren diğer durumlarda da sağlık personeli ve hasta yakınlarının duyarlılığı artırılarak daha iyi sonuçlar elde edilebilir.

Hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması  $31,3 \pm 10,3$ 'tür. İndeks puanı ortalamaları; sağlık okuryazarlığı alanlarında  $30,8 \pm 11,5$  ile  $32,2 \pm 11,5$  arasında, sağlık bilgisi süreçlerinde  $30,5 \pm 10,9$  ile  $32,2 \pm 10,6$  arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunda  $28,1 \pm 13,0$  ile  $35,1 \pm 12,3$  arasında değişmektedir. Korelasyon katsayıları; sağlık okuryazarlığı alanlarında  $0,83-0,88$  arasında, sağlık bilgisi süreçlerinde  $0,87-0,91$  arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunda  $0,49-0,83$  arasındadır. Ayrıca, genel sağlık okuryazarlığı indeksinin sağlık okuryazarlığı alanları indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları  $0,94-0,96$  arasında, sağlık bilgisi süreçleri indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları  $0,95-0,96$  arasında, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indeksleri ile arasındaki korelasyon katsayıları ise  $0,76-0,91$  arasındadır. Genel sağlık okuryazarlığı indeksi ile sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık bilgisi süreçleri indekslerinin arasındaki bağlantıların daha kuvvetli ve benzer olduğu görülmektedir. Bu indekslerin ortalamaları ve aralarındaki korelasyonlar birbirine çok yakın ve benzerdir. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun indekslerinde ise durum aynı değildir. Sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indekslerinin ortalamaları ve korelasyonlarındaki farklılıklar daha fazladır. Bu sonuçlara göre, hastaların genel sağlık okuryazarlığı değerlendirilirken, bunun yanısıra sağlık okuryazarlığı alanları veya sağlık bilgisi süreçlerinden ziyade, sağlık okuryazarlığının alt-boyutların değerlendirilmesi daha önemlidir.

Sağlık personeli hastaların sağlık okuryazarlığını değerlendirirken özellikle indeks puanı düşük olan alt-boyutların farkında olmalıdır. İndeks puanı en düşük olan alt-boyutlar öncelikli iyileştirme yapılması gereken alanları göstermektedir. Sağlık

okuryazarlığının alt-boyutlarından sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutu, indeks puanı ortalaması (28,1±13,0) en düşük alt-boyuttur. Bu alt-boyut, aynı zamanda birçok hasta sonucuna en fazla anlamlı etkisi olan alt-boyuttur. Bu alt-boyutun ortalamasının düşük çıkması, hastaların sağlıklarını iyileştirecek veya geliştirecek uygulamaları yapmaya karar vermekte zorlandığını göstermektedir. Bu alt-boyutun hasta sonuçlarına etkisi en fazla olduğundan, hastalar doğru beslenme, egzersiz yapma gibi sağlığı iyileştirecek kararları daha kolay vermeleri ve uygulamaları için teşvik edilmelidir.

Hastalar genel sağlık okuryazarlığı indeks puanına göre nitelendirildiğinde, yaklaşık her beş hastadan üçü (%58,1) yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde iken her beş hastadan ikisi (%41,9) ise yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Sağlık okuryazarlığının yükseltilebilmesi için; hastane yönetiminin, başta Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı olmak üzere ilgili tüm Bakanlıklar, üniversiteler, çeşitli sivil toplum kuruluşları, medya gibi kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yaparak öncelikle hastaların ve hasta yakınlarının olmak üzere tüm toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha iyi hale gelebilmesi için çaba sarfetmesi gerekmektedir. Bunun dışında, hastane yönetimi hastalar ve hasta yakınları için hastane içinde çeşitli eğitim programlarının planlanmasını ve yürütülmesini sağlayabilir. Sağlık çalışanlarına da eğitim verilerek düşük sağlık okuryazarlığı düzeyindeki hastalar hakkında farkındalığın oluşması sağlanabilir. Böylece, sağlık personeli özellikle düşük sağlık okuryazarlığı düzeyindeki hastaların ve diğer tüm hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin farkında olacak ve sağlık hizmeti sunarken bu durumu göz önünde bulundurabilecektir.

Eğitim düzeyi daha yüksek, yaşı daha küçük, istihdam durumu çalışan, hanehalkı geliri daha yüksek, yaşadığı yer il merkezi ve sosyal statü algısı daha yüksek olan hastaların sağlık okuryazarlığı indeks puanı, dolayısıyla da sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir. Regresyon analizleri sonucuna göre eğitim düzeyi, hanehalkı geliri, yaşadığı yer ve sosyal statü algısı değişkenlerinin yanısıra cinsiyetin de sağlık okuryazarlığı üzerinde etkisi anlamlı bulunmuştur. Diğer değişkenlerin varlığında, kadın hastaların erkek hastalara göre sağlık okuryazarlığı indeks puanı ve sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir. Böyle bir sonucun bulunmasında, erkeklerin eğitim düzeyinin daha



yüksek olmasına rağmen, hastaların cinsiyetine göre sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamaları ve düzeyleri arasında anlamlı farkın olmaması etkili olmuştur. Hastane yönetimi ve bütün sağlık personeli hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesini etkileyen özelliklerin farkında olmalı, özellikle doktor ve hemşireler başta olmak üzere tüm hastane personeli sağlık hizmeti sunarken düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastalarda bu özelliklerin her birini ayrı ayrı dikkate almalı, her bir hastanın bu özelliklerden en çok hangisinden ve nasıl etkilendiği bilinmelidir.

Hastaların beşte biri (%19,9) sigara kullanmakta, büyük çoğunluğu (%86,4) alkol kullanmamakta, üçte ikisi (%66,2) diyet uygulamamakta, BKİ ölçüsü ortalaması  $26,9 \pm 5,2$ 'dir ve BKİ ölçüsü nitelendirmesine göre yaklaşık üçte ikisi (%63,5) fazla kilolu veya obezdir. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sigara kullanma, alkol kullanma ve diyet uygulama durumları arasında anlamlı fark yokken sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların BKİ ölçüsü ortalaması ve obez olma yüzdesi daha yüksektir. Sağlık okuryazarlığının, genel sağlık okuryazarlığı indeksi veya sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indekslerinden bazıları aracılığıyla belirtilen bu sonuçlar üzerinde etkisi vardır. Sağlık okuryazarlığı indekslerinin etkisiyle ilgili genel bir yorum yapılacak olursa, sağlık okuryazarlığındaki artışın hastaların daha düşük oranda sigara kullanma, daha fazla oranda alkol kullanma ve daha fazla diyet uygulama davranışlarında bulunmaları ile BKİ ölçüsü ortalamasının daha düşük olması üzerine etkisi vardır. Çalışma, kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapıldığından sigara kullanmanın zararları, bu çalışma kapsamındaki hastalar için ayrı bir önem taşımaktadır. Sigara kullanan hastalar Sağlık Bakanlığının kampanyaları çerçevesinde sigara bırakma merkezlerine yönlendirilebilir, bu hastalar için hasta yakınlarıyla işbirliği yapılabilir ve psikolog desteği sağlanabilir. Fazla kilolu olmak kalp hastalarında olumsuz sağlık sonuçları riskini daha çok artıracığından hasta ve hasta yakını ile hastanın doktoru, diyetisyen, psikolog vb. sağlık profesyonelleri arasında işbirliği yapılarak hastaların normal kiloda olması sağlanmalıdır. Çalışmada, sağlık okuryazarlığının alkol kullanma davranışı üzerine etkisinin anlamlı bulunmasında, alkol kullanan hastaların yarıya yakınının (%43,5) son bir ay içerisinde sadece 1 kez alkol kullanma davranışında bulunması, yani hastaların çoğunun zararlı seviyede alkol kullanımının olmamasının etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, alkol kullanma davranışında bulunan hastaların eğitim düzeyi ve gelir seviyesinin daha yüksek olması

(yani aralarında etkileşim olması) da etkili olmuş olabilir. Çalışmada, özellikle sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutunun daha az sigara kullanma, daha sık diyet uygulama ve daha düşük BKİ ölçüsüne sahip olma üzerine anlamlı etkisi bulunduğundan, hastaların yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz gibi sağlık ve iyiliğe etki eden yaşam koşullarını değiştirebilme, istediğinde bir spor kulübü veya egzersiz grubuna katılabilmek, sağlığı iyileştirebilecek kararları verebilme becerileri ve diğer sağlık okuryazarlığı becerileri (sağlık bilgisine erişim, sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve uygulama becerileri) geliştirilerek onların sigara kullanma olasılığı azaltılabilir, diyet uygulama olasılığı artırılabilir, dolayısıyla da istenilen BKİ ölçüsüne sahip olması, nihayetinde ise daha sağlıklı olması sağlanabilir.

İlaç kullanım alışkanlıklarıyla ilgili olarak, hastaların yarıdan fazlası hiçbir zaman doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz (%60,9), kendi ilaç bilgisine dayanarak (%65,3) ve eczaneye danışarak (%54,7) ilaç kullanmadığını; yaklaşık dörtte üçü kendisine iyi gelen bir ilacı başkasına hiçbir zaman tavsiye etmediğini (%73,4) ve evdeki ilaçların son kullanma tarihlerine her zaman dikkat ettiğini (%74,9); büyük çoğunluğu hiçbir zaman çevre tavsiyesiyle (%82,8) ve internetten araştırarak (%91,1) ilaç kullanmadığını, ilaçlarını her zaman doktorlarının önerdiği miktarda (%84,5) ve önerdiği süreye uygun şekilde kullandığını (%82,1) belirtmiştir. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ilaç kullanım alışkanlıkları karşılaştırıldığında, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastaların hiçbir zaman eczaneye danışarak ilaç kullanmama ve evdeki ilaçların son kullanma tarihine her zaman dikkat etmeme yüzdeleri daha yüksektir. Sağlık okuryazarlığının, genel sağlık okuryazarlığı indeksi veya sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indekslerinden bazıları aracılığıyla ilaç kullanım alışkanlıkları üzerinde etkisi vardır. Sağlık okuryazarlığı indekslerinin etkisiyle ilgili genel bir yorum yapıldığında, sağlık okuryazarlığındaki artışın hastaların doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz, çevre tavsiyesiyle ve internetten araştırarak ilaç kullanmama, kendisine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına tavsiye etmeme, eczaneye danışarak ilaç kullanma, evdeki ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat etme, ilaçlarını doktorunun önerdiği miktarda ve önerdiği süreye uygun şekilde kullanma durumları üzerine etkisi vardır. Çalışmada, özellikle hastalıktan korunma alanının alt-boyutları ile sağlık hizmeti-sağlık bilgisini anlama ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisini uygulama alt-boyutlarının ilaç kullanım alışkanlıkları üzerinde anlamlı etkisi bulunduğundan, hastaların ilacın prospektüsündeki

bilgileri anlama, hastalıklardan kendini nasıl koruyacağını bilme, doktorun ne söylediğini anlama, reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor veya eczacının tarifini anlama, sağlığını iyileştirecek kararları verebilme becerileri ile diğer sağlık okuryazarlığı becerileri yükseltilerek onların ilaç kullanım alışkanlıklarının daha doğru olması sağlanmalıdır. Uygun ilaç kullanım alışkanlıklarının hastalara kazandırılmasında, belirtilen sağlık okuryazarlığı becerilerinin yükseltilmesi için; hastalar çeşitli eğitim programlarına katılarak kişisel bilgi ve becerilerini geliştirebilir, sağlık hizmeti sunucuları -özellikle doktorlar, eğitim hemşireleri ve eczacılar- uygun iletişim tekniklerini kullanabilirler, hastaların bakımından sorumlu olan kişilere de (aile, arkadaş, bakıcı vb.) gerekli eğitimler verilerek onların daha bilinçli ve duyarlı olması sağlanabilir.

Hastaların tamamı yakını (%97,4) sağlık bilgisine ulaşmada doktoru kullanmaktadır. Hastaların sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı diğer kaynaklar sırasıyla; televizyon (%46,7), internet (%45,0), eczacı (%42,7), gazete-dergi (%26,7), hemşire (%26,3), radyo (%18,0) ve diğer sağlık çalışanlarıdır (%19,1). Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastalar sağlık bilgisine ulaşmada radyo, gazete-dergi, internet, hemşire, eczacı ve diğer sağlık çalışanlarını daha az kullanmaktadır. Hastaların sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı bilgi kaynakları sayısının ortalaması  $3,2 \pm 2,3$ 'tür ve üçte biri (%33,1) dört ve üzeri kaynak kullanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastaların sağlık bilgisine ulaşmada kullandığı bilgi kaynağı sayısı daha düşüktür. Sağlık okuryazarlığının, genel sağlık okuryazarlığı indeksi veya sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indekslerinden bazıları aracılığıyla sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan kaynaklar üzerine etkisi vardır. Her ne kadar kontrol değişkenlerinin varlığında etkisi anlamsız olsa da, sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim alt-boyutu indeks puanındaki artış sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan bilgi kaynakları sayısında artışa neden olmaktadır. Sağlık bilgisine erişim süreci indeksi ile sağlık hizmeti-sağlık bilgisine erişim, hastalıktan korunma-sağlık bilgisine erişim ve sağlığın geliştirilmesi-sağlık bilgisine erişim alt-boyut indekslerinin artışıyla sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan bilgi kaynakları sayısının artışı arasında pozitif yönde ilişki vardır. Hastaların sağlık bilgisine erişim becerisi arttıkça sağlık bilgisine ulaşmakta kullandığı kaynak sayısı da artmaktadır. Sağlık okuryazarlığı indekslerinin etkisiyle ilgili genel bir yorum yapıldığında, sağlık okuryazarlığındaki artışın en önemli sağlık bilgi kaynağı olarak internetin algılanması

ve sağlık bilgisine ulaşmada kullanılan bilgi kaynağı sayısının artışı üzerine etkisi vardır. Kalp hastalarında bazı hastalıkların (ritim bozukluğu gibi) niteliği sebebiyle zaman (sağlık problemi ortaya çıktığında), ilaç kullanım alışkanlıkları ve sağlıklı yaşam davranışları gibi durumlar çok önemli olduğundan (Türk Kardiyoloji Derneği, 2018b), bu hastalarda özellikle sağlık bilgisine erişim becerisi ve diğer sağlık okuryazarlığı becerilerinin yükseltilecek onların hastalıkları hakkında ihtiyaç duydukları gerekli bilgilere doğru kaynaklardan hızlı ve doğru bir şekilde ulaşmaları sağlanmalıdır. Sağlık bilgisine erişim becerisi düşük olan hastalar için Kısa Mesaj Hizmeti (Short Message Service – SMS), telefonla arayarak hatırlatma vb. çeşitli uygulamalar yapılabilir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2018) tarafından, sağlık tesislerinde yapılan tetkik ve işlemler konusunda hastaların bilgilendirilmesi ve işlemlerin randevu sürelerinin takibi hakkında kısa bilgi notu hazırlanarak ilgili sağlık tesisleri tarafından işlem öncesi SMS ile hastaya hatırlatma yapılması planlanmaktadır. Örneğin; endokrinoloji bölümünde tiroid biyopsisi yaptıracak bir hasta için hazırlanan randevu hazırlık mesajı şu şekildedir: “Değerli hastamız, 13.03.2018 tarihinde saat 14:45’te endokrinoloji tiroid biyopsi randevunuz vardır. Kan sulandırıcı ilaçların bu süre içinde kullanılma durumunu doktorunuza danışınız.” Bir başka örnek olarak kardiyoloji randevu ve işleme hazırlık uyarı sistemindeki ekokardiyografi randevu hatırlatma mesajı ise şu şekildedir: “Değerli hastamız, 08.03.2018 tarihinde saat 09:30 da ekokardiyografi randevunuz vardır. Randevu günü Elektrokardiyografi (EKG) sonucunuzla birlikte randevu saatinden 15 dk önce D blok EKG biriminde bulununuz (Not: Kısa süreli gecikmeler olabilir).” Bu ve benzeri uygulamalar (örneğin, kardiyoloji hastaları için çok önemli olan ilaçların alınma zamanlarının ve miktarlarının SMS yoluyla hatırlatılması vb.) geliştirilerek özellikle sağlık bilgisine ulaşma becerisi düşük olan hastalar için onların daha bilinçli ve uygun sağlık davranışlarında bulunması sağlanabilir.

Yaklaşık her üç hastadan sadece biri (%36,2) genel sağlık durumunu iyi veya çok iyi olarak algılamaktadır. Hastaların yaklaşık yarısı (%50,3) birden fazla uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığı olduğunu, yaklaşık üçte ikisi (%68,7) sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırladığını belirtmiştir. Hastaların toplam hastalık sayısı ortalaması  $2,4 \pm 1,8$ ’dir ve beşte ikisinden fazlasının (%41,9) üç ve üzeri hastalığı vardır. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre karşılaştırma yapıldığında, sağlık

okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastalarda; genel sağlık durumunu kötü olarak algılama, birden fazla uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığa sahip olma, sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetleri ciddi bir şekilde sınırlama ve toplam hastalık sayısının 3 ve üzeri olma yüzdelerinin tamamı daha yüksektir. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastalarda kalp-damar, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, KOAH, astım ve inme/felç hastalıklarının görülme sıklığı daha yüksektir. Sağlık okuryazarlığının, genel sağlık okuryazarlığı indeksi veya sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indekslerinden bazıları aracılığıyla sağlık statüsüyle ilgili hasta sonuçları üzerine etkisi vardır. Sağlık okuryazarlığı indekslerinin etkisiyle ilgili genel bir yorum yapıldığında, sağlık okuryazarlığındaki artışın hastaların genel sağlık durumu algısının daha iyi olması, uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığının olmaması, sağlık sorunlarının genel olarak aktivite/faaliyetlerini sınırlamaması ve toplam hastalık sayısının daha az olması üzerine etkisi vardır. Kalp hastalarında, hastalıklarının özelliği sebebiyle zaman zaman istenmeyen olaylar (çeşitli kanamalar, kalp krizi vb.) hatta ani ölümler bile gerçekleşebildiğinden bu hastalarda özellikle kronik hastalıkların yönetimi daha önemli olabilmektedir. Çalışmada, özellikle hastalıktan korunma ve sağlık hizmeti alanlarında sağlık bilgisine erişim, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında ise sağlık bilgisini uygulama becerilerinin hastaların sağlık statüsüyle ilgili sonuçları üzerine etkisi olduğundan, kalp hastalarında özellikle belirtilen bu becerilerin ve diğer sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilerek onların güçlendirilmesi, böylece onların kronik hastalıklarının yönetiminde daha etkili olmaları sağlanmalıdır. Eğitim yoluyla sağlık okuryazarlığı becerileri geliştirilen hastalarda, hastalıkları hakkında genel bilgilerinin (hastalıklarının tanımını yapabilmesi, belirti ve bulgularını bilmesi) olması, ilaçları hakkında bilgilerinin olması (ilacın etkileri, yan etkileri, uygulanma şekli vb.), dinlenme ve egzersiz (dinlenme, egzersiz eğitimi, çalışma, günlük fiziksel hareketler, rehabilitasyon vb.) ile beslenme ve sosyal alışkanlıkların (gerektiğinde sodyum alımını kısıtlama, aşırı alkol alımından sakınma, sigarayı bırakma, kilo verme vb.) kazandırılması sağlanabilir (Akıncı vd., 2014, s.60).

Hastaların yaklaşık üçte ikisinin (%62,6) son iki yıl içinde acil servis kullanımı vardır. Hastaların yaklaşık beşte üçü (%61,6) son bir yıl içinde doktora 5 ve üzeri kez başvurmuş, yaklaşık yarısı (%51,6) son bir yıl içinde hastane hizmetlerini 5 ve üzeri kez kullanmış, üçte biri (%33,5) son bir yıl içinde diğer sağlık profesyonellerinden

(diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, diş hekimi, optisyen vb) hizmet almış, üçte birinden fazlası (%36,9) son bir yıl içinde kardiyoloji polikliniğine ilk kez başvurmuş, yaklaşık üçte biri (%32,1) son bir yıl içinde hastaneye yatmıştır. Son bir yıl içinde, hastaneye yatan hastaların üçte birinden fazlası (%34,3) 2 ve üzeri kez yatmıştır ve yarıya yakınının yatış süresi (%47,8) 5 ve üzeri gündür. Hastaların yarıdan fazlası (%55,6) doktor randevusuna giderken yanında refakatçi bulundurmakta, neredeyse dördte üçü (%69,6) hastalığıyla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissetmekte, yaklaşık beşte ikisi (%38,8) ise doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi istemektedir. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre karşılaştırma yapıldığında, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastalarda; son bir yıl içinde doktora 5 ve üzeri kez başvurma, kardiyoloji polikliniğine 2 ve üzeri kez başvurma, hastaneye yatma, yatış süresinin 5 ve üzeri gün olması (yatan hastaların) ve doktor randevusuna giderken yanında refakatçi bulundurma yüzdelerinin tamamı daha yüksek iken doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi isteme yüzdesi daha düşüktür.

Sağlık okuryazarlığının, genel sağlık okuryazarlığı indeksi veya sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indekslerinden bazıları aracılığıyla sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili hasta sonuçları üzerine etkisi vardır. Sağlık okuryazarlığı indekslerinin etkisiyle ilgili genel bir yorum yapıldığında, sağlık okuryazarlığındaki artışın; hastaların acil servis kullanımının, doktora başvuru sayısının, hastane hizmetleri kullanımının, kardiyoloji polikliniğine başvuru sayısının ve hastaneye yatışının daha az olması, diğer sağlık profesyonellerinden daha fazla hizmet alması, doktor randevusuna giderken yanlarında refakatçi bulundurmaması ve doktor gerek görmediği halde kendi isteğiyle tetkik veya tedavi istemesi üzerine etkisi vardır. Daha yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesinde olan hastaların sağlık hizmetleri kullanımının (doktora başvurma, acil servis kullanımı, hastaneye yatma, kardiyoloji doktoruna başvurma) daha düşük olmasında, sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastalar daha bilinçli olduğundan bu hastaların doktor tavsiyelerini (düzenli ilaç kullanma, beslenme, kontrollerini yaptırma gibi) daha çok yerine getirmesinin ve sağlıklı davranışlar sergilemesinin etkisi olabilir. Sağlık hizmetlerinin uygun kullanımı için düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastaların sağlık okuryazarlığı becerilerinin artırılması gerekir. Bu kapsamda, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastalara gerekli eğitimler verilerek kronik hastalıkların yönetimiyle

ilgili olarak ilaçlarını doğru kullanmaları, doktor randevularına sadık kalmaları, kontrollerini aksatmadan zamanında yaptırmaları ve doktor tavsiyelerine uymalarıyla ilgili alışkanlıklar kazandırılabilir.

Koruyucu sağlık hizmetleri kullanımıyla ilgili olarak; hastaların dörtte üçünden fazlası (%78,3) son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçmiş, büyük çoğunluğu (%80,5) son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanına tansiyon ölçümü yaptırmış, yaklaşık beşte biri (%17,4) 2014-2015 sezonunda grip aşısı olmuş, ( $\geq 50$  yaş için) sekizde biri (%13,3) kolon kanseri tarama testi yaptırmış, üçte biri (%33,1) son bir yıl içinde diş hekimine gitmiştir. Kadın hastaların beşte ikisi (%40,1) kendi kendine meme muayenesi yaptığını belirtmiş, ( $\geq 40$  yaş için son 2 yıl içinde;  $\geq 50$  yaş için son 1 yıl içinde) yarıya yakını (%45,6) mamografi çekirmiş, (21-65 yaş için) yaklaşık beşte biri (%19,7) son 3 yıl içinde serviks kanseri testi yaptırmış, ( $\geq 65$  yaş için) yarıya yakını (%47,1) şimdiye kadar osteoporoz tarama testi yaptırmıştır. Erkek hastaların yaklaşık beşte biri (%20,2) kendi kendine testis muayenesi yaptığını belirtmiştir. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre karşılaştırma yapıldığında, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastalarda genel bir doktor muayenesinden geçme, herhangi bir sağlık çalışanına tansiyon ölçümü yaptırma, grip aşısı olma, kolon kanseri tarama testi yaptırma, diş hekimine gitme; kadın hastalarda kendi kendine meme muayenesi yapma, mamografi çekirme, serviks kanseri ve osteoporoz tarama testlerini yaptırma; erkek hastalarda ise kendi kendine testis muayenesi yapma yüzdelerinin tamamı daha düşüktür. Sağlık okuryazarlığının, genel sağlık okuryazarlığı indeksi veya sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indekslerinden bazıları aracılığıyla koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerine etkisi vardır. Sağlık okuryazarlığı indekslerinin etkisiyle ilgili genel bir yorum yapıldığında, sağlık okuryazarlığındaki artışın hastaların genel bir doktor muayenesinden geçmesi, herhangi bir sağlık çalışanına tansiyon ölçümü yaptırması, grip aşısı olması, kolon kanseri tarama testi yaptırması ve diş hekimine gitmesi; kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapması, mamografi çekirmesi, serviks kanseri ve osteoporoz tarama testlerini yaptırması; erkek hastaların ise kendi kendine testis muayenesi yapması üzerine etkisi vardır. Çalışmada, özellikle hastalıktan korunma alanındaki alt-boyut indekslerinin hastaların koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerine etkisi olduğundan, kalp hastalarının başta sağlık okuryazarlığının hastalıktan korunma alanındaki becerileri ve diğer sağlık okuryazarlığı

becerileri geliştirilerek onların koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullanması sağlanmalıdır.

Daha fazla sağlık hizmeti kullanımını daha fazla hastane harcamasıyla ilişkili olduğundan, hastaların özellikle hastalıktan korunma alanındaki sağlık bilgisini anlama becerisi ve diğer sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesiyle, onların sağlık hizmetleri kullanımının, dolayısıyla da hastane harcamaları ve diğer sağlık harcamalarının daha düşük olması sağlanabilir.

Hastaların yaşam doyum algısı genel ortalaması 7'li Likert tipi ölçek üzerinden  $4,2 \pm 1,5$ 'dir. Hastalara göre, en son almış oldukları poliklinik hizmetlerinde muayene oldukları doktorların yaklaşık dörtte üçü (%72,1) sorularına anlayacakları şekilde yanıt vermiş ve dörtte üçünden fazlası (%78,2) kendilerine karşı yeterince ilgili ve nazik davranmıştır. Hastaların yaklaşık dörtte üçü (%73,8) bugünkü almış olduğu poliklinik hizmetinden sonra aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünmemektedir. Hastalardan poliklinik hizmetlerini genel olarak değerlendirmeleri istendiğinde, yaklaşık her beş hastadan sadece ikisi (%38,5) mükemmel-çok iyi olarak değerlendirmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastaların yaşam doyum algısı genel ortalaması ve bu hastaların; doktorların sorulara anlayacakları şekilde yanıt verdiğini, doktorların kendilerine karşı yeterince ilgili ve nazik olduğunu düşünme, bugünkü almış olduğu poliklinik hizmetinden sonra aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünmeme ve poliklinik hizmetlerini mükemmel-çok iyi olarak değerlendirme yüzdelerinin tamamı daha düşüktür. Sağlık okuryazarlığının; genel sağlık okuryazarlığı indeksi veya sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyut indekslerinden bazıları aracılığıyla memnuniyetle ilgili hasta sonuçları üzerine etkisi vardır. Sağlık okuryazarlığı indekslerinin etkisiyle ilgili genel bir yorum yapıldığında, sağlık okuryazarlığındaki artışın hastaların yaşam doyum algısının daha iyi olması, poliklinik hizmetinde doktorlarının sorulara anlayacakları şekilde cevap vermesi ve kendilerine karşı yeterince ilgili ve nazik olması, poliklinik hizmetinden sonra aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünmemesi ve poliklinik hizmetlerinin genel olarak daha iyi algılanması üzerine etkisi vardır. Çalışmada, özellikle sağlık hizmeti ve hastalıktan korunma alanlarındaki sağlık bilgisine erişim, sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerinin memnuniyetle ilgili



hasta sonuçları üzerine etkisi olduğu bulunmuştur. Hastaların sağlık bilgisine erişiminin kolay olması onların daha az stresli olmasını, hastalığı hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasını, doktoruyla daha sağlıklı iletişim kurmasını, daha rahat soru sormasını ve dediklerini daha iyi anlamasını sağlayacaktır. Hastanın elde ettiği sağlık bilgisini değerlendirebilmesi ve uygulaması ise onların daha sağlıklı birey olmasına katkıda bulunacaktır. Sonuç olarak, belirtilen bu becerilerin ve sağlık okuryazarlığındaki diğer becerilerin artırılmasıyla hastaların daha mutlu ve sağlıklı olması, dolayısıyla da onların yaşam doyum algısının ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin artması sağlanmalıdır.

Hastanın düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinde olması sadece onun sorunu değildir; bu konu aynı zamanda hasta yakınlarının, sağlık hizmeti sunucularının ve hastane yönetiminin de sorunudur. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması için; hastalar çeşitli eğitim programlarına katılarak sağlık okuryazarlığı bilgi ve becerilerini geliştirebilir; sağlık hizmeti sunucuları, özellikle de doktorlar daha yavaş ve anlaşılır konuşarak, tıbbi terimler yerine sade bir dil kullanarak, hastanın ne anladığını kontrol etmek için öğrenileni geri anlatma metodunu kullanarak ve hastaları soru sormaya teşvik ederek bu sürece katkıda bulunabilirler. Hastane yönetimi tarafından düşük sağlık okuryazarlığındaki hastalar için eğitim faaliyetleri yürütülebilir. Bu durumda olan hastalar için özel birimler oluşturulabilir ve bu hastaların takipleri daha yakından yapılabilir.

Sağlık okuryazarlığıyla ilgili olarak ilgili Bakanlıklar, resmi kuruluşlar ve politika yapıcılar aracılığıyla gerekli yasal düzenlemeler yapılabilir. Örneğin, sağlık okuryazarlığı ve ilgili konuların medyada ve ders kitaplarında yer alması zorunlu hale getirilebilir. Sağlık okuryazarlığı hemen hemen toplumun tamamını ilgilendirdiğinden hastane yönetimi, hasta, hasta yakını, sağlık hizmeti sunucuları, kamu kurum ve kuruluşları, medya, politika yapıcılar, sivil toplum kuruluşları ve diğer tüm kurum ve kuruluşların işbirliği içinde hareket etmesi gerekir.

Çalışmada, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun hasta sonuçlarına etkisine bakılırken bazı alt-boyutların etkisinin beklenenin tersine pozitif veya negatif yönde olduğu görülmüştür. Bunun sebebinin, alt-boyutlar arasındaki bazı korelasyonların yüksek olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, bir alt-boyutun birden fazla alt-boyutla yüksek korelasyonlu olması nedeniyle uygun

birleştirmeler yapılamamıştır. Gelecekte, sağlık okuryazarlığının 12 alt-boyutunun etkisiyle ilgili yapılacak çalışmalarda, mümkün olduğu takdirde yüksek korelasyonlu alt-boyutların uygun biçimde birleştirildikten sonra analizlere dahil edilmesi tavsiye edilir.

Çalışmada kullanılan sağlık okuryazarlığı anketinde hastaların Coumadin isimli (etken maddesi varfarin sodyum olan) ilacı kullanma durumunu ölçen bir soru olmadığından, bununla ilgili soru araştırmacı tarafından ankete sonradan eklenmiştir. Gelecekte, hasta sonuçlarıyla ilgili yapılacak çalışmalarda, hasta sonuçlarını etkileyebileceği düşünülen böyle spesifik değişkenlerin dikkate alınması faydalı olabilir.

Yaşlanan nüfusla beraber kronik hastalıkların topluma getireceği yük, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ciddi bir tehdit oluşturmaktadır (Akalin vd., 2012, s.31). Gelecekte, başta hastalar olmak üzere tüm toplumun genel sağlık okuryazarlığı becerilerinin yükseltilerek onların sürece daha fazla dahil olmaları ve hastaların hastalıklarının, özellikle de kronik hastalıkların yönetiminde daha fazla sorumluluk almaları sağlanmalıdır.

Gelecekte sağlık okuryazarlığı ve hasta sonuçlarıyla ilgili yapılacak çalışmalarda, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastalar için hangi iyileştirme çalışmalarının yapılabileceğinin ve yapılan bu iyileştirme çalışmalarının hasta sonuçlarına ne şekilde etki ettiğinin çok yönlü olarak araştırılması önerilir. Bu araştırmaların, toplumda sık görülen, klinik sonuçları önemli olan, katastrofik sağlık harcamalarına yol açan veya sağlık sistemine büyük maddi yük getiren hastalıklar özelinde yapılması daha fazla yarar sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

- Abrams M.A., Kurtz-Rossi, S., Riffenburgh A. & Savage B.A. (2014). *Building health literate organizations: A Guidebook to achieving organizational change*. Wes Des Moines, DC: Author. <http://www.HealthLiterateOrganization.org>. Erişim tarihi: 29.09.2016.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2010). *Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. AHRQ Publication No. 10-0046-EF, Rockville, DC: Author.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993.
- Akbulut, Y. (2015). Sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri kullanımı açısından değerlendirilmesi. F.Yıldırım ve A. Keser (Ed.), *Sağlık okuryazarlığı içinde* (s.113-132). Ankara, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayın No: 3.
- Akalın, E., Durusu Tanrıöver, M. ve Sayran, F. (2012). *Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü*. İstanbul, Sis Matbaacılık, Yayın No: TÜSÝAD-T/2012-06/529.
- Akıncı, A.Ç., Zengin, N., Buğu, Y. (2014). Kalp yetersizliği ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 52-61.
- Alpar, R. (2013). *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler*. Detay Yayıncılık. Bizim Büro Matbaacılık ve Basım Evi. Ankara.
- Alpar, R. (2014). *Uygulamalı istatistik ve geçerlilik-güvenilirlik* (3. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- American Medical Association Foundation. (2007). *Health literacy and patient safety: Help patients understand*. Chicago, DC: Author.
- Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü. (2016). Sağlık okuryazarlığı atılımı. *Ankara Halk Sağlığı Dergisi*, 1(4), 48-49.
- Aslantekin, F. (2011). Yetişkinlerin sağlık okuryazarlık durumları ve etkileyen faktörler (Tip II diyabetli hasta örneği). Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Aslantekin, F. ve Yumrutaş, M. (2014). Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 327-334.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2013). *Consumers, the health system and health literacy: Taking action to improve safety and quality. Consultation Paper*. Sydney: ACSQHC.
- Austvoll-Dahlgren, A., Danielsen, S., Opheim, E., Bjørndal, A., Reinar, L.M., Flottorp, S. et al. (2013). Development of a complex intervention to improve health literacy skills. *Health Information & Libraries Journal*, 30, 278-293.

- Aşıcı, M. (2009). Kişisel ve sosyal bir değer olarak okuryazarlık. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 7(17), 9-26.
- Baker, D.W., Williams, M.V., Parker, R.M., Gazmararian, J.A. & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38, 33-42.
- Baker, D.W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-83.
- Beauchamp, A., Buchbinder, R., Dodson, S., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., McPhee, C. et al. (2015). Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ), *BMC Public Health*, 15:678.
- Bennett, I. M., Chen, J., Soroui, J. S., & White, S. (2009). The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *The Annals of Family Medicine*, 7(3), 204-211.
- Berkman N.D., DeWalt D.A., Pignone M.P., Sheridan S.L., Lohr K.N., Lux L. et al. (2004). *Literacy and health outcomes*. AHRQ Publication No. 04-E007-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An Updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155, 97-107.
- Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Turk J Public Health*, 12(1), 61-68.
- Böke, K. (2011). *Örnekleme*. Böke, K. (Ed.). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri (3. Baskı)*. Ankara, ALFA Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti.
- Brooten, D., & Naylor, M. D. (1995). Nurses' effect on changing patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 27(2), 95-99.
- Cajita, M.I., Cajita T.R. & Han, H-R. (2016). Health literacy and heart failure: A Systematic review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(2), 121-30.
- Center for Health Care Strategies (2013). *Health literacy and the role of culture*. Washington, DC: Author. [http://www.chcs.org/media/CHCS\\_Health\\_Literacy\\_Fact\\_Sheets\\_2013.pdf](http://www.chcs.org/media/CHCS_Health_Literacy_Fact_Sheets_2013.pdf). Erişim tarihi: 27.09.2016.
- Chen, A. M., Yehle, K. S., Albert, N. M., Ferraro, K. F., Mason, H. L., Murawski, M. M., & Plake, K. S. (2013). Health literacy influences heart failure knowledge attainment but not self-efficacy for self-care or adherence to self-care over time. *Nursing research and practice*, 2013.
- Chiarelli, L. (2006). *Health literacy interventions*. Canadian Public Health Association, DC: Author.
- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A Review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73(1), 60-67.

- Christmann, S. (2005). *Health literacy and internet: Recommendations to promote health literacy by the means of the internet*. EuroHealthNet, DC: Author.
- Coffman, M. J., & Norton, C. K. (2012). Diabetes symptoms, health literacy, and health care use in adult Latinos with diabetes risk factors. *Journal of cultural diversity*, 19(1), 4.
- Çalışkan, D. (2015). *Okul Sağlığı ve Sağlığı Geliştiren Okullar*. Ankara, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Fiziksel aktivite çalıştayı.
- Çınarlı, İ. (2014). Sağlık enformasyonu ve sağlık okuryazarlığı. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi*, 7(19), 20-25.
- Çimen, Z. (2015). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R.B., Murphy, P.W. et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25(6), 391-395.
- Doyle, G., Cafferkey, K. & Fullam, J. (2012). *The European health literacy survey: Results from Ireland*. Dublin, DC: Author.
- Duffy, J. R., & Hoskins, L. M. (2003). The Quality-Caring Model©: Blending Dual Paradigms. *Advances in nursing science*, 26(1), 77-88.
- Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H.H., Demiray Ready, N., Çakır, B. ve Akalın, H.E. (2014). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*. Ankara, Sağlık-Sen Yayınları.
- Dündar, P.E. ve Dede, B. (2012). *Manisa'da seçilen kentsel ve gecekondu bölgelerinde yatışkinlerde sağlık okuryazarlığı ve etkili faktörler*. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 2-6 Ekim Bursa.
- Ege, P. (2011). Çocuklarda okuryazarlık gelişimi. Topbaş, S.S. (Ed.), *Dil ve kavram gelişimi içinde* (s.171-188). Ankara, Kök Yayıncılık, 5. Baskı.
- Erdem, R. ve Prinççi, E. (2003). Sağlık hizmetlerinde kullanım ve kullnımı etkileyen faktörler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 20(1), 39-46.
- Evcı Kiraz, D. (2015). *Halk sağlığı perspektifinden fiziksel aktivite ve belediyelerin rolü*. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Fiziksel Aktivite Çalıştay, Ankara.
- Filiz, E. (2015). Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Gilbert, M., Dulai, J., Wexel, D. & Ferlatte, O. (2014). *Health literacy, sexual health, and gay men*. British Columbia, Canada, DC: Author.
- Gillette, B., & Jenko, M. (1991). Major clinical functions: A unifying framework for measuring outcomes. *Journal of nursing care quality*, 6(1), 20-24.

- Golbeck, A.L., Ahlers-Schmidt, C.R., Pschal, A.M. & Dismuke, S.E. (2005). A Definition and operational framework for health numeracy. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(4), 375-376.
- Gözüm, S. (2013). *Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık İnanç Modeli*. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Sağlığın Geliştirilmesi.
- Gutierrez, N., Kindratt, T. B., Pagels, P., Foster, B., & Gimpel, N. E. (2014). Health literacy, health information seeking behaviors and internet use among patients attending a private and public clinic in the same geographic area. *Journal of community health*, 39(1), 83-89.
- Gül, G. (2007). Okuryazarlık sürecinde aile katılımının rolü. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 8(1), 17-30.
- Güneş, F. (1997a). Okuryazarlık kavramı ve düzeyleri. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 27(2), 499-507.
- Güneş, F. (1997b). *Okuma-Yazma öğretimi ve beyin teknolojisi*. Ankara, Ocak Yayınları.
- Güneş, F. (2003). Okuma-yazma öğretiminde cümlenin önemi. *Türklük Bilimi Araştırmaları Türkçe'nin Öğretimi Özel Sayısı*, 13, 39-48.
- Harper, R. (2013). Comprehensive health literacy assessment for college students. Doctoral dissertation, Colorado State University, Colorado.
- Harris, M. D. (1991). Clinical and financial outcomes in patient care in a home health care agency. *Journal of Nursing Care Quality*, 5(2), 41-49.
- Health Service Executive & National Adult Literacy Agency (2009). *Literacy Audit for Healthcare Settings*. Dublin, DC: Author. [https://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HSE\\_NALA\\_Health\\_Audit.pdf](https://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HSE_NALA_Health_Audit.pdf). Erişim tarihi: 27.09.2016.
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 41-48.
- HLS-EU Consortium (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU member states*. The European Health Literacy Survey HLS-EU, The international Consortium of the HLS-EU Project, DC: Author.
- Huntington, S. J. (2012). "Roadblocks, stop signs": Health literacy, education and communication at a free medical clinic. Doctoral dissertation, Syracuse University, Newyork-Syracuse.
- Ingram, R.R. (2010). Health literacy and adherence to antihypertensive regimens in African Americans ages 50 and older. Doctoral dissertation, The University of North Carolina, Greensboro.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A New health system for the 21st century*. Washington, The National Academies Press, DC: Author.

- Institute of Medicine (2004). *Health literacy: A Prescription to end confusion*. Washington, The National Academies Press, DC: Author.
- James, D. C. S., Harville, C., Efunbumi, O., & Martin, M. Y. (2015). Health literacy issues surrounding weight management among African American women: a mixed methods study. *Journal of human nutrition and dietetics*, 28(s2), 41-49.
- Johnson, A. (2014). Health literacy, does it make a difference? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 39-45.
- Kanj, M. & Mitic, W. (2009). *This paper was prepared as a working document for discussion at the 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*. Consultants to the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization.
- Karağaoğlu, E. (2016). *BIS 615 Örneklem dersi, olasılıklı olmayan örneklem yöntemleri ders notları*. Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı.
- Kaya, S. (2005). *Sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme*. Ankara, Pelikan Yayınları.
- Kickbusch, I., Wait, S. & Maag, D. (2005). *Navigating Health: The Role of Health Literacy*. London, Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK.
- Klutse, V. (2014). Measuring health literacy among Somali men over the age of 45 - A Pilot study. Master of Science in Nursing Theses, Cedarville University, Cedarville.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., & von Wagner, C. (2015). Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging English adults. *Journal of general internal medicine*, 30(7), 958-964.
- Komenaka, I. K., Nodora, J. N., Machado, L., Hsu, C. H., Klemens, A. E., Martinez, M. E., ... & Weiss, B. D. (2014). Health literacy assessment and patient satisfaction in surgical practice. *Surgery*, 155(3), 374-383.
- Kripalani, S., Henderson, L. E., Chiu, E. Y., Robertson, R., Kolm, P., & Jacobson, T. A. (2006). Predictors of medication self-management skill in a low-literacy population. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 852-856.
- Kurudayıoğlu, M. (2011). Zihinsel ve fiziksel bir süreç olarak okuma. *Gazi Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 31(1), 15-29.
- Kwan, B., Frankish, J. & Rootman, I. (2006). *The Development and validation of measures of "health literacy" in different populations*. UBC Institute of Health Promotion Research and UVic Community Health Promotion Research, DC: Author.
- Lee, S.D, Arozullah, A.M, & Cho, Y.I. (2004). Health literacy, social support, and health: A research agenda. *Social Science and Medicine*, 58, 1309-1321.

- Lee, S. Y. D., Tsai, T. I., Tsai, Y. W., & Kuo, K. N. (2012). Health literacy and women's health-related behaviors in Taiwan. *Health Education & Behavior*, 39(2), 210-218.
- Lee, H. Y., Lee, J., & Kim, N. K. (2015). Gender Differences in Health Literacy Among Korean Adults: Do Women Have a Higher Level of Health Literacy Than Men? *American journal of men's health*, 9(5), 370-379.
- Lee, H.Y., Rhee, T.G., Kim, N.K & Ahluwalia, J.S. (2015). Health literacy as a social determinant of health in Asian American immigrants: Findings from a population-ased survey in California. *Society of General Internal Medicine*, 30(8), 1118-24.
- Liu, Y., Avant, K. C., Aunguroch, Y., Zhang, X. Y., & Jiang, P. (2014). Patient outcomes in the field of nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(1), 69-74.
- Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F., & Chen, Y. L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International journal of environmental research and public health*, 12(8), 9714-9725.
- Londoño, A. M. M., & Schulz, P. J. (2015). Influences of health literacy, judgment skills, and empowerment on asthma self-management practices. *Patient Education and Counseling*, 98(7), 908-917.
- Macabasco-O'Connell, A., DeWalt, D. A., Broucksou, K. A., Hawk, V., Baker, D. W., Schillinger, D., ... & Weinberger, M. (2011). Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *Journal of general internal medicine*, 26(9), 979-986.
- MacLeod, S., Musich, S., Gulyas, S., Cheng, Y., Tkatch, R., Cempellin, D., ... & Yeh, C. S. (2017). The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing*, 38(4), 334-341.
- Mahmud, A.J. (2013). Designing ICT-supported health promoting communication in primary health care. Doctoral dissertation, School of Health Science, Blekinge Institute of Technology, Sweden.
- Mancuso, J.P. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences*, 11, 77-89.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.
- Mattson, C. C., Rawson, K., Hughes, J. W., Waechter, D., & Rosneck, J. (2015). Health literacy predicts cardiac knowledge gains in cardiac rehabilitation participants. *Health Education Journal*, 74(1), 96-102.



- McLaughlin, R.A. (2009). Associations among health literacy levels and health outcomes in pregnant women with pregestational and gestational diabetes in an urban setting. Doctoral dissertation, The University of Tennessee Health Science Center, Tennessee.
- Medibank (2011). *Health literacy implications for Australia*. PricewaterhouseCoopers, DC: Author.
- Medimagazin (2018). Kalp hastalarının ömür boyu eksiksiz ilaç kullanımı hayati önem taşır. <https://www.medimagazin.com.tr/guncel//tr-kalp-hastalarinin-omur-boyu-eksiksiz-ilac-kullanimi-hayati-onem-tasir-11-85-71098.html>. Erişim: 21.05.2018
- Mallidou, A. A., Cummings, G. G., Estabrooks, C. A., & Giovannetti, P. B. (2011). Nurse specialty subcultures and patient outcomes in acute care hospitals: A multiple-group structural equation modeling. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1), 81-93.
- Morris, N.S., Daclean, C.D, Chew, L.D. & Littenberg, B. (2006). The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Family Practice*, 2006, 7(21).
- Morris, N. S., Field, T. S., Wagner, J. L., Cutrona, S. L., Roblin, D. W., Gaglio, B., ... & Mazor, K. M. (2013). The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. *Journal of health communication*, 18(sup1), 223-241.
- Morrison, A. K., Chanmugathas, R., Schapira, M. M., Gorelick, M. H., Hoffmann, R. G., & Brousseau, D. C. (2014). Caregiver low health literacy and nonurgent use of the pediatric emergency department for febrile illness. *Academic pediatrics*, 14(5), 505-509.
- Moyer, L. (2012). The Massachusetts BMI letter: Parents' responses, conceptualizations of weight, and health literacy skills. Master's thesis, University of Massachusetts Amherst, Massachusetts.
- Moynihan, A. (2015). The Association of maternal health literacy levels and preterm birth. Doctoral dissertation, Walden University, Minneapolis.
- Murray, T.S. & Shillington, R. (2012). *Understanding the Link Between Literacy, Health Literacy and Health*. DataAngel Policy Research Incorporated, Kanata, Canada.
- Nakayama, K., Osaka, W., Togari, T., Ishikawa, H., Yonekura, Y., Sekido, A., & Matsumoto, M. (2015). Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health*, 15(1), 505.
- North Carolina Institute of Medicine (2007). *Just what did the doctor order? Addressing low health literacy in North Carolina*. NC IOM Task Force on Health Literacy. Durham, NC.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259-267.

- O'conor, R., Wolf, M. S., Smith, S. G., Martynenko, M., Vicencio, D. P., Sano, M., ... & Federman, A. D. (2015). Health literacy, cognitive function, proper use, and adherence to inhaled asthma controller medications among older adults with asthma. *Chest*, 147(5), 1307-1315.
- Onotai, L.O. (2008). A Review of the impact of the health literacy status of patients on health outcomes. *The Nigerian Health Journal*, 8(3-4), 32-38.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris.
- Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., ve Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477.
- Özdoğan, P.Ş. (2014). Radyoterapi alan hasta ve yakınlarının sağlık okuryazarlığı ve gereksinimlerine yönelik öğretim meteryali geliştirilmesi. Doktora tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Özenç, G.Ö. (2012). İlköğretim beşinci sınıf öğrencilerinin işlevsel okuryazarlık düzeyleriyle akademik başarıları arasındaki ilişki. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Özkan, S., 2014. Sağlık Okuryazarlığı. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi*, 7(19): 36-39.
- Peiravian, F., Rasekh, H.R., Hashemi, H.J, Mohammadi, N., Jafari, N. & Fardi, K. (2014). Drug literacy in Iran: the Experience of using “The Single Item Health Literacy Screening (SILS) Tool”. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*, 13(suplement), 217-224.
- Ploeg, W.V.D. (2012). Health literacy and healthcare system navigation for people who have had, or are at risk of, a cardiac event. Doctoral dissertation, University of Tasmania, Tasmania.
- Rak, E.C. (2011). Quality of life of persons with diyabetes: Understanding the effects of health literacy, self-efficacy and knowledge of chronic illness and disability. Doctoral dissertation, Michigan State University, Michigan.
- Rasu, R. S., Bawa, W. A., Suminski, R., Snella, K., & Warady, B. (2015). Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. *International journal of health policy and management*, 4(11), 747-55.
- Rootman, I. & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *A Vision for a health literate Canada: Report of the expert panel on health literacy*. Ottawa, Canadian Public Health Association, DC: Author.
- Sabbahi, D.A. (2013). Association between oral health literacy and patient-centred and clinical outcomes. Doctoral dissertation, University of Toronto, Toronto.
- Schumacher, J.R., Hall, A.G., Davis, T.C., Arnold, C.L., Bennett, R.D., Wolf, M.S., Carden, D.L. (2013). Potentially Preventable Use of Emergency Services: The Role of Low Health Literacy. *Medikal Care*, 51(8): 654-658.
- Schwartzberg, J.G., Cowett, A., VanGeest, J. & Wolf, M.S. (2007). Communication techniques for patients with low health literacy: A Survey of physicians, nurses, and pharmacists. *American Journal of Health Behaviour*, 31(1), 96-104.

- Sezer, A. (2012). Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. Çınarlı, İ. ve Yücel, H. (Ed.). *Sağlık İletişimi* içinde (s. 73-92). Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayını, İleti-ş-im, Özelsayı 3.
- Shaw, S.J., Huebner, C., Armin, J., Orzech, K. & Vivian, J. (2008). The Role of Culture in Health Literacy and Chronic Disease Screening and Management. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11(6), 460-67.
- Smith S.G., O'Connor, R., Curtis, L.M., Waite, K., Deary, Ian J., Paasche-Orlow, M. & Wolf, M.S. (2015). Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: Findings from the Litcog cohort study. *J Epidemiol Community Health*, 69, 474-80.
- Squiers, L., Peinado, S., Berkman, N., Boudewyns, V. & McCormack, L. (2012) The health literacy skills framework. *Journal of Health Communication*, 17(3), 30-54.
- Sørensen, K., Broucke, S.V.den., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z, et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80).
- Sørensen, K., Broucke, S.V.den., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z, et al. (2013). Health literacy - a review of definitions and models. In Sørensen, K. (Ed.). *Health literacy: a neglected European public health disparity* (pp. 25-46). Maastricht, DC: Author.
- Sørensen, K. (2013). *The European Health Literacy Survey*. p:63-68. Hernandez, L. M. (Ed.). Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary. National Academies Press.
- Stikes, R., Arterberry, K., & Logsdon, M. C. (2015). A Nurse Leadership Project to Improve Health Literacy on a Maternal-Infant Unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(5), 665-676.
- Suka, M., Odajima, T., Okamoto, M., Sumitani, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., ... & Sugimori, H. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient education and counseling*, 98(5), 660-668.
- Sun, X., Shi, Y., Zeng, Q., Wang, Y., Du, W., Wei, N., ... & Chang, C. (2013). Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC public health*, 13(1), 261.
- Şahin, B. (2014). *Metedoloji*. Tanrıoğren, A. (Ed.), *bilimsel araştırma yöntemleri (4. Baskı)*. Ankara, Anı Yayıncılık.
- Şimşek, N. ve Fidan, M. (2005). *Kurum Kültürü ve Liderlik*. Konya: Sebat Ofset Matbaacılık.
- Temiz, D. (2010). Sigara tüketimini etkileyen faktörler üzerine bir uygulama: Türkiye örneği. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 2(1), 45-53.

- The Joint Comission (2007). “*What Did the Doctor Say?:*” *Improving Health Literacy to Protect Patient Safety*. Washington, DC:Author.
- Tiller, D., Herzog, B., Kluttig, A., & Haerting, J. (2015). Health literacy in an urban elderly East-German population–results from the population-based CARLA study. *BMC public health*, 15(1), 883.
- Toçi, E., Burazeri, G., Sørensen, K., Kamberi, H., & Brand, H. (2014a). Concurrent validation of two key health literacy instruments in a South Eastern European population. *The European Journal of Public Health*, 25(3), 482-486.
- Toçi, E., Burazeri, G., Kamberi, H., Jerliu, N., Sørensen, K., & Brand, H. (2014b). Socio-economic correlates of functional health literacy among patients of primary health care in Kosovo. *Public Health*, 128(9), 842-848.
- Topuz, A. (2016). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışmasının yapılması ve ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ilaç uygulama hatalarına etkisinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Şifa Üniversitesi, İzmir.
- Tuzgöl Dost, M. (2007). Üniversite öğrencilerinin yaşam doyumunun bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22(2), 132-143.
- Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2012). *Sağlık okuryazarlığı*. Ankara: Yazar.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2012). *Stratejik plan 2013-2017*. Ankara: Yazar.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2015). Ek-3 memnuniyet anketleri ve uygulama usul ve esasları. Ankara: Yazar.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2018). *Sağlık Tesislerimizde Yapılan Tetkik ve İşlemler Konusunda Hastalarımızın Bilgilendirilmesi ve İşlemlerin Randevu Sürelerinin Takibi Hakkında Örnek Uygulamalar*.  
<https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/10a8e50c24a6415ab210c329efa3ed63.pdf>. Erişim: 10.07.2018.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2016). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2016*. Ankara: Yazar.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Toplum sağlığı merkezi çalışanlarına yönelik “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” rehberi*. Ankara: Yazar.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2009). *Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-Koah) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013)*. Ankara: Yazar.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü*. Yayın No: 814, Ankara: Yazar.

- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2004). *Türkiye'ye özgü beslenme rehberi*. Ankara: Yazar.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). *Türkiye'de kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması*. Yayın No: 909, Ankara: Yazar.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). *Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı (2013-2017)*. Yayın No: 773, Ankara: Yazar.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı (2017). *Beden Kitle İndeksi nitelendirmesi*. <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=43>. Erişim: 31.05.2017.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2018). *Ölüm nedeni istatistikleri (2009 ve sonrası)*. [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1083](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083). Erişim tarihi: 19.03.2018.
- Türk Dil Kurumu. (2018). Güncel Türkçe sözlük. <http://www.tdk.gov.tr/>. Erişim tarihi: 04.05.2018.
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2018a). *Pıhtınlar ilaç kullanan hastalar için klavuz*. 2. Baskı. [file.tkd.org.tr/kilavuzlar/Coumadin\\_kilavuz.pdf](file.tkd.org.tr/kilavuzlar/Coumadin_kilavuz.pdf). Erişim tarihi: 26.01.2018.
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2018b). *Kalp yetersizliği çalışma grubu; toplum için bilgiler*. [https://www.tkd.org.tr/kalp-yetersizligi-calisma-grubu/sayfa/toplum\\_icin\\_bilgiler](https://www.tkd.org.tr/kalp-yetersizligi-calisma-grubu/sayfa/toplum_icin_bilgiler). Erişim tarihi: 04.05.2018.
- Uğurlu, Z. (2011). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Doktora tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). *National Action Plan to Improve Health Literacy*. Washington, DC: Author.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2016). *Quick guide to health literacy*. Washington, DC: Author.
- Üçpınar, E. (2014). Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testinin uyarılma çalışması. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, 36(5), 860-877.
- Weiss, B.D. (2003). *Health Literacy: A Manual for Clinicians*. Chicago, American Medical Association Foundation and American Medical Association.
- Weiss, B.D. (2009). *Health literacy and patient safety: Help patients understand*. Second edition, Chicago, American Medical Association Foundation and American Medical Association.
- White, S. and McCloskey, M. (2005). *Framework for the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.

- Williams, M.S. (2014). Mixed methods study of health literacy and its role in HPV vaccine uptake among college students. Doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham, Birmingham.
- Williams, M.V., Baker, D.W., Parker, R.M. and Nurss, J.R. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diyabetes. *Archives of Internal Medicine*, 158(2): 166-172.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva, DC: Author.
- Yardım, N. (2013). *Türkiye'de kronik hastalıklarla ilgili sağlığı geliştirme uygulamaları: Obesitenin ve diyabetin önlenmesi ile tuz azaltma çalışmaları*. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Sağlığın Geliştirilmesi.
- Yılmazel, G. (2014). Çorum il merkezindeki ilköğretim öğretmenlerinde sağlık okuryazarlığı, hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü arasındaki ilişki. Doktora tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Yurdagül, T. (2012). *Erişkin Yaş Grubunda Periyodik Sağlık Muayenesi Önerileri*. Erişim: 03.05.2018; <https://www.google.com.tr/search?q=periyodik+sa%C4%9Fl%C4%B1k+muayenesi+ne+zaman+yap%C4%B1%C4%B1r&sa=X&ved=0ahUKEwjajIPhenaAhUxiaYKHeHRBP0Q1QIIqgEoAQ&biw=1366&bih=631>
- Yükseköğretim Kurulu (2016). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>. Erişim: 17.06.2016
- Zarcadoolas, C., Pleasant A. & Greer D.S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, Oxford University Press, 20(2), 195-203.

## EK 1. ANKET FORMU

BÖLÜM A: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI					
Şimdi size bazı sorular soracağım ve çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte bu sorduklarımın sizin için <u>ne kadar kolay ya da zor olduğunu</u> söylemenizi isteyeceğim.					
Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte, aşağıdakilerin ne kadar kolay olduğunu söylersiniz?	Çok zor	Zor	Kolay	Çok kolay	Bilmiyor
S1. Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	1	2	3	4	5
S2. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	1	2	3	4	5
S3. Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	1	2	3	4	5
S4. Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak ( <i>Yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi</i> )	1	2	3	4	5
S5. Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	1	2	3	4	5
S6. İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak	1	2	3	4	5
S7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak	1	2	3	4	5
S8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	1	2	3	4	5
S9. Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek	1	2	3	4	5
S10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	1	2	3	4	5
S11. İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
S12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek ( <i>Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları</i> )	1	2	3	4	5
S13. Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	1	2	3	4	5
S14. İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	1	2	3	4	5
S15. Acil durumda ambulans çağırmak	1	2	3	4	5
S16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	1	2	3	4	5
S17. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
S18. Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
S19. Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak ( <i>Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon</i> )	1	2	3	4	5
S20. Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
S21. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5
S22. Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	1	2	3	4	5
S23. Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak ( <i>Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon</i> )	1	2	3	4	5
S24. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	1	2	3	4	5

S25. Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
S26. Hangi aşılar ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
S27. Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
S28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
S29. Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	1	2	3	4	5
S30. Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığımız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	1	2	3	4	5
S31. Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
S32. Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
S33. Akıl sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb)	1	2	3	4	5
S34. Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (Yönlendirme: gürültü ve kirliliğin azaltılması, yeşil alanlar yaratmak, boş zaman aktiviteleri)	1	2	3	4	5
S35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, hükümet değişikliği, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması)	1	2	3	4	5
S36. İşinizde sağlığınızı iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	1	2	3	4	5
S37. Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	1	2	3	4	5
S38. Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
S39. Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)	1	2	3	4	5
S40. Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
S41. Nerede yaşadığınızın sağlığınız ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek (Yönlendirme: içinde bulunduğunuz topluluk, yaşadığınız çevre)	1	2	3	4	5
S42. Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
S43. Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınızla ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	1	2	3	4	5
S44. Sağlığınızı iyileştirecek kararlar vermek	1	2	3	4	5
S45. İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	1	2	3	4	5
S46. Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	1	2	3	4	5
S47. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	1	2	3	4	5



BÖLÜM B: SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE SONUÇLARI	
Şimdi size sağlığını, hastalıklarınız, sağlık hizmetini kullanımınız ve yaşam koşullarınızla ilgili bazı sorular soracağım. Gerekli olduğu yerlerde size açıklamalar yapıp sizi yönlendireceğim.	
S1. Genel olarak sağlığınız nasıldır?	1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü 6. Bilmiyor/Kabul etmedi
S2. Uzun süreli bir sağlık sorunuz veya hastalığınız var mı? (Uzun süre ile en az altı ay sürmüş veya sürmesini beklediğiniz problemleri kastediyoruz).	1. Evet, birden fazla 2. Evet, bir 3. Hayır 4. Bilmiyor/Kabul etmedi
S3. Son 6 ayda, sağlık sorunlarınız genel olarak aktivitelerinizi/faaliyetlerinizi nasıl sınırladı?	1. Ciddi bir şekilde sınırladı 2. Sınırladı ancak ciddi bir şekilde değil 3. Sınırlamadı 4. Bilmiyor/Kabul etmedi
S4. Son 2 yıl içerisinde acil servise kaç kez başvurmak zorunda kaldınız? (Yönlendirme: ambulans, acil servis, mesai dışı klinikler. Sayı olarak açık bir şekilde yazınız)	.....
S5. Son 12 ay içerisinde doktora kaç kez başvurduunuz? (Sayı olarak açık bir şekilde yazınız)	.....
S6. Son 12 ay içerisinde hastane hizmetlerini kaç kez kullandınız? (Sayı olarak açık bir şekilde yazınız)	.....
S7. Son 12 ay içerisinde diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, diş hekimi veya gözlükçü (optisyen) gibi diğer sağlık profesyonellerinden kaç kez hizmet aldınız? (Sayı olarak açık bir şekilde yazınız)	.....
S8. Son 12 ay içerisinde herhangi bir hastanenin kardiyoloji polikliniğinden kaç kez sağlık hizmeti aldınız? (Sayı olarak açık bir şekilde yazınız)	.....
S9. Son 12 ay içerisinde herhangi bir hastanede yatarak tedavi oldunuz mu? → Evet ise sayı olarak açık bir şekilde yazınız. → Hayır ise, 10. soruya geçiniz.	1. Evet (Sayı.....) 2. Hayır
S10. Son 12 ay içerisinde hastanelerdeki toplam yatış gün sayınız kaç gündür? (Sayı olarak açık bir şekilde yazınız)	.....
S11. Sigara, puro veya pipo içme ile ilgili olarak yandakilerden hangisi size uygundur?	1. Şu anda sigara içiyorsanız; a. Her gün (.....yıldır.....adet/gün) b. Ara sıra (.....yıldır .....adet/hafta, ay) 2. Daha önceleri sigara içiyordunuz, ancak sigarayı bıraktınız 3. Hiç sigara içmediniz 4. Bilmiyor/Kabul etmedi
S12. Son 30 içinde herhangi bir alkollü içecek içtiniz mi? (bira, şarap, sert alkollü içecekler, elma şarabı veya diğer yerel alkollü içecekler). → Hayır ise, 15. soruya geçiniz.	1. Evet 2. Hayır 3. Cevap vermedi
S13. Son 30 gün içerisinde hangi sıklıkla alkol kullanma davranışında bulundunuz?	1. Günlük 2. Haftada 4-5 kez 3. Haftada 2-3 kez 4. Haftada 1 kez 5. Ayda 2-3 kez 6. Ayda 1 kez 7. Hatırlamıyor/ Kabul etmedi

S14. Doktor randevunuza giderken yanınızda size eşlik edecek bir aile mensubu veya arkadaşınızı götürür müsünüz?	1. Evet 2. Hayır 3. Cevap vermedi
S15. Hastalığınızla ilgili başka doktorlardan ikinci bir görüş alma ihtiyacı hisseder misiniz?	1. Evet 2. Hayır
S16. Sağlık hizmeti alırken doktor gerek görmediği halde kendi isteğinizle tetkik ya da tedavi ister misiniz?	1. Evet 2. Hayır
S17. Bugünkü almış olduğunuz poliklinik hizmetinde, doktorunuz şikâyetlerinizi dinleyip, hastalığınızla ilgili sorularınıza anlayacağınız şekilde yanıt verdi mi?	1. Evet, tamamiyle 2. Evet, kısmen 3. Hayır
S18. Bugünkü almış olduğunuz poliklinik hizmetinde, doktorunuz size karşı yeterince ilgili ve nezaketli miydi?	1. Evet, tamamiyle 2. Evet, kısmen 3. Hayır
S19. Bugünkü almış olduğunuz poliklinik hizmetinden sonra, aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir doktora muayene olmayı düşünür müsünüz?	1. Evet, kesinlikle 2. Evet, kısmen 3. Hayır
S20. Bugünkü almış olduğunuz poliklinik hizmetini genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. İyi 4. Orta 5. Kötü

### BÖLÜM C: TIBBİ ÖYKÜ VE ALIŞKANLIKLAR

Şimdi sizden tıbbi öykü ve alışkanlıklarınızla ilgili bazı bilgiler isteyeceğim.

<p><b>1. Hastalıklar</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kalp-damar hastalığı</p> <p><input type="checkbox"/> Hiperlipidemi</p> <p><input type="checkbox"/> Diyabet</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertansiyon</p> <p><input type="checkbox"/> KOAH</p> <p><input type="checkbox"/> Astım</p> <p><input type="checkbox"/> Böbrek hastalığı</p> <p><input type="checkbox"/> Karaciğer hastalığı</p> <p><input type="checkbox"/> İnme/felç</p> <p><input type="checkbox"/> Romatolojik hastalık</p> <p><input type="checkbox"/> Kanser</p> <p><input type="checkbox"/> Psikiyatrik hastalık</p> <p><input type="checkbox"/> Demans</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer.....</p> <p><input type="checkbox"/> Yok</p>	<p><b>3. Zayıflama, hipertansiyon, diyabet gibi bir nedenle şu anda uyguladığınız bir diyet var mı?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Diyetisyen tarafından verilen diyeti uyguluyor</p> <p><input type="checkbox"/> Kendi bilgilerine dayanarak diyet yapıyor</p> <p><input type="checkbox"/> Diyet yapmıyor</p>
<p><b>5. Koruyucu Sağlık Hizmetleri</b></p> <p><input type="checkbox"/> Son bir yıl içinde genel bir doktor muayenesinden geçme</p> <p><input type="checkbox"/> Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanı tarafından tansiyon ölçümü</p> <p><input type="checkbox"/> 2014-15 sezonunda grip aşısı</p> <p><input type="checkbox"/> Kendi kendine meme muayenesi (18 yaş ve üstü kadınlarda)</p> <p><input type="checkbox"/> Mamografi çektirmek (40 yaş ve üzeri kadınlarda son iki yıl içinde, 50 yaş ve üzerinde son bir yıl içinde)</p> <p><input type="checkbox"/> Serviks kanseri (pap smear) testi yaptırmak (21-65 yaş arası kadınlarda son üç yıl içinde)</p> <p><input type="checkbox"/> Kendi kendine testis muayenesi (18 yaş üstü erkekler)</p> <p><input type="checkbox"/> Kolon kanseri taraması için kolonoskopi, sigmoidoskopi veya dışkıda gizli kan (50 yaş üstü)</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporoz taraması (65 yaş üstü kadınlar)</p> <p><input type="checkbox"/> Son bir yıl içinde diş hekimine gitme (Sayı ile belirtiniz.....)</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer.....</p> <p><input type="checkbox"/> Yok</p>	<p><b>4. Egzersizler</b></p> <p><input type="checkbox"/> Yürüyüş</p> <p><input type="checkbox"/> Yüzme</p> <p><input type="checkbox"/> Toplu sporlar</p> <p><input type="checkbox"/> Spor salonunda egzersiz</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer.....</p> <p><input type="checkbox"/> Hiçbiri</p>

BÖLÜM D: YAŞAM DOYUM ÖLÇEĞİ							
Aşağıda 5 cümle ve her bir cümlenin yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan sadece bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 5 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	<b>KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ</b>						
S1. Hayatım, birçok yönden idealimdekine yakındır.	7	6	5	4	3	2	1
S2. Hayat şartlarım mükemmeldir.	7	6	5	4	3	2	1
S3. Hayatımdan memnunum.	7	6	5	4	3	2	1
S4. Hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim.	7	6	5	4	3	2	1
S5. Eğer hayata yeniden başlasaydım, hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	7	6	5	4	3	2	1

BÖLÜM E: İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARI					
İlaç kullanma alışkanlığınızla ilgili olarak sizin için uygun olan sıklığı belirtiniz.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman
	1. Doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanır mısınız?	1	2	3	4
2. Çevre tavsiyesiyle ilaç kullanırım	1	2	3	4	5
3. Kendi ilaç bilgime dayanarak ilaç kullanırım	1	2	3	4	5
4. Eczaneme danışarak ilaç kullanırım	1	2	3	4	5
5. İnternette araştırarak ilaç kullanırım	1	2	3	4	5
6. Kendime iyi geldiğini düşündüğüm bir ilacı başkasına tavsiye ederim	1	2	3	4	5
7. Evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat ederim	1	2	3	4	5
8. İlaçlarımı doktorumun önerdiği <u>miktarda</u> kullanırım	1	2	3	4	5
9. İlaçlarımı doktorumun önerdiği <u>süreye</u> uygun şekilde kullanırım	1	2	3	4	5

F: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER	
1. Cinsiyetiniz? <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	4. Eğitim durumunuz? <input type="checkbox"/> Okur-yazar değil <input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> İlköğretim/Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Ön lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans/Doktora Toplam okul yılı ( <i>hesaplayınız</i> )....
2. Yaşınız? .....	5. Boyunuz:.....? Kilonuz:.....?
3. Medeni durumunuz? <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Ayrılmış/boşanmış <input type="checkbox"/> Bilmiyor/kabul etmedi	7. Haneye giren toplam aylık geliriniz kaç TL'dir? <input type="checkbox"/> 0-1000 TL <input type="checkbox"/> 1001-2000 TL <input type="checkbox"/> 2001-3000 TL <input type="checkbox"/> 4001-5000 TL <input type="checkbox"/> 5001- 6000 TL <input type="checkbox"/> 6001-7000 TL <input type="checkbox"/> 7001 ve üzeri TL
6. Şimdiki istihdam durumunuz? <input type="checkbox"/> Tam zamanlı çalışan (Mesleğiniz.....) <input type="checkbox"/> Yarı zamanlı çalışan <input type="checkbox"/> Ev hanımı <input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Diğer (.....) <input type="checkbox"/> Bilmiyor/kabul etmedi	9. Yaşadığınız yer? <input type="checkbox"/> İl merkezi <input type="checkbox"/> İlçe merkezi <input type="checkbox"/> Belde <input type="checkbox"/> Köy
8. Ne tür bir sağlık sigortanız var? 1. SGK 2. SGK ve özel 3. Özel 4. Hiçbiri 5. Bilmiyor/Kabul etmedi	11. Aşağıdaki seçeneklerde genel olarak sağlık bilgisine ulaşmada, <u>sadece kullandığınız bilgi kaynaklarını</u> önem sırasına göre, 1-2-3-4.... şeklinde küçükten büyüğe doğru sıralayarak numaralandırmanız istenmektedir. Burada "1" sağlık bilgisine ulaşmada kullandığınız en önemli bilgi kaynağı anlamına gelmektedir.  Buna göre, genel olarak sağlık bilgisine nereden ya da nerelerden ulaşırsınız?  [.....] Televizyon [.....] Radyo [.....] Gazete, dergi [.....] İnternet [.....] Doktor [.....] Hemşire [.....] Eczacı [.....] Diğer sağlık çalışanları [.....] Diğer
10. Aşağıdaki ölçekte toplumdaki statünüzü 1-10 arasındaki rakamlardan bir tanesiyle değerlendirmeniz istenmektedir. Burada aşama "1" toplumdaki en düşük düzeye, aşama "10" ise toplumdaki en yüksek düzeye karşılık gelmektedir. Bu ölçüğe göre kendinizi nerede konumlandığınızı söyley misiniz?  <input type="checkbox"/> 1 Toplumdaki En Düşük Seviye <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Toplumdaki En Yüksek Seviye <input type="checkbox"/> Bilmiyor/Kabul etmedi	Ek Soru: Coumadin tablet isiminde (etken maddesi varfarin sodyum olan) bir ilaç kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

## EK 2. ANKET FORMU KULLANIM İZİNİ



Sayı : MSK.03.SS.30/2015/504  
Konu : İzin

14.05.2015

Sayın Mesut TELEŞ

Genel Merkezimize göndermiş olduğunuz 11.05.2015 tarihli dilekçeniz incelenmiştir. "Sağlık-Sen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması" adlı çalışmamıza temel oluşturan, Avrupa Birliği'nce geliştirilen ve Sendikamız tarafından ülkemize uyumlu hale getirilmek üzere geçerlilik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilerek üzerinde değişiklik yapılan Sağlık Okuryazarlığı Anketi'ni, üzerinde herhangi bir değişiklik yapmadan, kaynak göstererek kullanabilirsiniz.

Bilgilerinize rica ederiz.

  
Mustafa ÖRNEK  
Genel Başkan Yardımcısı

  
Metin MEMİŞ  
Genel Başkan

**EK 3. ETİK KURUL İZİNİ**

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Genel Sekreterlik

Sayı : 76000869/ 433-1893


12 Haziran 2015

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

İlgi: 27.05.2015 tarih ve 2349 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi **Mesut TELEŞ**'in öğretim üyesi **Prof. Dr. Sıdıka KAYA**'nın danışmanlığında yürüttüğü "Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Davranışları ve Sağlık Sonuçlarıyla İlişkisi: Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalar Üzerine Bir Araştırma" konulu tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **9 Haziran 2015** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof. Dr. Ömer UĞUR  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

Ek: Tutanak

*Honor Bey.*

**EK 4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HASTANEDEN ALINAN İZİNLER**

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı  
Erişkin Hastanesi Başhekimliği

Sayı: 27043162-020/2274  
Konu: Mesut TELEŞ Anket İzni

29/07/2015

İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ  
SAĞLIK İDARESİ BÖLÜMÜ BAŞKANLIĞINA

İlgi : 25.06.2015 tarih ve 91162869/63 sayılı yazımız.

İlgi yazımıza istinaden, Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı tarafından hazırlanan cevap yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. ARZU TOPELİ İSKİT  
Erişkin Hastanesi Başhekimisi

EKLER :  
1 sayfa yazı,



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

HACETTEPE, 06100 ANKARA

Tel : 0 312 305 17 80

*Kardiyoloji Anabilim Dalı*  
29199624/

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı  
Erişkin Hastanesi Başhekimliği'ne

29.07.2015 / 523

Konu: 24.07.2015 tarih ve 2218 sayılı yazınız

Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı araştırma görevlisi Mesut TELEŞ'in hazırlamakta olduğu "Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Davranışları ve Sağlık Sonuçlarıyla İlişkisi: Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalar Üzerinde bir Araştırma başlıklı (Etik Kurul İzni alınmış olan). Doktora tezi kapsamında kullanılmak üzere düzenlediği anketi polikliniğimizde uygulamasında Anabilim Dalımızca sakınca yoktur.

Gereği için bilgilerinize arz olunur.

Saygılarımla

Prof. Dr. Serdar AKSÖYEK  
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkan Vekili



## EK 5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE KONTROL DEĞİŞKENLERİNİN HASTA SONUÇLARINA ETKİSİNİN REGRESYON ANALİZLERİ SONUÇLARIYLA İLGİLİ SPSS ÇIKTILARI

### EK 5.1. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Egzersiz Yapma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı

		Variables in the Equation					95% C.I. for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,017	,015	1,236	1	,266	1,017	,987	1,048
	Cinsiyet	,043	,268	,026	1	,871	1,044	,618	1,765
	Medeni.Durum	-,525	,280	3,527	1	,060	,591	,342	1,023
	Eğitim.Düzeyi			9,186	3	,027			
	Eğitim.Düzeyi(1)	,887	,457	3,758	1	,053	2,427	,990	5,947
	Eğitim.Düzeyi(2)	1,246	,513	5,896	1	,015	3,477	1,272	9,509
	Eğitim.Düzeyi(3)	1,653	,551	9,013	1	,003	5,222	1,775	15,363
	Yaş	,024	,010	5,739	1	,017	1,024	1,004	1,044
	İstihdam.Durumu			8,863	2	,012			
	İstihdam.Durumu(1)	-,468	,347	1,820	1	,177	,626	,317	1,236
	İstihdam.Durumu(2)	1,187	,645	3,390	1	,066	3,277	,926	11,591
	Hane.Geliri			,308	3	,959			
	Hane.Geliri(1)	-,087	,354	,060	1	,806	,917	,458	1,836
	Hane.Geliri(2)	,061	,376	,027	1	,871	1,063	,509	2,220
	Hane.Geliri(3)	-,080	,453	,031	1	,860	,923	,380	2,243
	Yaşanılan.Yer	-,445	,326	1,872	1	,171	,641	,338	1,212
	Sosyal.Statü.Algısı	,007	,065	,012	1	,912	1,007	,887	1,144
	Sigara.kullanma	,428	,306	1,959	1	,162	1,534	,843	2,794
	Alkol.kullanma	,628	,387	2,640	1	,104	1,874	,878	3,999
	Diyet.yapma	,836	,278	9,014	1	,003	2,307	1,337	3,981
	BKI	-,030	,025	1,441	1	,230	,970	,923	1,019
	Genel.Sağlık.Durumu	-,080	,167	,228	1	,633	,923	,665	1,282
	Kalp.damar.hastalığı	,549	,278	3,889	1	,049	1,731	1,003	2,986
	Hiperlipidemi	-,396	,279	2,015	1	,156	,673	,390	1,163
	Diyabet	-,452	,341	1,758	1	,185	,636	,326	1,241
	Hipertansiyon	-,220	,292	,570	1	,450	,802	,453	1,422
	KOAH	-1,167	,519	5,054	1	,025	,311	,113	,861
	Astım	-,193	,430	,201	1	,654	,824	,355	1,916
	Böbrek.Hastalığı	,385	,436	,781	1	,377	1,470	,626	3,455
	Karaciğer.Hastalığı	-,669	,554	1,454	1	,228	,512	,173	1,519
	İnme.Felç	,033	,528	,004	1	,950	1,034	,367	2,908
	Romatolojik.H	,481	,332	2,103	1	,147	1,618	,844	3,103
	Kanser	-,069	,441	,025	1	,875	,933	,393	2,213
	Psikiyatrik.H	-,004	,413	,000	1	,992	,996	,443	2,237
	Demans	-,501	1,012	,245	1	,620	,606	,083	4,401
	Diğer.Hastalıklar	-,159	,372	,182	1	,670	,853	,411	1,770
	Aktivite.Faaliyetin.Sınırlanması.ikili	-,862	,281	9,410	1	,002	,423	,244	,733
	Constant	-,638	1,139	,314	1	,575	,528		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, Aktivite.Faaliyetin.Sınırlanması.ikili.

**EK 5.2. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Egzersiz Yapma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	,042	,020	4,398	1	,036	1,043	1,003	1,085
SH.Anlama	-,024	,022	1,208	1	,272	,976	,936	1,019
SH.Değerlendirme	,018	,022	,675	1	,411	1,018	,975	1,063
SH.Uygulama	-,039	,024	2,510	1	,113	,962	,917	1,009
HK.Erisim	,022	,022	1,046	1	,306	1,023	,980	1,067
HK.Anlama	-,030	,022	1,899	1	,168	,971	,931	1,013
HK.Değerlendirme	-,006	,023	,062	1	,803	,994	,950	1,041
HK.Uygulama	-,061	,020	9,209	1	,002	,940	,904	,978
SG.Erisim	,023	,022	1,088	1	,297	1,023	,980	1,068
SG.Anlama	,014	,023	,365	1	,546	1,014	,969	1,061
SG.Değerlendirme	,013	,021	,405	1	,524	1,014	,972	1,056
SG.Uygulama	,055	,015	13,873	1	,000	1,057	1,026	1,088
Cinsiyet	,009	,292	,001	1	,974	1,009	,570	1,789
Medeni.Durum	-,811	,305	7,052	1	,008	,444	,244	,809
Eğitim.Düzei			10,632	3	,014			
Eğitim.Düzei(1)	,994	,496	4,009	1	,045	2,701	1,021	7,145
Eğitim.Düzei(2)	1,556	,561	7,700	1	,006	4,741	1,579	14,233
Eğitim.Düzei(3)	1,916	,605	10,038	1	,002	6,795	2,077	22,233
Yaş	,029	,011	6,972	1	,008	1,029	1,007	1,051
İstihdam.Durumu			8,873	2	,012			
İstihdam.Durumu(1)	-,501	,372	1,809	1	,179	,606	,292	1,257
İstihdam.Durumu(2)	1,333	,711	3,516	1	,061	3,791	,941	15,269
Hane.Geliri			1,502	3	,682			
Hane.Geliri(1)	-,435	,377	1,334	1	,248	,647	,309	1,354
Hane.Geliri(2)	-,260	,404	,414	1	,520	,771	,350	1,702
Hane.Geliri(3)	-,451	,492	,840	1	,359	,637	,243	1,670
Yaşanılan.Yer	-,567	,351	2,613	1	,106	,567	,285	1,128
Sosyal.Statü.Algısı	,031	,070	,193	1	,660	1,031	,899	1,183
Sigara.kullanma	,602	,337	3,188	1	,074	1,827	,943	3,539
Alkol.kullanma	,656	,419	2,455	1	,117	1,927	,848	4,378
Diyet.yapma	,888	,303	8,574	1	,003	2,429	1,341	4,400
BKI	-,016	,028	,332	1	,565	,984	,932	1,039
Genel.Sağlık.Durumu	-,014	,182	,006	1	,940	,986	,690	1,410
Kalp.damar.hastalığı	,758	,305	6,168	1	,013	2,133	1,173	3,879
Hiperlipidemi	-,326	,298	1,198	1	,274	,722	,402	1,294
Diyabet	-,465	,362	1,648	1	,199	,628	,309	1,277
Hipertansiyon	-,123	,320	,148	1	,700	,884	,473	1,655
KOAH	-,1083	,540	4,025	1	,045	,338	,117	,975
Astım	-,250	,446	,313	1	,576	,779	,325	1,869
Böbrek.Hastalığı	,457	,469	,951	1	,330	1,580	,630	3,960
Karaciğer.Hastalığı	-,498	,583	,730	1	,393	,608	,194	1,906
İnme.Felç	,122	,562	,047	1	,828	1,130	,376	3,402
Romatolojik.H	,499	,356	1,967	1	,161	1,647	,820	3,305
Kanser	-,040	,478	,007	1	,933	,960	,377	2,449
Psikiyatrik.H	,412	,441	,876	1	,349	1,510	,637	3,581
Demans	-,1033	1,044	,978	1	,323	,356	,046	2,756
Diğer.Hastalıklar	-,135	,409	,109	1	,741	,874	,392	1,946
Aktivite.Faaliyetin.Sınırlanması.ikili	-,1163	,319	13,315	1	,000	,312	,167	,584
Constant	-1,262	1,276	,979	1	,322	,283		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzei, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, Aktivite.Faaliyetin.Sınırlanması.ikili.

**EK 5.3. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Sigara Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,018	,018	1,050	1	,306	,982	,948	1,017
Cinsiyet	,714	,293	5,928	1	,015	2,043	1,150	3,631
Medeni.Durum	,731	,325	5,070	1	,024	2,077	1,099	3,926
Eğitim.Düzeyi			2,035	3	,565			
Eğitim.Düzeyi(1)	,638	,641	,990	1	,320	1,893	,539	6,647
Eğitim.Düzeyi(2)	,209	,703	,089	1	,766	1,233	,311	4,893
Eğitim.Düzeyi(3)	,278	,733	,144	1	,704	1,321	,314	5,556
Yaş	-,028	,011	6,059	1	,014	,973	,951	,994
İstihdam.Durumu			3,415	2	,181			
İstihdam.Durumu(1)	,032	,377	,007	1	,933	1,032	,493	2,159
İstihdam.Durumu(2)	-,934	,626	2,229	1	,135	,393	,115	1,339
Hane.Geliri			8,125	3	,043			
Hane.Geliri(1)	1,138	,433	6,904	1	,009	3,120	1,335	7,291
Hane.Geliri(2)	,510	,459	1,235	1	,266	1,666	,677	4,097
Hane.Geliri(3)	,715	,529	1,825	1	,177	2,044	,725	5,767
Yaşanılan.Yer	,128	,365	,123	1	,726	1,137	,556	2,324
Sosyal.Statü.Algısı	-,071	,072	,959	1	,327	,932	,809	1,073
Egezersiz.Türü			2,998	2	,223			
Egezersiz.Türü(1)	,432	,307	1,977	1	,160	1,541	,843	2,814
Egezersiz.Türü(2)	,598	,381	2,463	1	,117	1,818	,862	3,837
Alkol	,631	,337	3,505	1	,061	1,880	,971	3,639
Genel.Sağlık.Durumu	,234	,181	1,663	1	,197	1,264	,885	1,803
Kalp.damar.hastalığı	-,687	,296	5,406	1	,020	,503	,282	,898
Hiperlipidemi	,133	,324	,169	1	,681	1,142	,605	2,156
Diyabet	-,189	,400	,223	1	,637	,828	,378	1,813
Hipertansiyon	,084	,327	,066	1	,797	1,088	,573	2,065
KOAH	,781	,591	1,747	1	,186	2,185	,686	6,960
Astım	-,221	,525	,178	1	,673	,802	,287	2,241
Böbrek.Hastalığı	-,836	,568	2,161	1	,142	,434	,142	1,321
Karaciğer.Hastalığı	-,993	,868	1,309	1	,253	,371	,068	2,030
İnme.Felç	,019	,637	,001	1	,976	1,019	,292	3,555
Romatolojik.H	-,616	,425	2,103	1	,147	,540	,235	1,242
Kanser	-,715	,592	1,460	1	,227	,489	,153	1,560
Psikiyatrik.H	,703	,436	2,593	1	,107	2,019	,858	4,750
Demans	-19,505	13371,221	,000	1	,999	,000	,000	.
Diğer.Hastalıklar	-,040	,425	,009	1	,925	,961	,418	2,210
Constant	-1,217	1,139	1,143	1	,285	,296		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Alkol, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.4. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Sigara Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	,011	,021	,283	1	,595	1,011	,970	1,054
SH.Anlama	,005	,021	,055	1	,814	1,005	,964	1,048
SH.Değerlendirme	,003	,023	,021	1	,885	1,003	,958	1,051
SH.Uygulama	,049	,025	3,752	1	,053	1,050	,999	1,103
HK.Erisim	-,057	,023	6,129	1	,013	,944	,902	,988
HK.Anlama	-,025	,024	1,057	1	,304	,976	,931	1,023
HK.Değerlendirme	-,028	,024	1,344	1	,246	,973	,928	1,019
HK.Uygulama	,020	,020	,991	1	,319	1,021	,981	1,062
SG.Erisim	,044	,025	3,137	1	,077	1,045	,995	1,096
SG.Anlama	,044	,025	3,066	1	,080	1,045	,995	1,097
SG.Değerlendirme	-,036	,024	2,283	1	,131	,965	,921	1,011
SG.Uygulama	-,044	,016	7,583	1	,006	,957	,927	,987
Cinsiyet	,877	,314	7,800	1	,005	2,403	1,299	4,447
Medeni.Durum	,842	,351	5,760	1	,016	2,321	1,167	4,616
Eğitim.Düzeyi			2,913	3	,405			
Eğitim.Düzeyi(1)	,673	,687	,961	1	,327	1,961	,510	7,538
Eğitim.Düzeyi(2)	,073	,748	,010	1	,922	1,076	,248	4,664
Eğitim.Düzeyi(3)	,209	,790	,070	1	,791	1,233	,262	5,801
Yaş	-,029	,012	6,106	1	,013	,971	,949	,994
İstihdam.Durumu			2,619	2	,270			
İstihdam.Durumu(1)	,022	,400	,003	1	,956	1,022	,466	2,240
İstihdam.Durumu(2)	-,871	,659	1,747	1	,186	,419	,115	1,522
Hane.Geliri			9,029	3	,029			
Hane.Geliri(1)	1,273	,458	7,722	1	,005	3,571	1,455	8,765
Hane.Geliri(2)	,571	,484	1,396	1	,237	1,771	,686	4,567
Hane.Geliri(3)	,759	,565	1,807	1	,179	2,137	,706	6,464
Yaşanılan.Yer	,306	,391	,613	1	,434	1,359	,631	2,926
Sosyal.Statü.Algısı	-,108	,076	2,047	1	,153	,898	,774	1,041
Egzersiziz.Türü			6,052	2	,049			
Egzersiziz.Türü(1)	,654	,335	3,818	1	,051	1,923	,998	3,703
Egzersiziz.Türü(2)	,971	,421	5,317	1	,021	2,639	1,157	6,023
Alkol	,634	,358	3,132	1	,077	1,886	,934	3,808
Genel.Sağlık.Durumu	,264	,193	1,869	1	,172	1,302	,892	1,902
Kalp.damar.hastalığı	-,927	,319	8,435	1	,004	,396	,212	,740
Hiperlipidemi	,156	,347	,202	1	,653	1,169	,592	2,309
Diyabet	-,262	,422	,386	1	,534	,769	,336	1,760
Hipertansiyon	,064	,344	,035	1	,852	1,066	,543	2,094
KOAH	,660	,637	1,075	1	,300	1,935	,556	6,739
Astm	-,157	,550	,081	1	,775	,855	,291	2,512
Böbrek.Hastalığı	-,839	,593	2,001	1	,157	,432	,135	1,382
Karaciğer.Hastalığı	-,992	,921	1,159	1	,282	,371	,061	2,256
İnme.Felç	,202	,675	,089	1	,765	1,223	,326	4,594
Romatolojik.H	-,483	,444	1,184	1	,277	,617	,258	1,473
Kanser	-,638	,621	1,056	1	,304	,528	,156	1,784
Psikiyatrik.H	,601	,464	1,676	1	,195	1,823	,735	4,526
Demans	-19,162	13279,953	,000	1	,999	,000	,000	.
Diğer.Hastalıklar	-,230	,448	,264	1	,608	,794	,330	1,913
Constant	-1,594	1,244	1,642	1	,200	,203		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiziz.Türü, Alkol, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astm, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.5. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Alkol Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,030	,022	1,869	1	,172	,971	,930	1,013
Cinsiyet	,763	,355	4,627	1	,031	2,144	1,070	4,297
Medeni.Durum	,874	,398	4,822	1	,028	2,396	1,098	5,228
Eğitim.Düzeyi			13,978	3	,003			
Eğitim.Düzeyi(1)	17,476	5036,620	,000	1	,997	38890545,78	,000	.
Eğitim.Düzeyi(2)	18,921	5036,620	,000	1	,997	164946946,3	,000	.
Eğitim.Düzeyi(3)	19,840	5036,620	,000	1	,997	413544757,8	,000	.
Yaş	,001	,014	,007	1	,934	1,001	,974	1,029
İstihdam.Durumu			2,073	2	,355			
İstihdam.Durumu(1)	,429	,430	,995	1	,319	1,535	,661	3,567
İstihdam.Durumu(2)	-,166	,706	,055	1	,814	,847	,212	3,381
Hane.Geliri			5,260	3	,154			
Hane.Geliri(1)	,761	,653	1,361	1	,243	2,141	,596	7,697
Hane.Geliri(2)	,947	,642	2,176	1	,140	2,579	,732	9,080
Hane.Geliri(3)	1,489	,685	4,721	1	,030	4,431	1,157	16,972
Yaşanılan.Yer	,509	,508	1,007	1	,316	1,664	,615	4,501
Sosyal.Statü.Algısı	-,073	,088	,681	1	,409	,930	,782	1,105
Sigara.kullanma	,642	,345	3,463	1	,063	1,900	,966	3,733
Genel.Sağlık.Durumu	-,198	,230	,745	1	,388	,820	,523	1,287
Kalp.damar.hastalığı	-,081	,343	,055	1	,814	,923	,471	1,808
Hiperlipidemi	-,030	,392	,006	1	,939	,971	,450	2,093
Diyabet	-,609	,555	1,204	1	,272	,544	,183	1,614
Hipertansiyon	,528	,395	1,791	1	,181	1,696	,782	3,677
KOAH	,031	,753	,002	1	,967	1,032	,236	4,517
Astm	,470	,720	,426	1	,514	1,600	,390	6,565
Böbrek.Hastalığı	-,454	,627	,524	1	,469	,635	,186	2,170
Karaciğer.Hastalığı	,677	,807	,704	1	,402	1,968	,405	9,572
İnme.Felç	-,756	1,119	,457	1	,499	,469	,052	4,205
Romatolojik.H	-,816	,627	1,691	1	,193	,442	,129	1,512
Kanser	,564	,612	,850	1	,356	1,758	,530	5,830
Psikiyatrik.H	-,369	,637	,335	1	,562	,691	,198	2,411
Demans	-17,700	11562,290	,000	1	,999	,000	,000	.
Diğer.Hastalıklar	,556	,494	1,264	1	,261	1,743	,662	4,590
Constant	-21,411	5036,620	,000	1	,997	,000		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Sigara.kullanma, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astm, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.6. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Alkol Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	,077	,026	8,574	1	,003	1,080	1,026	1,138
SH.Anlama	-,053	,028	3,667	1	,055	,948	,898	1,001
SH.Değerlendirme	-,046	,029	2,487	1	,115	,955	,903	1,011
SH.Uygulama	,004	,034	,011	1	,918	1,004	,939	1,072
HK.Erisim	,058	,028	4,166	1	,041	1,059	1,002	1,120
HK.Anlama	-,031	,033	,915	1	,339	,969	,909	1,033
HK.Değerlendirme	,005	,030	,024	1	,877	1,005	,947	1,065
HK.Uygulama	,017	,025	,455	1	,500	1,017	,969	1,067
SG.Erisim	-,018	,029	,380	1	,537	,982	,929	1,039
SG.Anlama	-,027	,030	,848	1	,357	,973	,918	1,031
SG.Değerlendirme	,024	,030	,661	1	,416	1,024	,967	1,085
SG.Uygulama	-,024	,018	1,787	1	,181	,976	,942	1,011
Cinsiyet	,757	,381	3,947	1	,047	2,132	1,010	4,500
Medeni.Durum	,939	,434	4,677	1	,031	2,557	1,092	5,986
Eğitim.Düzeyi			14,046	3	,003			
Eğitim.Düzeyi(1)	17,034	4946,310	,000	1	,997	24993369,33	,000	.
Eğitim.Düzeyi(2)	18,588	4946,310	,000	1	,997	118155522,2	,000	.
Eğitim.Düzeyi(3)	19,573	4946,310	,000	1	,997	316697050,3	,000	.
Yaş	-,005	,015	,121	1	,728	,995	,966	1,025
İstihdam.Durumu			2,129	2	,345			
İstihdam.Durumu(1)	,266	,461	,331	1	,565	1,304	,528	3,222
İstihdam.Durumu(2)	-,579	,793	,533	1	,465	,560	,118	2,653
Hane.Geliri			5,330	3	,149			
Hane.Geliri(1)	,810	,679	1,424	1	,233	2,249	,594	8,514
Hane.Geliri(2)	,840	,678	1,534	1	,215	2,317	,613	8,755
Hane.Geliri(3)	1,548	,726	4,549	1	,033	4,700	1,134	19,489
Yaşanılan.Yer	,630	,558	1,276	1	,259	1,878	,629	5,602
Sosyal.Statü.Algısı	-,023	,095	,059	1	,808	,977	,811	1,178
Sigara.kullanma	,750	,378	3,946	1	,047	2,117	1,010	4,436
Genel.Sağlık.Durumu	-,291	,251	1,347	1	,246	,748	,458	1,222
Kalp.damar.hastalığı	-,170	,371	,210	1	,647	,844	,407	1,747
Hiperlipidemi	,021	,418	,003	1	,959	1,022	,450	2,320
Diyabet	-,591	,576	1,052	1	,305	,554	,179	1,713
Hipertansiyon	,786	,418	3,535	1	,060	2,194	,967	4,979
KOAH	-,056	,791	,005	1	,944	,946	,201	4,461
Astım	,947	,732	1,675	1	,196	2,578	,614	10,815
Böbrek.Hastalığı	-,150	,659	,052	1	,820	,861	,237	3,132
Karaciğer.Hastalığı	,601	,889	,457	1	,499	1,824	,319	10,422
İnme.Felç	-,661	1,193	,307	1	,579	,516	,050	5,348
Romatolojik.H	-,919	,682	1,814	1	,178	,399	,105	1,519
Kanser	,386	,672	,329	1	,566	1,471	,394	5,493
Psikiyatrik.H	-,376	,656	,329	1	,566	,686	,190	2,482
Demans	-16,879	11750,146	,000	1	,999	,000	,000	.
Diğer.Hastalıklar	,657	,525	1,566	1	,211	1,928	,690	5,393
Constant	-21,660	4946,310	,000	1	,997	,000		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Sigara.kullanma, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.7. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Diyet Uygulama Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,004	,016	,066	1	,797	1,004	,973	1,036
Cinsiyet	-,164	,282	,338	1	,561	,849	,488	1,476
Medeni.Durum	-,271	,300	,816	1	,366	,763	,424	1,373
Eğitim.Düzeyi			2,506	3	,474			
Eğitim.Düzeyi(1)	,695	,518	1,800	1	,180	2,004	,726	5,531
Eğitim.Düzeyi(2)	,867	,587	2,180	1	,140	2,380	,753	7,524
Eğitim.Düzeyi(3)	,965	,622	2,406	1	,121	2,626	,775	8,891
Yaş	,007	,011	,413	1	,520	1,007	,986	1,028
İstihdam.Durumu			,013	2	,994			
İstihdam.Durumu(1)	,042	,365	,013	1	,909	1,042	,510	2,130
İstihdam.Durumu(2)	,033	,680	,002	1	,962	1,033	,272	3,917
Hane.Geliri			,429	3	,934			
Hane.Geliri(1)	,174	,376	,213	1	,645	1,190	,569	2,487
Hane.Geliri(2)	,259	,400	,419	1	,517	1,296	,592	2,837
Hane.Geliri(3)	,177	,463	,145	1	,703	1,193	,481	2,958
Yaşanılan.Yer	,463	,364	1,618	1	,203	1,589	,778	3,243
Sosyal.Statü.Algısı	,047	,069	,460	1	,498	1,048	,915	1,201
Egzersiz.Türü			10,332	2	,006			
Egzersiz.Türü(1)	,654	,282	5,369	1	,021	1,924	1,106	3,347
Egzersiz.Türü(2)	1,192	,386	9,524	1	,002	3,294	1,545	7,023
Sigara.kullanma	-,035	,315	,012	1	,912	,966	,521	1,790
Alkol.kullanma	-,217	,370	,343	1	,558	,805	,390	1,663
BKI	-,015	,026	,325	1	,569	,985	,936	1,037
Genel.Sağlık.Durumu	-,010	,169	,004	1	,951	,990	,711	1,378
Kalp.damar.hastalığı	-,316	,286	1,220	1	,269	,729	,416	1,277
Hiperlipidemi	,401	,271	2,189	1	,139	1,493	,878	2,541
Diyabet	1,329	,330	16,248	1	,000	3,778	1,979	7,209
Hipertansiyon	1,203	,288	17,468	1	,000	3,329	1,894	5,852
KOAH	-,1466	,567	6,677	1	,010	,231	,076	,702
Astım	1,013	,418	5,887	1	,015	2,754	1,215	6,243
Böbrek.Hastalığı	,360	,416	,750	1	,386	1,434	,634	3,239
Karaciğer.Hastalığı	,167	,596	,078	1	,780	1,181	,367	3,798
İnme.Felç	-,074	,531	,020	1	,889	,929	,328	2,627
Romatolojik.H	,713	,326	4,787	1	,029	2,041	1,077	3,867
Kanser	,372	,432	,742	1	,389	1,451	,622	3,381
Psikiyatrik.H	-,446	,433	1,061	1	,303	,640	,274	1,496
Demans	-,151	,983	,023	1	,878	,860	,125	5,903
Diğer.Hastalıklar	,294	,391	,563	1	,453	1,341	,623	2,888
Constant	-3,628	1,237	8,602	1	,003	,027		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, BKI, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.8. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Diyet Uygulama Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-,013	,020	,426	1	,514	,987	,949	1,026
SH.Anlama	-,001	,022	,001	1	,972	,999	,957	1,043
SH.Değerlendirme	-,024	,021	1,242	1	,265	,976	,936	1,018
SH.Uygulama	,006	,025	,051	1	,822	1,006	,958	1,055
HK.Erisim	-,015	,023	,455	1	,500	,985	,942	1,030
HK.Anlama	,013	,022	,365	1	,546	1,013	,970	1,059
HK.Değerlendirme	,013	,024	,315	1	,575	1,013	,967	1,062
HK.Uygulama	,016	,020	,638	1	,424	1,016	,978	1,055
SG.Erisim	,005	,022	,049	1	,824	1,005	,962	1,050
SG.Anlama	-,019	,022	,784	1	,376	,981	,939	1,024
SG.Değerlendirme	-,015	,022	,427	1	,513	,986	,943	1,030
SG.Uygulama	,034	,015	5,183	1	,023	1,034	1,005	1,065
Cinsiyet	-,248	,291	,726	1	,394	,781	,442	1,380
Medeni.Durum	-,373	,312	1,432	1	,231	,689	,374	1,269
Eğitim.Düzei			2,254	3	,521			
Eğitim.Düzei(1)	,642	,545	1,384	1	,239	1,900	,652	5,532
Eğitim.Düzei(2)	,887	,623	2,028	1	,154	2,428	,716	8,234
Eğitim.Düzei(3)	,965	,659	2,144	1	,143	2,624	,721	9,544
Yaş	,007	,011	,403	1	,526	1,007	,985	1,029
İstihdam.Durumu			,065	2	,968			
İstihdam.Durumu(1)	,048	,375	,016	1	,899	1,049	,503	2,187
İstihdam.Durumu(2)	,181	,710	,065	1	,799	1,199	,298	4,825
Hane.Geliri			,187	3	,980			
Hane.Geliri(1)	,107	,386	,076	1	,782	1,113	,522	2,373
Hane.Geliri(2)	,158	,410	,149	1	,699	1,171	,525	2,614
Hane.Geliri(3)	,189	,471	,160	1	,689	1,208	,479	3,043
Yaşanılan.Yer	,415	,377	1,214	1	,271	1,514	,724	3,168
Sosyal.Statü.Algısı	,055	,071	,590	1	,442	1,056	,919	1,214
Egezersiz.Türü			8,362	2	,015			
Egezersiz.Türü(1)	,650	,296	4,838	1	,028	1,916	1,073	3,421
Egezersiz.Türü(2)	1,124	,408	7,595	1	,006	3,078	1,384	6,846
Sigara.kullanma	,064	,331	,037	1	,847	1,066	,558	2,037
Alkol.kullanma	-,159	,384	,171	1	,680	,853	,402	1,812
BKI	-,014	,027	,259	1	,611	,986	,935	1,040
Genel.Sağlık.Durumu	,051	,175	,085	1	,771	1,052	,747	1,482
Kalp.damar.hastalığı	-,358	,298	1,437	1	,231	,699	,390	1,255
Hiperlipidemi	,453	,282	2,576	1	,108	1,573	,905	2,735
Diyabet	1,414	,342	17,075	1	,000	4,113	2,103	8,043
Hipertansiyon	1,219	,298	16,759	1	,000	3,385	1,888	6,068
KOAH	-,1465	,577	6,448	1	,011	,231	,075	,716
Astım	,876	,424	4,273	1	,039	2,400	1,046	5,506
Böbrek.Hastalığı	,409	,431	,901	1	,342	1,505	,647	3,503
Karaciğer.Hastalığı	,033	,610	,003	1	,957	1,033	,312	3,416
İnme.Felç	-,198	,543	,133	1	,715	,820	,283	2,379
Romatolojik.H	,717	,335	4,576	1	,032	2,048	1,062	3,951
Kanser	,275	,450	,373	1	,541	1,316	,545	3,181
Psikiyatrik.H	-,444	,441	1,012	1	,314	,642	,270	1,523
Demans	-,367	1,004	,134	1	,714	,693	,097	4,951
Diğer.Hastalıklar	,317	,400	,626	1	,429	1,373	,626	3,009
Constant	-3,582	1,336	7,192	1	,007	,028		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzei, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, BKI, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.



**EK 5.9. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların BKİ (kg/m<sup>2</sup>) Ölçüsü Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Coefficients<sup>a</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	26,306	1,880		13,996	,000	
	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,032	,030	-,065	-1,078	,282	,469
	Cinsiyet	-,299	,519	-,028	-,577	,564	,706
	Medeni.Durum	-1,196	,560	-,107	-2,134	,033	,678
	Eğitim.İlkokul	,465	,934	,037	,498	,619	,305
	Eğitim.İlköğretim.ve.Lise	-,203	1,049	-,018	-,194	,846	,200
	Eğitim.Üniversite	-1,443	1,114	-,132	-1,295	,196	,167
	Yaş	,025	,020	,084	1,266	,206	,387
	İstihdam.Çalışan	-,883	,683	-,072	-1,293	,197	,562
	İstihdam.Öğrenci	-,340	1,197	-,017	-,285	,776	,477
	Gelir.bin.ikibin	-,014	,700	-,001	-,020	,984	,443
	Gelir.iki.dortbin	,849	,743	,073	1,142	,254	,421
	Gelir.dortbin.uzeri	1,256	,881	,099	1,425	,155	,354
	Yaşanılan.Yer	,510	,640	,036	,796	,427	,853
	Sosyal.Statü.Algısı	-,037	,129	-,014	-,286	,775	,678
	Egzersiz.Yürüyüş	-,368	,518	-,035	-,709	,478	,705
	Egzersiz.Yüzme.TS.ve.SSE	-1,595	,722	-,114	-2,210	,028	,643
	Sigara.kullanma	-,582	,582	-,044	-,999	,318	,880
	Alkol.kullanma	,440	,700	,029	,629	,530	,799
	Diyet.yapma	-,341	,518	-,031	-,658	,511	,783
	Genel.Sağlık.Durumu	,166	,317	,025	,525	,600	,787
	Kalp.damar.hastalığı	-,457	,542	-,039	-,842	,400	,802
	Hiperlipidemi	,802	,537	,073	1,494	,136	,729
	Diyabet	1,052	,658	,078	1,599	,110	,728
	Hipertansiyon	1,991	,557	,188	3,572	,000	,622
	KOAH	,476	1,023	,022	,465	,642	,786
	Astım	,379	,855	,020	,443	,658	,841
	Böbrek.Hastalığı	-1,461	,809	-,084	-1,806	,072	,788
	Karaciğer.Hastalığı	,442	1,147	,017	,385	,700	,872
	İnme.Felç	,046	1,059	,002	,044	,965	,853
	Romatolojik.H	2,138	,633	,152	3,380	,001	,845
	Kanser	-,066	,862	-,003	-,076	,939	,918
	Psikiyatrik.H	-,686	,798	-,038	-,860	,390	,862
	Demans	-2,507	1,811	-,064	-1,385	,167	,810
	Diğer.Hastalıklar	,070	,746	,004	,094	,925	,946

a. Dependent Variable: BKİ

**EK 5.10. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların BKİ (kg/m<sup>2</sup>) Ölçüsü Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1							
(Constant)	27,297	1,948		14,013	,000		
SH.Erisim	-,006	,036	-,012	-,171	,865	,353	2,837
SH.Anlama	,063	,039	,133	1,609	,108	,246	4,065
SH.Değerlendirme	-,057	,040	-,119	-1,436	,152	,248	4,033
SH.Uygulama	-,048	,044	-,111	-1,104	,270	,169	5,927
HK.Erisim	,032	,041	,077	,784	,434	,175	5,711
HK.Anlama	-,003	,040	-,008	-,079	,937	,186	5,389
HK.Değerlendirme	,073	,043	,184	1,722	,086	,149	6,723
HK.Uygulama	,016	,035	,038	,459	,647	,242	4,131
SG.Erisim	9,506E-005	,041	,000	,002	,998	,161	6,218
SG.Anlama	-,035	,041	-,082	-,844	,399	,181	5,537
SG.Değerlendirme	-,027	,039	-,066	-,704	,482	,193	5,182
SG.Uygulama	-,062	,027	-,157	-2,348	,019	,377	2,654
Cinsiyet	-,218	,526	-,021	-,415	,678	,676	1,478
Medeni.Durum	-,880	,570	-,079	-1,544	,123	,645	1,550
Egitim.İlkokul	,330	,950	,027	,347	,728	,290	3,450
Egitim.İlköğretim.ve.Lise	-,401	1,069	-,035	-,375	,708	,190	5,272
Egitim.Üniversite	-1,556	1,134	-,142	-1,372	,171	,158	6,314
Yaş	,017	,020	,056	,839	,402	,374	2,671
İstihdam.Çalışan	-,982	,685	-,079	-1,433	,153	,550	1,819
İstihdam.Öğrenci	-,708	1,214	-,036	-,584	,560	,456	2,192
Gelir.bin.ikibin	,061	,706	,005	,086	,931	,428	2,334
Gelir.iki.dortbin	1,107	,747	,095	1,483	,139	,410	2,438
Gelir.dortbin.uzeri	1,346	,883	,106	1,523	,129	,347	2,881
Yaşanılan.Yer	,640	,647	,045	,989	,323	,822	1,217
Sosyal.Statü.Algısı	-,026	,129	-,010	-,203	,839	,662	1,510
Egzersiz.Yürüyüş	-,038	,532	-,004	-,071	,943	,659	1,518
Egzersiz.Yüzme.TS.ve.SSE	-1,137	,747	-,081	-1,522	,129	,590	1,694
Sigara.kullanma	-,516	,595	-,039	-,866	,387	,828	1,207
Alkol.kullanma	,210	,708	,014	,297	,767	,767	1,303
Diyet.yapma	-,300	,520	-,027	-,577	,564	,765	1,307
Genel.Sağlık.Durumu	,090	,321	,013	,280	,780	,753	1,329
Kalp.damar.hastalığı	-,606	,549	-,052	-1,103	,271	,771	1,298
Hiperlipidemi	,799	,546	,072	1,462	,144	,694	1,442
Diyabet	,886	,663	,065	1,336	,182	,705	1,417
Hipertansiyon	1,993	,561	,188	3,550	,000	,604	1,656
KOAH	,444	1,022	,020	,434	,664	,774	1,291
Astım	,295	,862	,016	,342	,733	,814	1,229
Böbrek.Hastalığı	-1,342	,815	-,077	-1,645	,101	,764	1,310
Karaciğer.Hastalığı	,268	1,161	,010	,231	,818	,838	1,194
İnme.Felç	,018	1,058	,001	,017	,986	,840	1,190
Romatolojik.H	2,098	,633	,150	3,315	,001	,831	1,203
Kanser	,108	,866	,005	,125	,901	,896	1,116
Psikiyatrik.H	-1,084	,804	-,061	-1,348	,179	,834	1,199
Demans	-2,466	1,835	-,063	-1,344	,180	,776	1,288
Diğer.Hastalıklar	,032	,749	,002	,043	,965	,924	1,082

a. Dependent Variable: BKİ

**EK 5.11. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Doktor Tavsiyesi Olmadan/Reçetesiz İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,024	,014	3,110	1	,078	1,025	,997	1,053
Cinsiyet	,297	,227	1,714	1	,191	1,346	,863	2,102
Medeni.Durum	,420	,259	2,623	1	,105	1,522	,916	2,529
Eğitim.Düzeyi			6,826	3	,078			
Eğitim.Düzeyi(1)	,423	,426	,986	1	,321	1,527	,662	3,520
Eğitim.Düzeyi(2)	,003	,470	,000	1	,994	1,003	,400	2,520
Eğitim.Düzeyi(3)	-,434	,492	,777	1	,378	,648	,247	1,700
Yaş	,011	,009	1,563	1	,211	1,011	,994	1,029
İstihdam.Durumu			,578	2	,749			
İstihdam.Durumu(1)	-,223	,304	,538	1	,463	,800	,441	1,451
İstihdam.Durumu(2)	-,105	,513	,042	1	,838	,900	,329	2,462
Hane.Geliri			1,447	3	,695			
Hane.Geliri(1)	-,143	,323	,195	1	,658	,867	,460	1,633
Hane.Geliri(2)	-,185	,335	,305	1	,581	,831	,431	1,603
Hane.Geliri(3)	-,453	,395	1,317	1	,251	,636	,293	1,378
Yaşanılan.Yer	,488	,287	2,882	1	,090	1,629	,927	2,861
Sosyal.Statü.Algısı	-,002	,057	,002	1	,968	,998	,891	1,117
EÖSBK			2,250	2	,325			
EÖSBK(1)	-,508	,376	1,818	1	,178	,602	,288	1,259
EÖSBK(2)	-,441	,585	,569	1	,451	,643	,205	2,023
Genel.Sağlık.Durumu	-,131	,145	,812	1	,367	,878	,661	1,166
Kalp.damar.hastalığı	,392	,240	2,671	1	,102	1,480	,925	2,369
Hiperlipidemi	,328	,252	1,694	1	,193	1,389	,847	2,277
Diyabet	,786	,320	6,023	1	,014	2,196	1,172	4,114
Hipertansiyon	-,254	,250	1,035	1	,309	,776	,476	1,265
KOAH	-,274	,497	,305	1	,581	,760	,287	2,013
Astım	,781	,409	3,651	1	,056	2,185	,980	4,870
Böbrek.Hastalığı	,207	,383	,292	1	,589	1,230	,580	2,608
Karaciğer.Hastalığı	-,723	,528	1,877	1	,171	,485	,173	1,365
İnme.Felç	,752	,600	1,572	1	,210	2,121	,655	6,874
Romatolojik.H	,130	,298	,190	1	,663	1,139	,635	2,041
Kanser	,779	,435	3,212	1	,073	2,180	,930	5,113
Psikiyatrik.H	-,412	,372	1,229	1	,268	,662	,319	1,373
Demans	1,407	1,181	1,420	1	,233	4,085	,403	41,352
Diğer.Hastalıklar	-,051	,357	,020	1	,887	,950	,472	1,912
Constant	-1,312	,871	2,267	1	,132	,269		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.12. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Doktor Tavsiyesi Olmadan/Reçetesiz İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-,022	,016	1,755	1	,185	,979	,948	1,010
SH.Anlama	-,029	,018	2,652	1	,103	,971	,938	1,006
SH.Değerlendirme	,020	,018	1,285	1	,257	1,021	,985	1,057
SH.Uygulama	,036	,020	3,303	1	,069	1,036	,997	1,077
HK.Erisim	,017	,019	,783	1	,376	1,017	,980	1,055
HK.Anlama	-,036	,019	3,723	1	,054	,965	,931	1,001
HK.Değerlendirme	,044	,019	5,291	1	,021	1,045	1,007	1,086
HK.Uygulama	-,021	,016	1,710	1	,191	,980	,950	1,010
SG.Erisim	-,034	,018	3,365	1	,067	,967	,932	1,002
SG.Anlama	,017	,019	,856	1	,355	1,018	,981	1,056
SG.Değerlendirme	-,006	,018	,130	1	,719	,994	,960	1,028
SG.Uygulama	,028	,012	4,979	1	,026	1,028	1,003	1,053
Cinsiyet	,255	,238	1,153	1	,283	1,291	,810	2,058
Medeni.Durum	,518	,274	3,588	1	,058	1,679	,982	2,871
Eğitim.Düzeyi			4,394	3	,222			
Eğitim.Düzeyi(1)	,389	,447	,758	1	,384	1,476	,615	3,544
Eğitim.Düzeyi(2)	,100	,493	,041	1	,840	1,105	,420	2,906
Eğitim.Düzeyi(3)	-,303	,519	,340	1	,560	,739	,267	2,043
Yaş	,012	,009	1,743	1	,187	1,012	,994	1,030
İstihdam.Durumu			,703	2	,704			
İstihdam.Durumu(1)	-,198	,314	,397	1	,528	,820	,443	1,519
İstihdam.Durumu(2)	,083	,539	,024	1	,878	1,086	,378	3,121
Hane.Geliri			2,002	3	,572			
Hane.Geliri(1)	-,264	,340	,604	1	,437	,768	,395	1,495
Hane.Geliri(2)	-,329	,349	,889	1	,346	,720	,363	1,426
Hane.Geliri(3)	-,584	,414	1,984	1	,159	,558	,248	1,257
Yaşanılan.Yer	,544	,301	3,260	1	,071	1,722	,955	3,108
Sosyal.Statü.Algısı	,028	,060	,219	1	,640	1,028	,914	1,157
EÖSBK			2,682	2	,262			
EÖSBK(1)	-,633	,392	2,609	1	,106	,531	,246	1,145
EÖSBK(2)	-,232	,589	,155	1	,693	,793	,250	2,513
Genel.Sağlık.Durumu	-,132	,153	,744	1	,388	,877	,650	1,182
Kalp.damar.hastalığı	,578	,253	5,225	1	,022	1,782	1,086	2,926
Hiperlipidemi	,277	,267	1,076	1	,300	1,319	,782	2,223
Diyabet	,993	,334	8,820	1	,003	2,700	1,402	5,200
Hipertansiyon	-,335	,260	1,661	1	,198	,715	,430	1,191
KOAH	-,260	,510	,261	1	,610	,771	,284	2,094
Astım	,809	,428	3,575	1	,059	2,246	,971	5,194
Böbrek.Hastalığı	,028	,393	,005	1	,944	1,028	,476	2,219
Karaciğer.Hastalığı	-,628	,549	1,313	1	,252	,533	,182	1,563
İnme.Felç	,691	,614	1,266	1	,260	1,995	,599	6,641
Romatolojik.H	,045	,309	,022	1	,883	1,046	,571	1,918
Kanser	,742	,455	2,659	1	,103	2,101	,861	5,126
Psikiyatrik.H	-,298	,385	,599	1	,439	,742	,349	1,578
Demans	1,458	1,218	1,433	1	,231	4,297	,395	46,757
Diğer.Hastalıklar	,031	,369	,007	1	,933	1,032	,500	2,128
Constant	-1,351	,944	2,046	1	,153	,259		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.13. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Çevre Tavsiyesiyle İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,043	,018	5,821	1	,016	1,044	1,008	1,081
Cinsiyet	-,244	,287	,724	1	,395	,784	,447	1,374
Medeni.Durum	-,517	,308	2,813	1	,094	,596	,326	1,091
Eğitim.Düzeyi			2,366	3	,500			
Eğitim.Düzeyi(1)	,506	,554	,835	1	,361	1,659	,560	4,912
Eğitim.Düzeyi(2)	-,014	,614	,001	1	,982	,986	,296	3,283
Eğitim.Düzeyi(3)	-,128	,627	,041	1	,839	,880	,258	3,007
Yaş	,019	,011	2,737	1	,098	1,019	,997	1,041
İstihdam.Durumu			1,862	2	,394			
İstihdam.Durumu(1)	-,195	,386	,256	1	,613	,823	,386	1,753
İstihdam.Durumu(2)	,490	,621	,621	1	,431	1,632	,483	5,513
Hane.Geliri			17,268	3	,001			
Hane.Geliri(1)	,529	,379	1,947	1	,163	1,698	,807	3,571
Hane.Geliri(2)	1,476	,440	11,233	1	,001	4,376	1,846	10,376
Hane.Geliri(3)	-,009	,455	,000	1	,984	,991	,406	2,417
Yaşanılan.Yer	-,254	,370	,471	1	,492	,775	,375	1,603
Sosyal.Statü.Algısı	-,064	,070	,825	1	,364	,938	,817	1,077
EÖSBK			1,853	2	,396			
EÖSBK(1)	-,560	,421	1,767	1	,184	,571	,250	1,304
EÖSBK(2)	,115	,719	,025	1	,873	1,122	,274	4,591
Genel.Sağlık.Durumu	-,271	,187	2,093	1	,148	,763	,528	1,101
Kalp.damar.hastalığı	,179	,317	,320	1	,572	1,196	,643	2,225
Hiperlipidemi	-,131	,328	,159	1	,690	,877	,461	1,668
Diyabet	-,088	,398	,048	1	,826	,916	,420	1,998
Hipertansiyon	,296	,329	,812	1	,368	1,345	,706	2,562
KOAH	-,090	,643	,019	1	,889	,914	,260	3,221
Astım	1,108	,601	3,395	1	,065	3,029	,932	9,845
Böbrek.Hastalığı	-,430	,473	,825	1	,364	,651	,258	1,645
Karaciğer.Hastalığı	,378	,718	,277	1	,599	1,460	,357	5,967
İnme.Felç	,860	,793	1,178	1	,278	2,364	,500	11,174
Romatolojik.H	-,397	,379	1,093	1	,296	,673	,320	1,415
Kanser	,526	,546	,929	1	,335	1,692	,581	4,931
Psikiyatrik.H	-,582	,422	1,906	1	,167	,559	,244	1,277
Demans	20,187	13574,074	,000	1	,999	584714166,2	,000	.
Diğer.Hastalıklar	-,486	,436	1,243	1	,265	,615	,262	1,445
Constant	,354	1,099	,104	1	,748	1,424		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.14. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Çevre Tavsiyesiyle İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-.033	.020	2,548	1	,110	,968	,930	1,007
SH.Anlama	,007	.021	,120	1	,729	1,007	,966	1,051
SH.Değerlendirme	-.011	.022	,238	1	,626	,989	,947	1,033
SH.Uygulama	,042	.024	3,204	1	,073	1,043	,996	1,093
HK.Erisim	-.002	.023	,008	1	,928	,998	,954	1,044
HK.Anlama	-.007	.022	,107	1	,743	,993	,952	1,036
HK.Değerlendirme	,026	.024	1,266	1	,260	1,027	,981	1,075
HK.Uygulama	,002	.019	,015	1	,901	1,002	,966	1,040
SG.Erisim	-.021	.023	,840	1	,359	,979	,936	1,024
SG.Anlama	-.002	.023	,009	1	,925	,998	,954	1,044
SG.Değerlendirme	,029	.022	1,820	1	,177	1,029	,987	1,074
SG.Uygulama	,005	.015	,094	1	,759	1,005	,975	1,036
Cinsiyet	-.277	,297	,866	1	,352	,758	,423	1,358
Medeni.Durum	-.487	,314	2,394	1	,122	,615	,332	1,139
Eğitim.Düzeyi			1,822	3	,610			
Eğitim.Düzeyi(1)	,274	,579	,224	1	,636	1,315	,423	4,093
Eğitim.Düzeyi(2)	-.272	,651	,174	1	,676	,762	,213	2,729
Eğitim.Düzeyi(3)	-.325	,671	,235	1	,628	,722	,194	2,692
Yaş	,017	,011	2,093	1	,148	1,017	,994	1,040
İstihdam.Durumu			1,981	2	,371			
İstihdam.Durumu(1)	-.193	,397	,235	1	,628	,825	,379	1,796
İstihdam.Durumu(2)	,546	,639	,730	1	,393	1,726	,494	6,040
Hane.Geliri			17,252	3	,001			
Hane.Geliri(1)	,591	,388	2,322	1	,128	1,806	,844	3,863
Hane.Geliri(2)	1,504	,446	11,349	1	,001	4,498	1,875	10,788
Hane.Geliri(3)	-.005	,465	,000	1	,992	,995	,400	2,475
Yaşanılan.Yer	-.181	,378	,228	1	,633	,835	,398	1,752
Sosyal.Statü.Algısı	-.054	,073	,555	1	,456	,947	,821	1,093
EÖSBK			2,281	2	,320			
EÖSBK(1)	-.642	,435	2,183	1	,140	,526	,224	1,233
EÖSBK(2)	,122	,741	,027	1	,869	1,130	,265	4,823
Genel.Sağlık.Durumu	-.267	,195	1,877	1	,171	,766	,523	1,122
Kalp.damar.hastalığı	,269	,329	,669	1	,413	1,309	,687	2,493
Hiperlipidemi	-.220	,342	,413	1	,521	,803	,410	1,570
Diyabet	-.003	,410	,000	1	,994	,997	,447	2,225
Hipertansiyon	,241	,339	,507	1	,477	1,273	,655	2,473
KOAH	-.228	,648	,124	1	,725	,796	,224	2,835
Astm	1,050	,621	2,857	1	,091	2,859	,846	9,663
Böbrek.Hastalığı	-.509	,485	1,102	1	,294	,601	,232	1,555
Karaciğer.Hastalığı	,575	,752	,584	1	,445	1,776	,407	7,750
İnme.Felç	,793	,804	,971	1	,324	2,209	,457	10,690
Romatolojik.H	-.520	,389	1,792	1	,181	,594	,277	1,273
Kanser	,386	,552	,489	1	,484	1,471	,499	4,340
Psikiyatrik.H	-.598	,433	1,905	1	,168	,550	,235	1,286
Demans	20,450	13524,260	,000	1	,999	760767261,7	,000	.
Diğer.Hastalıklar	-.415	,441	,885	1	,347	,660	,278	1,568
Constant	,506	1,170	,187	1	,665	1,658		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astm, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.15. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Kendi İlaç Bilgisine Dayanarak İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,000	,014	,000	1	,988	1,000	,973	1,028
Cinsiyet	,046	,229	,041	1	,839	1,048	,669	1,641
Medeni.Durum	,023	,260	,008	1	,930	1,023	,615	1,701
Eğitim.Düzeyi			2,070	3	,558			
Eğitim.Düzeyi(1)	-,254	,462	,301	1	,583	,776	,314	1,919
Eğitim.Düzeyi(2)	-,422	,505	,698	1	,404	,656	,244	1,764
Eğitim.Düzeyi(3)	-,658	,524	1,579	1	,209	,518	,185	1,446
Yaş	,011	,009	1,387	1	,239	1,011	,993	1,028
İstihdam.Durumu			1,950	2	,377			
İstihdam.Durumu(1)	-,368	,303	1,468	1	,226	,692	,382	1,255
İstihdam.Durumu(2)	-,020	,510	,001	1	,969	,980	,361	2,666
Hane.Geliri			2,081	3	,556			
Hane.Geliri(1)	,246	,326	,573	1	,449	1,279	,676	2,422
Hane.Geliri(2)	,061	,336	,033	1	,855	1,063	,550	2,056
Hane.Geliri(3)	-,207	,395	,275	1	,600	,813	,375	1,763
Yaşanılan.Yer	,212	,293	,521	1	,470	1,236	,696	2,194
Sosyal.Statü.Algısı	,044	,058	,575	1	,448	1,045	,932	1,172
EÖSBK			,113	2	,945			
EÖSBK(1)	-,116	,363	,102	1	,749	,890	,437	1,815
EÖSBK(2)	-,079	,600	,017	1	,896	,924	,285	2,994
Genel.Sağlık.Durumu	-,354	,150	5,566	1	,018	,702	,523	,942
Kalp.damar.hastalığı	,363	,241	2,280	1	,131	1,438	,897	2,305
Hipertlipidemi	,463	,261	3,154	1	,076	1,588	,953	2,647
Diyabet	,264	,323	,668	1	,414	1,303	,691	2,455
Hipertansiyon	,079	,253	,097	1	,755	1,082	,659	1,777
KOAH	-,273	,500	,299	1	,585	,761	,286	2,027
Astım	,285	,398	,512	1	,474	1,329	,609	2,901
Böbrek.Hastalığı	-,009	,389	,001	1	,982	,991	,462	2,126
Karaciğer.Hastalığı	-,640	,509	1,580	1	,209	,527	,195	1,430
İnme.Felç	1,038	,668	2,413	1	,120	2,822	,762	10,451
Romatolojik.H	,230	,308	,557	1	,455	1,258	,688	2,301
Kanser	1,126	,469	5,770	1	,016	3,084	1,230	7,732
Psikiyatrik.H	-,655	,364	3,232	1	,072	,519	,254	1,061
Demans	,625	1,181	,280	1	,597	1,869	,185	18,920
Diğer.Hastalıklar	,165	,363	,206	1	,650	1,179	,578	2,404
Constant	,573	,898	,407	1	,523	1,774		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hipertlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.16. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Kendi İlaç Bilgisine Dayanarak İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-,023	,017	1,906	1	,167	,977	,946	1,010
SH.Anlama	-,040	,018	4,984	1	,026	,961	,928	,995
SH.Değerlendirme	,008	,018	,188	1	,665	1,008	,973	1,045
SH.Uygulama	,016	,020	,681	1	,409	1,017	,978	1,057
HK.Erisim	-,003	,019	,024	1	,878	,997	,961	1,034
HK.Anlama	-,021	,019	1,241	1	,265	,980	,945	1,016
HK.Değerlendirme	,023	,019	1,464	1	,226	1,023	,986	1,062
HK.Uygulama	-,021	,016	1,858	1	,173	,979	,949	1,009
SG.Erisim	-,012	,018	,422	1	,516	,988	,953	1,024
SG.Anlama	,013	,019	,461	1	,497	1,013	,976	1,052
SG.Değerlendirme	,022	,018	1,483	1	,223	1,022	,987	1,059
SG.Uygulama	,025	,012	3,960	1	,047	1,025	1,000	1,051
Cinsiyet	-,055	,238	,054	1	,816	,946	,593	1,509
Medeni.Durum	-,008	,271	,001	1	,976	,992	,583	1,686
Eğitim.Düzeyi			1,299	3	,729			
Eğitim.Düzeyi(1)	-,260	,478	,295	1	,587	,771	,302	1,967
Eğitim.Düzeyi(2)	-,371	,524	,500	1	,480	,690	,247	1,928
Eğitim.Düzeyi(3)	-,571	,548	1,083	1	,298	,565	,193	1,656
Yaş	,011	,009	1,392	1	,238	1,011	,993	1,029
İstihdam.Durumu			1,870	2	,393			
İstihdam.Durumu(1)	-,262	,313	,700	1	,403	,769	,416	1,422
İstihdam.Durumu(2)	,263	,534	,244	1	,622	1,301	,457	3,704
Hane.Geliri			2,278	3	,517			
Hane.Geliri(1)	,167	,340	,240	1	,624	1,182	,606	2,303
Hane.Geliri(2)	-,125	,350	,128	1	,721	,882	,445	1,751
Hane.Geliri(3)	-,331	,412	,648	1	,421	,718	,320	1,609
Yaşanılan.Yer	,150	,303	,246	1	,620	1,162	,642	2,104
Sosyal.Statü.Algısı	,071	,061	1,359	1	,244	1,073	,953	1,209
EÖSBK			,512	2	,774			
EÖSBK(1)	-,271	,381	,508	1	,476	,762	,361	1,608
EÖSBK(2)	-,078	,612	,016	1	,899	,925	,279	3,070
Genel.Sağlık.Durumu	-,351	,158	4,967	1	,026	,704	,517	,959
Kalp.damar.hastalığı	,532	,253	4,416	1	,036	1,703	1,036	2,797
Hiperlipidemi	,480	,274	3,075	1	,080	1,616	,945	2,764
Diyabet	,376	,332	1,287	1	,257	1,457	,761	2,790
Hipertansiyon	,054	,263	,043	1	,836	1,056	,631	1,766
KOAH	-,244	,510	,228	1	,633	,784	,288	2,131
Astım	,198	,410	,233	1	,629	1,219	,546	2,721
Böbrek.Hastalığı	-,157	,399	,154	1	,694	,855	,391	1,869
Karaciğer.Hastalığı	-,544	,530	1,052	1	,305	,581	,205	1,641
İnme.Felç	1,001	,680	2,166	1	,141	2,720	,718	10,314
Romatolojik.H	,160	,318	,255	1	,613	1,174	,630	2,188
Kanser	,999	,480	4,325	1	,038	2,715	1,059	6,957
Psikiyatrik.H	-,500	,376	1,771	1	,183	,607	,290	1,267
Demans	,459	1,182	,151	1	,698	1,583	,156	16,063
Diğer.Hastalıklar	,156	,372	,177	1	,674	1,169	,564	2,423
Constant	,804	,954	,710	1	,399	2,235		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme, Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.



**EK 5.17. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Eczaneye Danışarak İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,009	,014	,464	1	,496	,991	,964	1,018
Cinsiyet	,105	,227	,213	1	,645	1,110	,712	1,733
Medeni.Durum	,030	,251	,014	1	,904	1,031	,630	1,686
Eğitim.Düzeyi			3,274	3	,351			
Eğitim.Düzeyi(1)	-,253	,428	,349	1	,554	,777	,336	1,796
Eğitim.Düzeyi(2)	-,726	,475	2,338	1	,126	,484	,191	1,227
Eğitim.Düzeyi(3)	-,581	,497	1,369	1	,242	,559	,211	1,480
Yaş	,011	,009	1,694	1	,193	1,011	,994	1,029
İstihdam.Durumu			3,263	2	,196			
İstihdam.Durumu(1)	-,456	,303	2,266	1	,132	,634	,350	1,148
İstihdam.Durumu(2)	-,860	,535	2,583	1	,108	,423	,148	1,208
Hane.Geliri			2,707	3	,439			
Hane.Geliri(1)	,371	,315	1,387	1	,239	1,450	,781	2,690
Hane.Geliri(2)	,295	,332	,792	1	,373	1,344	,701	2,574
Hane.Geliri(3)	-,029	,392	,005	1	,942	,972	,451	2,095
Yaşanılan.Yer	,887	,289	9,411	1	,002	2,429	1,378	4,282
Sosyal.Statü.Algısı	-,043	,057	,558	1	,455	,958	,857	1,072
EÖSBK			2,265	2	,322			
EÖSBK(1)	-,294	,377	,609	1	,435	,745	,356	1,560
EÖSBK(2)	-,778	,587	1,758	1	,185	,459	,145	1,451
Genel.Sağlık.Durumu	-,397	,148	7,155	1	,007	,672	,503	,899
Kalp.damar.hastalığı	,111	,239	,215	1	,643	1,117	,699	1,786
Hiperlipidemi	,277	,244	1,291	1	,256	1,320	,818	2,129
Diyabet	-,209	,295	,504	1	,478	,811	,455	1,446
Hipertansiyon	,219	,243	,813	1	,367	1,245	,773	2,003
KOAH	,976	,561	3,026	1	,082	2,654	,884	7,970
Astım	-,324	,382	,719	1	,396	,724	,343	1,528
Böbrek.Hastalığı	-,516	,365	1,992	1	,158	,597	,292	1,222
Karaciğer.Hastalığı	,748	,560	1,786	1	,181	2,114	,705	6,334
İnme.Felç	1,121	,610	3,382	1	,066	3,068	,929	10,133
Romatolojik.H	-,020	,291	,005	1	,946	,980	,555	1,733
Kanser	,345	,380	,824	1	,364	1,411	,671	2,969
Psikiyatrik.H	-,235	,368	,407	1	,523	,790	,384	1,627
Demans	,852	1,190	,513	1	,474	2,345	,227	24,174
Diğer.Hastalıklar	,453	,364	1,549	1	,213	1,574	,771	3,214
Constant	,714	,874	,668	1	,414	2,042		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.18. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Eczaneye Danışarak İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-,030	,016	3,393	1	,065	,970	,939	1,002
SH.Anlama	-,013	,018	,578	1	,447	,987	,953	1,021
SH.Değerlendirme	,014	,018	,589	1	,443	1,014	,978	1,051
SH.Uygulama	,021	,020	1,108	1	,292	1,021	,982	1,062
HK.Erisim	,001	,019	,001	1	,969	1,001	,965	1,038
HK.Anlama	-,049	,018	6,994	1	,008	,953	,919	,987
HK.Değerlendirme	,038	,019	3,853	1	,050	1,039	1,000	1,079
HK.Uygulama	,002	,016	,010	1	,920	1,002	,971	1,033
SG.Erisim	-,002	,018	,015	1	,903	,998	,964	1,033
SG.Anlama	-,014	,019	,536	1	,464	,986	,950	1,024
SG.Değerlendirme	-,002	,018	,011	1	,915	,998	,964	1,033
SG.Uygulama	,010	,012	,633	1	,426	1,010	,986	1,034
Cinsiyet	,063	,235	,073	1	,788	1,065	,672	1,689
Medeni.Durum	,096	,260	,137	1	,711	1,101	,661	1,834
Eğitim.Düzei			2,862	3	,413			
Eğitim.Düzei(1)	-,274	,446	,378	1	,539	,760	,317	1,821
Eğitim.Düzei(2)	-,694	,491	1,995	1	,158	,499	,191	1,309
Eğitim.Düzei(3)	-,427	,515	,689	1	,407	,652	,238	1,789
Yaş	,010	,009	1,227	1	,268	1,010	,992	1,028
İstihdam.Durumu			2,321	2	,313			
İstihdam.Durumu(1)	-,451	,312	2,085	1	,149	,637	,346	1,175
İstihdam.Durumu(2)	-,629	,557	1,273	1	,259	,533	,179	1,589
Hane.Geliri			2,547	3	,467			
Hane.Geliri(1)	,283	,327	,751	1	,386	1,328	,699	2,520
Hane.Geliri(2)	,259	,342	,575	1	,448	1,296	,663	2,532
Hane.Geliri(3)	-,137	,402	,116	1	,733	,872	,397	1,916
Yaşanılan.Yer	,915	,301	9,209	1	,002	2,496	1,383	4,506
Sosyal.Statü.Algısı	-,023	,059	,147	1	,701	,978	,871	1,097
EÖSBK			2,055	2	,358			
EÖSBK(1)	-,422	,388	1,183	1	,277	,655	,306	1,403
EÖSBK(2)	-,579	,584	,984	1	,321	,560	,178	1,760
Genel.Sağlık.Durumu	-,391	,154	6,413	1	,011	,676	,500	,915
Kalp.damar.hastalığı	,135	,249	,295	1	,587	1,145	,703	1,866
Hiperlipidemi	,174	,254	,466	1	,495	1,190	,723	1,959
Diyabet	-,119	,302	,156	1	,693	,888	,492	1,603
Hipertansiyon	,158	,252	,392	1	,531	1,171	,714	1,919
KOAH	,923	,571	2,612	1	,106	2,517	,822	7,709
Astım	-,404	,399	1,024	1	,311	,668	,305	1,460
Böbrek.Hastalığı	-,625	,378	2,731	1	,098	,535	,255	1,123
Karaciğer.Hastalığı	,821	,592	1,928	1	,165	2,274	,713	7,249
İnme.Felç	1,176	,625	3,544	1	,060	3,240	,953	11,019
Romatolojik.H	-,097	,299	,105	1	,746	,907	,505	1,632
Kanser	,340	,391	,753	1	,385	1,404	,652	3,024
Psikiyatrik.H	-,194	,379	,263	1	,608	,824	,392	1,730
Demans	,717	1,212	,350	1	,554	2,048	,190	22,026
Diğer.Hastalıklar	,463	,370	1,562	1	,211	1,589	,769	3,283
Constant	1,293	,941	1,890	1	,169	3,644		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzei, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme, Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.19. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların İnternette Araştırarak İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,024	,025	,943	1	,331	1,024	,976	1,075
Cinsiyet	-,131	,394	,111	1	,739	,877	,405	1,897
Medeni.Durum	-,590	,447	1,737	1	,187	,554	,231	1,333
Eğitim.Düzeyi			,460	3	,928			
Eğitim.Düzeyi(1)	,162	,890	,033	1	,855	1,176	,206	6,724
Eğitim.Düzeyi(2)	-,272	,930	,086	1	,770	,762	,123	4,715
Eğitim.Düzeyi(3)	-,197	,923	,046	1	,831	,821	,135	5,012
Yaş	,013	,017	,570	1	,450	1,013	,980	1,047
İstihdam.Durumu			5,209	2	,074			
İstihdam.Durumu(1)	-1,194	,553	4,672	1	,031	,303	,103	,895
İstihdam.Durumu(2)	-,711	,809	,771	1	,380	,491	,101	2,400
Hane.Geliri			2,009	3	,570			
Hane.Geliri(1)	-,688	,659	1,090	1	,296	,502	,138	1,829
Hane.Geliri(2)	-,738	,665	1,234	1	,267	,478	,130	1,759
Hane.Geliri(3)	-1,031	,729	1,997	1	,158	,357	,085	1,490
Yaşanılan.Yer	,026	,510	,003	1	,960	1,026	,378	2,785
Sosyal.Statü.Algısı	,079	,101	,620	1	,431	1,082	,889	1,318
EÖSBK			7,705	2	,021			
EÖSBK(1)	-1,299	,484	7,200	1	,007	,273	,106	,705
EÖSBK(2)	-1,010	,883	1,308	1	,253	,364	,064	2,056
Genel.Sağlık.Durumu	-,045	,267	,029	1	,865	,956	,566	1,613
Kalp.damar.hastalığı	-,136	,406	,112	1	,738	,873	,394	1,934
Hiperlipidemi	,782	,539	2,106	1	,147	2,187	,760	6,291
Diyabet	-1,193	,575	4,297	1	,038	,303	,098	,937
Hipertansiyon	,234	,498	,220	1	,639	1,263	,476	3,351
KOAH	-,737	,799	,851	1	,356	,478	,100	2,291
Astım	-1,321	,587	5,065	1	,024	,267	,084	,843
Böbrek.Hastalığı	-,671	,608	1,218	1	,270	,511	,155	1,683
Karaciğer.Hastalığı	-,122	,856	,020	1	,886	,885	,165	4,735
İnme.Felç	18,517	7443,894	,000	1	,998	110162638,3	,000	.
Romatolojik.H	-,219	,551	,157	1	,691	,804	,273	2,365
Kanser	-,969	,640	2,293	1	,130	,379	,108	1,330
Psikiyatrik.H	,446	,722	,381	1	,537	1,562	,379	6,433
Demans	18,869	12101,150	,000	1	,999	156623862,4	,000	.
Diğer.Hastalıklar	,244	,698	,122	1	,726	1,277	,325	5,016
Constant	2,861	1,662	2,963	1	,085	17,477		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.20. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların İnternette Araştırarak İlaç Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-,017	,028	,363	1	,547	,984	,932	1,038
SH.Anlama	-,011	,029	,141	1	,708	,989	,934	1,047
SH.Değerlendirme	,024	,030	,626	1	,429	1,024	,966	1,086
SH.Uygulama	-,001	,032	,002	1	,965	,999	,938	1,063
HK.Erisim	-,009	,031	,078	1	,780	,991	,933	1,053
HK.Anlama	,020	,032	,384	1	,535	1,020	,958	1,086
HK.Değerlendirme	-,020	,031	,390	1	,532	,981	,922	1,043
HK.Uygulama	,027	,025	1,181	1	,277	1,027	,979	1,078
SG.Erisim	-,039	,032	1,480	1	,224	,962	,903	1,024
SG.Anlama	,010	,031	,106	1	,745	1,010	,951	1,073
SG.Değerlendirme	,042	,029	2,138	1	,144	1,043	,986	1,104
SG.Uygulama	-,002	,022	,007	1	,935	,998	,955	1,043
Cinsiyet	-,210	,424	,245	1	,621	,811	,353	1,862
Medeni.Durum	-,539	,457	1,390	1	,238	,583	,238	1,429
Eğitim.Düzeyi			,544	3	,909			
Eğitim.Düzeyi(1)	,385	,932	,171	1	,680	1,469	,237	9,123
Eğitim.Düzeyi(2)	-,091	,959	,009	1	,925	,913	,139	5,985
Eğitim.Düzeyi(3)	-,012	,966	,000	1	,990	,988	,149	6,562
Yaş	,012	,017	,490	1	,484	1,012	,978	1,047
İstihdam.Durumu			3,452	2	,178			
İstihdam.Durumu(1)	-,1017	,579	3,082	1	,079	,362	,116	1,126
İstihdam.Durumu(2)	-,607	,861	,498	1	,480	,545	,101	2,945
Hane.Geliri			1,427	3	,699			
Hane.Geliri(1)	-,496	,670	,547	1	,459	,609	,164	2,264
Hane.Geliri(2)	-,589	,681	,749	1	,387	,555	,146	2,107
Hane.Geliri(3)	-,887	,745	1,418	1	,234	,412	,096	1,773
Yaşanılan.Yer	-,031	,529	,003	1	,953	,970	,344	2,735
Sosyal.Statü.Algısı	,079	,107	,545	1	,460	1,082	,878	1,333
EÖSBK			5,868	2	,053			
EÖSBK(1)	-,1229	,518	5,638	1	,018	,292	,106	,807
EÖSBK(2)	-,822	,918	,802	1	,371	,440	,073	2,656
Genel.Sağlık.Durumu	-,027	,283	,009	1	,925	,974	,559	1,696
Kalp.damar.hastalığı	-,084	,430	,038	1	,845	,919	,395	2,137
Hiperlipidemi	,682	,557	1,499	1	,221	1,977	,664	5,890
Diyabet	-,1223	,593	4,248	1	,039	,294	,092	,942
Hipertansiyon	,243	,517	,221	1	,639	1,275	,462	3,516
KOAH	-,847	,821	1,066	1	,302	,429	,086	2,141
Astım	-,1344	,616	4,768	1	,029	,261	,078	,871
Böbrek.Hastalığı	-,668	,631	1,120	1	,290	,513	,149	1,766
Karaciğer.Hastalığı	-,092	,889	,011	1	,917	,912	,160	5,206
İnme.Felç	18,158	7587,112	,000	1	,998	76886735,57	,000	.
Romatolojik.H	-,339	,567	,358	1	,550	,712	,234	2,166
Kanser	-,960	,675	2,022	1	,155	,383	,102	1,438
Psikiyatrik.H	,455	,753	,364	1	,546	1,576	,360	6,897
Demans	19,040	12519,946	,000	1	,999	185787712,2	,000	.
Diğer.Hastalıklar	,270	,707	,146	1	,703	1,310	,327	5,241
Constant	2,390	1,757	1,849	1	,174	10,909		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.21. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Kendisine İyi Geldiğini Düşündüğü Bir İlacı Başkasına Tavsiye Etme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,011	,015	,584	1	,445	1,011	,983	1,040
Cinsiyet	,143	,244	,341	1	,559	1,153	,715	1,861
Medeni.Durum	-,049	,272	,032	1	,858	,953	,559	1,624
Eğitim.Düzeyi			3,235	3	,357			
Eğitim.Düzeyi(1)	,130	,441	,087	1	,769	1,138	,480	2,700
Eğitim.Düzeyi(2)	,497	,512	,943	1	,331	1,644	,603	4,487
Eğitim.Düzeyi(3)	-,015	,522	,001	1	,977	,985	,354	2,739
Yaş	,009	,010	,907	1	,341	1,009	,990	1,029
İstihdam.Durumu			,452	2	,798			
İstihdam.Durumu(1)	-,212	,332	,407	1	,523	,809	,423	1,550
İstihdam.Durumu(2)	-,088	,555	,025	1	,874	,916	,309	2,716
Hane.Geliri			6,623	3	,085			
Hane.Geliri(1)	,297	,334	,793	1	,373	1,346	,700	2,591
Hane.Geliri(2)	,492	,357	1,901	1	,168	1,636	,813	3,293
Hane.Geliri(3)	-,271	,406	,445	1	,505	,763	,344	1,690
Yaşanılan.Yer	,448	,300	2,229	1	,135	1,566	,869	2,821
Sosyal.Statü.Algısı	-,009	,061	,024	1	,878	,991	,878	1,117
EÖSBK			2,232	2	,328			
EÖSBK(1)	-,531	,373	2,027	1	,154	,588	,283	1,221
EÖSBK(2)	-,319	,557	,329	1	,566	,727	,244	2,163
Genel.Sağlık.Durumu	-,226	,156	2,106	1	,147	,798	,588	1,082
Kalp.damar.hastalığı	,236	,262	,809	1	,368	1,266	,757	2,118
Hiperlipidemi	-,165	,268	,378	1	,539	,848	,502	1,434
Diyabet	,079	,321	,061	1	,805	1,083	,577	2,032
Hipertansiyon	,102	,269	,142	1	,706	1,107	,653	1,877
KOAH	-1,049	,476	4,861	1	,027	,350	,138	,890
Astım	,593	,442	1,801	1	,180	1,810	,761	4,302
Böbrek.Hastalığı	-,358	,384	,867	1	,352	,699	,329	1,485
Karaciğer.Hastalığı	,538	,609	,779	1	,378	1,712	,519	5,651
İnme.Felç	-,043	,527	,007	1	,934	,957	,341	2,688
Romatolojik.H	-,010	,313	,001	1	,975	,990	,536	1,827
Kanser	,590	,461	1,636	1	,201	1,804	,731	4,455
Psikiyatrik.H	-,108	,381	,081	1	,776	,897	,425	1,895
Demans	,661	,926	,509	1	,476	1,936	,315	11,896
Diğer.Hastalıklar	,198	,392	,254	1	,614	1,219	,565	2,628
Constant	,133	,936	,020	1	,887	1,143		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.22. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Kendisine İyi Geldiğini Düşündüğü Bir İlacı Başkasına Tavsiye Etme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation					95% C.I. for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	SH.Erisim	-,021	,017	1,503	1	,220	,979	,947	1,013
	SH.Anlama	,013	,019	,468	1	,494	1,013	,977	1,050
	SH.Değerlendirme	-,025	,019	1,673	1	,196	,976	,940	1,013
	SH.Uygulama	,020	,020	,951	1	,329	1,020	,980	1,062
	HK.Erisim	,015	,020	,552	1	,457	1,015	,976	1,055
	HK.Anlama	-,027	,019	2,004	1	,157	,974	,938	1,010
	HK.Değerlendirme	,041	,020	4,045	1	,044	1,042	1,001	1,084
	HK.Uygulama	-,012	,017	,526	1	,468	,988	,957	1,021
	SG.Erisim	-,025	,020	1,673	1	,196	,975	,938	1,013
	SG.Anlama	-,013	,020	,453	1	,501	,987	,949	1,026
	SG.Değerlendirme	,032	,019	2,905	1	,088	1,032	,995	1,071
	SG.Uygulama	,006	,013	,219	1	,640	1,006	,981	1,032
	Cinsiyet	,125	,252	,244	1	,621	1,133	,691	1,857
	Medeni.Durum	,006	,279	,000	1	,983	1,006	,582	1,738
	Eğitim.Düzei			2,737	3	,434			
	Eğitim.Düzei(1)	-,067	,458	,021	1	,884	,935	,381	2,294
	Eğitim.Düzei(2)	,335	,534	,393	1	,531	1,397	,491	3,979
	Eğitim.Düzei(3)	-,145	,550	,070	1	,791	,865	,294	2,540
	Yaş	,008	,010	,575	1	,448	1,008	,988	1,027
	İstihdam.Durumu			,575	2	,750			
	İstihdam.Durumu(1)	-,239	,337	,501	1	,479	,788	,407	1,525
	İstihdam.Durumu(2)	-,078	,570	,019	1	,891	,925	,302	2,829
	Hane.Geliri			6,870	3	,076			
	Hane.Geliri(1)	,284	,343	,685	1	,408	1,329	,678	2,604
	Hane.Geliri(2)	,471	,363	1,683	1	,194	1,602	,786	3,263
	Hane.Geliri(3)	-,341	,417	,669	1	,413	,711	,314	1,610
	Yaşanılan.Yer	,489	,309	2,497	1	,114	1,631	,889	2,990
	Sosyal.Statü.Algısı	,004	,063	,004	1	,952	1,004	,887	1,137
	EÖSBK			2,698	2	,259			
	EÖSBK(1)	-,617	,388	2,535	1	,111	,539	,252	1,153
	EÖSBK(2)	-,302	,570	,281	1	,596	,739	,242	2,259
	Genel.Sağlık.Durumu	-,227	,161	1,989	1	,158	,797	,582	1,092
	Kalp.damar.hastalığı	,346	,272	1,615	1	,204	1,413	,829	2,410
	Hiperlipidemi	-,194	,279	,487	1	,485	,823	,477	1,421
	Diyabet	,139	,330	,179	1	,673	1,150	,602	2,194
	Hipertansiyon	,081	,277	,085	1	,771	1,084	,630	1,866
	KOAH	-1,117	,483	5,340	1	,021	,327	,127	,844
	Astım	,464	,453	1,050	1	,305	1,591	,655	3,867
	Böbrek.Hastalığı	-,426	,392	1,184	1	,277	,653	,303	1,407
	Karaciğer.Hastalığı	,681	,632	1,163	1	,281	1,976	,573	6,818
İnme.Felç	-,058	,540	,011	1	,915	,944	,328	2,719	
Romatolojik.H	-,127	,321	,157	1	,692	,881	,470	1,651	
Kanser	,476	,467	1,037	1	,308	1,609	,644	4,018	
Psikiyatrik.H	-,095	,390	,060	1	,807	,909	,423	1,952	
Demans	,655	,956	,470	1	,493	1,926	,296	12,549	
Diğer.Hastalıklar	,296	,399	,550	1	,458	1,344	,615	2,935	
Constant	,417	,992	,177	1	,674	1,517			

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzei, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.23. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Evdeki İlaçların Son Kullanma Tarihinde Dikkat Etme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,071	,017	17,826	1	,000	1,073	1,039	1,109
Cinsiyet	-,174	,276	,399	1	,528	,840	,489	1,442
Medeni.Durum	-,123	,313	,155	1	,694	,884	,479	1,632
Eğitim.Düzeyi			14,236	3	,003			
Eğitim.Düzeyi(1)	1,465	,452	10,510	1	,001	4,328	1,785	10,493
Eğitim.Düzeyi(2)	1,301	,513	6,446	1	,011	3,674	1,345	10,032
Eğitim.Düzeyi(3)	1,896	,552	11,800	1	,001	6,657	2,257	19,635
Yaş	,002	,011	,023	1	,880	1,002	,980	1,024
İstihdam.Durumu			8,696	2	,013			
İstihdam.Durumu(1)	-,252	,398	,402	1	,526	,777	,356	1,695
İstihdam.Durumu(2)	-1,680	,613	7,512	1	,006	,186	,056	,620
Hane.Geliri			3,047	3	,384			
Hane.Geliri(1)	-,179	,370	,234	1	,628	,836	,405	1,725
Hane.Geliri(2)	-,610	,386	2,498	1	,114	,543	,255	1,158
Hane.Geliri(3)	-,522	,469	1,239	1	,266	,593	,237	1,488
Yaşanılan.Yer	,444	,323	1,882	1	,170	1,559	,827	2,938
Sosyal.Statü.Algısı	-,022	,068	,104	1	,747	,978	,856	1,118
EÖSBK			4,052	2	,132			
EÖSBK(1)	-,622	,427	2,119	1	,145	,537	,232	1,240
EÖSBK(2)	1,061	,794	1,782	1	,182	2,888	,609	13,705
Genel.Sağlık.Durumu	,060	,171	,123	1	,725	1,062	,760	1,484
Kalp.damar.hastalığı	-,386	,311	1,539	1	,215	,680	,370	1,251
Hiperlipidemi	,486	,309	2,474	1	,116	1,625	,887	2,977
Diyabet	,092	,349	,069	1	,793	1,096	,553	2,171
Hipertansiyon	-,525	,310	2,874	1	,090	,592	,323	1,085
KOAH	-1,225	,504	5,906	1	,015	,294	,109	,789
Astım	,724	,490	2,179	1	,140	2,062	,789	5,393
Böbrek.Hastalığı	-,252	,425	,352	1	,553	,777	,338	1,788
Karaciğer.Hastalığı	-,143	,616	,054	1	,816	,867	,259	2,898
İnme.Felç	-,297	,554	,288	1	,592	,743	,251	2,199
Romatolojik.H	,570	,374	2,321	1	,128	1,769	,849	3,685
Kanser	-,628	,449	1,955	1	,162	,533	,221	1,287
Psikiyatrik.H	-,199	,447	,198	1	,657	,820	,341	1,970
Demans	,745	,983	,574	1	,449	2,106	,307	14,461
Diğer.Hastalıklar	,130	,448	,085	1	,771	1,139	,474	2,739
Constant	-1,705	1,058	2,595	1	,107	,182		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.24. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Evdeki İlaçların Son Kullanma Tarihine Dikkat Etme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-,005	,019	,078	1	,780	,995	,959	1,032
SH.Anlama	,022	,020	1,177	1	,278	1,022	,982	1,064
SH.Değerlendirme	-,032	,021	2,362	1	,124	,969	,930	1,009
SH.Uygulama	,024	,022	1,147	1	,284	1,024	,981	1,069
HK.Erisim	,040	,022	3,479	1	,062	1,041	,998	1,086
HK.Anlama	-,023	,021	1,261	1	,262	,977	,938	1,018
HK.Değerlendirme	-,012	,022	,289	1	,591	,988	,946	1,032
HK.Uygulama	,022	,018	1,538	1	,215	1,022	,987	1,059
SG.Erisim	-,001	,021	,001	1	,970	,999	,959	1,041
SG.Anlama	,011	,022	,258	1	,612	1,011	,969	1,055
SG.Değerlendirme	,013	,020	,408	1	,523	1,013	,974	1,054
SG.Uygulama	,010	,015	,512	1	,474	1,010	,982	1,040
Cinsiyet	-,245	,290	,711	1	,399	,783	,443	1,383
Medeni.Durum	-,136	,323	,177	1	,674	,873	,464	1,644
Eğitim.Düzeyi			12,427	3	,006			
Eğitim.Düzeyi(1)	1,383	,464	8,880	1	,003	3,988	1,606	9,906
Eğitim.Düzeyi(2)	1,202	,528	5,181	1	,023	3,326	1,182	9,363
Eğitim.Düzeyi(3)	1,809	,567	10,168	1	,001	6,102	2,008	18,546
Yaş	,002	,011	,022	1	,882	1,002	,980	1,024
İstihdam.Durumu			7,200	2	,027			
İstihdam.Durumu(1)	-,334	,407	,671	1	,413	,716	,323	1,591
İstihdam.Durumu(2)	-1,646	,639	6,631	1	,010	,193	,055	,675
Hane.Geliri			2,670	3	,445			
Hane.Geliri(1)	-,199	,376	,280	1	,596	,819	,392	1,713
Hane.Geliri(2)	-,599	,396	2,285	1	,131	,550	,253	1,194
Hane.Geliri(3)	-,512	,482	1,129	1	,288	,599	,233	1,541
Yaşanılan.Yer	,503	,338	2,220	1	,136	1,654	,853	3,206
Sosyal.Statü.Algısı	-,020	,070	,084	1	,773	,980	,855	1,124
EÖSBK			4,950	2	,084			
EÖSBK(1)	-,697	,443	2,479	1	,115	,498	,209	1,186
EÖSBK(2)	1,304	,864	2,275	1	,131	3,682	,677	20,030
Genel.Sağlık.Durumu	,125	,179	,487	1	,485	1,133	,798	1,610
Kalp.damar.hastalığı	-,398	,323	1,518	1	,218	,672	,357	1,265
Hiperlipidemi	,477	,322	2,199	1	,138	1,612	,858	3,029
Diyabet	,140	,361	,149	1	,699	1,150	,567	2,334
Hipertansiyon	-,477	,319	2,241	1	,134	,621	,332	1,159
KOAH	-1,348	,520	6,716	1	,010	,260	,094	,720
Astım	,637	,504	1,598	1	,206	1,891	,704	5,077
Böbrek.Hastalığı	-,182	,436	,173	1	,677	,834	,354	1,962
Karaciğer.Hastalığı	-,105	,619	,029	1	,866	,900	,267	3,031
İnme.Felç	-,324	,570	,323	1	,570	,723	,237	2,210
Romatolojik.H	,583	,385	2,296	1	,130	1,791	,843	3,806
Kanser	-,606	,467	1,682	1	,195	,546	,219	1,363
Psikiyatrik.H	-,241	,457	,277	1	,598	,786	,321	1,924
Demans	,462	1,019	,205	1	,650	1,587	,215	11,694
Diğer.Hastalıklar	,138	,446	,096	1	,757	1,148	,479	2,749
Constant	-1,798	1,123	2,565	1	,109	,166		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.



**EK 5.25. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların İlaçlarını Doktorun Önerdiği Miktarda Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,058	,019	8,839	1	,003	1,060	1,020	1,101
Cinsiyet	-,546	,314	3,021	1	,082	,579	,313	1,072
Medeni.Durum	,236	,374	,396	1	,529	1,266	,608	2,637
Eğitim.Düzeyi			,072	3	,995			
Eğitim.Düzeyi(1)	-,025	,612	,002	1	,968	,976	,294	3,239
Eğitim.Düzeyi(2)	-,085	,698	,015	1	,903	,919	,234	3,606
Eğitim.Düzeyi(3)	,011	,706	,000	1	,987	1,011	,253	4,037
Yaş	,042	,013	9,832	1	,002	1,043	1,016	1,071
İstihdam.Durumu			1,542	2	,463			
İstihdam.Durumu(1)	,187	,431	,188	1	,665	1,205	,518	2,803
İstihdam.Durumu(2)	-,480	,653	,541	1	,462	,619	,172	2,224
Hane.Geliri			8,267	3	,041			
Hane.Geliri(1)	,336	,461	,533	1	,465	1,400	,567	3,453
Hane.Geliri(2)	-,028	,453	,004	1	,951	,973	,401	2,362
Hane.Geliri(3)	-,938	,521	3,242	1	,072	,392	,141	1,087
Yaşanılan.Yer	,514	,372	1,908	1	,167	1,673	,806	3,471
Sosyal.Statü.Algısı	-,007	,079	,008	1	,928	,993	,850	1,160
EÖSBK			6,924	2	,031			
EÖSBK(1)	-1,080	,424	6,491	1	,011	,339	,148	,779
EÖSBK(2)	-,588	,674	,762	1	,383	,555	,148	2,080
Genel.Sağlık.Durumu	,070	,209	,111	1	,739	1,072	,711	1,616
Kalp.damar.hastalığı	-,267	,359	,553	1	,457	,766	,379	1,547
Hiperlipidemi	,371	,384	,936	1	,333	1,449	,683	3,074
Diyabet	-,488	,420	1,352	1	,245	,614	,270	1,397
Hipertansiyon	,089	,370	,058	1	,810	1,093	,529	2,259
KOAH	-1,032	,628	2,697	1	,101	,356	,104	1,221
Astım	1,831	,860	4,529	1	,033	6,241	1,156	33,698
Böbrek.Hastalığı	-,888	,516	2,966	1	,085	,411	,150	1,130
Karaciğer.Hastalığı	-,222	,701	,101	1	,751	,801	,203	3,163
İnme.Felç	,016	,677	,001	1	,981	1,016	,270	3,830
Romatolojik.H	-,120	,445	,073	1	,787	,887	,371	2,122
Kanser	-,266	,566	,221	1	,638	,766	,253	2,323
Psikiyatrik.H	-1,461	,439	11,076	1	,001	,232	,098	,548
Demans	-,374	,949	,155	1	,693	,688	,107	4,420
Diğer.Hastalıklar	-,491	,472	1,084	1	,298	,612	,243	1,543
Constant	-1,638	1,262	1,684	1	,194	,194		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.26. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların İlaçlarını Doktorun Önerdiği Miktarda Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-,028	,022	1,560	1	,212	,973	,931	1,016
SH.Anlama	,027	,024	1,301	1	,254	1,027	,981	1,076
SH.Değerlendirme	-,016	,024	,439	1	,508	,985	,940	1,031
SH.Uygulama	,019	,025	,542	1	,462	1,019	,969	1,071
HK.Erisim	,042	,026	2,667	1	,102	1,043	,992	1,097
HK.Anlama	-,021	,024	,742	1	,389	,979	,934	1,027
HK.Değerlendirme	,005	,025	,041	1	,840	1,005	,956	1,056
HK.Uygulama	,041	,021	3,907	1	,048	1,042	1,000	1,085
SG.Erisim	-,053	,026	4,302	1	,038	,948	,902	,997
SG.Anlama	,006	,025	,057	1	,812	1,006	,958	1,057
SG.Değerlendirme	,018	,024	,575	1	,448	1,019	,971	1,068
SG.Uygulama	,014	,017	,624	1	,430	1,014	,980	1,049
Cinsiyet	-,727	,339	4,603	1	,032	,483	,249	,939
Medeni.Durum	,276	,387	,510	1	,475	1,318	,617	2,816
Eğitim.Düzeyi			,190	3	,979			
Eğitim.Düzeyi(1)	-,068	,632	,011	1	,915	,935	,271	3,226
Eğitim.Düzeyi(2)	-,079	,716	,012	1	,912	,924	,227	3,762
Eğitim.Düzeyi(3)	,080	,729	,012	1	,913	1,083	,259	4,524
Yaş	,040	,014	7,948	1	,005	1,041	1,012	1,070
İstihdam.Durumu			1,118	2	,572			
İstihdam.Durumu(1)	,224	,454	,245	1	,621	1,252	,514	3,045
İstihdam.Durumu(2)	-,340	,692	,241	1	,623	,712	,183	2,765
Hane.Geliri			7,552	3	,056			
Hane.Geliri(1)	,301	,479	,395	1	,530	1,352	,528	3,459
Hane.Geliri(2)	,034	,471	,005	1	,943	1,034	,411	2,603
Hane.Geliri(3)	-,929	,543	2,933	1	,087	,395	,136	1,144
Yaşanılan.Yer	,498	,390	1,626	1	,202	1,645	,765	3,535
Sosyal.Statü.Algısı	,001	,083	,000	1	,989	1,001	,851	1,177
EÖSBK			6,987	2	,030			
EÖSBK(1)	-1,189	,454	6,867	1	,009	,305	,125	,741
EÖSBK(2)	-,408	,691	,348	1	,555	,665	,172	2,577
Genel.Sağlık.Durumu	,084	,220	,147	1	,702	1,088	,707	1,674
Kalp.damar.hastalığı	-,191	,378	,254	1	,614	,826	,394	1,735
Hiperlipidemi	,220	,405	,295	1	,587	1,246	,564	2,754
Diyabet	-,356	,438	,661	1	,416	,700	,297	1,653
Hipertansiyon	,052	,385	,018	1	,892	1,054	,496	2,240
KOAH	-1,133	,641	3,128	1	,077	,322	,092	1,131
Astm	1,769	,869	4,144	1	,042	5,864	1,068	32,196
Böbrek.Hastalığı	-,820	,535	2,351	1	,125	,441	,154	1,256
Karaciğer.Hastalığı	-,206	,740	,078	1	,781	,814	,191	3,473
İnme.Felç	-,015	,710	,000	1	,983	,985	,245	3,963
Romatolojik.H	-,268	,455	,349	1	,555	,765	,314	1,863
Kanser	-,345	,581	,352	1	,553	,708	,227	2,212
Psikiyatrik.H	-1,525	,456	11,195	1	,001	,218	,089	,532
Demans	-,324	,983	,108	1	,742	,724	,105	4,970
Diğer.Hastalıklar	-,406	,483	,706	1	,401	,666	,259	1,717
Constant	-1,488	1,339	1,234	1	,267	,226		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astm, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme, Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.27. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların İlaçlarını Doktorun Önerdiği Süreye Uygun Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,072	,019	14,385	1	,000	1,074	1,035	1,115
Cinsiyet	-,413	,298	1,922	1	,166	,661	,369	1,187
Medeni.Durum	,234	,353	,438	1	,508	1,263	,632	2,523
Eğitim.Düzeyi			2,342	3	,505			
Eğitim.Düzeyi(1)	-,308	,611	,254	1	,614	,735	,222	2,435
Eğitim.Düzeyi(2)	-,610	,687	,789	1	,374	,543	,141	2,087
Eğitim.Düzeyi(3)	-,905	,691	1,719	1	,190	,404	,104	1,565
Yaş	,032	,013	6,239	1	,012	1,032	1,007	1,058
İstihdam.Durumu			1,872	2	,392			
İstihdam.Durumu(1)	-,268	,403	,442	1	,506	,765	,347	1,685
İstihdam.Durumu(2)	-,855	,629	1,851	1	,174	,425	,124	1,458
Hane.Geliri			5,382	3	,146			
Hane.Geliri(1)	-,044	,454	,009	1	,923	,957	,393	2,329
Hane.Geliri(2)	-,434	,448	,939	1	,333	,648	,269	1,559
Hane.Geliri(3)	-,980	,511	3,676	1	,055	,375	,138	1,022
Yaşanılan.Yer	,573	,363	2,492	1	,114	1,774	,871	3,614
Sosyal.Statü.Algısı	,017	,076	,048	1	,826	1,017	,875	1,181
EÖSBK			5,736	2	,057			
EÖSBK(1)	-,878	,414	4,486	1	,034	,416	,184	,937
EÖSBK(2)	-,834	,651	1,644	1	,200	,434	,121	1,554
Genel.Sağlık.Durumu	,008	,201	,002	1	,968	1,008	,679	1,496
Kalp.damar.hastalığı	-,129	,336	,148	1	,701	,879	,455	1,698
Hiperlipidemi	,453	,367	1,522	1	,217	1,572	,766	3,227
Diyabet	-,325	,410	,630	1	,427	,722	,323	1,613
Hipertansiyon	-,029	,350	,007	1	,935	,972	,489	1,930
KOAH	-,741	,609	1,481	1	,224	,477	,145	1,572
Astım	1,264	,711	3,163	1	,075	3,539	,879	14,245
Böbrek.Hastalığı	-,984	,482	4,175	1	,041	,374	,145	,961
Karaciğer.Hastalığı	-,010	,693	,000	1	,989	,990	,255	3,850
İnme.Felç	,166	,683	,059	1	,808	1,180	,310	4,497
Romatolojik.H	,028	,440	,004	1	,949	1,029	,434	2,437
Kanser	-,071	,566	,016	1	,900	,932	,307	2,823
Psikiyatrik.H	-1,404	,432	10,579	1	,001	,246	,105	,572
Demans	-,237	,932	,065	1	,799	,789	,127	4,903
Diğer.Hastalıklar	-,193	,479	,163	1	,687	,824	,322	2,109
Constant	-1,057	1,211	,761	1	,383	,348		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.28. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların İlaçlarını Doktorun Önerdiği Süreye Uygun Kullanma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-,035	,022	2,627	1	,105	,966	,926	1,007
SH.Anlama	,049	,023	4,455	1	,035	1,050	1,003	1,098
SH.Değerlendirme	-,007	,023	,104	1	,747	,993	,950	1,038
SH.Uygulama	,026	,025	1,125	1	,289	1,026	,978	1,077
HK.Erisim	,040	,024	2,712	1	,100	1,041	,992	1,092
HK.Anlama	-,054	,023	5,346	1	,021	,948	,906	,992
HK.Değerlendirme	,025	,024	1,101	1	,294	1,026	,978	1,075
HK.Uygulama	,034	,020	2,806	1	,094	1,034	,994	1,076
SG.Erisim	-,035	,024	2,047	1	,153	,966	,920	1,013
SG.Anlama	-,002	,025	,006	1	,939	,998	,951	1,047
SG.Değerlendirme	,002	,023	,006	1	,936	1,002	,957	1,048
SG.Uygulama	,025	,016	2,371	1	,124	1,026	,993	1,059
Cinsiyet	-,504	,322	2,452	1	,117	,604	,322	1,135
Medeni.Durum	,390	,374	1,083	1	,298	1,476	,709	3,076
Eğitim.Düzeyi			1,677	3	,642			
Eğitim.Düzeyi(1)	-,387	,631	,375	1	,540	,679	,197	2,341
Eğitim.Düzeyi(2)	-,675	,704	,920	1	,337	,509	,128	2,023
Eğitim.Düzeyi(3)	-,864	,711	1,478	1	,224	,421	,105	1,697
Yaş	,030	,013	5,005	1	,025	1,030	1,004	1,058
İstihdam.Durumu			1,396	2	,498			
İstihdam.Durumu(1)	-,330	,423	,608	1	,436	,719	,313	1,648
İstihdam.Durumu(2)	-,789	,671	1,383	1	,240	,454	,122	1,692
Hane.Geliri			4,975	3	,174			
Hane.Geliri(1)	-,168	,478	,124	1	,725	,845	,331	2,156
Hane.Geliri(2)	-,398	,467	,724	1	,395	,672	,269	1,679
Hane.Geliri(3)	-,1052	,540	3,800	1	,051	,349	,121	1,006
Yaşanılan.Yer	,622	,384	2,627	1	,105	1,863	,878	3,955
Sosyal.Statü.Algısı	,021	,080	,069	1	,793	1,021	,873	1,194
EÖSBK			6,049	2	,049			
EÖSBK(1)	-,1057	,446	5,612	1	,018	,348	,145	,833
EÖSBK(2)	-,585	,671	,761	1	,383	,557	,149	2,076
Genel.Sağlık.Durumu	,061	,212	,084	1	,772	1,063	,702	1,611
Kalp.damar.hastalığı	-,083	,361	,053	1	,819	,921	,454	1,866
Hiperlipidemi	,271	,390	,483	1	,487	1,311	,611	2,815
Diyabet	-,151	,429	,124	1	,724	,860	,371	1,992
Hipertansiyon	-,120	,365	,108	1	,743	,887	,433	1,815
KOAH	-,885	,621	2,030	1	,154	,413	,122	1,394
Astım	1,168	,722	2,618	1	,106	3,215	,781	13,227
Böbrek.Hastalığı	-,1002	,503	3,969	1	,046	,367	,137	,984
Karaciğer.Hastalığı	,031	,734	,002	1	,967	1,031	,245	4,342
İnme.Felç	,164	,711	,054	1	,817	1,179	,293	4,745
Romatolojik.H	-,101	,455	,050	1	,824	,904	,371	2,203
Kanser	,008	,603	,000	1	,990	1,008	,309	3,288
Psikiyatrik.H	-,1504	,445	11,400	1	,001	,222	,093	,532
Demans	-,509	,979	,270	1	,603	,601	,088	4,099
Diğer.Hastalıklar	-,100	,494	,041	1	,839	,904	,344	2,380
Constant	-,720	1,301	,306	1	,580	,487		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.29. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların En Önemli Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak Doktoru Algılaması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
Genel.Sağlık.Okuryazarlık İndeks.Puanı	-,031	,021	2,043	1	,153	,970	,930	1,011
Cinsiyet	-,202	,337	,361	1	,548	,817	,422	1,580
Medeni.Durum	-,925	,387	5,717	1	,017	,396	,186	,846
Eğitim.Düzeyi			3,876	3	,275			
Eğitim.Düzeyi(1)	1,185	,732	2,618	1	,106	3,270	,779	13,732
Eğitim.Düzeyi(2)	1,560	,799	3,807	1	,051	4,758	,993	22,796
Eğitim.Düzeyi(3)	1,429	,812	3,093	1	,079	4,174	,849	20,516
Yaş	,052	,015	12,411	1	,000	1,053	1,023	1,084
İstihdam.Durumu			2,496	2	,287			
İstihdam.Durumu(1)	,503	,453	1,231	1	,267	1,653	,680	4,017
İstihdam.Durumu(2)	1,056	,675	2,452	1	,117	2,876	,767	10,791
Hane.Geliri			12,550	3	,006			
Hane.Geliri(1)	-,235	,561	,176	1	,675	,790	,263	2,375
Hane.Geliri(2)	-,648	,542	1,430	1	,232	,523	,181	1,513
Hane.Geliri(3)	-,1774	,614	8,354	1	,004	,170	,051	,565
Yaşanılan.Yer	,371	,454	,668	1	,414	1,449	,595	3,529
Sosyal.Statü.Algısı	,057	,094	,370	1	,543	1,059	,881	1,272
Genel.Sağlık.Durumu	-,035	,231	,024	1	,878	,965	,613	1,519
Kalp.damar.hastalığı	,688	,346	3,950	1	,047	1,990	1,010	3,922
Hiperlipidemi	-,182	,426	,183	1	,669	,833	,361	1,921
Diyabet	-,499	,524	,906	1	,341	,607	,218	1,695
Hipertansiyon	,372	,431	,747	1	,388	1,451	,624	3,376
KOAH	-,169	,909	,035	1	,853	,845	,142	5,018
Astım	,720	,835	,744	1	,388	2,055	,400	10,556
Böbrek.Hastalığı	-,123	,645	,037	1	,848	,884	,250	3,129
Karaciğer.Hastalığı	,097	,921	,011	1	,916	1,102	,181	6,705
İnme.Felç	-,745	,732	1,036	1	,309	,475	,113	1,993
Romatolojik.H	,336	,521	,415	1	,519	1,399	,504	3,886
Kanser	1,742	1,069	2,654	1	,103	5,708	,702	46,412
Psikiyatrik.H	-,310	,560	,307	1	,579	,733	,245	2,196
Demans	-,1196	1,279	,875	1	,349	,302	,025	3,705
Diğer.Hastalıklar	,787	,658	1,427	1	,232	2,196	,604	7,982
Constant	-,881	1,388	,403	1	,525	,414		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.30. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların En Önemli Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak Doktoru Algılaması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	,021	,023	,819	1	,366	1,021	,976	1,069
SH.Anlama	,024	,026	,828	1	,363	1,024	,973	1,079
SH.Değerlendirme	,022	,026	,673	1	,412	1,022	,971	1,076
SH.Uygulama	,028	,030	,908	1	,341	1,029	,971	1,090
HK.Erisim	-,020	,028	,530	1	,467	,980	,929	1,035
HK.Anlama	-,008	,028	,090	1	,765	,992	,938	1,048
HK.Değerlendirme	-,020	,027	,516	1	,473	,980	,929	1,035
HK.Uygulama	,015	,021	,468	1	,494	1,015	,973	1,058
SG.Erisim	-,053	,028	3,614	1	,057	,949	,899	1,002
SG.Anlama	,016	,026	,349	1	,555	1,016	,965	1,069
SG.Değerlendirme	-,007	,026	,070	1	,792	,993	,944	1,045
SG.Uygulama	-,026	,018	2,064	1	,151	,974	,939	1,010
Cinsiyet	-,033	,355	,009	1	,926	,967	,482	1,941
Medeni.Durum	-,851	,398	4,562	1	,033	,427	,196	,932
Eğitim.Düzei			3,959	3	,266			
Eğitim.Düzei(1)	1,246	,783	2,532	1	,112	3,476	,749	16,128
Eğitim.Düzei(2)	1,714	,864	3,936	1	,047	5,553	1,021	30,207
Eğitim.Düzei(3)	1,511	,866	3,045	1	,081	4,533	,830	24,756
Yaş	,058	,016	13,551	1	,000	1,060	1,028	1,093
İstihdam.Durumu			1,655	2	,437			
İstihdam.Durumu(1)	,461	,475	,944	1	,331	1,586	,625	4,020
İstihdam.Durumu(2)	,912	,723	1,592	1	,207	2,489	,604	10,258
Hane.Geliri			13,035	3	,005			
Hane.Geliri(1)	-,060	,583	,011	1	,918	,942	,301	2,953
Hane.Geliri(2)	-,467	,559	,697	1	,404	,627	,209	1,876
Hane.Geliri(3)	-1,737	,631	7,589	1	,006	,176	,051	,606
Yaşanılan.Yer	,483	,470	1,052	1	,305	1,620	,644	4,074
Sosyal.Statü.Algısı	,035	,097	,127	1	,721	1,035	,856	1,252
Genel.Sağlık.Durumu	-,060	,235	,066	1	,797	,942	,594	1,491
Kalp.damar.hastalığı	,703	,374	3,531	1	,060	2,020	,970	4,205
Hiperlipidemi	-,439	,446	,970	1	,325	,645	,269	1,544
Diyabet	-,602	,534	1,268	1	,260	,548	,192	1,561
Hipertansiyon	,298	,446	,445	1	,504	1,347	,562	3,232
KOAH	-,417	,913	,209	1	,648	,659	,110	3,946
Astım	1,000	,872	1,314	1	,252	2,719	,492	15,030
Böbrek.Hastalığı	-,208	,680	,094	1	,759	,812	,214	3,078
Karaciğer.Hastalığı	,328	,949	,119	1	,730	1,388	,216	8,911
İnme.Felç	-,793	,760	1,090	1	,297	,452	,102	2,006
Romatolojik.H	,274	,537	,260	1	,610	1,315	,459	3,765
Kanser	2,058	1,141	3,255	1	,071	7,827	,837	73,187
Psikiyatrik.H	-,413	,573	,519	1	,471	,661	,215	2,035
Demans	-,609	1,353	,202	1	,653	,544	,038	7,721
Diğer.Hastalıklar	,950	,696	1,861	1	,172	2,585	,661	10,120
Constant	-1,901	1,502	1,602	1	,206	,149		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzei, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.31. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların En Önemli Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak İnterneti Algılaması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,030	,027	1,227	1	,268	1,031	,977	1,088
Cinsiyet	,181	,410	,195	1	,659	1,198	,536	2,678
Medeni.Durum	,146	,512	,082	1	,775	1,158	,425	3,156
Eğitim.Düzeyi			,916	3	,821			
Eğitim.Düzeyi(1)	16,228	4643,311	,000	1	,997	11163202,29	,000	.
Eğitim.Düzeyi(2)	17,047	4643,311	,000	1	,997	25326969,96	,000	.
Eğitim.Düzeyi(3)	16,910	4643,311	,000	1	,997	22078766,63	,000	.
Yaş	-,072	,021	11,898	1	,001	,931	,894	,969
İstihdam.Durumu			1,073	2	,585			
İstihdam.Durumu(1)	-,148	,520	,081	1	,776	,863	,311	2,392
İstihdam.Durumu(2)	-,726	,763	,905	1	,341	,484	,109	2,159
Hane.Geliri			7,903	3	,048			
Hane.Geliri(1)	-,212	,786	,073	1	,787	,809	,173	3,773
Hane.Geliri(2)	,797	,686	1,350	1	,245	2,220	,578	8,519
Hane.Geliri(3)	1,458	,758	3,697	1	,055	4,297	,972	18,991
Yaşanılan.Yer	-,600	,587	1,042	1	,307	,549	,174	1,736
Sosyal.Statü.Algısı	,050	,116	,187	1	,666	1,052	,837	1,320
Genel.Sağlık.Durumu	-,026	,305	,008	1	,931	,974	,536	1,771
Kalp.damar.hastalığı	-,558	,399	1,961	1	,161	,572	,262	1,250
Hiperlipidemi	,036	,568	,004	1	,950	1,037	,341	3,155
Diyabet	,607	,771	,620	1	,431	1,834	,405	8,308
Hipertansiyon	-,109	,592	,034	1	,854	,897	,281	2,861
KOAH	-,189	1,346	,020	1	,888	,828	,059	11,573
Astım	,003	1,177	,000	1	,998	1,003	,100	10,069
Böbrek.Hastalığı	-,026	,896	,001	1	,977	,975	,168	5,639
Karaciğer.Hastalığı	,492	,979	,252	1	,616	1,635	,240	11,143
İnme.Felç	,455	1,264	,130	1	,719	1,576	,132	18,783
Romatolojik.H	,056	,676	,007	1	,934	1,058	,281	3,976
Kanser	-18,414	5766,912	,000	1	,997	,000	,000	.
Psikiyatrik.H	,574	,710	,654	1	,419	1,776	,441	7,146
Demans	-13,195	10141,412	,000	1	,999	,000	,000	.
Diğer.Hastalıklar	-18,965	5134,008	,000	1	,997	,000	,000	.
Constant	-17,125	4643,312	,000	1	,997	,000		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.32. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların En Önemli Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak İnterneti Algılaması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-,041	,029	1,965	1	,161	,960	,907	1,016
SH.Anlama	-,050	,033	2,283	1	,131	,951	,892	1,015
SH.Değerlendirme	-,033	,033	1,027	1	,311	,967	,907	1,032
SH.Uygulama	,009	,041	,049	1	,825	1,009	,931	1,094
HK.Erisim	,050	,034	2,199	1	,138	1,051	,984	1,123
HK.Anlama	-,039	,039	,984	1	,321	,962	,890	1,039
HK.Değerlendirme	,022	,033	,445	1	,505	1,022	,958	1,090
HK.Uygulama	-,005	,026	,036	1	,849	,995	,947	1,046
SG.Erisim	,038	,033	1,319	1	,251	1,038	,974	1,107
SG.Anlama	,006	,033	,030	1	,862	1,006	,943	1,073
SG.Değerlendirme	,010	,035	,089	1	,766	1,010	,944	1,082
SG.Uygulama	,033	,023	2,071	1	,150	1,034	,988	1,082
Cinsiyet	-,171	,448	,146	1	,702	,843	,350	2,028
Medeni.Durum	,181	,549	,109	1	,741	1,199	,409	3,514
Eğitim.Düzeyi			,772	3	,856			
Eğitim.Düzeyi(1)	16,266	4380,207	,000	1	,997	11596521,12	,000	.
Eğitim.Düzeyi(2)	17,039	4380,207	,000	1	,997	25110149,88	,000	.
Eğitim.Düzeyi(3)	17,049	4380,207	,000	1	,997	25370860,84	,000	.
Yaş	-,082	,023	12,935	1	,000	,921	,880	,963
İstihdam.Durumu			,256	2	,880			
İstihdam.Durumu(1)	-,151	,542	,078	1	,781	,860	,297	2,489
İstihdam.Durumu(2)	-,417	,828	,254	1	,614	,659	,130	3,340
Hane.Geliri			10,129	3	,018			
Hane.Geliri(1)	-,511	,851	,361	1	,548	,600	,113	3,177
Hane.Geliri(2)	,760	,743	1,046	1	,307	2,138	,498	9,170
Hane.Geliri(3)	1,687	,837	4,063	1	,044	5,406	1,048	27,894
Yaşanılan.Yer	-,767	,612	1,572	1	,210	,464	,140	1,540
Sosyal.Statü.Algısı	,080	,122	,436	1	,509	1,084	,854	1,376
Genel.Sağlık.Durumu	,062	,317	,039	1	,844	1,064	,572	1,982
Kalp.damar.hastalığı	-,519	,445	1,359	1	,244	,595	,249	1,424
Hiperlipidemi	,280	,588	,227	1	,634	1,323	,418	4,185
Diyabet	,800	,783	1,045	1	,307	2,226	,480	10,328
Hipertansiyon	-,017	,616	,001	1	,977	,983	,294	3,284
KOAH	-,263	1,346	,038	1	,845	,769	,055	10,753
Astım	-,326	1,239	,069	1	,792	,722	,064	8,178
Böbrek.Hastalığı	-,174	,963	,033	1	,856	,840	,127	5,551
Karaciğer.Hastalığı	,309	,976	,100	1	,751	1,362	,201	9,230
İnme.Felç	,861	1,329	,420	1	,517	2,366	,175	32,042
Romatolojik.H	,119	,677	,031	1	,861	1,126	,299	4,248
Kanser	-18,681	5523,411	,000	1	,997	,000	,000	.
Psikiyatrik.H	,804	,738	1,185	1	,276	2,234	,526	9,497
Demans	-13,120	9646,854	,000	1	,999	,000	,000	.
Diğer.Hastalıklar	-19,304	4874,973	,000	1	,997	,000	,000	.
Constant	-16,264	4380,207	,000	1	,997	,000	,000	.

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.



**EK 5.33. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Sağlık Bilgisine Ulaşmada Kullandığı Bilgi Kaynağı Sayısı Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3,073	1,041		2,953	,003		
	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,005	,014	-,024	-,378	,706	,468	2,139
	Cinsiyet	-,825	,236	-,181	-3,494	,001	,706	1,417
	Medeni.Durum	-,161	,256	-,033	-,630	,529	,671	1,491
	Eğitim.İlkokul	,199	,425	,037	,468	,640	,305	3,284
	Eğitim.İlkogretim.ve.Lise	,489	,477	,100	1,024	,307	,200	4,995
	Eğitim.Üniversite	,733	,508	,154	1,444	,150	,166	6,023
	Yaş	-,020	,009	-,158	-2,249	,025	,386	2,591
	İstihdam.Çalışan	,562	,311	,105	1,806	,072	,560	1,786
	İstihdam.Öğrenci	,990	,545	,115	1,817	,070	,477	2,098
	Gelir.bin.ikibin	-,365	,318	-,075	-1,146	,252	,443	2,257
	Gelir.iki.dortbin	-,244	,339	-,048	-,722	,471	,419	2,385
	Gelir.dortbin.uzeri	,028	,402	,005	,069	,945	,353	2,835
	Yaşanılan.Yer	-,295	,292	-,048	-1,011	,313	,852	1,174
	Sosyal.Statü.Algısı	,132	,059	,119	2,247	,025	,677	1,476
	Egzersiz.Yürüyüş	-,068	,236	-,015	-,288	,774	,705	1,419
	Egzersiz.Yüzme.TS.ve.SSE	-,072	,330	-,012	-,217	,828	,635	1,575
	Sigara.kullanma	,173	,265	,030	,652	,515	,878	1,139
	Alkol.kullanma	,505	,319	,077	1,586	,114	,798	1,253
	Diyet.yapma	,226	,236	,047	,956	,340	,782	1,279
	BKI	,005	,023	,012	,228	,819	,701	1,426
	Genel.Sağlık.Durumu	,213	,144	,073	1,479	,140	,787	1,271
	Kalp.damar.hastalığı	,145	,247	,029	,589	,556	,801	1,248
	Hiperlipidemi	-,360	,245	-,075	-1,468	,143	,725	1,379
	Diyabet	-,357	,300	-,061	-1,191	,234	,724	1,381
	Hipertansiyon	-,161	,258	-,035	-,623	,533	,603	1,659
	KOAH	-,393	,466	-,041	-,844	,399	,785	1,274
	Astım	-,014	,389	-,002	-,037	,971	,840	1,190
	Böbrek.Hastalığı	,315	,370	,042	,852	,395	,781	1,280
	Karaciğer.Hastalığı	-,045	,522	-,004	-,085	,932	,872	1,147
	İnme.Felç	,196	,482	,019	,408	,684	,853	1,173
	Romatolojik.H	-,183	,292	-,030	-,628	,530	,822	1,216
	Kanser	,025	,392	,003	,063	,950	,918	1,090
	Psikiyatrik.H	,105	,363	,014	,290	,772	,861	1,162
	Demans	-,641	,826	-,038	-,776	,438	,806	1,241
	Diğer.Hastalıklar	-,442	,339	-,058	-1,304	,193	,946	1,057

a. Dependent Variable: Sağlık.Bilgi.Kaynağı.Sayısı

**EK 5.34. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Sağlık Bilgisine Ulaşmada Kullandığı Bilgi Kaynağı Sayısı Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	2,094	1,055		1,984	,048		
	SH.Erisim	,017	,016	,077	1,094	,274	,353	2,837
	SH.Anlama	,014	,017	,071	,833	,406	,244	4,091
	SH.Değerlendirme	,024	,018	,114	1,342	,180	,247	4,054
	SH.Uygulama	-,012	,019	-,066	-,644	,520	,168	5,945
	HK.Erisim	-,007	,018	-,037	-,368	,713	,175	5,720
	HK.Anlama	,037	,018	,203	2,085	,038	,186	5,389
	HK.Değerlendirme	-,059	,019	-,340	-,3107	,002	,148	6,773
	HK.Uygulama	-,040	,016	-,219	-,2562	,011	,242	4,133
	SG.Erisim	,024	,018	,141	1,344	,180	,161	6,218
	SG.Anlama	-,021	,018	-,116	-,1176	,240	,180	5,547
	SG.Değerlendirme	,044	,017	,243	2,536	,012	,193	5,189
	SG.Uygulama	-,005	,012	-,032	-,459	,646	,372	2,691
	Cinsiyet	-,719	,233	-,158	-,3083	,002	,676	1,479
	Medeni.Durum	-,264	,253	-,055	-,1040	,299	,641	1,559
	Egitim.İlkokul	,349	,421	,065	,830	,407	,290	3,451
	Egitim.İlkogretim.ve.Lise	,541	,474	,110	1,142	,254	,190	5,274
	Egitim.Üniversite	,591	,504	,124	1,174	,241	,158	6,344
	Yaş	-,014	,009	-,108	-,1565	,118	,374	2,676
	İstihdam.Çalışan	,561	,304	,105	1,842	,066	,547	1,828
	İstihdam.Öğrenci	,610	,538	,071	1,134	,257	,456	2,194
	Gelir.bin.ikibin	-,464	,313	-,095	-,1482	,139	,428	2,334
	Gelir.iki.dortbin	-,395	,332	-,078	-,1189	,235	,408	2,451
	Gelir.dortbin.uzeri	-,137	,393	-,025	-,350	,727	,345	2,898
	Yaşanılan.Yer	-,272	,287	-,044	-,948	,344	,820	1,220
	Sosyal.Statü.Algısı	,110	,057	,099	1,922	,055	,662	1,510
	Egzersiz.Yürüyüş	-,179	,236	-,039	-,759	,448	,659	1,518
	Egzersiz.Yüzme.TS.ve.SSE	-,139	,332	-,023	-,419	,675	,587	1,704
	Sigara.kullanma	,163	,264	,029	,617	,537	,827	1,210
	Alkol.kullanma	,468	,314	,072	1,490	,137	,767	1,304
	Diyet.yapma	,323	,230	,067	1,402	,162	,765	1,308
	BKI	,015	,022	,034	,657	,511	,672	1,489
	Genel.Sağlık.Durumu	,164	,142	,056	1,154	,249	,752	1,329
	Kalp.damar.hastalığı	,249	,244	,049	1,021	,308	,768	1,302
	Hiperlipidemi	-,265	,243	-,055	-,1091	,276	,690	1,449
	Diyabet	-,448	,294	-,076	-,1523	,128	,702	1,424
	Hipertansiyon	-,191	,253	-,042	-,757	,450	,585	1,709
	KOAH	-,289	,453	-,031	-,638	,524	,774	1,292
	Astım	,062	,382	,008	,161	,872	,814	1,229
	Böbrek.Hastalığı	,166	,363	,022	,458	,647	,758	1,319
	Karaciğer.Hastalığı	,274	,514	,024	,533	,595	,837	1,194
	İnme.Felç	,275	,469	,027	,586	,559	,840	1,190
	Romatolojik.H	-,123	,284	-,020	-,434	,665	,809	1,236
	Kanser	,137	,384	,016	,357	,721	,896	1,116
	Psikiyatrik.H	,135	,357	,017	,379	,705	,831	1,204
	Demans	-,493	,815	-,029	-,605	,546	,773	1,294
	Diğer.Hastalıklar	-,448	,332	-,059	-,1352	,177	,924	1,082

a. Dependent Variable: Sağlık.Bilgi.Kaynağı.Sayısı

**EK 5.35. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Genel Sağlık Durumu Algısı Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Coefficients <sup>a</sup>					Collinearity Statistics	
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Tolerance	VIF
		B	Std. Error	Beta				
1	(Constant)	2,649	,407		6,504	,000		
	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,013	,005	-,184	-2,820	,005	,449	2,226
	Cinsiyet	-,167	,081	-,107	-2,052	,041	,701	1,427
	Medeni.Durum	-,006	,089	-,003	-,062	,951	,652	1,533
	Eğitim.İlkokul	,149	,149	,081	1,000	,318	,290	3,451
	Eğitim.İlkogretim.ve.Lise	,205	,166	,123	1,233	,218	,194	5,154
	Eğitim.Üniversite	,261	,179	,161	1,463	,144	,158	6,343
	Yaş	-,001	,003	-,034	-,475	,635	,369	2,712
	İstihdam.Çalışan	,110	,108	,061	1,022	,307	,545	1,835
	İstihdam.Öğrenci	-,011	,191	-,004	-,057	,955	,453	2,208
	Gelir.bin.ikibin	-,040	,110	-,024	-,365	,715	,432	2,317
	Gelir.iki.dortbin	-,083	,119	-,048	-,694	,488	,398	2,511
	Gelir.dortbin.uzeri	-,060	,140	-,032	-,429	,668	,342	2,926
	Yaşanılan.Yer	-,160	,101	-,076	-1,583	,114	,831	1,204
	Sosyal.Statü.Algısı	-,006	,020	-,015	-,280	,779	,668	1,496
	Egzersiz.Yürüyüş	-,061	,082	-,039	-,740	,460	,687	1,455
	Egzersiz.Yüzme.TS.ve.SSE	-,117	,114	-,057	-1,022	,307	,625	1,599
	Sigara.kullanma	,081	,091	,042	,893	,372	,873	1,145
	Alkol.kullanma	-,109	,110	-,049	-,991	,322	,789	1,268
	Diyet.yapma	,002	,082	,001	,020	,984	,765	1,307
	BKI	,005	,008	,034	,633	,527	,675	1,481
	Kalp.damar.hastalığı	,252	,085	,146	2,979	,003	,798	1,253
	Hiperlipidemi	,014	,084	,009	,171	,864	,718	1,393
	Diyabet	,056	,104	,028	,538	,591	,712	1,404
	Hipertansiyon	,176	,089	,112	1,987	,048	,599	1,670
	KOAH	,339	,160	,105	2,118	,035	,778	1,285
	Astım	,246	,135	,088	1,826	,069	,824	1,213
	Böbrek.Hastalığı	,273	,127	,107	2,145	,033	,774	1,291
	Karaciğer.Hastalığı	-,148	,180	-,039	-,821	,412	,855	1,169
	İnme.Felç	,106	,166	,030	,638	,524	,843	1,186
	Romatolojik.H	,172	,100	,083	1,711	,088	,817	1,224
	Kanser	,191	,136	,065	1,406	,160	,895	1,118
	Psikiyatrik.H	,301	,125	,114	2,403	,017	,847	1,181
	Demans	-,246	,284	-,042	-,865	,387	,796	1,256
	Diğer.Hastalıklar	,281	,116	,109	2,418	,016	,947	1,056
	E1.Dr.tav.olm.ilacı.kul	-,163	,110	-,103	-1,482	,139	,396	2,524
	E2.Çev.tav.ilacı.kul	,009	,115	,004	,075	,940	,630	1,588
	E3.Kendi.bil.ilacı.kul	,215	,112	,131	1,917	,056	,408	2,448
	E4.Eczaneye.danş.ilacı.kul	,173	,081	,111	2,128	,034	,709	1,411
	E5.İnternetten.ilacı.kul	-,073	,140	-,025	-,520	,603	,801	1,248
	E7.İlç.son.kul.tarih.dik.et	-,032	,097	-,018	-,327	,744	,671	1,491
	E8.İlaç.miktarı	-,162	,232	-,076	-,697	,486	,160	6,246
	E9.İlacın.süresi	,135	,224	,067	,604	,546	,157	6,381

a. Dependent Variable: Genel.Sağlık.Durumu

**EK 5.36. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Genel Sağlık Durumu Algısı Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Coefficients<sup>a</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	2,718	,418		6,500	,000	
	SH.Erisim	,004	,006	,052	,703	,483	,348
	SH.Anlama	-,011	,006	-,165	-1,834	,067	,234
	SH.Değerlendirme	,007	,006	,097	1,097	,273	,244
	SH.Uygulama	-,010	,007	-,159	-1,489	,137	,165
	HK.Erisim	,012	,006	,189	1,814	,070	,174
	HK.Anlama	,004	,006	,059	,572	,567	,175
	HK.Değerlendirme	,003	,007	,054	,462	,645	,139
	HK.Uygulama	-,012	,006	-,187	-2,097	,037	,238
	SG.Erisim	-,005	,006	-,089	-,813	,417	,158
	SG.Anlama	-,005	,006	-,077	-,749	,454	,180
	SG.Değerlendirme	,007	,006	,113	1,122	,263	,187
	SG.Uygulama	-,008	,004	-,141	-1,974	,049	,372
	Cinsiyet	-,173	,082	-,111	-2,100	,036	,672
	Medeni.Durum	-,014	,090	-,008	-,152	,879	,624
	Eğitim.İlkokul	,147	,151	,080	,975	,330	,279
	Eğitim.İlköğretim.ve.Lise	,232	,169	,139	1,373	,170	,185
	Eğitim.Üniversite	,275	,181	,170	1,521	,129	,151
	Yaş	-,002	,003	-,039	-,542	,588	,358
	İstihdam.Çalışan	,120	,108	,066	1,111	,267	,534
	İstihdam.Öğrenci	-,040	,194	-,013	-,204	,838	,435
	Gelir.bin.ikibin	-,024	,112	-,014	-,212	,832	,416
	Gelir.iki.dortbin	-,079	,120	-,046	-,664	,507	,389
	Gelir.dortbin.uzeri	-,070	,140	-,038	-,501	,616	,334
	Yaşanılan.Yer	-,169	,103	-,080	-1,648	,100	,795
	Sosyal.Statü.Algısı	,001	,020	,002	,030	,976	,654
	Egzersiz.Yürüyüş	-,073	,084	-,047	-,871	,384	,642
	Egzersiz.Yüzme.TS.ve.SSE	-,105	,117	-,051	-,898	,370	,580
	Sigara.kullanma	,115	,093	,059	1,236	,217	,823
	Alkol.kullanma	-,140	,111	-,063	-1,262	,208	,758
	Diyet.yapma	,027	,082	,016	,324	,746	,749
	BKI	,003	,008	,022	,409	,682	,649
	Kalp.damar.hastalığı	,280	,086	,162	3,263	,001	,765
	Hiperlipidemi	,027	,086	,017	,317	,751	,684
	Diyabet	,030	,105	,015	,290	,772	,686
	Hipertansiyon	,194	,089	,124	2,180	,030	,581
	KOAH	,350	,160	,109	2,186	,029	,766
	Astım	,268	,135	,096	1,979	,049	,803
	Böbrek.Hastalığı	,237	,128	,093	1,849	,065	,751
	Karaciğer.Hastalığı	-,152	,183	-,040	-,832	,406	,821
	İnme.Felç	,101	,166	,029	,612	,541	,832
	Romatolojik.H	,164	,100	,079	1,632	,104	,801
	Kanser	,192	,136	,065	1,408	,160	,878
	Psikiyatrik.H	,299	,126	,114	2,366	,018	,820
	Demans	-,164	,288	-,028	-,568	,570	,765
	Diğer.Hastalıklar	,282	,117	,109	2,420	,016	,927
	E1.Dr.tav.olm.ilacı.kul	-,152	,112	-,096	-1,360	,175	,377
	E2.Çev.tav.ilacı.kul	-,020	,116	-,010	-,172	,863	,615
	E3.Kendi.bil.ilacı.kul	,228	,114	,140	2,004	,046	,389
	E4.Eczaneye.danış.ilacı.kul	,154	,082	,098	1,881	,061	,691
	E5.İnternetten.ilacı.kul	-,057	,141	-,020	-,406	,685	,777
	E7.İlç.son.kul.tarih.dik.et	-,043	,097	-,024	-,445	,657	,657
	E8.İlaç.miktarı	-,089	,236	-,042	-,377	,707	,152
	E9.İlacın.süresi	,043	,231	,021	,185	,853	,146

a. Dependent Variable: Genel.Sağlık.Durumu

**EK 5.37. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Uzun Süreli Bir Sağlık Sorunu veya Hastalığı Olması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation					95% C.I. for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,017	,023	,559	1	,455	1,017	,973	1,064
	Cinsiyet	-,529	,357	2,195	1	,138	,589	,293	1,186
	Medeni.Durum	,275	,436	,397	1	,529	1,316	,560	3,096
	Eğitim.Düzeyi			,647	3	,886			
	Eğitim.Düzeyi(1)	-,153	,947	,026	1	,871	,858	,134	5,485
	Eğitim.Düzeyi(2)	-,190	,984	,037	1	,847	,827	,120	5,686
	Eğitim.Düzeyi(3)	-,492	1,015	,235	1	,628	,611	,084	4,472
	Yaş	,041	,015	7,838	1	,005	1,042	1,012	1,072
	İstihdam.Durumu			3,332	2	,189			
	İstihdam.Durumu(1)	,288	,453	,404	1	,525	1,334	,549	3,245
	İstihdam.Durumu(2)	-,821	,711	1,332	1	,248	,440	,109	1,773
	Hane.Geliri			,876	3	,831			
	Hane.Geliri(1)	,209	,549	,146	1	,703	1,233	,421	3,614
	Hane.Geliri(2)	,247	,553	,200	1	,655	1,280	,433	3,782
	Hane.Geliri(3)	-,133	,631	,045	1	,833	,875	,254	3,013
	Yaşanılan.Yer	-,1504	,599	6,311	1	,012	,222	,069	,719
	Sosyal.Statü.Algısı	,030	,094	,103	1	,748	1,031	,857	1,240
	Egezersiz.Türü			8,857	2	,012			
	Egezersiz.Türü(1)	,312	,393	,630	1	,427	1,366	,633	2,948
	Egezersiz.Türü(2)	-,932	,436	4,562	1	,033	,394	,167	,926
	Sigara.kullanma	-,203	,377	,291	1	,590	,816	,390	1,708
	Alkol.kullanma	,241	,456	,279	1	,597	1,273	,520	3,114
	Diyet.yapma	1,214	,425	8,154	1	,004	3,368	1,463	7,750
	BKI	,057	,037	2,331	1	,127	1,059	,984	1,139
	E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	-,225	,481	,219	1	,639	,798	,311	2,049
	E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	,795	,531	2,246	1	,134	2,215	,783	6,266
	E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma	,023	,471	,002	1	,961	1,023	,407	2,575
	E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	-,170	,376	,204	1	,652	,844	,404	1,763
	E5.İnternette.arıştırarak.ilaç.kullanma	-,289	,553	,272	1	,602	,749	,253	2,216
	E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	1,135	,542	4,382	1	,036	3,111	1,075	9,001
	E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma	-,1028	,901	1,302	1	,254	,358	,061	2,091
	E9.İlaç.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	,204	,855	,057	1	,811	1,226	,229	6,553
	Constant	-1,296	1,896	,467	1	,494	,274		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.İnternette.arıştırarak.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma, E9.İlaç.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma.

**EK 5.38. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Uzun Süreli Bir Sağlık Sorunu veya Hastalığı Olması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	,044	,026	2,841	1	,092	1,045	,993	1,100
SH.Anlama	,002	,030	,003	1	,958	1,002	,944	1,063
SH.Değerlendirme	,025	,030	,685	1	,408	1,025	,967	1,086
SH.Uygulama	-,060	,035	2,988	1	,084	,942	,880	1,008
HK.Erisim	-,060	,029	4,407	1	,036	,941	,890	,996
HK.Anlama	,022	,032	,488	1	,485	1,022	,961	1,088
HK.Değerlendirme	,001	,030	,001	1	,979	1,001	,943	1,062
HK.Uygulama	-,014	,026	,301	1	,583	,986	,937	1,037
SG.Erisim	,035	,030	1,350	1	,245	1,035	,976	1,098
SG.Anlama	-,030	,030	1,004	1	,316	,970	,914	1,030
SG.Değerlendirme	,061	,033	3,446	1	,063	1,063	,997	1,133
SG.Uygulama	-,004	,020	,044	1	,834	,996	,957	1,036
Cinsiyet	-,605	,388	2,430	1	,119	,546	,255	1,169
Medeni.Durum	,034	,460	,005	1	,942	1,034	,420	2,545
Eğitim.Düzeyi			,971	3	,808			
Eğitim.Düzeyi(1)	,147	1,053	,019	1	,889	1,158	,147	9,116
Eğitim.Düzeyi(2)	,217	1,109	,038	1	,845	1,242	,141	10,932
Eğitim.Düzeyi(3)	-,209	1,135	,034	1	,854	,812	,088	7,514
Yaş	,043	,016	7,381	1	,007	1,044	1,012	1,077
İstihdam.Durumu			4,850	2	,088			
İstihdam.Durumu(1)	,541	,484	1,250	1	,264	1,718	,665	4,436
İstihdam.Durumu(2)	-,854	,770	1,232	1	,267	,426	,094	1,924
Hane.Geliri			1,371	3	,712			
Hane.Geliri(1)	,259	,577	,202	1	,654	1,296	,418	4,013
Hane.Geliri(2)	,252	,564	,200	1	,655	1,287	,426	3,884
Hane.Geliri(3)	-,245	,651	,142	1	,707	,783	,219	2,802
Yaşanılan.Yer	-,1845	,642	8,260	1	,004	,158	,045	,556
Sosyal.Statü.Algısı	,010	,097	,011	1	,918	1,010	,836	1,220
Egzersiz.Türü			8,303	2	,016			
Egzersiz.Türü(1)	,213	,425	,252	1	,615	1,238	,538	2,847
Egzersiz.Türü(2)	-,1023	,473	4,676	1	,031	,360	,142	,909
Sigara.kullanma	-,207	,406	,259	1	,611	,813	,367	1,802
Alkol.kullanma	,128	,495	,067	1	,795	1,137	,431	3,000
Diyet.yapma	1,314	,447	8,633	1	,003	3,723	1,549	8,946
BKI	,060	,041	2,133	1	,144	1,062	,980	1,151
E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	-,647	,530	1,487	1	,223	,524	,185	1,481
E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	,723	,555	1,700	1	,192	2,061	,695	6,114
E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma	,439	,532	,680	1	,409	1,550	,547	4,395
E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	-,217	,388	,314	1	,575	,805	,376	1,722
E5.İnternette araştıranarak.ilaç.kullanma	-,242	,591	,168	1	,682	,785	,246	2,502
E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	1,253	,580	4,671	1	,031	3,502	1,124	10,915
E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma	-,1044	,974	1,151	1	,283	,352	,052	2,372
E9.İlaç.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	,125	,955	,017	1	,896	1,133	,174	7,368
Constant	-,841	2,110	,159	1	,690	,431		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.İnternette araştıranarak.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma, E9.İlaç.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma.

**EK 5.39. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Sağlık Sorunlarının Genel Olarak Aktivite/Faaliyetleri Sınırlaması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation								95% C.I.for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-.019	.017	1,242	1	.265	.981	.949	1,014
	Cinsiyet	-.121	.288	.178	1	.673	.886	.504	1,556
	Medeni.Durum	.098	.326	.090	1	.764	1,103	.582	2,092
	Eğitim.Düzevi			5,289	3	.152			
	Eğitim.Düzevi(1)	1,082	.579	3,488	1	.062	2,950	.948	9,181
	Eğitim.Düzevi(2)	.776	.618	1,573	1	.210	2,172	.646	7,298
	Eğitim.Düzevi(3)	1,249	.663	3,545	1	.060	3,486	.950	12,787
	Yaş	-.008	.012	.445	1	.505	.992	.970	1,015
	İstihdam.Durumu			2,051	2	.359			
	İstihdam.Durumu(1)	.124	.375	.109	1	.741	1,132	.542	2,362
	İstihdam.Durumu(2)	-.723	.675	1,149	1	.284	.485	.129	1,821
	Hane.Geliri			2,070	3	.558			
	Hane.Geliri(1)	-.386	.427	.818	1	.366	.680	.294	1,570
	Hane.Geliri(2)	-.294	.443	.440	1	.507	.746	.313	1,776
	Hane.Geliri(3)	.095	.533	.032	1	.858	1,100	.387	3,125
	Yaşanılan.Yer	.231	.371	.388	1	.533	1,260	.609	2,606
	Sosyal.Statü.Algısı	-.185	.070	6,931	1	.008	.831	.724	.954
	Egezersiz.Türü			9,685	2	.008			
	Egezersiz.Türü(1)	-.928	.300	9,580	1	.002	.395	.220	.712
	Egezersiz.Türü(2)	-.483	.392	1,517	1	.218	.617	.286	1,331
	Sigara.kullanma	-.292	.309	.895	1	.344	.746	.407	1,368
	Alkol.kullanma	-.837	.374	5,020	1	.025	.433	.208	.900
	Diyet.yapma	.480	.291	2,721	1	.099	1,615	.914	2,856
	BKI	.038	.029	1,748	1	.186	1,039	.982	1,100
	Kalp.damar.hastalığı	1,433	.289	24,585	1	.000	4,189	2,378	7,380
	Hiperlipidemi	-.389	.298	1,695	1	.193	.678	.378	1,217
	Diyabet	.090	.378	.057	1	.811	1,094	.522	2,294
	Hipertansiyon	.266	.323	.676	1	.411	1,304	.692	2,458
	KOAH	.058	.615	.009	1	.925	1,059	.318	3,534
	Astım	.583	.526	1,230	1	.267	1,792	.639	5,024
	Böbrek.Hastalığı	.774	.487	2,525	1	.112	2,169	.835	5,635
	Karaciğer.Hastalığı	-.180	.716	.063	1	.801	.835	.205	3,395
	İnme.Felç	.421	.664	.401	1	.526	1,523	.414	5,597
	Romatolojik.H	.542	.389	1,943	1	.163	1,719	.803	3,683
	Kanser	.587	.496	1,400	1	.237	1,799	.680	4,758
	Psikiyatrik.H	1,030	.612	2,828	1	.093	2,800	.843	9,297
	Demans	19,144	13029,938	.000	1	.999	206104099,6	.000	.
	Diğer.Hastalıklar	1,001	.472	4,492	1	.034	2,720	1,078	6,864
	E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	-.542	.408	1,769	1	.184	.582	.262	1,293
	E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	-.187	.437	.182	1	.669	.830	.352	1,954
	E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma	.005	.411	.000	1	.990	1,005	.450	2,249
	E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	-.539	.285	3,592	1	.058	.583	.334	1,019
	E5.İnternette.arastırarak.ilaç.kullanma	-.399	.528	.571	1	.450	.671	.238	1,890
	E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	-.796	.370	4,613	1	.032	.451	.218	.933
	E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma	1,813	1,010	3,226	1	.072	6,131	.848	44,353
	E9.İlacı.dr.önerdiği.süreye.uygün.kullanma	-1,480	.968	2,339	1	.126	.228	.034	1,517
	Constant	1,647	1,354	1,479	1	.224	5,189		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzevi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.İnternette.arastırarak.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma, E9.İlacı.dr.önerdiği.süreye.uygün.kullanma.

**EK 5.40. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Sağlık Sorunlarının Genel Olarak Aktivite/Faaliyetleri Sınırlaması Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation						95% C.I.for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	SH.Erisim	,066	,022	9,441	1	,002	1,069	1,024	1,115
	SH.Anlama	-,005	,024	,037	1	,847	,995	,950	1,043
	SH.Değerlendirme	,024	,023	1,122	1	,290	1,024	,980	1,071
	SH.Uygulama	-,033	,027	1,486	1	,223	,967	,917	1,020
	HK.Erisim	,004	,024	,027	1	,870	1,004	,958	1,052
	HK.Anlama	,004	,025	,025	1	,876	1,004	,956	1,055
	HK.Değerlendirme	-,043	,025	2,847	1	,092	,958	,911	1,007
	HK.Uygulama	-,025	,021	1,455	1	,228	,975	,936	1,016
	SG.Erisim	-,021	,024	,803	1	,370	,979	,934	1,026
	SG.Anlama	,003	,024	,013	1	,908	1,003	,957	1,050
	SG.Değerlendirme	,037	,023	2,641	1	,104	1,037	,992	1,084
	SG.Uygulama	-,003	,015	,044	1	,835	,997	,967	1,027
	Cinsiyet	-,066	,308	,046	1	,831	,936	,512	1,711
	Medeni.Durum	,053	,352	,023	1	,880	1,055	,529	2,103
	Eğitim.Düzevi			5,621	3	,132			
	Eğitim.Düzevi(1)	1,288	,621	4,301	1	,038	3,625	1,073	12,246
	Eğitim.Düzevi(2)	1,038	,670	2,402	1	,121	2,822	,760	10,484
	Eğitim.Düzevi(3)	1,467	,715	4,205	1	,040	4,334	1,067	17,607
	Yaş	-,008	,012	,441	1	,506	,992	,968	1,016
	İstihdam.Durumu			3,971	2	,137			
	İstihdam.Durumu(1)	,079	,393	,040	1	,841	1,082	,501	2,336
	İstihdam.Durumu(2)	-1,179	,715	2,721	1	,099	,308	,076	1,248
	Hane.Geliri			2,362	3	,501			
	Hane.Geliri(1)	-,481	,448	1,152	1	,283	,618	,257	1,488
	Hane.Geliri(2)	-,440	,466	,894	1	,344	,644	,259	1,604
	Hane.Geliri(3)	-,035	,559	,004	1	,950	,966	,323	2,885
	Yaşanılan.Yer	,172	,392	,193	1	,661	1,188	,551	2,562
	Sosyal.Statü.Algısı	-,204	,074	7,685	1	,006	,815	,706	,942
	Egezersiz.Türü			12,780	2	,002			
	Egezersiz.Türü(1)	-1,164	,327	12,647	1	,000	,312	,164	,593
	Egezersiz.Türü(2)	-,687	,435	2,491	1	,114	,503	,215	1,181
	Sigara.kullanma	-,310	,333	,869	1	,351	,733	,382	1,408
	Alkol.kullanma	-,955	,392	5,935	1	,015	,385	,179	,830
	Diyet.yapma	,649	,309	4,411	1	,036	1,913	1,044	3,506
	BKI	,056	,032	3,103	1	,078	1,057	,994	1,125
	Kalp.damar.hastalığı	1,571	,308	26,086	1	,000	4,812	2,633	8,794
	Hiperlipidemi	-,412	,313	1,735	1	,188	,662	,359	1,223
	Diyabet	-,103	,396	,068	1	,794	,902	,415	1,961
	Hipertansiyon	,308	,341	,814	1	,367	1,360	,697	2,654
	KOAH	,239	,646	,137	1	,711	1,270	,358	4,509
	Astım	,637	,551	1,339	1	,247	1,892	,643	5,567
	Böbrek.Hastalığı	,935	,514	3,310	1	,069	2,547	,930	6,975
	Karaciğer.Hastalığı	,025	,753	,001	1	,973	1,026	,234	4,489
	İnme.Felç	,565	,681	,686	1	,407	1,759	,463	6,686
	Romatolojik.H	,540	,404	1,792	1	,181	1,717	,778	3,788
	Kanser	,507	,511	,983	1	,321	1,660	,609	4,522
	Psikiyatrik.H	1,206	,650	3,449	1	,063	3,341	,935	11,934
	Demans	19,190	12933,818	,000	1	,999	215773351,6	,000	.
	Diğer.Hastalıklar	1,108	,507	4,779	1	,029	3,029	1,121	8,181
	E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	-,510	,441	1,335	1	,248	,600	,253	1,426
	E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	,099	,461	,046	1	,830	1,104	,447	2,725
	E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma	-,098	,442	,049	1	,825	,907	,382	2,156
	E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	-,529	,298	3,150	1	,076	,589	,329	1,057
	E5.İnternette.araştırarak.ilaç.kullanma	-,433	,561	,596	1	,440	,649	,216	1,947
	E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	-,792	,382	4,291	1	,038	,453	,214	,958
	E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma	1,778	1,100	2,611	1	,106	5,917	,685	51,136
	E9.İlaci.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	-1,450	1,073	1,827	1	,176	,235	,029	1,920
	Constant	,493	1,469	,113	1	,737	1,638		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzevi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.İnternette.araştırarak.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma, E9.İlaci.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma.



**EK 5.41. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Toplam Hastalık Sayısı Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Coefficients<sup>a</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF	
1	(Constant)	-,183	,779					
	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,021	,009	-,121	-,227	,026	,480	2,082
	Cinsiyet	,026	,156	,007	,166	,868	,755	1,324
	Medeni.Durum	,255	,175	,067	1,457	,146	,675	1,481
	Eğitim.İlkokul	,243	,291	,057	,838	,403	,305	3,284
	Eğitim.İlköğretim.ve.Lise	,203	,322	,053	,632	,528	,206	4,862
	Eğitim.Üniversite	,382	,349	,102	1,093	,275	,164	6,092
	Yaş	,036	,006	,358	6,160	,000	,423	2,362
	İstihdam.Çalışan	-,287	,213	-,068	-,135	,178	,560	1,786
	İstihdam.Öğrenci	-,200	,374	-,029	-,534	,594	,472	2,119
	Gelir.bin.ikibin	,300	,217	,078	1,387	,166	,448	2,231
	Gelir.iki.dortbin	,045	,234	,011	,193	,847	,412	2,426
	Gelir.dortbin.uzeri	,303	,276	,070	1,096	,274	,350	2,858
	Yaşanılan.Yer	,130	,199	,027	,652	,515	,856	1,169
	Sosyal.Statü.Algısı	-,097	,039	-,111	-,249	,013	,722	1,384
	Egzersiz.Yürüyüş	-,357	,159	-,100	-,224	,026	,723	1,383
	Egzersiz.Yüzme.TS.ve.SSE	-,484	,224	-,102	-,216	,031	,649	1,541
	Sigara.kullanma	-,147	,179	-,033	-,820	,413	,903	1,107
	Alkol.kullanma	-,062	,217	-,012	-,288	,774	,807	1,239
	Diyet.yapma	,663	,151	,176	4,381	,000	,889	1,125
	BKI	,052	,015	,152	3,491	,001	,754	1,326
	E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilac.kullanma	-,440	,215	-,120	-,204	,041	,416	2,405
	E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilac.kullanma	-,079	,227	-,016	-,346	,729	,649	1,541
	E3.Kendi.ilac.bilgisine.daynarak.ilac.kullanma	,057	,221	,015	,258	,797	,420	2,381
	E4.Eczaneye.danşarak.ilac.kullanma	,033	,160	,009	,209	,835	,730	1,370
	E5.İnternette.arastırarak.ilac.kullanma	-,040	,277	-,006	-,144	,886	,816	1,225
	E7.Evdeki.ilacların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	,214	,190	,051	1,124	,262	,697	1,435
	E8.İlaç.dr.önerdiği.miktar.da.kullanma	,884	,458	,180	1,930	,054	,163	6,118
	E9.İlaç.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	-,501	,444	-,107	-,129	,260	,159	6,278

a. Dependent Variable: Toplam.Hastalık.Sayısı.sürekli

**EK 5.42. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Toplam Hastalık Sayısı Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-,078	,797		-,098	,922		
	SH.Erisim	-,016	,011	-,089	-1,443	,150	,369	2,711
	SH.Anlama	,019	,012	,117	1,542	,124	,245	4,086
	SH.Değerlendirme	,005	,012	,027	,368	,713	,255	3,927
	SH.Uygulama	-,003	,014	-,020	-,223	,824	,169	5,925
	HK.Erisim	-,006	,013	-,043	-,479	,632	,176	5,667
	HK.Anlama	-,015	,013	-,103	-1,175	,241	,182	5,488
	HK.Değerlendirme	-,003	,014	-,025	-,250	,802	,143	6,992
	HK.Uygulama	,027	,011	,186	2,515	,012	,258	3,869
	SG.Erisim	-,001	,013	-,006	-,066	,947	,165	6,071
	SG.Anlama	-,015	,013	-,106	-1,210	,227	,184	5,424
	SG.Değerlendirme	,002	,012	,012	,145	,884	,192	5,207
	SG.Uygulama	-,015	,008	-,113	-1,870	,062	,388	2,577
	Cinsiyet	,012	,159	,003	,077	,939	,724	1,381
	Medeni.Durum	,340	,177	,089	1,916	,056	,650	1,538
	Egitim.İlkokul	,314	,294	,074	1,066	,287	,294	3,403
	Egitim.İlkogretim.ve.Lise	,209	,327	,054	,639	,523	,197	5,078
	Egitim.Üniversite	,440	,355	,117	1,241	,215	,158	6,340
	Yaş	,033	,006	,331	5,616	,000	,408	2,452
	İstihdam.Çalışan	-,298	,214	-,071	-1,391	,165	,549	1,823
	İstihdam.Öğrenci	-,218	,379	-,032	-,575	,565	,456	2,191
	Gelir.bin.ikibin	,276	,219	,072	1,259	,209	,432	2,317
	Gelir.iki.dortbin	,121	,235	,031	,517	,605	,405	2,471
	Gelir.dortbin.uzeri	,268	,278	,062	,966	,334	,342	2,921
	Yaşanılan.Yer	,177	,202	,036	,877	,381	,822	1,216
	Sosyal.Statü.Algısı	-,095	,039	-,109	-2,430	,016	,703	1,422
	Egzersiz.Yürüyüş	-,236	,164	-,066	-1,436	,152	,673	1,485
	Egzersiz.Yüzme.TS.ve.SSE	-,325	,231	-,068	-1,404	,161	,599	1,670
	Sigara.kullanma	-,207	,183	-,046	-1,130	,259	,850	1,177
	Alkol.kullanma	-,049	,219	-,009	-,222	,824	,780	1,282
	Diyet.yapma	,658	,152	,174	4,331	,000	,872	1,147
	BKI	,045	,015	,132	2,974	,003	,720	1,388
	E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	-,433	,218	-,118	-1,986	,048	,398	2,510
	E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	-,029	,229	-,006	-,126	,900	,633	1,580
	E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma	-,041	,225	-,011	-,184	,854	,401	2,495
	E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	,087	,161	,024	,538	,591	,708	1,413
	E5.İnternette.araştırarak.ilaç.kullanma	-,014	,280	-,002	-,051	,959	,790	1,266
	E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	,240	,191	,057	1,255	,210	,682	1,466
	E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarıda.kullanma	,694	,467	,142	1,486	,138	,155	6,442
	E9.İlaç.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	-,257	,458	-,055	-,562	,574	,148	6,741

a. Dependent Variable: Toplam.Hastalık.Sayısı.sürekli

**EK 5.43. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Acil Servis Kullanımı Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation					95% C.I.for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,010	,017	,352	1	,553	1,010	,978	1,043
	Cinsiyet	-,153	,271	,319	1	,572	,858	,504	1,460
	Medeni.Durum	,250	,307	,668	1	,414	1,285	,705	2,343
	Eğitim.Düzeyi			3,966	3	,265			
	Eğitim.Düzeyi(1)	,029	,504	,003	1	,954	1,030	,383	2,767
	Eğitim.Düzeyi(2)	-,596	,565	1,113	1	,291	,551	,182	1,667
	Eğitim.Düzeyi(3)	-,685	,606	1,280	1	,258	,504	,154	1,652
	Yaş	-,011	,011	1,145	1	,285	,989	,968	1,009
	İstihdam.Durumu			,541	2	,763			
	İstihdam.Durumu(1)	,247	,357	,479	1	,489	1,280	,636	2,577
	İstihdam.Durumu(2)	,337	,626	,291	1	,590	1,401	,411	4,774
	Hane.Geliri			3,675	3	,299			
	Hane.Geliri(1)	-,690	,379	3,316	1	,069	,502	,239	1,054
	Hane.Geliri(2)	-,506	,402	1,584	1	,208	,603	,274	1,326
	Hane.Geliri(3)	-,343	,482	,507	1	,477	,710	,276	1,824
	Yaşanılan.Yer	-,428	,357	1,439	1	,230	,652	,324	1,311
	Sosyal.Statü.Algısı	,042	,069	,368	1	,544	1,042	,911	1,192
	Egzersiz.Türü			3,210	2	,201			
	Egzersiz.Türü(1)	-,372	,275	1,829	1	,176	,689	,402	1,182
	Egzersiz.Türü(2)	-,622	,372	2,798	1	,094	,537	,259	1,113
	Sigara.kullanma	,138	,302	,208	1	,648	1,148	,635	2,073
	Alkol.kullanma	,111	,356	,098	1	,755	1,118	,556	2,246
	Diyet.yapma	,459	,276	2,775	1	,096	1,583	,922	2,717
	BKİ	-,025	,026	,899	1	,343	,975	,926	1,027
	EÖSBK			1,027	2	,599			
	EÖSBK(1)	-,316	,454	,484	1	,487	,729	,299	1,776
	EÖSBK(2)	,481	,741	,421	1	,516	1,618	,378	6,919
	Genel.Sağlık.Durumu	,386	,176	4,834	1	,028	1,471	1,043	2,075
	Kalp.damar.hastalığı	,462	,279	2,733	1	,098	1,587	,918	2,743
	Hiperlipidemi	-,380	,281	1,829	1	,176	,684	,394	1,186
	Diyabet	-,247	,351	,496	1	,481	,781	,392	1,554
	Hipertansiyon	,005	,293	,000	1	,985	1,005	,566	1,785
	KOAH	1,251	,614	4,150	1	,042	3,495	1,049	11,651
	Astım	,184	,467	,154	1	,694	1,202	,481	3,003
	Böbrek.Hastalığı	,037	,445	,007	1	,934	1,037	,434	2,482
	Karaciğer.Hastalığı	-,591	,580	1,038	1	,308	,554	,178	1,726
	İnme.Felç	1,050	,663	2,508	1	,113	2,857	,779	10,478
	Romatolojik.H	,056	,335	,028	1	,868	1,057	,549	2,038
	Kanser	,407	,487	,698	1	,404	1,502	,578	3,899
	Psikiyatrik.H	,257	,449	,329	1	,566	1,293	,537	3,117
	Demans	,181	1,232	,022	1	,883	1,199	,107	13,416
	Diğer.Hastalıklar	-,168	,400	,176	1	,674	,845	,386	1,852
	E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	-,134	,368	,133	1	,715	,874	,425	1,798
	E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	,629	,380	2,737	1	,098	1,876	,890	3,953
	E3.Kendi.ilaç.bilgisine.dayanarak.ilaç.kullanma	,413	,379	1,188	1	,276	1,512	,719	3,178
	E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	-,330	,269	1,510	1	,219	,719	,425	1,217
	E5.Internette.arastırarak.ilaç.kullanma	-,1085	,523	4,297	1	,038	,338	,121	,943
	E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	,079	,321	,060	1	,806	1,082	,577	2,028
	E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarıda.kullanma	-,694	,783	,787	1	,375	,499	,108	2,316
	E9.İlaç.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	-,268	,733	,134	1	,714	,765	,182	3,218
	Bas.Dr.ikinci.gör.al.iht.his	-,183	,271	,454	1	,501	,833	,490	1,417
	Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma	-,323	,571	,320	1	,571	,724	,236	2,217
	Doktora.Başvurma	,278	,259	1,153	1	,283	1,320	,795	2,192
	Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma	,243	,253	,924	1	,336	1,275	,777	2,092
	Yatarak.tedavi.olma	,882	,285	9,591	1	,002	2,416	1,382	4,223
	Constant	1,630	1,395	1,366	1	,243	5,106		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKİ, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.dayanarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.Internette.arastırarak.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarıda.kullanma, E9.İlaç.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma, Bas.Dr.ikinci.gör.al.iht.his, Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma, Doktora.Başvurma, Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma, Yatarak.tedavi.olma.

**EK 5.44. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Acil Servis Kullanımı Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation					95% C.I. for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	SH.Erisim	-.022	.020	1,218	1	.270	.979	.941	1,017
	SH.Anlama	.024	.022	1,249	1	.264	1,025	.982	1,069
	SH.Değerlendirme	.032	.021	2,248	1	.134	1,033	.990	1,077
	SH.Uygulama	.019	.024	.612	1	.434	1,019	.972	1,068
	HK.Erisim	-.019	.022	.749	1	.387	.981	.940	1,024
	HK.Anlama	-.008	.023	.130	1	.718	.992	.948	1,038
	HK.Değerlendirme	.010	.024	.169	1	.681	1,010	.964	1,058
	HK.Uygulama	-.005	.019	.071	1	.790	.995	.958	1,033
	SG.Erisim	-.021	.022	.911	1	.340	.980	.939	1,022
	SG.Anlama	.034	.022	2,466	1	.116	1,034	.992	1,079
	SG.Değerlendirme	-.012	.021	.302	1	.583	.988	.948	1,030
	SG.Uygulama	-.019	.014	1,723	1	.189	.982	.955	1,009
	Cinsiyet	-.103	.280	.135	1	.713	.902	.522	1,561
	Medeni.Durum	.370	.317	1,361	1	.243	1,447	.778	2,692
	Eğitim.Düzeı			4,851	3	.183			
	Eğitim.Düzeı(1)	.011	.532	.000	1	.983	1,012	.357	2,869
	Eğitim.Düzeı(2)	-.701	.599	1,368	1	.242	.496	.153	1,606
	Eğitim.Düzeı(3)	-.815	.641	1,616	1	.204	.443	.126	1,555
	Yaş	-.012	.011	1,219	1	.269	.988	.966	1,010
	İstihdam.Durumu			.602	2	.740			
	İstihdam.Durumu(1)	.273	.368	.549	1	.459	1,314	.639	2,702
	İstihdam.Durumu(2)	.354	.656	.291	1	.589	1,425	.394	5,158
	Hane.Geliri			3,371	3	.338			
	Hane.Geliri(1)	-.692	.390	3,150	1	.076	.501	.233	1,075
	Hane.Geliri(2)	-.420	.411	1,041	1	.308	.657	.294	1,472
	Hane.Geliri(3)	-.378	.496	.581	1	.446	.685	.259	1,811
	Yaşanılan.Yer	-.405	.372	1,189	1	.275	.667	.322	1,382
	Sosyal.Statü.Algısı	.033	.071	.211	1	.646	1,033	.898	1,189
	Egzersiz.Türü			1,652	2	.438			
	Egzersiz.Türü(1)	-.287	.287	1,002	1	.317	.751	.428	1,316
	Egzersiz.Türü(2)	-.470	.393	1,429	1	.232	.625	.289	1,351
	Sigara.kullanma	-.038	.316	.014	1	.905	.963	.518	1,790
	Alkol.kullanma	.250	.375	.446	1	.504	1,284	.616	2,678
	Diyet.yapma	.530	.282	3,518	1	.061	1,698	.976	2,954
	BKİ	-.028	.027	1,060	1	.303	.972	.921	1,026
	EÖSBK			.998	2	.607			
	EÖSBK(1)	-.246	.482	.259	1	.611	.782	.304	2,013
	EÖSBK(2)	.601	.759	.628	1	.428	1,824	.413	8,067
	Genel.Sağlık.Durumu	.427	.183	5,441	1	.020	1,532	1,071	2,193
	Kalp.damar.hastalığı	.527	.291	3,287	1	.070	1,694	.958	2,994
	Hiperlipidemi	-.469	.292	2,577	1	.108	.625	.353	1,109
	Diyabet	-.182	.361	.254	1	.614	.834	.411	1,691
	Hipertansiyon	-.127	.304	.175	1	.675	.880	.485	1,598
	KOAH	1,219	.627	3,777	1	.052	3,384	.990	11,568
	Astım	.275	.484	.324	1	.569	1,317	.511	3,398
Böbrek.Hastalığı	-.058	.462	.016	1	.901	.944	.382	2,336	
Karaciğer.Hastalığı	-.467	.599	.606	1	.436	.627	.194	2,030	
İnme.Felç	1,031	.680	2,294	1	.130	2,803	.739	10,636	
Romatolojik.H	-.001	.342	.000	1	.998	.999	.511	1,952	
Kanser	.425	.493	.745	1	.388	1,530	.583	4,017	
Psikiyatrik.H	.230	.462	.247	1	.619	1,258	.509	3,112	
Demans	.630	1,276	.244	1	.621	1,878	.154	22,887	
Diğer.Hastalıklar	-.208	.410	.258	1	.611	.812	.363	1,814	
E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	-.188	.382	.241	1	.623	.829	.392	1,752	
E2.Çevre.tavsiyesi.ilaç.kullanma	.541	.391	1,913	1	.167	1,717	.798	3,694	
E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma	.555	.396	1,967	1	.161	1,743	.802	3,787	
E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	-.336	.277	1,466	1	.226	.715	.415	1,231	
E5.Internette.n.araştırarak.ilaç.kullanma	-1,211	.555	4,768	1	.029	.298	.100	.883	
E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	.136	.331	.169	1	.681	1,146	.599	2,193	
E8.İlaçı.dr.önerdiği.miktarıda.kullanma	-.468	.812	.331	1	.565	.626	.127	3,079	
E9.İlacı.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	-.600	.775	.600	1	.438	.549	.120	2,505	
Bas.Dr.ikinci.gör.al iht.his	-.216	.281	.590	1	.442	.806	.465	1,397	
Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma	-.284	.577	.243	1	.622	.753	.243	2,331	
Doktora.Başvurma	.237	.267	.789	1	.374	1,268	.751	2,142	
Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma	.318	.263	1,470	1	.225	1,375	.822	2,300	
Yatarak.tedavi.olma	.904	.293	9,491	1	.002	2,468	1,389	4,386	
Constant	1,684	1,500	1,260	1	.262	5,385			

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeı, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKİ, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesi.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.Internette.n.araştırarak.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.İlaçı.dr.önerdiği.miktarıda.kullanma, E9.İlacı.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma, Bas.Dr.ikinci.gör.al iht.his, Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma, Doktora.Başvurma, Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma, Yatarak.tedavi.olma.

**EK 5.45. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Doktora Başvurma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation					95% C.I.for EXP(B)		
Step 1 <sup>a</sup>		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,001	,018	,005	1	,946	,999	,965	1,034
	Cinsiyet	,165	,286	,331	1	,565	1,179	,673	2,067
	Medeni.Durum	,162	,322	,253	1	,615	1,176	,625	2,211
	Eğitim.Düzeı			,451	3	,930			
	Eğitim.Düzeı(1)	-,212	,570	,139	1	,709	,809	,265	2,471
	Eğitim.Düzeı(2)	-,107	,620	,030	1	,864	,899	,267	3,029
	Eğitim.Düzeı(3)	-,295	,660	,200	1	,655	,744	,204	2,714
	Yaş	-,011	,011	1,057	1	,304	,989	,968	1,010
	İstihdam.Durumu			4,108	2	,128			
	İstihdam.Durumu(1)	-,623	,368	2,861	1	,091	,536	,261	1,104
	İstihdam.Durumu(2)	-1,138	,647	3,097	1	,078	,320	,090	1,138
	Hane.Geliri			1,970	3	,579			
	Hane.Geliri(1)	-,073	,432	,029	1	,865	,929	,399	2,166
	Hane.Geliri(2)	-,439	,439	,999	1	,317	,645	,273	1,524
	Hane.Geliri(3)	-,075	,519	,021	1	,885	,928	,335	2,567
	Yaşanılan.Yer	,602	,360	2,804	1	,094	1,826	,902	3,696
	Sosyal.Statü.Algısı	-,088	,073	1,438	1	,230	,916	,794	1,057
	Egezersiz.Türü			3,564	2	,168			
	Egezersiz.Türü(1)	,382	,293	1,699	1	,192	1,464	,825	2,599
	Egezersiz.Türü(2)	-,242	,391	,385	1	,535	,785	,365	1,688
	Sigara.kullanma	-,289	,322	,806	1	,369	,749	,399	1,407
	Alkol.kullanma	-,274	,376	,531	1	,466	,760	,364	1,588
	Diyet.yapma	,126	,303	,173	1	,678	1,134	,626	2,054
	BKİ	-,007	,029	,066	1	,797	,993	,939	1,050
	EÖSBK			,768	2	,681			
	EÖSBK(1)	,164	,456	,129	1	,719	1,178	,482	2,879
	EÖSBK(2)	-,522	,699	,558	1	,455	,593	,151	2,335
	Genel.Sağlık.Durumu	,650	,190	11,712	1	,001	1,916	1,320	2,781
	Kalp.damar.hastalığı	,211	,294	,512	1	,474	1,234	,693	2,198
	Hiperlipidemi	,850	,315	7,277	1	,007	2,339	1,262	4,335
	Diyabet	,329	,398	,682	1	,409	1,389	,637	3,030
	Hipertansiyon	-,314	,317	,981	1	,322	,730	,392	1,360
	KOAH	-,890	,615	2,092	1	,148	,411	,123	1,371
	Astım	,963	,593	2,639	1	,104	2,621	,820	8,379
	Böbrek.Hastalığı	,720	,517	1,941	1	,164	2,055	,746	5,660
	Karaciğer.Hastalığı	-,440	,674	,426	1	,514	,644	,172	2,413
	İnme.Felç	1,846	,887	4,332	1	,037	6,331	1,114	35,992
	Romatolojik.H	,483	,383	1,587	1	,208	1,620	,765	3,433
	Kanser	,667	,515	1,679	1	,195	1,949	,710	5,344
	Psikiyatrik.H	,436	,512	,726	1	,394	1,546	,567	4,216
	Demans	-1,753	1,022	2,942	1	,086	,173	,023	1,284
	Diğer.Hastalıklar	-,087	,450	,037	1	,847	,917	,380	2,214
	E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	-,177	,390	,207	1	,649	,837	,390	1,797
	E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	,739	,411	3,234	1	,072	2,093	,936	4,683
	E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma	-,507	,400	1,605	1	,205	,602	,275	1,320
	E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	-,296	,293	1,021	1	,312	,744	,419	1,321
	E5.İnternette.n.araştıarak.ilaç.kullanma	-,588	,504	1,364	1	,243	,555	,207	1,490
	E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	-,045	,340	,017	1	,895	,956	,491	1,862
	E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma	,651	,831	,613	1	,434	1,917	,376	9,774
	E9.İlacı.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	-,619	,802	,597	1	,440	,538	,112	2,592
	Bas.Dr.İkinci.gör.al iht.his	,350	,286	1,498	1	,221	1,418	,810	2,483
	Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma	2,572	1,112	5,350	1	,021	13,088	1,481	115,686
	Acile.Basvurma	,392	,264	2,213	1	,137	1,480	,883	2,482
	Diğ.Sag.Prof.Hiz.Alma	,742	,266	7,800	1	,005	2,101	1,248	3,537
	Yatarak.tedavi.olma	,879	,306	8,224	1	,004	2,408	1,321	4,390
	Constant	-1,380	1,422	,943	1	,332	,251		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeı, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKİ, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.İnternette.n.araştıarak.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma, E9.İlacı.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma, Bas.Dr.İkinci.gör.al iht.his, Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma, Acile.Basvurma, Diğ.Sag.Prof.Hiz.Alma, Yatarak.tedavi.olma.

### EK 5.46. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Doktora Başvurma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı

		Variables in the Equation						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	SH.Erisim	,019	,021	,875	1	,350	1,019	,979	1,062
	SH.Anlama	-,014	,023	,378	1	,539	,986	,942	1,032
	SH.Değerlendirme	-,012	,023	,279	1	,597	,988	,945	1,033
	SH.Uygulama	,009	,026	,123	1	,726	1,009	,959	1,062
	HK.Erisim	-,022	,024	,836	1	,360	,978	,934	1,025
	HK.Anlama	,027	,024	1,238	1	,266	1,027	,980	1,077
	HK.Değerlendirme	,018	,025	,511	1	,475	1,018	,970	1,068
	HK.Uygulama	-,024	,020	1,387	1	,239	,977	,939	1,016
	SG.Erisim	-,018	,023	,609	1	,435	,982	,938	1,028
	SG.Anlama	,018	,023	,651	1	,420	1,019	,974	1,065
	SG.Değerlendirme	-,006	,022	,076	1	,783	,994	,952	1,038
	SG.Uygulama	,007	,015	,226	1	,634	1,007	,978	1,038
	Cinsiyet	,186	,294	,400	1	,527	1,204	,677	2,143
	Medeni.Durum	,087	,332	,069	1	,792	1,091	,570	2,090
	Eğitim.Düzei			,929	3	,818			
	Eğitim.Düzei(1)	-,302	,588	,265	1	,607	,739	,234	2,339
	Eğitim.Düzei(2)	-,153	,637	,058	1	,810	,858	,246	2,990
	Eğitim.Düzei(3)	-,437	,676	,419	1	,518	,646	,172	2,428
	Yaş	-,011	,011	,990	1	,320	,989	,967	1,011
	İstihdam.Durumu			3,760	2	,153			
	İstihdam.Durumu(1)	-,550	,376	2,143	1	,143	,577	,276	1,205
	İstihdam.Durumu(2)	-1,194	,670	3,173	1	,075	,303	,081	1,127
	Hane.Geliri			2,920	3	,404			
	Hane.Geliri(1)	,005	,444	,000	1	,990	1,005	,421	2,401
	Hane.Geliri(2)	-,488	,447	1,190	1	,275	,614	,255	1,475
	Hane.Geliri(3)	-,030	,531	,003	1	,955	,970	,343	2,748
	Yaşanılan.Yer	,543	,374	2,109	1	,146	1,720	,827	3,578
	Sosyal.Statü.Algısı	-,095	,075	1,608	1	,205	,909	,784	1,053
	Egezersiz.Türü			3,111	2	,211			
	Egezersiz.Türü(1)	,347	,306	1,283	1	,257	1,415	,776	2,578
	Egezersiz.Türü(2)	-,259	,408	,402	1	,526	,772	,347	1,718
	Sigara.kullanma	-,300	,341	,771	1	,380	,741	,380	1,447
	Alkol.kullanma	-,276	,390	,501	1	,479	,759	,353	1,629
	Diyet.yapma	,125	,310	,163	1	,686	1,133	,617	2,082
	BKI	-,006	,030	,047	1	,828	,994	,937	1,054
	EÖSBK			1,048	2	,592			
	EÖSBK(1)	,276	,474	,339	1	,560	1,318	,520	3,338
	EÖSBK(2)	-,532	,698	,581	1	,446	,587	,150	2,308
	Genel.Sağlık.Durumu	,670	,197	11,587	1	,001	1,955	1,329	2,875
	Kalp.damar.hastalığı	,311	,306	1,028	1	,311	1,365	,748	2,488
	Hiperlipidemi	,935	,323	8,369	1	,004	2,548	1,352	4,802
	Diyabet	,356	,403	,780	1	,377	1,428	,648	3,146
	Hipertansiyon	-,323	,327	,971	1	,324	,724	,381	1,376
	KOAH	-,778	,628	1,536	1	,215	,459	,134	1,572
	Astım	,971	,608	2,546	1	,111	2,640	,801	8,699
	Böbrek.Hastalığı	,762	,531	2,059	1	,151	2,143	,757	6,067
	Karaciğer.Hastalığı	-,428	,690	,385	1	,535	,652	,168	2,522
	İnme.Felç	1,969	,919	4,587	1	,032	7,165	1,182	43,435
	Romatolojik.H	,437	,391	1,253	1	,263	1,549	,720	3,330
	Kanser	,548	,519	1,116	1	,291	1,730	,626	4,785
	Psikiyatrik.H	,475	,532	,798	1	,372	1,608	,567	4,561
	Demans	-,1702	1,044	2,660	1	,103	,182	,024	1,410
	Diğer.Hastalıklar	-,039	,461	,007	1	,933	,962	,389	2,377
	E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	-,182	,409	,198	1	,656	,833	,374	1,858
	E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	,738	,416	3,140	1	,076	2,092	,925	4,731
	E3.Kendi.ilaç.bilgisine.dayanarak.ilaç.kullanma	-,619	,424	2,131	1	,144	,539	,235	1,236
	E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	-,213	,301	,498	1	,480	,808	,448	1,459
	E5.Internette.arastırarak.ilaç.kullanma	-,587	,511	1,319	1	,251	,556	,204	1,515
	E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	,033	,350	,009	1	,925	1,033	,521	2,051
	E8.Ilaçı.dr.önerdiği.miktar.da.kullanma	,612	,854	,513	1	,474	1,843	,346	9,834
	E9.Ilaçı.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	-,500	,834	,359	1	,549	,607	,118	3,109
	Bas.Dr.ikinci.gör.ah.his	,413	,295	1,965	1	,161	1,512	,848	2,695
	Etkin.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma	2,489	1,134	4,818	1	,028	12,048	1,306	111,193
	Acile.Basvurma	,386	,272	2,010	1	,156	1,471	,863	2,507
	Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma	,805	,277	8,480	1	,004	2,238	1,301	3,848
	Yatarak.tedavi.olma	,874	,312	7,865	1	,005	2,396	1,301	4,413
	Constant	-1,818	1,519	1,431	1	,232	,162		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzei, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.dayanarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.Internette.arastırarak.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.Ilaçı.dr.önerdiği.miktar.da.kullanma, E9.Ilaçı.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma, Bas.Dr.ikinci.gör.ah.his, Etkin.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma, Acile.Basvurma, Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma, Yatarak.tedavi.olma.

**EK 5.47. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Hastane Hizmetlerini Kullanımı Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation						95% C.I.for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puani	,010	,018	,282	1	,595	1,010	,975	1,046
	Cinsiyet	-,349	,299	1,361	1	,243	,706	,393	1,268
	Medeni.Durum	,336	,346	,946	1	,331	1,400	,711	2,758
	Eğitim.Düzeyi			5,285	3	,152			
	Eğitim.Düzeyi(1)	,782	,540	2,098	1	,147	2,186	,759	6,299
	Eğitim.Düzeyi(2)	,828	,620	1,784	1	,182	2,288	,679	7,711
	Eğitim.Düzeyi(3)	1,442	,679	4,509	1	,034	4,230	1,117	16,016
	Yaş	,006	,012	,227	1	,634	1,006	,983	1,029
	İstihdam.Durumu			1,867	2	,393			
	İstihdam.Durumu(1)	-,579	,425	1,859	1	,173	,561	,244	1,288
	İstihdam.Durumu(2)	-,498	,693	,516	1	,473	,608	,156	2,364
	Hane.Geliri			2,662	3	,447			
	Hane.Geliri(1)	-,318	,425	,561	1	,454	,727	,316	1,673
	Hane.Geliri(2)	-,264	,449	,347	1	,556	,768	,318	1,852
	Hane.Geliri(3)	,277	,533	,270	1	,603	1,319	,464	3,754
	Yaşanılan.Yer	,060	,388	,024	1	,877	1,062	,496	2,273
	Sosyal.Statü.Algısı	-,141	,078	3,222	1	,073	,869	,745	1,013
	Egzersiz.Türü			,512	2	,774			
	Egzersiz.Türü(1)	,200	,306	,426	1	,514	1,221	,670	2,224
	Egzersiz.Türü(2)	,016	,417	,001	1	,970	1,016	,449	2,300
	Sigara.kullanma	,142	,345	,169	1	,681	1,153	,586	2,266
	Alkol.kullanma	,070	,387	,033	1	,856	1,073	,502	2,290
	Diyet.yapma	-,084	,304	,076	1	,782	,919	,507	1,667
	BKİ	-,001	,028	,003	1	,958	,999	,945	1,056
	EÖSBK			1,337	2	,513			
	EÖSBK(1)	,095	,479	,040	1	,842	1,100	,431	2,812
	EÖSBK(2)	-,815	,731	1,244	1	,265	,443	,106	1,853
	Genel.Sağlık.Durumu	-,098	,187	,275	1	,600	,907	,629	1,307
	Kalp.damar.hastalığı	,099	,321	,095	1	,758	1,104	,588	2,072
	Hiperlipidemi	-,392	,319	1,513	1	,219	,676	,362	1,262
	Diyabet	,493	,385	1,639	1	,200	1,637	,770	3,481
	Hipertansiyon	-,582	,332	3,077	1	,079	,559	,292	1,071
	KOAH	-,856	,588	2,117	1	,146	,425	,134	1,346
	Astım	-,092	,470	,039	1	,844	,912	,363	2,289
	Böbrek.Hastalığı	-,438	,458	,911	1	,340	,646	,263	1,586
	Karaciğer.Hastalığı	,746	,677	1,214	1	,271	2,109	,559	7,952
	İnme.Felç	,314	,587	,286	1	,593	1,369	,433	4,327
	Romatolojik.H	-,104	,366	,080	1	,777	,902	,440	1,846
	Kanser	2,237	,665	11,311	1	,001	9,367	2,543	34,500
	Psikiyatrik.H	,959	,516	3,450	1	,063	2,608	,949	7,171
	Demans	3,385	1,344	6,344	1	,012	29,517	2,119	411,202
	Diğer.Hastalıklar	,046	,457	,010	1	,920	1,047	,427	2,566
	E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	-,219	,393	,309	1	,578	,804	,372	1,737
	E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	,284	,414	,471	1	,492	1,329	,590	2,994
	E3.Kendi.ilaç.bilgisine.dayanarak.ilaç.kullanma	-,041	,410	,010	1	,920	,960	,430	2,143
	E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	,270	,301	,804	1	,370	1,310	,726	2,365
	E5.İnternette.arastırarak.ilaç.kullanma	-,746	,502	2,205	1	,138	,474	,177	1,269
	E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	,421	,344	1,500	1	,221	1,524	,777	2,990
	E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarla.kullanma	-,127	,810	,025	1	,875	,881	,180	4,310
	E9.İlacı.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	-,071	,785	,008	1	,928	,932	,200	4,344
	Bas.Dr.ikinci.gör.al.iht.his.etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma	-,296	,298	,986	1	,321	,743	,414	1,335
	Acile.Basvurma	,383	,279	1,878	1	,171	1,466	,848	2,534
	Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma	,020	,289	,005	1	,945	1,020	,578	1,799
	Yatarak.tedavi.olma	1,264	,309	16,720	1	,000	3,538	1,931	6,483
	Doktora.Basvurma	2,487	,311	63,836	1	,000	12,025	6,533	22,133
	Constant	-4,310	1,507	8,184	1	,004			

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puani, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKİ, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.dayanarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.İnternette.arastırarak.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarla.kullanma, E9.İlacı.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma, Bas.Dr.ikinci.gör.al.iht.his.etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma, Acile.Basvurma, Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma, Yatarak.tedavi.olma, Doktora.Basvurma.

**EK 5.48. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Hastane Hizmetlerini Kullanımı Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

		Variables in the Equation					95% C.I. for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	SH.Erisim	,008	,021	,150	1	,699	1,008	,967	1,051
	SH.Anlama	,025	,024	1,095	1	,295	1,026	,978	1,075
	SH.Değerlendirme	-,046	,024	3,692	1	,055	,955	,910	1,001
	SH.Uygulama	,010	,026	,143	1	,705	1,010	,960	1,063
	HK.Erisim	,000	,025	,000	1	,996	1,000	,952	1,050
	HK.Anlama	-,010	,025	,158	1	,691	,990	,943	1,040
	HK.Değerlendirme	,015	,026	,314	1	,575	1,015	,964	1,069
	HK.Uygulama	-,001	,021	,004	1	,952	,999	,959	1,040
	SG.Erisim	,029	,024	1,510	1	,219	1,029	,983	1,078
	SG.Anlama	-,030	,024	1,624	1	,202	,970	,926	1,016
	SG.Değerlendirme	,007	,023	,083	1	,773	1,007	,962	1,053
	SG.Uygulama	,002	,016	,009	1	,923	1,002	,970	1,034
	Cinsiyet	-,308	,310	,989	1	,320	,735	,401	1,348
	Medeni.Durum	,350	,359	,952	1	,329	1,420	,702	2,870
	Eğitim.Düzeyi			4,578	3	,205			
	Eğitim.Düzeyi(1)	,686	,563	1,483	1	,223	1,986	,658	5,990
	Eğitim.Düzeyi(2)	,641	,647	,981	1	,322	1,898	,534	6,745
	Eğitim.Düzeyi(3)	1,304	,711	3,365	1	,067	3,685	,915	14,849
	Yaş	,007	,012	,305	1	,581	1,007	,983	1,031
	İstihdam.Durumu			2,427	2	,297			
	İstihdam.Durumu(1)	-,670	,435	2,376	1	,123	,512	,218	1,200
	İstihdam.Durumu(2)	-,689	,740	,866	1	,352	,502	,118	2,143
	Hane.Geliri			2,536	3	,469			
	Hane.Geliri(1)	-,337	,439	,590	1	,443	,714	,302	1,687
	Hane.Geliri(2)	-,237	,464	,260	1	,610	,789	,318	1,961
	Hane.Geliri(3)	,276	,541	,261	1	,610	1,318	,457	3,805
	Yaşanılan.Yer	,118	,405	,085	1	,771	1,125	,509	2,488
	Sosyal.Statü.Algısı	-,158	,081	3,844	1	,050	,854	,729	1,000
	Egzersiz.Türü			,571	2	,751			
	Egzersiz.Türü(1)	,218	,324	,452	1	,502	1,243	,659	2,344
	Egzersiz.Türü(2)	,006	,438	,000	1	,989	1,006	,426	2,375
	Sigara.kullanma	,192	,364	,278	1	,598	1,212	,594	2,471
	Alkol.kullanma	,000	,396	,000	1	,999	1,000	,460	2,176
	Diyet.yapma	-,113	,311	,132	1	,716	,893	,485	1,643
	BKI	-,010	,030	,111	1	,739	,990	,934	1,050
	EÖSBK			1,542	2	,463			
	EÖSBK(1)	,080	,488	,027	1	,870	1,083	,416	2,819
	EÖSBK(2)	-,910	,751	1,471	1	,225	,402	,092	1,752
	Genel.Sağlık.Durumu	-,077	,195	,154	1	,695	,926	,632	1,358
	Kalp.damar.hastalığı	,019	,335	,003	1	,955	1,019	,528	1,966
	Hiperlipidemi	-,347	,331	1,101	1	,294	,707	,370	1,351
	Dişabet	,468	,399	1,372	1	,241	1,596	,730	3,491
	Hipertansiyon	-,513	,340	2,272	1	,132	,599	,308	1,166
	KOAH	-,858	,596	2,071	1	,150	,424	,132	1,364
	Astım	-,248	,482	,265	1	,607	,780	,303	2,006
	Böbrek.Hastalığı	-,421	,472	,797	1	,372	,656	,260	1,654
	Karaciğer.Hastalığı	,818	,689	1,412	1	,235	2,266	,588	8,740
	İnme.Felç	,408	,601	,461	1	,497	1,504	,463	4,882
	Romatolojik.H	-,078	,375	,043	1	,835	,925	,443	1,930
	Kanser	2,338	,691	11,457	1	,001	10,363	2,676	40,131
	Psikiyatrik.H	,853	,527	2,622	1	,105	2,347	,836	6,592
	Demans	2,807	1,362	4,246	1	,039	16,554	1,147	238,939
	Diğer.Hastalıklar	,072	,463	,024	1	,876	1,075	,434	2,663
	E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	-,208	,410	,259	1	,611	,812	,364	1,812
	E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	,228	,423	,290	1	,590	1,256	,548	2,878
	E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma	,004	,422	,000	1	,992	1,004	,439	2,298
	E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	,271	,316	,739	1	,390	1,312	,706	2,437
	E5.Internette.arastırarak.ilaç.kullanma	-,617	,527	1,370	1	,242	,540	,192	1,516
	E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	,373	,352	1,122	1	,289	1,452	,728	2,898
	E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma	-,031	,835	,001	1	,971	,970	,189	4,978
	E9.İlaç.dr.önerdiği.süreye.uymun.kullanma	-,106	,819	,017	1	,897	,899	,181	4,479
	Bas.Dr.ikinci.gör.al iht.his	-,248	,308	,647	1	,421	,780	,426	1,428
	Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma	,194	,582	,111	1	,739	1,214	,388	3,797
	Acile.Basurma	,434	,287	2,290	1	,130	1,544	,880	2,710
	Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma	,045	,302	,022	1	,882	1,046	,579	1,889
	Yatarak.tedavi.olma	1,260	,315	15,963	1	,000	3,524	1,900	6,538
	Doktora.Başurma	2,540	,319	63,442	1	,000	12,683	6,788	23,696
	Constant	-4,190	1,604	6,819	1	,009	,015		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Dişabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.Internette.arastırarak.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma, E9.İlaç.dr.önerdiği.süreye.uymun.kullanma, Bas.Dr.ikinci.gör.al iht.his, Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma, Acile.Basurma, Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma, Yatarak.tedavi.olma, Doktora.Başurma.



**EK 5.49. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Diğer Sağlık Profesyonellerinden Hizmet Alma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation					95% C.I. for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,015	,016	,827	1	,363	,985	,955	1,017
	Cinsiyet	,324	,274	1,395	1	,238	1,382	,808	2,365
	Medeni.Durum	,458	,311	2,160	1	,142	1,580	,858	2,909
	Eğitim.Düzeyi			2,148	3	,542			
	Eğitim.Düzeyi(1)	-,614	,511	1,443	1	,230	,541	,199	1,473
	Eğitim.Düzeyi(2)	-,715	,560	1,631	1	,202	,489	,163	1,466
	Eğitim.Düzeyi(3)	-,472	,607	,605	1	,437	,624	,190	2,049
	Yaş	-,018	,011	2,744	1	,098	,983	,962	1,003
	İstihdam.Durumu			4,375	2	,112			
	İstihdam.Durumu(1)	-,613	,357	2,940	1	,086	,542	,269	1,092
	İstihdam.Durumu(2)	-1,188	,636	3,492	1	,062	,305	,088	1,060
	Hane.Geliri			4,231	3	,238			
	Hane.Geliri(1)	,702	,371	3,584	1	,058	2,018	,976	4,175
	Hane.Geliri(2)	,458	,389	1,389	1	,239	1,581	,738	3,387
	Hane.Geliri(3)	,792	,477	2,755	1	,097	2,208	,867	5,625
	Yaşanılan.Yer	,936	,338	7,673	1	,006	2,551	1,315	4,948
	Sosyal.Statü.Algısı	,044	,070	,392	1	,531	1,045	,911	1,199
	Egezersiz.Türü			1,055	2	,590			
	Egezersiz.Türü(1)	,073	,272	,072	1	,788	1,076	,632	1,832
	Egezersiz.Türü(2)	,385	,380	1,024	1	,312	1,469	,697	3,096
	Sigara.kullanma	,059	,309	,036	1	,849	1,060	,579	1,943
	Alkol.kullanma	,322	,380	,716	1	,397	1,379	,655	2,904
	Diyet.yapma	,445	,288	2,382	1	,123	1,560	,887	2,744
	BKI	,020	,027	,531	1	,466	1,020	,968	1,075
	EÖSBK			2,236	2	,327			
	EÖSBK(1)	,659	,474	1,933	1	,164	1,932	,763	4,892
	EÖSBK(2)	-,262	,658	,159	1	,690	,769	,212	2,793
	Genel.Sağlık.Durumu	,166	,176	,884	1	,347	1,180	,835	1,668
	Kalp.damar.hastalığı	-,133	,285	,218	1	,641	,876	,501	1,530
	Hiperlipidemi	,421	,294	2,052	1	,152	1,523	,856	2,710
	Diyabet	-,978	,359	7,428	1	,006	,376	,186	,760
	Hipertansiyon	,024	,308	,006	1	,938	1,024	,560	1,873
	KOAH	,116	,576	,041	1	,840	1,123	,363	3,472
	Astım	,231	,512	,204	1	,652	1,260	,462	3,440
	Böbrek.Hastalığı	-,362	,432	,704	1	,402	,696	,299	1,622
	Karaciğer.Hastalığı	,645	,680	,900	1	,343	1,907	,503	7,234
	İnme.Felç	,002	,606	,000	1	,998	1,002	,305	3,288
	Romatolojik.H	,030	,353	,007	1	,933	1,030	,515	2,059
	Kanser	,074	,467	,025	1	,874	1,077	,431	2,689
	Psikiyatrik.H	1,721	,610	7,966	1	,005	5,588	1,692	18,456
	Demans	-,992	1,011	,962	1	,327	,371	,051	2,692
	Diğer.Hastalıklar	1,051	,464	5,131	1	,024	2,859	1,152	7,097
	E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	,436	,370	1,388	1	,239	1,547	,749	3,198
	E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	-,111	,394	,079	1	,778	,895	,414	1,936
	E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma	-,092	,375	,061	1	,805	,912	,437	1,901
	E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	-,337	,277	1,487	1	,223	,714	,415	1,227
	E5.Internette.arastırarak.ilaç.kullanma	,691	,469	2,177	1	,140	1,996	,797	5,001
	E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	-,101	,325	,097	1	,755	,903	,477	1,710
	E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma	-,339	,742	,208	1	,648	,713	,167	3,050
	E9.İlaç.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	,140	,709	,039	1	,843	1,151	,286	4,622
	Bas.Dr.İkinci.gör.al.iht.his	-,270	,277	,951	1	,329	,763	,443	1,314
	Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olun.bir.ilaç.kullanma	,669	,638	1,098	1	,295	1,952	,559	6,819
	Acile.Basvurma	,315	,252	1,553	1	,213	1,370	,835	2,246
	Yatarak.tedavi.olma	,270	,282	,917	1	,338	1,310	,754	2,278
	Doktora.Basvurma	,633	,263	5,770	1	,016	1,882	1,123	3,154
	Constant	-1,757	1,383	1,614	1	,204	,172		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.Internette.arastırarak.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma, E9.İlaç.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma, Bas.Dr.İkinci.gör.al.iht.his, Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olun.bir.ilaç.kullanma, Acile.Basvurma, Yatarak.tedavi.olma, Doktora.Basvurma.

**EK 5.50. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Diğer Sağlık Profesyonellerinden Hizmet Alma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation							95% C.I. for EXP(B)	
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-.032	.020	2,441	1	.118	.969	.931	1,008
SH.Anlama	-.035	.022	2,550	1	.110	.965	.924	1,008
SH.Değerlendirme	-.009	.022	.182	1	.669	.991	.950	1,034
SH.Uygulama	-.032	.024	1,754	1	.185	.968	.923	1,016
HK.Erisim	.051	.022	5,247	1	.022	1,053	1,007	1,100
HK.Anlama	-.016	.023	.476	1	.490	.984	.941	1,030
HK.Değerlendirme	.003	.023	.014	1	.905	1,003	.958	1,050
HK.Uygulama	.009	.019	.237	1	.626	1,009	.973	1,047
SG.Erisim	.009	.022	.171	1	.679	1,009	.967	1,053
SG.Anlama	.011	.022	.258	1	.612	1,011	.968	1,056
SG.Değerlendirme	.005	.021	.050	1	.822	1,005	.964	1,047
SG.Uygulama	-.005	.015	.124	1	.725	.995	.966	1,024
Cinsiyet	.136	.283	.229	1	.632	1,145	.657	1,995
Medeni.Durum	.440	.327	1,810	1	.178	1,553	.818	2,948
Eğitim.Düzeıı			2,541	3	.468			
Eğitim.Düzeıı(1)	-.643	.528	1,480	1	.224	.526	.187	1,481
Eğitim.Düzeıı(2)	-.720	.580	1,542	1	.214	.487	.156	1,517
Eğitim.Düzeıı(3)	-.378	.630	.359	1	.549	.686	.199	2,357
Yaş	-.023	.011	4,191	1	.041	.978	.957	.999
İstihdam.Durumu			3,067	2	.216			
İstihdam.Durumu(1)	-.621	.374	2,750	1	.097	.537	.258	1,120
İstihdam.Durumu(2)	-.839	.661	1,612	1	.204	.432	.118	1,579
Hane.Geliri			5,275	3	.153			
Hane.Geliri(1)	.815	.389	4,383	1	.036	2,259	1,053	4,844
Hane.Geliri(2)	.492	.405	1,478	1	.224	1,635	.740	3,614
Hane.Geliri(3)	.913	.497	3,378	1	.066	2,492	.941	6,598
Yaşanılan.Yer	.883	.351	6,334	1	.012	2,418	1,216	4,808
Sosyal.Statü.Algısı	.095	.073	1,682	1	.195	1,100	.953	1,270
Egezersiz.Türü			.785	2	.675			
Egezersiz.Türü(1)	.033	.286	.013	1	.909	1,033	.590	1,810
Egezersiz.Türü(2)	.338	.403	.705	1	.401	1,402	.637	3,087
Sigara.kullanma	.193	.329	.343	1	.558	1,213	.636	2,310
Alkol.kullanma	.369	.397	.866	1	.352	1,447	.665	3,150
Diyet.yapma	.416	.299	1,943	1	.163	1,517	.844	2,724
BKİ	.024	.028	.732	1	.392	1,024	.970	1,081
EÖSBK			.865	2	.649			
EÖSBK(1)	.409	.493	.689	1	.406	1,505	.573	3,953
EÖSBK(2)	-.230	.693	.110	1	.741	.795	.204	3,093
Genel.Sağlık.Durumu	.142	.189	.563	1	.453	1,152	.796	1,669
Kalp.damar.hastalığı	-.159	.299	.281	1	.596	.853	.474	1,534
Hipertlipidemi	.400	.309	1,676	1	.195	1,492	.814	2,736
Diyabet	-1,025	.376	7,430	1	.006	.359	.172	.750
Hipertansiyon	.137	.321	.181	1	.670	1,146	.611	2,150
KOAH	-.066	.592	.012	1	.911	.936	.293	2,987
Astım	.186	.535	.121	1	.728	1,204	.422	3,436
Böbrek.Hastalığı	-.352	.447	.619	1	.432	.704	.293	1,690
Karaciğer.Hastalığı	.494	.730	.459	1	.498	1,640	.392	6,853
İnme.Felç	-.104	.622	.028	1	.868	.901	.266	3,053
Romatolojik.H	.053	.367	.021	1	.886	1,054	.513	2,166
Kanser	.106	.485	.048	1	.826	1,112	.430	2,877
Psikiyatrik.H	1,824	.633	8,287	1	.004	6,194	1,790	21,437
Demans	-1,233	1,039	1,407	1	.235	.292	.038	2,234
Diğer.Hastalıklar	.995	.478	4,334	1	.037	2,705	1,060	6,903
E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	.402	.388	1,074	1	.300	1,495	.699	3,197
E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	-.052	.405	.016	1	.898	.950	.429	2,102
E3.Kendi.ilaç.bilgisine.dayanarak.ilaç.kullanma	-.150	.396	.143	1	.706	.861	.396	1,871
E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	-.442	.292	2,286	1	.131	.643	.363	1,140
E5.Internetten.arastırarak.ilaç.kullanma	.784	.490	2,557	1	.110	2,190	.838	5,726
E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	-.155	.335	.214	1	.643	.856	.444	1,651
E8.İlaçı.dr.önerdiği.miktarda.kullanma	-.686	.765	.805	1	.370	.504	.113	2,254
E9.İlacı.dr.önerdiği.süreye.uygün.kullanma	.494	.747	.438	1	.508	1,639	.379	7,078
Bas.Dr.İkinci.gör.al.iht.his	-.450	.290	2,411	1	.121	.638	.362	1,125
Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma	.605	.665	.827	1	.363	1,832	.497	6,746
Acile.Basurma	.383	.263	2,117	1	.146	1,466	.876	2,456
Yatarak.tedavi.olma	.347	.294	1,390	1	.238	1,414	.795	2,517
Doktora.Başurma	.692	.272	6,484	1	.011	1,999	1,173	3,406
Constant	-.947	1,466	.418	1	.518	.388		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeıı, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKİ, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hipertlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.dayanarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.Internetten.arastırarak.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.İlaçı.dr.önerdiği.miktarda.kullanma, E9.İlacı.dr.önerdiği.süreye.uygün.kullanma, Bas.Dr.İkinci.gör.al.iht.his, Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma, Acile.Basurma, Yatarak.tedavi.olma, Doktora.Başurma.

## EK 5.51. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Kardiyoloji Polikliniğine Başvurma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı

		Variables in the Equation					95% C.I. for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,011	,018	,366	1	,545	,989	,955	1,025
	Cinsiyet	,412	,303	1,851	1	,174	1,509	,834	2,731
	Medeni.Durum	,230	,335	,471	1	,492	1,259	,652	2,429
	Eğitim.Düzeyi			2,176	3	,537			
	Eğitim.Düzeyi(1)	-,022	,589	,001	1	,970	,978	,308	3,104
	Eğitim.Düzeyi(2)	,539	,653	,683	1	,409	1,715	,477	6,163
	Eğitim.Düzeyi(3)	,489	,692	,500	1	,480	1,631	,420	6,335
	Yaş	-,003	,012	,064	1	,800	,997	,975	1,020
	İstihdam.Durumu			5,590	2	,061			
	İstihdam.Durumu(1)	-,889	,378	5,529	1	,019	,411	,196	,862
	İstihdam.Durumu(2)	-,880	,677	1,687	1	,194	,415	,110	1,565
	Hane.Geliri			1,877	3	,598			
	Hane.Geliri(1)	,189	,427	,196	1	,658	1,208	,523	2,791
	Hane.Geliri(2)	,535	,446	1,438	1	,230	1,707	,712	4,093
	Hane.Geliri(3)	,521	,525	,986	1	,321	1,684	,602	4,708
	Yaşanılan.Yer	,246	,383	,413	1	,521	1,279	,603	2,712
	Sosyal.Statü.Algısı	-,116	,075	2,403	1	,121	,890	,769	1,031
	Egzersiz.Türü			,148	2	,929			
	Egzersiz.Türü(1)	,114	,303	,141	1	,707	1,121	,619	2,031
	Egzersiz.Türü(2)	,044	,404	,012	1	,914	1,045	,474	2,304
	Sigara.kullanma	-,209	,327	,409	1	,523	,811	,428	1,540
	Alkol.kullanma	-,577	,388	2,207	1	,137	,562	,263	1,202
	Diyet.yapma	-,154	,312	,243	1	,622	,857	,465	1,581
	BKİ	,017	,030	,310	1	,578	1,017	,959	1,078
	EÖSBK			2,144	2	,342			
	EÖSBK(1)	-,335	,461	,529	1	,467	,715	,290	1,765
	EÖSBK(2)	-,993	,747	1,789	1	,184	,370	,086	1,601
	Genel.Sağlık.Durumu	,173	,188	,840	1	,359	1,189	,822	1,719
	Kalp.damar.hastalığı	1,796	,291	37,953	1	,000	6,024	3,402	10,665
	Hiperlipidemi	,308	,322	,916	1	,339	1,361	,724	2,557
	Diyabet	,346	,422	,671	1	,413	1,413	,618	3,230
	Hipertansiyon	,306	,333	,843	1	,359	1,358	,707	2,609
	KOAH	-,289	,677	,182	1	,669	,749	,199	2,822
	Astım	-,150	,501	,090	1	,765	,861	,323	2,297
	Böbrek.Hastalığı	,408	,534	,583	1	,445	1,504	,528	4,283
	Karaciğer.Hastalığı	,075	,675	,012	1	,912	1,078	,287	4,050
	İnme.Felç	-,844	,635	1,768	1	,184	,430	,124	1,492
	Romatolojik.H	,086	,397	,048	1	,827	1,090	,501	2,372
	Kanser	,062	,493	,016	1	,899	1,064	,405	2,794
	Psikiyatrik.H	,318	,503	,401	1	,526	1,375	,513	3,684
	Demans	19,492	1,3730,971	,000	1	,999	292038820,7	,000	.
	Diğer.Hastalıklar	-,149	,436	,117	1	,732	,861	,366	2,025
	E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	-,269	,415	,420	1	,517	,764	,339	1,724
	E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	,070	,421	,028	1	,867	1,073	,470	2,447
	E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma	-,151	,418	,132	1	,717	,859	,379	1,949
	E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	,180	,301	,355	1	,551	1,197	,663	2,160
	E5.İnternette araştıran.ilaç.kullanma	,733	,519	1,997	1	,158	2,081	,753	5,750
	E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	,061	,368	,027	1	,869	1,062	,516	2,186
	E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarıda.kullanma	1,033	,886	1,359	1	,244	2,808	,495	15,933
	E9.İlaç.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	-,837	,859	,949	1	,330	,433	,080	2,333
	Bas.Dr.İkinci.gör.al.iht.his	,356	,303	1,384	1	,239	1,428	,789	2,586
	Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma	2,156	1,082	3,970	1	,046	8,640	1,036	72,055
	Acile.Basvurma	,367	,280	1,719	1	,190	1,444	,834	2,499
	Yatarak.tedavi.olma	,987	,318	9,657	1	,002	2,683	1,440	4,999
	Diğ.Sag.Prof.HizAlma	,113	,280	,163	1	,686	1,120	,647	1,938
	Constant	-3,014	1,515	3,957	1	,047	,049		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKİ, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.İnternette araştıran.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarıda.kullanma, E9.İlaç.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma, Bas.Dr.İkinci.gör.al.iht.his, Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma, Acile.Basvurma, Yatarak.tedavi.olma, Diğ.Sag.Prof.HizAlma.

### EK 5.52. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Kardiyoloji Polikliniğine Başvurma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı

Variables in the Equation							95% C.I.for EXP(B)	
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	,018	,022	,656	1	,418	1,018	,975	1,062
SH.Anlama	,017	,023	,527	1	,468	1,017	,972	1,063
SH.Değerlendirme	,004	,024	,033	1	,856	1,004	,958	1,053
SH.Uygulama	-,051	,027	3,597	1	,058	,950	,901	1,002
HK.Erisim	-,047	,025	3,621	1	,057	,954	,909	1,001
HK.Anlama	-,004	,024	,026	1	,871	,996	,950	1,044
HK.Değerlendirme	,027	,026	1,036	1	,309	1,027	,976	1,081
HK.Uygulama	,001	,021	,001	1	,974	1,001	,960	1,043
SG.Erisim	,032	,025	1,635	1	,201	1,032	,983	1,084
SG.Anlama	,008	,024	,105	1	,745	1,008	,961	1,057
SG.Değerlendirme	-,038	,024	2,584	1	,108	,963	,919	1,008
SG.Uygulama	,022	,016	1,822	1	,177	1,022	,990	1,055
Cinsiyet	,455	,317	2,060	1	,151	1,576	,847	2,934
Medeni.Durum	,181	,352	,266	1	,606	1,199	,602	2,388
Eğitim.Düzeyi			2,110	3	,550			
Eğitim.Düzeyi(1)	,161	,630	,065	1	,799	1,174	,341	4,038
Eğitim.Düzeyi(2)	,719	,701	1,052	1	,305	2,053	,519	8,115
Eğitim.Düzeyi(3)	,617	,738	,699	1	,403	1,854	,436	7,881
Yaş	-,006	,012	,231	1	,631	,994	,971	1,018
İstihdam.Durumu			5,244	2	,073			
İstihdam.Durumu(1)	-,903	,395	5,219	1	,022	,406	,187	,880
İstihdam.Durumu(2)	-,820	,709	1,335	1	,248	,441	,110	1,770
Hane.Geliri			2,485	3	,478			
Hane.Geliri(1)	-,041	,451	,008	1	,927	,960	,396	2,323
Hane.Geliri(2)	,470	,466	1,016	1	,313	1,600	,642	3,987
Hane.Geliri(3)	,473	,541	,765	1	,382	1,605	,556	4,635
Yaşanılan.Yer	,165	,403	,167	1	,683	1,179	,535	2,599
Sosyal.Statü,Algısı	-,118	,079	2,229	1	,135	,889	,761	1,038
Egzersiz.Türü			,121	2	,941			
Egzersiz.Türü(1)	,070	,321	,047	1	,828	1,072	,572	2,010
Egzersiz.Türü(2)	-,054	,428	,016	1	,899	,947	,410	2,190
Sigara.kullanma	-,218	,348	,391	1	,532	,804	,406	1,592
Alkol.kullanma	-,505	,402	1,574	1	,210	,604	,274	1,328
Diyet.yapma	-,211	,323	,427	1	,513	,809	,429	1,526
BKI	,015	,031	,232	1	,630	1,015	,955	1,079
EÖSBK			2,573	2	,276			
EÖSBK(1)	-,392	,482	,663	1	,416	,676	,263	1,737
EÖSBK(2)	-1,120	,766	2,138	1	,144	,326	,073	1,464
Genel.Sağlık.Durumu	,235	,199	1,394	1	,238	1,265	,856	1,870
Kalp.damar.hastalığı	1,825	,308	35,042	1	,000	6,200	3,389	11,344
Hiperlipidemi	,372	,341	1,189	1	,275	1,451	,743	2,833
Dişabet	,459	,447	1,053	1	,305	1,582	,659	3,802
Hipertansiyon	,201	,350	,330	1	,565	1,223	,616	2,427
KOAH	-,219	,694	,099	1	,753	,804	,206	3,131
Astım	-,272	,530	,262	1	,609	,762	,269	2,155
Böbrek.Hastalığı	,561	,553	1,030	1	,310	1,753	,593	5,184
Karaciğer.Hastalığı	,045	,706	,004	1	,949	1,046	,262	4,177
İnme,Felç	-,940	,652	2,081	1	,149	,390	,109	1,401
Romatolojik.H	,049	,402	,015	1	,902	1,051	,478	2,311
Kanser	,066	,514	,016	1	,898	1,068	,390	2,926
Psikiyatrik.H	,407	,534	,583	1	,445	1,503	,528	4,276
Demans	18,983	13856,092	,000	1	,999	175485841,0	,000	,
Diğer.Hastalıklar	-,350	,447	,612	1	,434	,705	,293	1,693
E1_Dr.tavsiyesi.olmadan.ilac.kullanma	-,251	,443	,323	1	,570	,778	,327	1,852
E2_Çevre.tavsiyesiyle.ilac.kullanma	,052	,433	,014	1	,905	1,053	,451	2,461
E3_Kendi.ilac.bilgisine.dayanarak.ilac.kullanma	-,158	,446	,125	1	,723	,854	,357	2,046
E4_Eczaneye.danşarak.ilac.kullanma	,141	,318	,195	1	,658	1,151	,617	2,147
E5_Internette.arastirarak.ilac.kullanma	,687	,531	1,673	1	,196	1,988	,702	5,630
E7_Evdeki.ilac.lar.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	,194	,380	,260	1	,610	1,214	,577	2,554
E8_ilacı.dr.önerdiği.miktar.da.kullanma	1,619	,945	2,934	1	,087	5,049	,792	32,204
E9_ilacı.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	-1,439	,918	2,457	1	,117	,237	,039	1,434
Bas.Dr.ikinci.gör.al.iht.his	,434	,316	1,884	1	,170	1,543	,831	2,867
Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilac.kullanma	2,468	1,116	4,892	1	,027	11,797	1,324	105,086
Acile.Basvurma	,357	,292	1,499	1	,221	1,429	,807	2,530
Yatarak.tedavi.olma	,965	,329	8,610	1	,003	2,625	1,378	5,001
Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma	,174	,291	,357	1	,550	1,190	,672	2,106
Constant	-2,521	1,648	2,341	1	,126	,080		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü,Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Dişabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme,Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, E1\_Dr.tavsiyesi.olmadan.ilac.kullanma, E2\_Çevre.tavsiyesiyle.ilac.kullanma, E3\_Kendi.ilac.bilgisine.dayanarak.ilac.kullanma, E4\_Eczaneye.danşarak.ilac.kullanma, E5\_Internette.arastirarak.ilac.kullanma, E7\_Evdeki.ilac.lar.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8\_ilacı.dr.önerdiği.miktar.da.kullanma, E9\_ilacı.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma, Bas.Dr.ikinci.gör.al.iht.his, Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilac.kullanma, Acile.Basvurma, Yatarak.tedavi.olma, Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma.

### EK 5.53. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Hastaneye Yatışı Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı

		Variables in the Equation						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,005	,017	,090	1	,764	1,005	,973	1,038
	Cinsiyet	,484	,286	2,870	1	,090	1,623	,927	2,841
	Medeni.Durum	-,369	,313	1,391	1	,238	,691	,374	1,277
	Eğitim.Düzeyi			,668	3	,881			
	Eğitim.Düzeyi(1)	-,072	,507	,020	1	,888	,931	,344	2,517
	Eğitim.Düzeyi(2)	-,328	,579	,320	1	,572	,721	,231	2,243
	Eğitim.Düzeyi(3)	-,358	,623	,329	1	,566	,699	,206	2,372
	Yaş	-,002	,011	,044	1	,833	,998	,976	1,020
	İstihdam.Durumu			7,523	2	,023			
	İstihdam.Durumu(1)	,606	,397	2,329	1	,127	1,832	,842	3,989
	İstihdam.Durumu(2)	-1,525	,942	2,620	1	,106	,218	,034	1,379
	Hane.Geliri			4,037	3	,258			
	Hane.Geliri(1)	-,371	,389	,907	1	,341	,690	,322	1,480
	Hane.Geliri(2)	,076	,417	,033	1	,856	1,079	,477	2,441
	Hane.Geliri(3)	-,624	,503	1,541	1	,214	,536	,200	1,435
	Yaşanılan.Yer	,522	,367	2,027	1	,154	1,686	,822	3,458
	Sosyal.Statü.Algısı	,065	,072	,807	1	,369	1,067	,926	1,229
	Egzersiz.Türü			3,631	2	,163			
	Egzersiz.Türü(1)	,405	,283	2,044	1	,153	1,500	,860	2,613
	Egzersiz.Türü(2)	-,255	,445	,329	1	,566	,775	,324	1,853
	Sigara.kullanma	-,657	,358	3,369	1	,066	,518	,257	1,046
	Alkol.kullanma	-,560	,422	1,758	1	,185	,571	,250	1,307
	Diyet.yapma	-,006	,286	,000	1	,982	,994	,567	1,742
	BKİ	-,006	,028	,043	1	,836	,994	,942	1,050
	EÖSBK			1,737	2	,420			
	EÖSBK(1)	-,131	,507	,066	1	,797	,878	,325	2,372
	EÖSBK(2)	,909	,713	1,628	1	,202	2,483	,614	10,037
	Genel.Sağlık.Durumu	,373	,183	4,137	1	,042	1,452	1,014	2,079
	Kalp.damar.hastalığı	,875	,336	6,794	1	,009	2,398	1,242	4,629
	Hiperlipidemi	,218	,302	,524	1	,469	1,244	,689	2,246
	Diyabet	,171	,348	,242	1	,623	1,187	,599	2,350
	Hipertansiyon	,328	,305	1,157	1	,282	1,388	,764	2,522
	KOAH	,747	,544	1,887	1	,170	2,110	,727	6,122
	Astım	,139	,466	,089	1	,766	1,149	,461	2,864
	Böbrek.Hastalığı	,395	,417	,899	1	,343	1,485	,656	3,362
	Karaciğer.Hastalığı	-,156	,640	,059	1	,807	,855	,244	3,001
	İnme.Felç	,078	,559	,020	1	,889	1,081	,362	3,233
	Romatolojik.H	-,375	,354	1,120	1	,290	,687	,343	1,376
	Kanser	-,116	,487	,057	1	,812	,891	,343	2,313
	Psikiyatrik.H	-,988	,455	4,705	1	,030	,372	,152	,909
	Demans	,242	1,001	,059	1	,809	1,274	,179	9,066
	Diğer.Hastalıklar	-,001	,425	,000	1	,997	,999	,434	2,298
	E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	,081	,390	,043	1	,836	1,084	,505	2,329
	E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	-,037	,433	,007	1	,931	,963	,412	2,250
	E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma	,538	,416	1,676	1	,195	1,713	,758	3,871
	E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	-,008	,293	,001	1	,979	,992	,559	1,761
	E5.İnternette.arastırarak.ilaç.kullanma	,085	,513	,028	1	,868	1,089	,398	2,977
	E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	-,336	,334	1,010	1	,315	,715	,372	1,375
	E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma	,113	,816	,019	1	,890	1,119	,226	5,536
	E9.İlacı.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	-,762	,792	,926	1	,336	,467	,099	2,203
	Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma	-1,053	,570	3,411	1	,065	,349	,114	1,067
	Acile.Basurma	,902	,282	10,265	1	,001	2,465	1,419	4,279
	Doktora.Başurma	,861	,303	8,067	1	,005	2,366	1,306	4,285
	Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma	,263	,286	,845	1	,358	1,300	,743	2,276
	Constant	-4,843	1,487	10,603	1	,001	,008		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKİ, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.İnternette.arastırarak.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.İlaç.dr.önerdiği.miktarda.kullanma, E9.İlacı.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma, Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma, Acile.Basurma, Doktora.Başurma, Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma.

**EK 5.54. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Hastaneye Yatışı Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation								95% C.I. for EXP(B)	
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper	
Step 1 <sup>a</sup>									
SH.Erisim	,025	,020	1,594	1	,207	1,025	,986	1,066	
SH.Anlama	,025	,024	1,089	1	,297	1,025	,978	1,074	
SH.Değerlendirme	-,015	,024	,395	1	,530	,985	,939	1,033	
SH.Uygulama	,009	,025	,118	1	,731	1,009	,960	1,060	
HK.Erisim	-,002	,024	,004	1	,948	,998	,952	1,047	
HK.Anlama	-,025	,023	1,132	1	,287	,975	,932	1,021	
HK.Değerlendirme	-,013	,026	,264	1	,608	,987	,937	1,038	
HK.Uygulama	,022	,022	1,062	1	,303	1,022	,980	1,067	
SG.Erisim	,002	,024	,010	1	,921	1,002	,957	1,050	
SG.Anlama	,011	,025	,215	1	,643	1,012	,964	1,062	
SG.Değerlendirme	-,023	,023	1,031	1	,310	,977	,935	1,022	
SG.Uygulama	,003	,015	,032	1	,858	1,003	,973	1,033	
Cinsiyet	,555	,296	3,513	1	,061	1,742	,975	3,111	
Medeni.Durum	-,351	,321	1,195	1	,274	,704	,375	1,321	
Eğitim.Düzeöl			,670	3	,880				
Eğitim.Düzeöl(1)	-,053	,532	,010	1	,920	,948	,334	2,689	
Eğitim.Düzeöl(2)	-,327	,605	,292	1	,589	,721	,220	2,362	
Eğitim.Düzeöl(3)	-,343	,644	,284	1	,594	,709	,201	2,508	
Yaş	,000	,012	,000	1	,995	1,000	,977	1,023	
İstihdam.Durumu			6,632	2	,036				
İstihdam.Durumu(1)	,542	,408	1,763	1	,184	1,719	,773	3,823	
İstihdam.Durumu(2)	-,1586	,980	2,618	1	,106	,205	,030	1,398	
Hane.Geliri			4,728	3	,193				
Hane.Geliri(1)	-,463	,401	1,331	1	,249	,629	,287	1,382	
Hane.Geliri(2)	,107	,428	,062	1	,803	1,113	,481	2,576	
Hane.Geliri(3)	-,633	,505	1,567	1	,211	,531	,197	1,430	
Yaşanılan.Yer	,601	,381	2,494	1	,114	1,824	,865	3,846	
Sosyal.Statü.Algısı	,054	,075	,531	1	,466	1,056	,912	1,222	
Egzersiz.Türü			4,173	2	,124				
Egzersiz.Türü(1)	,423	,302	1,962	1	,161	1,526	,845	2,758	
Egzersiz.Türü(2)	-,346	,471	,540	1	,462	,708	,281	1,780	
Sigara.kullanma	-,768	,379	4,098	1	,043	,464	,221	,976	
Alkol.kullanma	-,536	,435	1,518	1	,218	,585	,250	1,373	
Diyet.yapma	-,028	,296	,009	1	,924	,972	,544	1,736	
BKI	-,008	,028	,080	1	,778	,992	,939	1,048	
EÖSBK			2,204	2	,332				
EÖSBK(1)	-,021	,518	,002	1	,967	,979	,355	2,701	
EÖSBK(2)	1,053	,712	2,185	1	,139	2,867	,709	11,583	
Genel.Sağlık.Durumu	,436	,192	5,177	1	,023	1,547	1,062	2,252	
Kalp.damar.hastalığı	,755	,347	4,733	1	,030	2,127	1,078	4,197	
Hiperlipidemi	,133	,316	,176	1	,675	1,142	,614	2,122	
Diyabet	,128	,361	,125	1	,723	1,136	,560	2,307	
Hipertansiyon	,337	,315	1,144	1	,285	1,401	,755	2,601	
KOAH	,768	,548	1,966	1	,161	2,156	,737	6,307	
Astım	,153	,480	,102	1	,750	1,166	,455	2,988	
Böbrek.Hastalığı	,545	,431	1,598	1	,206	1,725	,741	4,018	
Karaciğer.Hastalığı	-,198	,676	,086	1	,770	,820	,218	3,085	
İnme.Felç	,146	,563	,067	1	,795	1,157	,384	3,490	
Romatolojik.H	-,357	,360	,984	1	,321	,700	,345	1,417	
Kanser	-,063	,483	,017	1	,896	,939	,364	2,420	
Psikiyatrik.H	-,1018	,468	4,742	1	,029	,361	,145	,903	
Demans	,019	1,022	,000	1	,985	1,019	,137	7,556	
Diğer.Hastalıklar	,002	,434	,000	1	,997	1,002	,428	2,343	
E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma	,044	,402	,012	1	,913	1,045	,475	2,298	
E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma	-,069	,444	,024	1	,877	,933	,391	2,229	
E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma	,673	,434	2,413	1	,120	1,961	,838	4,587	
E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma	-,033	,300	,012	1	,913	,968	,538	1,742	
E5.Internette.n.araştıarak.ilaç.kullanma	,159	,527	,091	1	,763	1,172	,417	3,295	
E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme	-,387	,343	1,276	1	,259	,679	,347	1,329	
E8.ilaç.dr.önerdiği.miktar.da.kullanma	,256	,853	,090	1	,764	1,292	,243	6,867	
E9.ilaç.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma	-,955	,836	1,305	1	,253	,385	,075	1,981	
Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma	-,1057	,583	3,285	1	,070	,347	,111	1,090	
Acile.Basvurma	,869	,289	9,033	1	,003	2,384	1,353	4,201	
Doktora.Basvurma	,913	,312	8,588	1	,003	2,492	1,353	4,589	
Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma	,327	,294	1,238	1	,266	1,387	,780	2,467	
Constant	-5,399	1,565	11,893	1	,001	,005			

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeöl, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar, E1.Dr.tavsiyesi.olmadan.ilaç.kullanma, E2.Çevre.tavsiyesiyle.ilaç.kullanma, E3.Kendi.ilaç.bilgisine.daynarak.ilaç.kullanma, E4.Eczaneye.danşarak.ilaç.kullanma, E5.Internette.n.araştıarak.ilaç.kullanma, E7.Evdeki.ilaçların.son.kullanma.tarihine.dikkat.etme, E8.ilaç.dr.önerdiği.miktar.da.kullanma, E9.ilaç.dr.önerdiği.süreye.uygun.kullanma, Etken.maddesi.Varfarin.sodyum.olan.bir.ilaç.kullanma, Acile.Basvurma, Doktora.Basvurma, Dig.Sag.Prof.Hiz.Alma.

**EK 5.55. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Doktor Randevusuna Giderken Yanlarında Refakatçi Bulundurma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,063	,015	16,471	1	,000	,939	,911	,968
Cinsiyet	-,343	,246	1,945	1	,163	,710	,438	1,149
Medeni.Durum	-,039	,274	,021	1	,886	,961	,562	1,645
Eğitim.Düzeyi			7,802	3	,050			
Eğitim.Düzeyi(1)	-,740	,543	1,858	1	,173	,477	,164	1,383
Eğitim.Düzeyi(2)	-1,255	,582	4,652	1	,031	,285	,091	,892
Eğitim.Düzeyi(3)	-1,513	,607	6,206	1	,013	,220	,067	,724
Yaş	,008	,009	,663	1	,415	1,008	,989	1,027
İstihdam.Durumu			9,745	2	,008			
İstihdam.Durumu(1)	,082	,329	,062	1	,803	1,085	,570	2,066
İstihdam.Durumu(2)	1,595	,572	7,785	1	,005	4,930	1,608	15,120
Hane.Geliri			6,897	3	,075			
Hane.Geliri(1)	-,824	,348	5,597	1	,018	,439	,222	,868
Hane.Geliri(2)	-,362	,369	,959	1	,328	,696	,338	1,437
Hane.Geliri(3)	-,262	,429	,372	1	,542	,770	,332	1,784
Yaşanılan.Yer	-,563	,321	3,083	1	,079	,569	,304	1,068
Sosyal.Statü.Algısı	,123	,063	3,764	1	,052	1,131	,999	1,280
Genel.Sağlık.Durumu	-,190	,164	1,340	1	,247	,827	,599	1,141
A.F.Sınırlama.uclu			18,948	2	,000			
A.F.Sınırlama.uclu(1)	,662	,265	6,231	1	,013	1,938	1,153	3,260
A.F.Sınırlama.uclu(2)	1,412	,325	18,898	1	,000	4,104	2,172	7,758
Kalp.damar.hastalığı	,236	,256	,845	1	,358	1,266	,766	2,093
Hiperlipidemi	-,189	,265	,512	1	,474	,827	,493	1,390
Diyabet	,364	,321	1,282	1	,257	1,439	,766	2,702
Hipertansiyon	,389	,260	2,246	1	,134	1,476	,887	2,455
KOAH	,251	,538	,218	1	,640	1,286	,448	3,689
Astm	-,813	,431	3,559	1	,059	,443	,191	1,032
Böbrek.Hastalığı	,910	,408	4,970	1	,026	2,484	1,116	5,526
Karaciğer.Hastalığı	-,249	,549	,207	1	,649	,779	,266	2,284
İnme.Felç	-1,327	,547	5,894	1	,015	,265	,091	,774
Romatolojik.H	-,509	,311	2,673	1	,102	,601	,326	1,106
Kanser	,256	,426	,362	1	,548	1,292	,561	2,975
Psikiyatrik.H	,274	,416	,434	1	,510	1,315	,582	2,970
Demans	-,787	1,246	,398	1	,528	,455	,040	5,241
Diğer.Hastalıklar	-,184	,368	,250	1	,617	,832	,404	1,712
Constant	2,794	1,021	7,493	1	,006	16,339		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Genel.Sağlık.Durumu, A.F.Sınırlama.uclu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astm, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.56. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Doktor Randevusuna Giderken Yanlarında Refakatçi Bulundurma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation						95% C.I.for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	SH.Erisim	,008	,018	,189	1	,664	1,008	,973	1,043
	SH.Anlama	,024	,019	1,576	1	,209	1,025	,986	1,064
	SH.Değerlendirme	-,020	,020	1,004	1	,316	,981	,944	1,019
	SH.Uygulama	-,020	,022	,812	1	,367	,980	,938	1,024
	HK.Erisim	-,010	,020	,259	1	,611	,990	,952	1,029
	HK.Anlama	-,003	,020	,019	1	,889	,997	,960	1,036
	HK.Değerlendirme	-,035	,021	2,887	1	,089	,965	,927	1,005
	HK.Uygulama	-,017	,017	1,019	1	,313	,983	,952	1,016
	SG.Erisim	,021	,019	1,227	1	,268	1,021	,984	1,060
	SG.Anlama	,029	,021	1,944	1	,163	1,029	,988	1,072
	SG.Değerlendirme	,001	,019	,004	1	,949	1,001	,964	1,040
	SG.Uygulama	-,036	,013	8,021	1	,005	,965	,941	,989
	Cinsiyet	-,239	,256	,867	1	,352	,788	,477	1,302
	Medeni.Durum	-,059	,284	,044	1	,834	,942	,541	1,643
	Eğitim.Düzeyi			10,948	3	,012			
	Eğitim.Düzeyi(1)	-,686	,561	1,499	1	,221	,503	,168	1,511
	Eğitim.Düzeyi(2)	-1,402	,604	5,383	1	,020	,246	,075	,804
	Eğitim.Düzeyi(3)	-1,737	,633	7,536	1	,006	,176	,051	,608
	Yaş	,008	,010	,719	1	,397	1,008	,989	1,028
	İstihdam.Durumu			7,936	2	,019			
	İstihdam.Durumu(1)	,041	,335	,015	1	,902	1,042	,540	2,010
	İstihdam.Durumu(2)	1,460	,588	6,166	1	,013	4,305	1,360	13,625
	Hane.Geliri			6,360	3	,095			
	Hane.Geliri(1)	-,788	,358	4,830	1	,028	,455	,225	,918
	Hane.Geliri(2)	-,276	,383	,519	1	,471	,759	,358	1,607
	Hane.Geliri(3)	-,218	,443	,244	1	,622	,804	,338	1,914
	Yaşanılan.Yer	-,513	,332	2,388	1	,122	,598	,312	1,148
	Sosyal.Statü.Algısı	,096	,065	2,172	1	,141	1,101	,969	1,252
	Genel.Sağlık.Durumu	-,195	,169	1,333	1	,248	,823	,591	1,145
	A.F.Sınırlama.uclu			16,598	2	,000			
	A.F.Sınırlama.uclu(1)	,589	,275	4,588	1	,032	1,801	1,051	3,087
	A.F.Sınırlama.uclu(2)	1,367	,335	16,598	1	,000	3,923	2,032	7,571
	Kalp.damar.hastalığı	,239	,267	,798	1	,372	1,270	,752	2,143
	Hiperlipidemi	-,178	,276	,415	1	,519	,837	,488	1,437
	Diyabet	,288	,331	,754	1	,385	1,333	,696	2,553
	Hipertansiyon	,427	,270	2,497	1	,114	1,532	,903	2,601
	KOAH	,182	,561	,105	1	,746	1,199	,400	3,598
	Astım	-,805	,442	3,310	1	,069	,447	,188	1,064
	Böbrek.Hastalığı	,983	,425	5,340	1	,021	2,672	1,161	6,148
	Karaciğer.Hastalığı	-,109	,590	,034	1	,854	,897	,282	2,848
	İnme.Felç	-1,211	,545	4,931	1	,026	,298	,102	,867
	Romatolojik.H	-,402	,319	1,585	1	,208	,669	,358	1,251
	Kanser	,411	,445	,855	1	,355	1,509	,631	3,609
Psikiyatrik.H	,196	,419	,219	1	,640	1,217	,535	2,768	
Demans	-,742	1,307	,322	1	,570	,476	,037	6,173	
Diğer.Hastalıklar	-,288	,377	,583	1	,445	,750	,358	1,571	
Constant	2,745	1,068	6,600	1	,010	15,561			

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Genel.Sağlık.Durumu, A.F.Sınırlama.uclu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.



**EK 5.57. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Hastalığıyla İlgili Başka Doktorlardan İkinci Bir Görüş Alma İhtiyacı Hissetme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation					95% C.I. for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,009	,014	,368	1	,544	,991	,964	1,020
	Cinsiyet	-,214	,242	,778	1	,378	,808	,502	1,299
	Medeni.Durum	-,323	,264	1,500	1	,221	,724	,432	1,214
	Eğitim.Düzeyi			,373	3	,946			
	Eğitim.Düzeyi(1)	,045	,415	,012	1	,914	1,046	,464	2,359
	Eğitim.Düzeyi(2)	-,120	,478	,063	1	,802	,887	,348	2,263
	Eğitim.Düzeyi(3)	-,155	,507	,093	1	,760	,856	,317	2,314
	Yaş	-,017	,009	3,242	1	,072	,983	,965	1,001
	İstihdam.Durumu			,262	2	,877			
	İstihdam.Durumu(1)	,060	,340	,031	1	,861	1,061	,545	2,067
	İstihdam.Durumu(2)	,302	,596	,257	1	,612	1,352	,421	4,348
	Hane.Geliri			9,262	3	,026			
	Hane.Geliri(1)	,477	,313	2,320	1	,128	1,612	,872	2,979
	Hane.Geliri(2)	,003	,334	,000	1	,992	1,003	,521	1,931
	Hane.Geliri(3)	,922	,424	4,731	1	,030	2,513	1,095	5,767
	Yaşanılan.Yer	-,096	,297	,104	1	,747	,909	,508	1,626
	Sosyal.Statü.Algısı	,127	,063	4,139	1	,042	1,136	1,005	1,284
	EÖSBK			1,650	2	,438			
	EÖSBK(1)	-,507	,402	1,591	1	,207	,602	,274	1,324
	EÖSBK(2)	,102	,622	,027	1	,870	1,107	,327	3,750
	Genel.Sağlık.Durumu	,159	,148	1,152	1	,283	1,173	,877	1,568
	Kalp.damar.hastalığı	-,019	,259	,005	1	,942	,981	,591	1,631
	Hiperlipidemi	-,411	,248	2,762	1	,097	,663	,408	1,077
	Diyabet	-,437	,287	2,314	1	,128	,646	,368	1,134
	Hipertansiyon	-,498	,253	3,885	1	,049	,608	,370	,997
	KOAH	-,184	,481	,147	1	,702	,832	,324	2,135
	Astm	,083	,398	,044	1	,834	1,087	,498	2,371
	Böbrek.Hastalığı	1,277	,441	8,381	1	,004	3,587	1,511	8,518
	Karaciğer.Hastalığı	-,130	,528	,060	1	,806	,879	,312	2,473
	İnme.Felç	-,945	,501	3,560	1	,059	,389	,146	1,037
	Romatolojik.H	,100	,296	,114	1	,735	1,105	,619	1,973
	Kanser	,328	,429	,584	1	,445	1,388	,599	3,217
	Psikiyatrik.H	,254	,385	,435	1	,510	1,289	,606	2,744
	Demans	,133	,876	,023	1	,879	1,142	,205	6,357
	Diğer.Hastalıklar	-,184	,362	,257	1	,612	,832	,409	1,693
	Constant	1,216	,896	1,843	1	,175	3,375		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astm, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.58. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Hastalığıyla İlgili Başka Doktorlardan İkinci Bir Görüş Alma İhtiyacı Hissetme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-,029	,017	2,828	1	,093	,971	,939	1,005
SH.Anlama	,008	,019	,179	1	,673	1,008	,971	1,046
SH.Değerlendirme	,002	,020	,015	1	,901	1,002	,965	1,041
SH.Uygulama	-,027	,021	1,715	1	,190	,973	,934	1,014
HK.Erisim	,024	,020	1,475	1	,225	1,025	,985	1,066
HK.Anlama	-,006	,019	,102	1	,749	,994	,958	1,032
HK.Değerlendirme	,021	,020	1,086	1	,297	1,021	,982	1,061
HK.Uygulama	-,011	,017	,442	1	,506	,989	,956	1,023
SG.Erisim	-,021	,020	1,113	1	,291	,980	,943	1,018
SG.Anlama	,011	,020	,287	1	,592	1,011	,972	1,050
SG.Değerlendirme	,038	,019	3,879	1	,049	1,039	1,000	1,079
SG.Uygulama	-,035	,013	7,406	1	,007	,965	,941	,990
Cinsiyet	-,189	,250	,573	1	,449	,828	,507	1,351
Medeni.Durum	-,213	,274	,604	1	,437	,808	,473	1,382
Eğitim.Düzeı			,387	3	,943			
Eğitim.Düzeı(1)	,025	,438	,003	1	,954	1,026	,435	2,419
Eğitim.Düzeı(2)	-,166	,504	,109	1	,742	,847	,315	2,276
Eğitim.Düzeı(3)	-,160	,537	,089	1	,766	,852	,298	2,440
Yaş	-,022	,010	5,003	1	,025	,979	,960	,997
İstihdam.Durumu			,175	2	,916			
İstihdam.Durumu(1)	,074	,350	,045	1	,831	1,077	,543	2,139
İstihdam.Durumu(2)	,258	,616	,175	1	,675	1,294	,387	4,330
Hane.Geliri			8,323	3	,040			
Hane.Geliri(1)	,597	,324	3,395	1	,065	1,816	,963	3,425
Hane.Geliri(2)	,141	,345	,167	1	,683	1,151	,585	2,266
Hane.Geliri(3)	,962	,435	4,877	1	,027	2,616	1,114	6,141
Yaşanılan.Yer	-,157	,311	,254	1	,614	,855	,464	1,574
Sosyal.Statü.Algısı	,149	,065	5,244	1	,022	1,161	1,022	1,319
EÖSBK			1,794	2	,408			
EÖSBK(1)	-,545	,414	1,735	1	,188	,580	,258	1,305
EÖSBK(2)	,108	,657	,027	1	,869	1,114	,307	4,041
Genel.Sağlık.Durumu	,107	,154	,477	1	,490	1,113	,822	1,506
Kalp.damar.hastalığı	,029	,267	,011	1	,915	1,029	,609	1,738
Hiperlipidemi	-,468	,259	3,265	1	,071	,626	,377	1,040
Diyabet	-,489	,297	2,721	1	,099	,613	,343	1,096
Hipertansiyon	-,527	,262	4,065	1	,044	,590	,353	,985
KOAH	-,355	,495	,513	1	,474	,701	,266	1,851
Astım	,123	,418	,087	1	,768	1,131	,498	2,566
Böbrek.Hastalığı	1,217	,444	7,522	1	,006	3,378	1,415	8,064
Karaciğer.Hastalığı	-,059	,551	,012	1	,914	,942	,320	2,774
İnme.Felç	-1,003	,513	3,820	1	,051	,367	,134	1,003
Romatolojik.H	,104	,310	,114	1	,736	1,110	,605	2,037
Kanser	,375	,437	,736	1	,391	1,454	,618	3,422
Psikiyatrik.H	,226	,398	,325	1	,569	1,254	,575	2,734
Demans	,420	,904	,216	1	,642	1,523	,259	8,956
Diğer.Hastalıklar	-,185	,369	,253	1	,615	,831	,403	1,711
Constant	1,821	,962	3,584	1	,058	6,177		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeı, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.59. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Sağlık Hizmeti Alırken Doktor Gerek Görmediği Halde Kendi İsteğiyle Tetkik veya Tedavi İsteme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,030	,013	5,144	1	,023	1,031	1,004	1,058
Cinsiyet	-,157	,220	,510	1	,475	,854	,555	1,316
Medeni.Durum	-,064	,244	,070	1	,791	,938	,582	1,511
Eğitim.Düzeyi			,785	3	,853			
Eğitim.Düzeyi(1)	,325	,423	,591	1	,442	1,385	,604	3,175
Eğitim.Düzeyi(2)	,411	,469	,771	1	,380	1,509	,602	3,781
Eğitim.Düzeyi(3)	,381	,493	,600	1	,439	1,464	,558	3,845
Yaş	,001	,008	,009	1	,923	1,001	,984	1,018
İstihdam.Durumu			,719	2	,698			
İstihdam.Durumu(1)	-,051	,300	,029	1	,864	,950	,528	1,709
İstihdam.Durumu(2)	,314	,501	,391	1	,532	1,369	,512	3,657
Hane.Geliri			1,918	3	,590			
Hane.Geliri(1)	,271	,305	,789	1	,374	1,311	,721	2,383
Hane.Geliri(2)	,064	,326	,038	1	,845	1,066	,563	2,017
Hane.Geliri(3)	,379	,379	1,000	1	,317	1,461	,695	3,074
Yaşanılan.Yer	-,296	,282	1,105	1	,293	,744	,428	1,292
Sosyal.Statü.Algısı	-,009	,055	,028	1	,868	,991	,890	1,103
Genel.Sağlık.Durumu	-,032	,139	,053	1	,818	,968	,737	1,272
Kalp.damar.hastalığı	-,283	,228	1,549	1	,213	,753	,482	1,177
Hiperlipidemi	,013	,237	,003	1	,955	1,013	,637	1,611
Diyabet	,032	,284	,012	1	,911	1,032	,591	1,802
Hipertansiyon	-,143	,238	,364	1	,547	,867	,544	1,380
KOAH	-,084	,465	,033	1	,856	,919	,369	2,288
Astım	,108	,369	,085	1	,770	1,114	,541	2,295
Böbrek.Hastalığı	,477	,340	1,972	1	,160	1,612	,828	3,137
Karaciğer.Hastalığı	,062	,488	,016	1	,899	1,064	,409	2,768
İnme.Felç	,369	,472	,610	1	,435	1,446	,573	3,650
Romatolojik.H	,397	,273	2,118	1	,146	1,488	,871	2,540
Kanser	-,681	,389	3,071	1	,080	,506	,236	1,084
Psikiyatrik.H	,571	,345	2,733	1	,098	1,770	,899	3,483
Demans	-,305	,920	,110	1	,740	,737	,122	4,471
Diğer.Hastalıklar	-,166	,337	,244	1	,621	,847	,437	1,639
Constant	-1,415	,849	2,781	1	,095	,243		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.60. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Sağlık Hizmeti Alırken Doktor Gerek Görmediği Halde Kendi İsteğiyle Tetkik veya Tedavi İsteme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	,023	,015	2,285	1	,131	1,024	,993	1,055
SH.Anlama	-,017	,017	1,070	1	,301	,983	,951	1,016
SH.Değerlendirme	,008	,017	,232	1	,630	1,008	,975	1,043
SH.Uygulama	-,018	,019	,934	1	,334	,982	,946	1,019
HK.Erisim	,004	,018	,040	1	,841	1,004	,970	1,039
HK.Anlama	-,013	,018	,531	1	,466	,987	,954	1,022
HK.Değerlendirme	,001	,018	,003	1	,959	1,001	,965	1,038
HK.Uygulama	,005	,015	,134	1	,715	1,005	,977	1,035
SG.Erisim	,005	,017	,095	1	,758	1,005	,972	1,040
SG.Anlama	,010	,018	,306	1	,580	1,010	,975	1,045
SG.Değerlendirme	,018	,017	1,172	1	,279	1,019	,985	1,053
SG.Uygulama	,004	,011	,101	1	,750	1,004	,982	1,026
Cinsiyet	-,204	,226	,814	1	,367	,815	,524	1,270
Medeni.Durum	-,113	,249	,206	1	,650	,893	,548	1,456
Eğitim.Düzei			1,347	3	,718			
Eğitim.Düzei(1)	,435	,435	1,001	1	,317	1,546	,659	3,628
Eğitim.Düzei(2)	,549	,484	1,287	1	,257	1,732	,670	4,476
Eğitim.Düzei(3)	,554	,510	1,181	1	,277	1,740	,641	4,727
Yaş	,000	,009	,000	1	,999	1,000	,983	1,017
İstihdam.Durumu			,800	2	,670			
İstihdam.Durumu(1)	,010	,304	,001	1	,974	1,010	,557	1,832
İstihdam.Durumu(2)	,407	,519	,615	1	,433	1,503	,543	4,157
Hane.Geliri			1,561	3	,668			
Hane.Geliri(1)	,244	,310	,621	1	,431	1,276	,696	2,342
Hane.Geliri(2)	,023	,332	,005	1	,946	1,023	,534	1,960
Hane.Geliri(3)	,311	,386	,649	1	,421	1,365	,640	2,909
Yaşanılan.Yer	-,390	,289	1,819	1	,177	,677	,384	1,193
Sosyal.Statü.Algısı	-,002	,056	,002	1	,966	,998	,894	1,114
Genel.Sağlık.Durumu	-,040	,143	,077	1	,781	,961	,726	1,272
Kalp.damar.hastalığı	-,291	,233	1,551	1	,213	,748	,473	1,182
Hiperlipidemi	-,009	,244	,001	1	,971	,991	,615	1,598
Diyabet	-,008	,289	,001	1	,978	,992	,563	1,748
Hipertansiyon	-,099	,242	,167	1	,683	,906	,564	1,456
KOAH	-,089	,471	,036	1	,849	,915	,364	2,300
Astım	,127	,378	,113	1	,736	1,136	,541	2,383
Böbrek.Hastalığı	,535	,347	2,370	1	,124	1,707	,864	3,371
Karaciğer.Hastalığı	,069	,501	,019	1	,890	1,072	,402	2,861
İnme.Felç	,398	,482	,682	1	,409	1,489	,579	3,827
Romatolojik.H	,386	,277	1,935	1	,164	1,470	,854	2,531
Kanser	-,703	,394	3,179	1	,075	,495	,228	1,072
Psikiyatrik.H	,655	,352	3,463	1	,063	1,926	,966	3,841
Demans	-,351	,946	,137	1	,711	,704	,110	4,501
Diğer.Hastalıklar	-,237	,346	,470	1	,493	,789	,400	1,555
Constant	-1,289	,893	2,083	1	,149	,276		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzei, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.61. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Genel Bir Doktor Muayenesinden Geçme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,040	,020	4,053	1	,044	1,041	1,001	1,083
Cinsiyet	,365	,318	1,316	1	,251	1,440	,772	2,685
Medeni.Durum	,814	,404	4,059	1	,044	2,256	1,022	4,977
Eğitim.Düzeyi			5,133	3	,162			
Eğitim.Düzeyi(1)	-1,147	,758	2,290	1	,130	,317	,072	1,403
Eğitim.Düzeyi(2)	-1,542	,812	3,603	1	,058	,214	,044	1,051
Eğitim.Düzeyi(3)	-1,861	,839	4,923	1	,026	,156	,030	,805
Yaş	,020	,012	2,642	1	,104	1,020	,996	1,045
İstihdam.Durumu			,055	2	,973			
İstihdam.Durumu(1)	-,065	,413	,024	1	,876	,937	,417	2,106
İstihdam.Durumu(2)	-,151	,653	,054	1	,817	,860	,239	3,092
Hane.Geliri			3,698	3	,296			
Hane.Geliri(1)	,335	,456	,540	1	,463	1,398	,572	3,415
Hane.Geliri(2)	,404	,460	,772	1	,380	1,498	,608	3,686
Hane.Geliri(3)	1,083	,583	3,448	1	,063	2,953	,942	9,261
Yaşanılan.Yer	-,068	,435	,024	1	,876	,935	,398	2,193
Sosyal.Statü.Algısı	-,046	,080	,328	1	,567	,955	,816	1,118
Egezersiz.Türü			4,600	2	,100			
Egezersiz.Türü(1)	,627	,334	3,534	1	,060	1,873	,974	3,602
Egezersiz.Türü(2)	,742	,429	2,991	1	,084	2,101	,906	4,873
Sigara.kullanma	,024	,346	,005	1	,944	1,025	,520	2,019
Alkol.kullanma	-,562	,409	1,884	1	,170	,570	,256	1,272
Diyet.yapma	,489	,372	1,723	1	,189	1,630	,786	3,383
BKI	-,020	,033	,374	1	,541	,980	,919	1,045
EÖSBK			1,955	2	,376			
EÖSBK(1)	-,548	,455	1,451	1	,228	,578	,237	1,410
EÖSBK(2)	,494	,899	,302	1	,582	1,640	,281	9,552
Genel.Sağlık.Durumu	-,029	,213	,018	1	,892	,972	,640	1,474
Kalp.damar.hastalığı	,748	,314	5,657	1	,017	2,112	1,141	3,910
Hiperlipidemi	1,924	,520	13,693	1	,000	6,849	2,472	18,976
Diyabet	,251	,561	,201	1	,654	1,286	,428	3,862
Hipertansiyon	,302	,401	,566	1	,452	1,353	,616	2,969
KOAH	-,076	,800	,009	1	,924	,926	,193	4,444
Astım	-,255	,595	,184	1	,668	,775	,242	2,486
Böbrek.Hastalığı	-,219	,580	,143	1	,705	,803	,258	2,502
Karaciğer.Hastalığı	-,486	,790	,378	1	,539	,615	,131	2,895
İnme.Felç	-,508	,781	,422	1	,516	,602	,130	2,783
Romatolojik.H	1,099	,556	3,910	1	,048	3,000	1,010	8,914
Kanser	,659	,709	,863	1	,353	1,933	,481	7,763
Psikiyatrik.H	,369	,691	,285	1	,593	1,446	,373	5,604
Demans	18,352	12771,113	,000	1	,999	93320472,14	,000	.
Diğer.Hastalıklar	-,255	,471	,292	1	,589	,775	,308	1,951
Constant	-,760	1,535	,245	1	,620	,467		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

## EK 5.62. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Genel Bir Doktor Muayenesinden Geçme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı

		Variables in the Equation					95% C.I. for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	SH.Erisim	,020	,023	,766	1	,381	1,020	,975	1,067
	SH.Anlama	,007	,024	,087	1	,769	1,007	,960	1,057
	SH.Değerlendirme	-,011	,025	,180	1	,672	,989	,941	1,040
	SH.Uygulama	-,021	,029	,531	1	,466	,979	,925	1,036
	HK.Erisim	-,007	,025	,074	1	,785	,993	,945	1,044
	HK.Anlama	-,032	,028	1,316	1	,251	,969	,918	1,023
	HK.Değerlendirme	,042	,026	2,670	1	,102	1,043	,992	1,097
	HK.Uygulama	-,022	,022	,999	1	,317	,978	,937	1,021
	SG.Erisim	-,023	,026	,825	1	,364	,977	,929	1,027
	SG.Anlama	,018	,027	,447	1	,504	1,018	,966	1,073
	SG.Değerlendirme	,020	,024	,652	1	,419	1,020	,973	1,069
	SG.Uygulama	,048	,019	6,660	1	,010	1,050	1,012	1,089
	Cinsiyet	,379	,342	1,229	1	,268	1,461	,747	2,857
	Medeni.Durum	,787	,428	3,381	1	,066	2,197	,949	5,085
	Eğitim.Düzeyi			3,220	3	,359			
	Eğitim.Düzeyi(1)	-,987	,788	1,571	1	,210	,373	,080	1,745
	Eğitim.Düzeyi(2)	-1,273	,837	2,317	1	,128	,280	,054	1,442
	Eğitim.Düzeyi(3)	-1,534	,864	3,154	1	,076	,216	,040	1,172
	Yaş	,018	,013	1,943	1	,163	1,018	,993	1,044
	İstihdam.Durumu			,039	2	,981			
	İstihdam.Durumu(1)	-,073	,435	,028	1	,867	,930	,396	2,181
	İstihdam.Durumu(2)	-,123	,705	,031	1	,861	,884	,222	3,521
	Hane.Geliri			3,418	3	,332			
	Hane.Geliri(1)	,121	,486	,062	1	,804	1,129	,435	2,928
	Hane.Geliri(2)	,258	,485	,283	1	,595	1,295	,500	3,351
	Hane.Geliri(3)	,982	,612	2,576	1	,108	2,670	,805	8,859
	Yaşanılan.Yer	-,186	,456	,166	1	,684	,830	,340	2,030
	Sosyal.Statü.Algısı	-,024	,085	,077	1	,781	,977	,827	1,154
	Egezersiz.Türü			1,358	2	,507			
	Egezersiz.Türü(1)	,386	,355	1,186	1	,276	1,471	,734	2,949
	Egezersiz.Türü(2)	,394	,460	,734	1	,392	1,483	,602	3,649
	Sigara.kullanma	,156	,371	,177	1	,674	1,169	,565	2,417
	Alkol.kullanma	-,614	,433	2,009	1	,156	,541	,232	1,265
	Diyet.yapma	,389	,382	1,041	1	,307	1,476	,699	3,118
	BKI	-,018	,035	,274	1	,601	,982	,916	1,052
	EÖSBK			2,244	2	,326			
	EÖSBK(1)	-,648	,481	1,817	1	,178	,523	,204	1,342
	EÖSBK(2)	,447	,938	,227	1	,633	1,564	,249	9,836
	Genel.Sağlık.Durumu	,006	,224	,001	1	,977	1,006	,648	1,562
	Kalp.damar.hastalığı	,861	,335	6,596	1	,010	2,365	1,226	4,563
	Hiperlipidemi	2,044	,544	14,112	1	,000	7,720	2,658	22,423
	Diyabet	,428	,582	,542	1	,461	1,535	,491	4,798
	Hipertansiyon	,271	,424	,409	1	,523	1,311	,571	3,008
	KOAH	-,072	,831	,008	1	,931	,930	,182	4,745
	Astm	-,319	,622	,263	1	,608	,727	,215	2,458
	Böbrek.Hastalığı	-,242	,595	,166	1	,684	,785	,245	2,518
	Karaciğer.Hastalığı	-,411	,820	,251	1	,616	,663	,133	3,311
	İnme.Felç	-,671	,786	,728	1	,394	,511	,110	2,387
	Romatolojik.H	1,104	,566	3,799	1	,051	3,017	,994	9,155
	Kanser	,615	,733	,704	1	,401	1,850	,440	7,781
	Psikiyatrik.H	,636	,714	,794	1	,373	1,889	,466	7,652
	Demans	18,214	12186,549	,000	1	,999	81355930,99	,000	.
	Diğer.Hastalıklar	-,266	,488	,298	1	,585	,766	,294	1,995
	Constant	-,528	1,656	,102	1	,750	,590		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astm, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.63. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Tansiyon Ölçümü Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,002	,022	,009	1	,924	1,002	,959	1,047
Cinsiyet	-,227	,352	,414	1	,520	,797	,400	1,590
Medeni.Durum	-,023	,414	,003	1	,956	,977	,434	2,201
Eğitim.Düzeyi			2,225	3	,527			
Eğitim.Düzeyi(1)	,226	,782	,084	1	,773	1,254	,271	5,807
Eğitim.Düzeyi(2)	-,279	,799	,122	1	,727	,757	,158	3,624
Eğitim.Düzeyi(3)	,264	,843	,098	1	,754	1,303	,250	6,795
Yaş	,021	,014	2,287	1	,130	1,021	,994	1,049
İstihdam.Durumu			,979	2	,613			
İstihdam.Durumu(1)	-,402	,454	,786	1	,375	,669	,275	1,627
İstihdam.Durumu(2)	-,586	,681	,741	1	,389	,557	,147	2,114
Hane.Geliri			2,077	3	,557			
Hane.Geliri(1)	-,067	,532	,016	1	,900	,936	,330	2,654
Hane.Geliri(2)	,197	,527	,139	1	,709	1,217	,433	3,419
Hane.Geliri(3)	,690	,652	1,119	1	,290	1,994	,555	7,162
Yaşanılan.Yer	-,322	,495	,423	1	,515	,725	,275	1,911
Sosyal.Statü.Algısı	-,137	,098	1,945	1	,163	,872	,719	1,057
Egezersiz.Türü			5,904	2	,052			
Egezersiz.Türü(1)	,914	,382	5,714	1	,017	2,494	1,179	5,277
Egezersiz.Türü(2)	,682	,467	2,129	1	,145	1,978	,791	4,942
Sigara.kullanma	,418	,399	1,101	1	,294	1,519	,696	3,318
Alkol.kullanma	-1,227	,440	7,762	1	,005	,293	,124	,695
Diyet.yapma	,660	,448	2,171	1	,141	1,936	,804	4,659
BKİ	-,020	,036	,291	1	,589	,981	,913	1,053
EÖSBK			,376	2	,829			
EÖSBK(1)	-,239	,483	,245	1	,621	,787	,305	2,030
EÖSBK(2)	-,372	,890	,175	1	,676	,689	,120	3,942
Genel.Sağlık.Durumu	-,141	,237	,351	1	,554	,869	,546	1,384
Kalp.damar.hastalığı	,026	,355	,005	1	,942	1,026	,512	2,058
Hiperlipidemi	1,267	,544	5,418	1	,020	3,551	1,222	10,321
Diyabet	,631	,824	,586	1	,444	1,880	,374	9,453
Hipertansiyon	,662	,497	1,775	1	,183	1,938	,732	5,130
KOAH	,560	1,187	,223	1	,637	1,751	,171	17,945
Astım	-,259	,738	,124	1	,725	,772	,182	3,276
Böbrek.Hastalığı	,403	,756	,284	1	,594	1,496	,340	6,587
Karaciğer.Hastalığı	,812	1,158	,492	1	,483	2,252	,233	21,783
İnme.Felç	18,530	7378,788	,000	1	,998	111597647,2	,000	.
Romatolojik.H	-,377	,518	,527	1	,468	,686	,248	1,896
Kanser	,710	,829	,733	1	,392	2,034	,400	10,337
Psikiyatrik.H	1,765	1,083	2,658	1	,103	5,842	,700	48,761
Demans	16,325	12239,996	,000	1	,999	12297010,47	,000	.
Diğer.Hastalıklar	,935	,638	2,145	1	,143	2,548	,729	8,904
Constant	1,406	1,652	,724	1	,395	4,080		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKİ, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.64. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Tansiyon Ölçümü Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	,019	,025	,557	1	,455	1,019	,970	1,070
SH.Anlama	-,023	,027	,719	1	,397	,977	,927	1,030
SH.Değerlendirme	-,016	,028	,334	1	,563	,984	,932	1,039
SH.Uygulama	,017	,031	,296	1	,586	1,017	,958	1,080
HK.Erisim	-,031	,028	1,270	1	,260	,969	,918	1,023
HK.Anlama	,001	,029	,002	1	,968	1,001	,945	1,061
HK.Değerlendirme	-,004	,027	,026	1	,871	,996	,944	1,050
HK.Uygulama	,023	,023	1,055	1	,304	1,024	,979	1,070
SG.Erisim	-,020	,028	,501	1	,479	,980	,928	1,036
SG.Anlama	-,007	,028	,065	1	,799	,993	,940	1,049
SG.Değerlendirme	,014	,026	,278	1	,598	1,014	,963	1,068
SG.Uygulama	,035	,020	3,132	1	,077	1,036	,996	1,076
Cinsiyet	-,356	,374	,902	1	,342	,701	,336	1,460
Medeni.Durum	-,160	,429	,140	1	,709	,852	,368	1,973
Eğitim.Düzeyi			2,429	3	,488			
Eğitim.Düzeyi(1)	,213	,835	,065	1	,798	1,238	,241	6,358
Eğitim.Düzeyi(2)	-,223	,857	,067	1	,795	,800	,149	4,297
Eğitim.Düzeyi(3)	,401	,892	,202	1	,653	1,493	,260	8,581
Yaş	,021	,014	2,138	1	,144	1,021	,993	1,050
İstihdam.Durumu			,592	2	,744			
İstihdam.Durumu(1)	-,330	,477	,478	1	,489	,719	,282	1,831
İstihdam.Durumu(2)	-,472	,710	,443	1	,506	,624	,155	2,506
Hane.Geliri			2,089	3	,554			
Hane.Geliri(1)	-,090	,557	,026	1	,872	,914	,307	2,724
Hane.Geliri(2)	,093	,549	,028	1	,866	1,097	,374	3,221
Hane.Geliri(3)	,686	,683	1,009	1	,315	1,986	,521	7,576
Yaşanılan.Yer	-,446	,520	,736	1	,391	,640	,231	1,774
Sosyal.Statü.Algısı	-,126	,102	1,532	1	,216	,882	,723	1,076
Egzersiz.Türü			4,524	2	,104			
Egzersiz.Türü(1)	,857	,406	4,464	1	,035	2,357	1,064	5,221
Egzersiz.Türü(2)	,586	,495	1,399	1	,237	1,796	,681	4,738
Sigara.kullanma	,508	,422	1,448	1	,229	1,662	,727	3,804
Alkol.kullanma	-,1281	,453	7,987	1	,005	,278	,114	,675
Diyet.yapma	,599	,462	1,683	1	,195	1,820	,736	4,499
BKI	,001	,039	,001	1	,981	1,001	,927	1,081
EÖSBK			,291	2	,865			
EÖSBK(1)	-,227	,508	,200	1	,654	,797	,295	2,155
EÖSBK(2)	-,324	,914	,125	1	,723	,723	,121	4,342
Genel.Sağlık.Durumu	-,041	,249	,027	1	,870	,960	,590	1,564
Kalp.damar.hastalığı	-,028	,374	,006	1	,941	,973	,467	2,024
Hiperlipidemi	1,311	,574	5,209	1	,022	3,710	1,203	11,437
Diyabet	,595	,844	,497	1	,481	1,813	,347	9,483
Hipertansiyon	,629	,519	1,468	1	,226	1,876	,678	5,187
KOAH	,475	1,262	,141	1	,707	1,607	,136	19,068
Astm	-,302	,785	,148	1	,701	,740	,159	3,444
Böbrek.Hastalığı	,581	,776	,561	1	,454	1,788	,391	8,177
Karaciğer.Hastalığı	,670	1,181	,322	1	,571	1,954	,193	19,776
İnme.Felç	18,477	7366,972	,000	1	,998	105812252,9	,000	.
Romatolojik.H	-,405	,535	,572	1	,450	,667	,234	1,904
Kanser	,462	,841	,302	1	,583	1,588	,305	8,258
Psikiyatrik.H	2,006	1,104	3,297	1	,069	7,430	,853	64,728
Demans	15,964	12253,825	,000	1	,999	8575053,876	,000	.
Diğer.Hastalıklar	,985	,665	2,191	1	,139	2,678	,727	9,868
Constant	,679	1,776	,146	1	,702	1,971		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astm, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.



**EK 5.65. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Grip Aşısı Olma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,048	,020	5,810	1	,016	1,049	1,009	1,090
Cinsiyet	,715	,347	4,241	1	,039	2,045	1,035	4,039
Medeni.Durum	,317	,369	,737	1	,391	1,372	,666	2,828
Eğitim.Düzeyi			1,504	3	,681			
Eğitim.Düzeyi(1)	,244	,688	,126	1	,722	1,277	,332	4,917
Eğitim.Düzeyi(2)	,543	,738	,541	1	,462	1,721	,405	7,304
Eğitim.Düzeyi(3)	,764	,766	,993	1	,319	2,146	,478	9,641
Yaş	,001	,013	,011	1	,918	1,001	,976	1,027
İstihdam.Durumu			9,525	2	,009			
İstihdam.Durumu(1)	-1,633	,535	9,333	1	,002	,195	,068	,557
İstihdam.Durumu(2)	-,533	,792	,453	1	,501	,587	,124	2,773
Hane.Geliri			2,958	3	,398			
Hane.Geliri(1)	,345	,446	,600	1	,439	1,412	,590	3,382
Hane.Geliri(2)	-,227	,515	,194	1	,659	,797	,291	2,186
Hane.Geliri(3)	,394	,576	,469	1	,493	1,483	,480	4,582
Yaşanılan.Yer	-,342	,412	,690	1	,406	,710	,316	1,593
Sosyal.Statü.Algısı	-,009	,084	,011	1	,917	,991	,842	1,168
Egzersiz.Türü			1,546	2	,462			
Egzersiz.Türü(1)	,289	,353	,669	1	,413	1,335	,668	2,668
Egzersiz.Türü(2)	,608	,495	1,506	1	,220	1,837	,695	4,850
Sigara.kullanma	,125	,377	,110	1	,740	1,133	,541	2,371
Alkol.kullanma	,372	,423	,773	1	,379	1,451	,633	3,323
Diyet.yapma	,100	,319	,099	1	,753	1,106	,592	2,065
BKI	-,009	,032	,084	1	,773	,991	,930	1,055
EÖSBK			3,159	2	,206			
EÖSBK(1)	-1,256	,743	2,856	1	,091	,285	,066	1,222
EÖSBK(2)	,303	,755	,161	1	,689	1,354	,308	5,950
Genel.Sağlık.Durumu	-,051	,204	,064	1	,801	,950	,637	1,416
Kalp.damar.hastalığı	,516	,377	1,877	1	,171	1,676	,801	3,508
Hiperlipidemi	,697	,325	4,590	1	,032	2,007	1,061	3,797
Diyabet	,149	,386	,148	1	,700	1,160	,544	2,473
Hipertansiyon	,188	,348	,292	1	,589	1,207	,610	2,389
KOAH	1,361	,552	6,083	1	,014	3,902	1,322	11,512
Astım	1,061	,493	4,635	1	,031	2,889	1,100	7,588
Böbrek.Hastalığı	-,001	,457	,000	1	,999	,999	,408	2,447
Karaciğer.Hastalığı	,089	,669	,018	1	,894	1,093	,295	4,054
İnme.Felç	,954	,595	2,568	1	,109	2,596	,808	8,338
Romatolojik.H	-,259	,417	,385	1	,535	,772	,341	1,748
Kanser	,644	,490	1,727	1	,189	1,904	,729	4,976
Psikiyatrik.H	-,054	,502	,011	1	,915	,948	,354	2,535
Demans	-19,632	13422,925	,000	1	,999	,000	,000	.
Diğer.Hastalıklar	-,281	,479	,344	1	,557	,755	,296	1,930
Constant	-4,573	1,594	8,231	1	,004	,010		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.66. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutunun ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Grip Aşısı Olma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation					95% C.I. for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	SH.Erisim	,014	,026	,285	1	,593	1,014	,963	1,068
	SH.Anlama	-,041	,028	2,111	1	,146	,960	,908	1,014
	SH.Değerlendirme	-,020	,028	,504	1	,478	,981	,929	1,035
	SH.Uygulama	,030	,034	,766	1	,381	1,030	,964	1,101
	HK.Erisim	-,003	,029	,014	1	,906	,997	,942	1,054
	HK.Anlama	,009	,029	,101	1	,751	1,009	,953	1,069
	HK.Değerlendirme	-,031	,034	,862	1	,353	,969	,908	1,035
	HK.Uygulama	,099	,030	10,826	1	,001	1,104	1,041	1,170
	SG.Erisim	-,005	,029	,030	1	,861	,995	,941	1,052
	SG.Anlama	,000	,030	,000	1	,994	1,000	,943	1,060
	SG.Değerlendirme	-,019	,031	,361	1	,548	,981	,923	1,044
	SG.Uygulama	,015	,018	,674	1	,412	1,015	,980	1,051
	Cinsiyet	,610	,371	2,709	1	,100	1,841	,890	3,809
	Medeni.Durum	,243	,395	,380	1	,538	1,275	,588	2,764
	Eğitim.Düzeyi			1,997	3	,573			
	Eğitim.Düzeyi(1)	,240	,718	,112	1	,738	1,271	,311	5,188
	Eğitim.Düzeyi(2)	,603	,783	,593	1	,441	1,828	,394	8,488
	Eğitim.Düzeyi(3)	,911	,819	1,239	1	,266	2,488	,500	12,381
	Yaş	,001	,014	,003	1	,957	1,001	,974	1,028
	İstihdam.Durumu			10,941	2	,004			
	İstihdam.Durumu(1)	-1,741	,547	10,110	1	,001	,175	,060	,513
	İstihdam.Durumu(2)	-,213	,873	,060	1	,807	,808	,146	4,473
	Hane.Geliri			4,990	3	,172			
	Hane.Geliri(1)	,618	,485	1,626	1	,202	1,855	,717	4,797
	Hane.Geliri(2)	-,108	,554	,038	1	,846	,898	,303	2,659
	Hane.Geliri(3)	,749	,619	1,464	1	,226	2,114	,629	7,108
	Yaşanılan.Yer	-,436	,431	1,027	1	,311	,646	,278	1,503
	Sosyal.Statü.Algısı	-,011	,088	,017	1	,897	,989	,833	1,174
	Egzersiz.Türü			2,355	2	,308			
	Egzersiz.Türü(1)	,499	,373	1,791	1	,181	1,647	,793	3,420
	Egzersiz.Türü(2)	,718	,534	1,805	1	,179	2,050	,719	5,842
	Sigara.kullanma	,025	,402	,004	1	,950	1,025	,467	2,252
	Alkol.kullanma	,411	,454	,822	1	,365	1,509	,620	3,670
	Diyet.yapma	-,075	,340	,049	1	,825	,928	,477	1,805
	BKI	-,021	,034	,379	1	,538	,979	,916	1,047
	EÖSBK			4,495	2	,106			
	EÖSBK(1)	-1,464	,773	3,585	1	,058	,231	,051	1,053
	EÖSBK(2)	,642	,810	,628	1	,428	1,900	,388	9,304
	Genel.Sağlık.Durumu	,027	,214	,016	1	,901	1,027	,675	1,562
	Kalp.damar.hastalığı	,305	,391	,610	1	,435	1,357	,631	2,918
	Hiperlipidemi	,598	,344	3,022	1	,082	1,818	,927	3,566
	Diyabet	,148	,398	,138	1	,710	1,160	,531	2,532
	Hipertansiyon	,396	,376	1,106	1	,293	1,485	,711	3,104
	KOAH	1,256	,565	4,938	1	,026	3,511	1,160	10,630
	Astım	1,160	,519	4,990	1	,025	3,189	1,153	8,824
	Böbrek.Hastalığı	,271	,489	,307	1	,579	1,312	,503	3,423
	Karaciğer.Hastalığı	-,293	,711	,170	1	,680	,746	,185	3,006
	İnme.Felç	,914	,616	2,201	1	,138	2,494	,746	8,341
Romatolojik.H	-,232	,437	,281	1	,596	,793	,337	1,868	
Kanser	,569	,517	1,211	1	,271	1,767	,641	4,868	
Psikiyatrik.H	-,013	,519	,001	1	,980	,987	,357	2,731	
Demans	-20,115	12510,981	,000	1	,999	,000	,000	.	
Diğer.Hastalıklar	-,235	,493	,227	1	,633	,791	,301	2,077	
Constant	-4,710	1,723	7,477	1	,006	,009			

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.67. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Kadın Hastaların Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,111	,026	17,822	1	,000	1,117	1,061	1,176
Medeni.Durum	-,966	,419	5,317	1	,021	,381	,167	,865
Eğitim.Düzeyi			3,489	3	,322			
Eğitim.Düzeyi(1)	-,947	,677	1,956	1	,162	,388	,103	1,462
Eğitim.Düzeyi(2)	-,783	,784	,997	1	,318	,457	,098	2,126
Eğitim.Düzeyi(3)	-,246	,835	,087	1	,768	,782	,152	4,015
Yaş	,013	,016	,638	1	,424	1,013	,982	1,044
İstihdam.Durumu			1,251	2	,535			
İstihdam.Durumu(1)	-,426	,550	,600	1	,438	,653	,222	1,920
İstihdam.Durumu(2)	,437	,928	,222	1	,638	1,548	,251	9,539
Hane.Geliri			,352	3	,950			
Hane.Geliri(1)	,060	,521	,013	1	,908	1,062	,383	2,946
Hane.Geliri(2)	-,025	,558	,002	1	,964	,975	,327	2,909
Hane.Geliri(3)	-,272	,673	,163	1	,686	,762	,204	2,851
Yaşanılan.Yer	,559	,568	,970	1	,325	1,750	,575	5,328
Sosyal.Statü.Algısı	-,087	,091	,906	1	,341	,917	,767	1,096
Egezersiz.Türü			2,951	2	,229			
Egezersiz.Türü(1)	,613	,386	2,528	1	,112	1,846	,867	3,932
Egezersiz.Türü(2)	,028	,535	,003	1	,958	1,029	,361	2,934
Sigara.kullanma	,290	,493	,347	1	,556	1,337	,509	3,513
Alkol.kullanma	-,611	,666	,842	1	,359	,543	,147	2,001
Diyet.yapma	-,048	,404	,014	1	,905	,953	,432	2,103
BKI	-,020	,036	,305	1	,581	,980	,914	1,052
EÖSBK			1,113	2	,573			
EÖSBK(1)	,670	,663	1,022	1	,312	1,954	,533	7,162
EÖSBK(2)	,315	,794	,158	1	,691	1,371	,289	6,502
Genel.Sağlık.Durumu	,065	,238	,075	1	,784	1,068	,669	1,703
Kalp.damar.hastalığı	-,497	,387	1,651	1	,199	,608	,285	1,299
Hiperlipidemi	1,219	,423	8,319	1	,004	3,384	1,478	7,750
Diyabet	-,093	,509	,033	1	,855	,911	,336	2,469
Hipertansiyon	-,270	,425	,405	1	,525	,763	,332	1,755
KOAH	-,397	1,034	,147	1	,701	,673	,089	5,102
Astım	-,338	,599	,318	1	,573	,713	,220	2,309
Böbrek.Hastalığı	,643	,693	,862	1	,353	1,903	,489	7,403
Karaciğer.Hastalığı	-,128	,815	,025	1	,875	,880	,178	4,349
İnme.Felç	2,613	1,047	6,231	1	,013	13,641	1,753	106,149
Romatolojik.H	,554	,434	1,634	1	,201	1,741	,744	4,073
Kanser	1,375	,573	5,758	1	,016	3,956	1,286	12,164
Psikiyatrik.H	1,453	,606	5,750	1	,016	4,278	1,304	14,033
Demans	-1,267	1,382	,840	1	,359	,282	,019	4,229
Diğer.Hastalıklar	,964	,502	3,694	1	,055	2,622	,981	7,007
Constant	-4,017	1,602	6,290	1	,012	,018		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.68. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Kadın Hastaların Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation					95% C.I.for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	SH.Erisim	,029	,032	,865	1	,352	1,030	,968	1,096
	SH.Anlama	,008	,033	,064	1	,801	1,008	,946	1,075
	SH.Değerlendirme	,053	,036	2,221	1	,136	1,054	,983	1,131
	SH.Uygulama	-,080	,040	4,018	1	,045	,923	,854	,998
	HK.Erisim	-,014	,035	,158	1	,691	,986	,921	1,056
	HK.Anlama	-,023	,037	,375	1	,540	,978	,909	1,051
	HK.Değerlendirme	,111	,042	6,887	1	,009	1,117	1,029	1,214
	HK.Uygulama	-,002	,031	,003	1	,953	,998	,939	1,062
	SG.Erisim	-,061	,037	2,707	1	,100	,941	,876	1,012
	SG.Anlama	-,034	,036	,895	1	,344	,966	,900	1,037
	SG.Değerlendirme	,067	,032	4,426	1	,035	1,070	1,005	1,139
	SG.Uygulama	,065	,023	7,609	1	,006	1,067	1,019	1,117
	Medeni.Durum	-1,291	,466	7,659	1	,006	,275	,110	,686
	Eğitim.Düzeyi			4,988	3	,173			
	Eğitim.Düzeyi(1)	-,741	,763	,945	1	,331	,477	,107	2,125
	Eğitim.Düzeyi(2)	-,195	,904	,046	1	,829	,823	,140	4,840
	Eğitim.Düzeyi(3)	,596	,967	,380	1	,538	1,815	,273	12,077
	Yaş	,001	,017	,004	1	,948	1,001	,968	1,036
	İstihdam.Durumu			2,240	2	,326			
	İstihdam.Durumu(1)	-,467	,616	,574	1	,449	,627	,187	2,098
	İstihdam.Durumu(2)	1,115	1,106	1,016	1	,313	3,050	,349	26,665
	Hane.Geliri			,810	3	,847			
	Hane.Geliri(1)	-,219	,578	,144	1	,705	,803	,259	2,494
	Hane.Geliri(2)	-,291	,623	,218	1	,641	,748	,221	2,535
	Hane.Geliri(3)	-,645	,730	,781	1	,377	,525	,125	2,194
	Yaşanılan.Yer	,299	,637	,220	1	,639	1,348	,387	4,700
	Sosyal.Statü.Algısı	-,053	,105	,249	1	,618	,949	,772	1,166
	Egezersiz.Türü			2,074	2	,355			
	Egezersiz.Türü(1)	,511	,427	1,430	1	,232	1,666	,722	3,847
	Egezersiz.Türü(2)	-,147	,602	,060	1	,807	,863	,265	2,811
	Sigara.kullanma	,327	,546	,358	1	,550	1,386	,475	4,041
	Alkol.kullanma	-1,075	,772	1,939	1	,164	,341	,075	1,550
	Diyet.yapma	,024	,439	,003	1	,956	1,024	,433	2,421
	BKI	-,006	,040	,025	1	,876	,994	,919	1,075
	EÖSBK			1,381	2	,501			
	EÖSBK(1)	,854	,751	1,291	1	,256	2,348	,539	10,234
	EÖSBK(2)	,387	,868	,199	1	,656	1,473	,269	8,075
	Genel.Sağlık.Durumu	,061	,259	,056	1	,813	1,063	,640	1,766
	Kalp.damar.hastalığı	-,565	,433	1,705	1	,192	,568	,243	1,327
	Hiperlipidemi	1,282	,474	7,321	1	,007	3,604	1,424	9,120
	Diyabet	,146	,564	,067	1	,796	1,157	,383	3,494
	Hipertansiyon	-,392	,456	,740	1	,390	,676	,277	1,651
	KOAH	-,337	1,141	,087	1	,767	,714	,076	6,681
	Astım	-,731	,671	1,187	1	,276	,482	,129	1,793
	Böbrek.Hastalığı	1,029	,779	1,747	1	,186	2,799	,608	12,878
	Karaciğer.Hastalığı	-,278	,898	,096	1	,757	,758	,130	4,406
	İnme.Felç	3,340	1,191	7,864	1	,005	28,220	2,734	291,309
	Romatolojik.H	,438	,473	,858	1	,354	1,549	,613	3,912
	Kanser	1,591	,661	5,796	1	,016	4,911	1,344	17,939
	Psikiyatrik.H	2,074	,695	8,919	1	,003	7,958	2,040	31,044
	Demans	-2,032	1,657	1,504	1	,220	,131	,005	3,372
	Diğer.Hastalıklar	,976	,576	2,864	1	,091	2,653	,857	8,210
	Constant	-3,869	1,876	4,253	1	,039	,021		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.69. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Kadın Hastaların Mamografi Çektirme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,081	,032	6,512	1	,011	1,084	1,019	1,153
Medeni.Durum	-,473	,502	,889	1	,346	,623	,233	1,667
Eğitim.Düzeyi			2,563	3	,464			
Eğitim.Düzeyi(1)	,874	,834	1,098	1	,295	2,397	,467	12,293
Eğitim.Düzeyi(2)	,164	,981	,028	1	,867	1,179	,172	8,058
Eğitim.Düzeyi(3)	,362	1,055	,118	1	,731	1,437	,182	11,361
Yaş	-,065	,027	5,836	1	,016	,937	,890	,988
İstihdam.Durumu			1,049	2	,592			
İstihdam.Durumu(1)	-,786	,768	1,049	1	,306	,456	,101	2,051
İstihdam.Durumu(2)	20,350	40192,970	,000	1	1,000	688380448,9	,000	.
Hane.Geliri			1,670	3	,644			
Hane.Geliri(1)	,407	,674	,364	1	,546	1,502	,401	5,629
Hane.Geliri(2)	,814	,703	1,340	1	,247	2,257	,569	8,951
Hane.Geliri(3)	,246	,804	,093	1	,760	1,278	,264	6,187
Yaşanılan.Yer	,638	,714	,798	1	,372	1,893	,467	7,677
Sosyal.Statü.Algısı	,178	,112	2,515	1	,113	1,195	,959	1,490
Egezersiz.Türü			7,672	2	,022			
Egezersiz.Türü(1)	1,409	,510	7,629	1	,006	4,091	1,505	11,117
Egezersiz.Türü(2)	,856	,741	1,334	1	,248	2,354	,551	10,066
Sigara.kullanma	,834	,627	1,769	1	,184	2,303	,674	7,871
Alkol.kullanma	,339	1,074	,100	1	,752	1,404	,171	11,517
Diyetyapma	-,135	,478	,079	1	,778	,874	,343	2,228
BKI	,010	,045	,047	1	,828	1,010	,925	1,103
EÖSBK			2,322	2	,313			
EÖSBK(1)	2,063	1,354	2,320	1	,128	7,869	,553	111,910
EÖSBK(2)	,133	1,257	,011	1	,916	1,142	,097	13,428
Genel.Sağlık.Durumu	-,014	,282	,003	1	,959	,986	,567	1,714
Kalp.damar.hastalığı	,986	,527	3,498	1	,061	2,681	,954	7,537
Hiperlipidemi	1,695	,488	12,035	1	,001	5,444	2,090	14,181
Diyabet	,433	,592	,534	1	,465	1,541	,483	4,920
Hipertansiyon	,099	,501	,039	1	,843	1,104	,414	2,948
KOAH	-,500	1,090	,210	1	,646	,607	,072	5,137
Astım	,541	,676	,640	1	,424	1,717	,456	6,458
Böbrek.Hastalığı	-,111	,714	,024	1	,877	,895	,221	3,627
Karaciğer.Hastalığı	,538	,956	,317	1	,573	1,713	,263	11,143
İnme.Felç	1,432	,965	2,205	1	,138	4,189	,632	27,743
Romatolojik.H	,747	,505	2,189	1	,139	2,110	,785	5,672
Kanser	2,286	,661	11,946	1	,001	9,833	2,690	35,945
Psikiyatrik.H	,067	,715	,009	1	,926	1,069	,263	4,342
Demans	2,740	1,643	2,780	1	,095	15,490	,618	388,142
Diğer.Hastalıklar	,068	,589	,013	1	,908	1,070	,338	3,393
Constant	-4,609	2,300	4,014	1	,045	,010		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.70. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Kadın Hastaların Mamografi Çektirme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation					95% C.I.for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	SH.Erisim	,001	,042	,001	1	,978	1,001	,921	1,088
	SH.Anlama	-,023	,047	,239	1	,625	,977	,892	1,071
	SH.Değerlendirme	,083	,049	2,898	1	,089	1,087	,987	1,196
	SH.Uygulama	-,031	,051	,357	1	,550	,970	,877	1,073
	HK.Erisim	-,020	,046	,190	1	,663	,980	,896	1,072
	HK.Anlama	-,007	,045	,026	1	,872	,993	,910	1,084
	HK.Değerlendirme	,066	,060	1,203	1	,273	1,068	,950	1,201
	HK.Uygulama	,043	,045	,904	1	,342	1,044	,955	1,141
	SG.Erisim	-,149	,056	7,159	1	,007	,861	,772	,961
	SG.Anlama	-,005	,047	,012	1	,913	,995	,907	1,092
	SG.Değerlendirme	,118	,042	8,081	1	,004	1,125	1,037	1,221
	SG.Uygulama	,024	,034	,490	1	,484	1,024	,958	1,096
	Medeni.Durum	-,366	,555	,435	1	,510	,694	,234	2,057
	Eğitim.Düzeyi			1,335	3	,721			
	Eğitim.Düzeyi(1)	,770	,959	,645	1	,422	2,161	,330	14,166
	Eğitim.Düzeyi(2)	,321	1,116	,083	1	,774	1,379	,155	12,290
	Eğitim.Düzeyi(3)	,836	1,215	,474	1	,491	2,308	,213	24,963
	Yaş	-,091	,031	8,359	1	,004	,913	,859	,971
	İstihdam.Durumu			1,321	2	,517			
	İstihdam.Durumu(1)	-1,057	,920	1,321	1	,250	,348	,057	2,107
	İstihdam.Durumu(2)	18,504	40192,970	,000	1	1,000	108662745,7	,000	.
	Hane.Geliri			2,766	3	,429			
	Hane.Geliri(1)	,937	,774	1,466	1	,226	2,553	,560	11,639
	Hane.Geliri(2)	1,207	,812	2,213	1	,137	3,344	,682	16,408
	Hane.Geliri(3)	,465	,922	,254	1	,614	1,592	,261	9,693
	Yaşanılan.Yer	,409	,782	,274	1	,601	1,506	,325	6,973
	Sosyal.Statü.Algısı	,318	,150	4,494	1	,034	1,375	1,024	1,845
	Egzersiz.Türü			7,573	2	,023			
	Egzersiz.Türü(1)	1,634	,599	7,438	1	,006	5,124	1,584	16,581
	Egzersiz.Türü(2)	,790	,887	,793	1	,373	2,204	,387	12,542
	Sigara.kullanma	1,038	,758	1,876	1	,171	2,822	,639	12,461
	Alkol.kullanma	,395	1,264	,097	1	,755	1,484	,125	17,678
	Diyet.yapma	-,329	,550	,358	1	,550	,720	,245	2,113
	BKI	,034	,053	,410	1	,522	1,035	,932	1,148
	EÖSBK			2,813	2	,245			
	EÖSBK(1)	2,532	1,570	2,599	1	,107	12,575	,579	273,028
	EÖSBK(2)	,698	1,409	,245	1	,620	2,010	,127	31,825
	Genel.Sağlık.Durumu	,087	,332	,068	1	,795	1,090	,569	2,091
	Kalp.damar.hastalığı	,934	,595	2,463	1	,117	2,544	,793	8,169
	Hiperlipidemi	1,480	,563	6,915	1	,009	4,394	1,458	13,244
	Diyabet	1,031	,702	2,156	1	,142	2,804	,708	11,105
Hipertansiyon	,201	,553	,132	1	,716	1,223	,414	3,614	
KOAH	-1,705	1,317	1,675	1	,196	,182	,014	2,404	
Astım	,666	,790	,712	1	,399	1,947	,414	9,152	
Böbrek.Hastalığı	-,157	,770	,042	1	,838	,854	,189	3,864	
Karaciğer.Hastalığı	,796	1,121	,504	1	,478	2,217	,246	19,942	
İnme.Felç	1,547	1,079	2,055	1	,152	4,698	,567	38,947	
Romatolojik.H	,419	,577	,528	1	,467	1,521	,491	4,713	
Kanser	2,753	,762	13,053	1	,000	15,693	3,524	69,887	
Psikiyatrik.H	,038	,862	,002	1	,965	1,039	,192	5,623	
Demans	4,853	2,139	5,146	1	,023	128,064	1,934	8478,728	
Diğer.Hastalıklar	,312	,697	,200	1	,655	1,366	,349	5,351	
Constant	-6,270	2,862	4,800	1	,028	,002			

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.71. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Kadın Hastaların Serviks Kanseri Testi Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,077	,040	3,834	1	,050	1,081	1,000	1,168
Medeni.Durum	-,763	,653	1,365	1	,243	,466	,130	1,677
Eğitim.Düzeyi			6,906	3	,075			
Eğitim.Düzeyi(1)	-3,090	1,317	5,506	1	,019	,046	,003	,601
Eğitim.Düzeyi(2)	-2,003	1,421	1,988	1	,159	,135	,008	2,185
Eğitim.Düzeyi(3)	-1,967	1,547	1,618	1	,203	,140	,007	2,898
Yaş	,012	,031	,160	1	,689	1,013	,953	1,076
İstihdam.Durumu			,394	2	,821			
İstihdam.Durumu(1)	-,451	,784	,331	1	,565	,637	,137	2,959
İstihdam.Durumu(2)	,291	1,767	,027	1	,869	1,338	,042	42,728
Hane.Geliri			4,801	3	,187			
Hane.Geliri(1)	2,390	1,318	3,288	1	,070	10,913	,824	144,504
Hane.Geliri(2)	2,120	1,334	2,526	1	,112	8,331	,610	113,756
Hane.Geliri(3)	3,132	1,481	4,471	1	,034	22,909	1,257	417,525
Yaşanılan.Yer	-,496	,910	,297	1	,586	,609	,102	3,627
Sosyal.Statü.Algısı	,285	,140	4,127	1	,042	1,330	1,010	1,751
Egezersiz.Türü			4,185	2	,123			
Egezersiz.Türü(1)	1,164	,688	2,866	1	,090	3,203	,832	12,330
Egezersiz.Türü(2)	1,650	,849	3,775	1	,052	5,208	,986	27,518
Sigara.kullanma	,906	,680	1,776	1	,183	2,475	,653	9,388
Alkol.kullanma	-1,299	1,046	1,544	1	,214	,273	,035	2,117
Diyet.yapma	-,320	,574	,312	1	,576	,726	,236	2,234
BKİ	,076	,058	1,715	1	,190	1,079	,963	1,209
EÖSBK			,063	2	,969			
EÖSBK(1)	,198	1,041	,036	1	,849	1,219	,159	9,381
EÖSBK(2)	,214	1,135	,035	1	,851	1,238	,134	11,456
Genel.Sağlık.Durumu	-,105	,389	,073	1	,787	,900	,420	1,930
Kalp.damar.hastalığı	,311	,605	,264	1	,608	1,365	,417	4,470
Hiperlipidemi	1,538	,617	6,217	1	,013	4,656	1,390	15,601
Diyabet	-,323	,882	,134	1	,715	,724	,128	4,084
Hipertansiyon	,309	,660	,220	1	,639	1,362	,374	4,962
KOAH	-1,566	2,101	,555	1	,456	,209	,003	12,830
Astım	1,438	,871	2,724	1	,099	4,211	,764	23,221
Böbrek.Hastalığı	1,581	,973	2,642	1	,104	4,862	,722	32,740
İnme.Felç	2,246	1,157	3,769	1	,052	9,448	,979	91,206
Romatolojik.H	-,317	,655	,235	1	,628	,728	,202	2,628
Kanser	1,864	,819	5,185	1	,023	6,448	1,296	32,072
Psikiyatrik.H	-,063	,911	,005	1	,945	,939	,157	5,602
Diğer.Hastalıklar	1,220	,779	2,449	1	,118	3,386	,735	15,603
Constant	-9,878	3,115	10,056	1	,002	,000		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKİ, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Diğer.Hastalıklar.

## EK 5.72. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Kadın Hastaların Serviks Kanseri Testi Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	,019	,068	,080	1	,778	1,019	,893	1,164
SH.Anlama	,014	,061	,052	1	,819	1,014	,900	1,143
SH.Değerlendirme	-,105	,063	2,811	1	,094	,900	,796	1,018
SH.Uygulama	,065	,073	,781	1	,377	1,067	,924	1,231
HK.Erisim	-,061	,061	,981	1	,322	,941	,834	1,061
HK.Anlama	,101	,063	2,572	1	,109	1,106	,978	1,252
HK.Değerlendirme	-,064	,072	,785	1	,376	,938	,814	1,081
HK.Uygulama	,135	,059	5,196	1	,023	1,144	1,019	1,285
SG.Erisim	-,064	,054	1,377	1	,241	,938	,843	1,044
SG.Anlama	-,063	,060	1,087	1	,297	,939	,835	1,057
SG.Değerlendirme	,071	,051	1,976	1	,160	1,074	,972	1,186
SG.Uygulama	,053	,040	1,789	1	,181	1,055	,976	1,140
Medeni.Durum	-1,034	,849	1,484	1	,223	,356	,067	1,877
Eğitim.Düzei			3,631	3	,304			
Eğitim.Düzei(1)	-3,200	1,856	2,972	1	,085	,041	,001	1,550
Eğitim.Düzei(2)	-2,428	1,907	1,621	1	,203	,088	,002	3,704
Eğitim.Düzei(3)	-1,953	1,964	,989	1	,320	,142	,003	6,662
Yaş	-,005	,045	,010	1	,919	,995	,912	1,087
İstihdam.Durumu			,100	2	,951			
İstihdam.Durumu(1)	-,259	,965	,072	1	,788	,772	,116	5,119
İstihdam.Durumu(2)	,269	2,941	,008	1	,927	1,309	,004	416,838
Hane.Geliri			6,091	3	,107			
Hane.Geliri(1)	3,905	1,781	4,808	1	,028	49,670	1,514	1629,850
Hane.Geliri(2)	3,941	1,761	5,008	1	,025	51,460	1,631	1623,356
Hane.Geliri(3)	4,659	1,893	6,060	1	,014	105,532	2,585	4308,547
Yaşanılan.Yer	-,355	1,249	,081	1	,776	,701	,061	8,112
Sosyal.Statü.Algısı	,354	,171	4,286	1	,038	1,425	1,019	1,994
Egezersiz.Türü			3,665	2	,160			
Egezersiz.Türü(1)	1,031	,788	1,712	1	,191	2,803	,599	13,120
Egezersiz.Türü(2)	1,941	1,026	3,584	1	,058	6,969	,934	52,014
Sigara.kullanma	1,380	,809	2,907	1	,088	3,975	,814	19,425
Alkol.kullanma	-2,869	1,627	3,110	1	,078	,057	,002	1,376
Diyet.yapma	-,657	,661	,989	1	,320	,518	,142	1,892
BKI	,104	,079	1,738	1	,187	1,109	,951	1,294
EÖSBK			1,861	2	,394			
EÖSBK(1)	1,395	1,335	1,092	1	,296	4,036	,295	55,261
EÖSBK(2)	1,642	1,500	1,199	1	,274	5,167	,273	97,715
Genel.Sağlık.Durumu	-,087	,464	,035	1	,852	,917	,370	2,275
Kalp.damar.hastalığı	,442	,743	,354	1	,552	1,556	,363	6,676
Hiperlipidemi	1,837	,824	4,966	1	,026	6,276	1,248	31,568
Diyabet	-1,416	1,137	1,551	1	,213	,243	,026	2,254
Hipertansiyon	,762	,896	,723	1	,395	2,143	,370	12,415
KOAH	-1,657	3,191	,270	1	,604	,191	,000	99,277
Astım	2,684	1,246	4,635	1	,031	14,638	1,272	168,452
Böbrek.Hastalığı	4,462	1,692	6,959	1	,008	86,695	3,148	2387,332
Karaciğer.Hastalığı	-23,782	9937,656	,000	1	,998	,000	,000	.
İnme.Felç	1,934	1,377	1,972	1	,160	6,918	,465	102,887
Romatolojik.H	-,245	,852	,083	1	,774	,783	,147	4,160
Kanser	3,090	1,052	8,632	1	,003	21,985	2,798	172,755
Psikiyatrik.H	-,022	1,199	,000	1	,985	,978	,093	10,262
Demans	-20,745	40192,970	,000	1	1,000	,000	,000	.
Diğer.Hastalıklar	2,303	,948	5,907	1	,015	10,009	1,562	64,138
Constant	-13,950	4,729	8,702	1	,003	,000		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Medeni.Durum, Eğitim.Düzei, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.



**EK 5.73. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Erkek Hastaların Kendi Kendine Testis Muayenesi Yapma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,116	,041	7,851	1	,005	1,123	1,035	1,217
Medeni.Durum	-,884	,772	1,311	1	,252	,413	,091	1,876
Eğitim.Düzeyi			3,525	3	,317			
Eğitim.Düzeyi(1)	-2,541	1,527	2,772	1	,096	,079	,004	1,569
Eğitim.Düzeyi(2)	-1,555	1,433	1,178	1	,278	,211	,013	3,501
Eğitim.Düzeyi(3)	-1,212	1,488	,664	1	,415	,298	,016	5,500
Yaş	-,010	,024	,177	1	,674	,990	,945	1,037
İstihdam.Durumu			,106	2	,948			
İstihdam.Durumu(1)	-,207	,643	,103	1	,748	,813	,230	2,868
İstihdam.Durumu(2)	-,251	1,289	,038	1	,846	,778	,062	9,733
Hane.Geliri			5,966	3	,113			
Hane.Geliri(1)	-,126	,898	,020	1	,888	,882	,152	5,128
Hane.Geliri(2)	-1,167	,992	1,384	1	,239	,311	,045	2,176
Hane.Geliri(3)	,410	1,079	,145	1	,704	1,507	,182	12,492
Yaşanılan.Yer	,378	,707	,287	1	,592	1,460	,365	5,833
Sosyal.Statü.Algısı	,054	,146	,138	1	,710	1,056	,793	1,406
Egzersiz.Türü			2,977	2	,226			
Egzersiz.Türü(1)	,596	,583	1,043	1	,307	1,815	,578	5,693
Egzersiz.Türü(2)	-,601	,764	,620	1	,431	,548	,123	2,449
Sigara.kullanma	,154	,538	,082	1	,775	1,166	,407	3,346
Alkol.kullanma	-,983	,627	2,460	1	,117	,374	,110	1,278
Diyet.yapma	,132	,555	,057	1	,812	1,141	,384	3,388
BKI	,025	,063	,155	1	,694	1,025	,906	1,159
EÖSBK			,463	2	,793			
EÖSBK(1)	-,560	,822	,463	1	,496	,571	,114	2,864
EÖSBK(2)	-18,057	15745,747	,000	1	,999	,000	,000	.
Genel.Sağlık.Durumu	-,265	,355	,557	1	,455	,767	,383	1,538
Kalp.damar.hastalığı	,012	,639	,000	1	,985	1,012	,289	3,542
Hiperlipidemi	,676	,559	1,463	1	,227	1,965	,657	5,875
Diyabet	-,514	,704	,534	1	,465	,598	,151	2,375
Hipertansiyon	-,021	,569	,001	1	,971	,979	,321	2,988
KOAH	,615	,976	,397	1	,529	1,850	,273	12,534
Astım	-,042	1,355	,001	1	,975	,958	,067	13,639
Böbrek.Hastalığı	,043	,815	,003	1	,958	1,044	,212	5,155
Karaciğer.Hastalığı	2,854	1,294	4,862	1	,027	17,355	1,373	219,337
İnme.Felç	-21,758	8382,106	,000	1	,998	,000	,000	.
Romatolojik.H	-1,594	1,024	2,420	1	,120	,203	,027	1,513
Kanser	,999	1,034	,934	1	,334	2,716	,358	20,608
Psikiyatrik.H	1,029	,883	1,358	1	,244	2,798	,496	15,788
Demans	-19,336	17658,886	,000	1	,999	,000	,000	.
Diğer.Hastalıklar	,206	,930	,049	1	,825	1,228	,198	7,610
Constant	-3,698	2,873	1,656	1	,198	,025		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.74. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Erkek Hastaların Kendi Kendine Testis Muayenesi Yapma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-,012	,049	,055	1	,814	,989	,898	1,088
SH.Anlama	,021	,053	,163	1	,686	1,022	,921	1,133
SH.Değerlendirme	,015	,058	,067	1	,796	1,015	,905	1,138
SH.Uygulama	,046	,060	,596	1	,440	1,047	,931	1,177
HK.Erisim	-,153	,059	6,803	1	,009	,858	,764	,963
HK.Anlama	-,006	,057	,010	1	,919	,994	,888	1,113
HK.Değerlendirme	-,024	,063	,138	1	,710	,977	,863	1,106
HK.Uygulama	,108	,057	3,530	1	,060	1,114	,995	1,247
SG.Erisim	-,010	,058	,030	1	,863	,990	,885	1,108
SG.Anlama	,106	,060	3,076	1	,079	1,112	,988	1,252
SG.Değerlendirme	,015	,065	,053	1	,817	1,015	,894	1,153
SG.Uygulama	,019	,035	,284	1	,594	1,019	,951	1,091
Medeni.Durum	-1,148	,904	1,613	1	,204	,317	,054	1,866
Eğitim.Düzei			4,323	3	,229			
Eğitim.Düzei(1)	-2,487	1,759	1,999	1	,157	,083	,003	2,614
Eğitim.Düzei(2)	-,933	1,701	,301	1	,583	,393	,014	11,037
Eğitim.Düzei(3)	-,253	1,757	,021	1	,886	,777	,025	24,303
Yaş	-,004	,028	,024	1	,877	,996	,943	1,051
İstihdam.Durumu			,737	2	,692			
İstihdam.Durumu(1)	-,398	,751	,280	1	,596	,672	,154	2,928
İstihdam.Durumu(2)	,671	1,578	,181	1	,671	1,957	,089	43,103
Hane.Geliri			5,602	3	,133			
Hane.Geliri(1)	-,446	1,031	,187	1	,665	,640	,085	4,832
Hane.Geliri(2)	-1,802	1,229	2,149	1	,143	,165	,015	1,835
Hane.Geliri(3)	-,020	1,312	,000	1	,988	,980	,075	12,810
Yaşanılan.Yer	,555	,859	,417	1	,519	1,741	,323	9,383
Sosyal.Statü.Algısı	,076	,166	,209	1	,648	1,079	,779	1,493
Egzersiz.Türü			3,724	2	,155			
Egzersiz.Türü(1)	1,117	,696	2,575	1	,109	3,056	,781	11,962
Egzersiz.Türü(2)	-,211	,951	,049	1	,824	,810	,126	5,217
Sigara.kullanma	,029	,640	,002	1	,964	1,030	,294	3,611
Alkol.kullanma	-,734	,706	1,082	1	,298	,480	,120	1,915
Diyet.yapma	,178	,644	,076	1	,783	1,195	,338	4,221
BKI	,056	,083	,466	1	,495	1,058	,900	1,244
EÖSBK			,072	2	,964			
EÖSBK(1)	-,284	1,055	,072	1	,788	,753	,095	5,952
EÖSBK(2)	-15,833	15876,199	,000	1	,999	,000	,000	.
Genel.Sağlık.Durumu	-,075	,426	,031	1	,861	,928	,403	2,137
Kalp.damar.hastalığı	,219	,762	,082	1	,774	1,244	,279	5,542
Hiperlipidemi	,714	,642	1,238	1	,266	2,043	,581	7,188
Diyabet	-,587	,766	,587	1	,444	,556	,124	2,496
Hipertansiyon	-,528	,727	,527	1	,468	,590	,142	2,453
KOAH	,118	1,196	,010	1	,921	1,126	,108	11,731
Astım	-,497	1,557	,102	1	,750	,608	,029	12,868
Böbrek.Hastalığı	,451	1,028	,192	1	,661	1,570	,209	11,781
Karaciğer.Hastalığı	3,763	1,419	7,032	1	,008	43,057	2,669	694,648
İnme.Felç	-21,289	8143,990	,000	1	,998	,000	,000	.
Romatolojik.H	-1,576	1,183	1,775	1	,183	,207	,020	2,101
Kanser	,429	1,206	,126	1	,722	1,535	,144	16,319
Psikiyatrik.H	1,385	1,019	1,849	1	,174	3,995	,543	29,416
Demans	-18,633	17487,619	,000	1	,999	,000	,000	.
Diğer.Hastalıklar	-,114	1,053	,012	1	,913	,892	,113	7,019
Constant	-7,091	3,615	3,847	1	,050	,001		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Medeni.Durum, Eğitim.Düzei, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.75. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Kolon Kanseri Tarama Testi Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,022	,028	,654	1	,419	1,023	,969	1,079
Cinsiyet	-,165	,536	,095	1	,758	,848	,296	2,426
Medeni.Durum	-,076	,577	,017	1	,895	,927	,299	2,874
Eğitim.Düzeı			2,540	3	,468			
Eğitim.Düzeı(1)	,990	,864	1,313	1	,252	2,691	,495	14,636
Eğitim.Düzeı(2)	,382	,971	,155	1	,694	1,465	,219	9,819
Eğitim.Düzeı(3)	1,086	1,051	1,067	1	,302	2,962	,377	23,242
Yaş	,040	,031	1,651	1	,199	1,041	,979	1,107
İstihdam.Durumu(1)	,589	,767	,589	1	,443	1,802	,400	8,112
Hane.Geliri			4,787	3	,188			
Hane.Geliri(1)	,882	,691	1,626	1	,202	2,415	,623	9,364
Hane.Geliri(2)	,216	,812	,071	1	,790	1,242	,253	6,099
Hane.Geliri(3)	-,544	,940	,336	1	,562	,580	,092	3,660
Yaşanılan.Yer	,925	,761	1,479	1	,224	2,523	,568	11,209
Sosyal.Statü.Algısı	,086	,121	,514	1	,473	1,090	,861	1,381
Egezersiz.Türü			,027	2	,986			
Egezersiz.Türü(1)	,037	,529	,005	1	,945	1,038	,368	2,929
Egezersiz.Türü(2)	,146	,882	,027	1	,869	1,157	,205	6,516
Sigara.kullanma	-1,032	,766	1,813	1	,178	,356	,079	1,600
Alkol.kullanma	-1,501	1,151	1,703	1	,192	,223	,023	2,125
Diyet.yapma	,682	,458	2,213	1	,137	1,977	,805	4,855
BKİ	,022	,050	,194	1	,660	1,022	,927	1,128
EÖSBK			6,739	2	,034			
EÖSBK(1)	-,378	1,325	,081	1	,776	,685	,051	9,195
EÖSBK(2)	2,665	1,030	6,688	1	,010	14,367	1,907	108,260
Genel.Sağlık.Durumu	-,075	,318	,056	1	,813	,927	,497	1,729
Kalp.damar.hastalığı	,175	,616	,081	1	,776	1,191	,356	3,981
Hiperlipidemi	,431	,467	,854	1	,356	1,540	,616	3,845
Diyabet	,090	,525	,029	1	,864	1,094	,391	3,060
Hipertansiyon	-,880	,490	3,218	1	,073	,415	,159	1,085
KOAH	,411	,809	,258	1	,612	1,508	,309	7,367
Astım	-,574	,787	,533	1	,466	,563	,120	2,632
Böbrek.Hastalığı	,050	,647	,006	1	,939	1,051	,296	3,734
Karaciğer.Hastalığı	-,062	,971	,004	1	,949	,940	,140	6,306
İnme.Felç	-1,956	1,259	2,413	1	,120	,141	,012	1,668
Romatolojik.H	,933	,496	3,535	1	,060	2,542	,961	6,723
Kanser	-,812	,870	,873	1	,350	,444	,081	2,440
Psikiyatrik.H	1,506	,646	5,434	1	,020	4,510	1,271	16,001
Demans	1,044	1,453	,516	1	,472	2,840	,165	48,993
Diğer.Hastalıklar	,139	,711	,038	1	,845	1,149	,285	4,632
Constant	-8,403	3,250	6,687	1	,010	,000		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeı, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKİ, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.76. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Kolon Kanseri Tarama Testi Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation					95% C.I.for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	SH.Erisim	,019	,045	,177	1	,674	1,019	,932	1,114
	SH.Anlama	,021	,050	,172	1	,678	1,021	,925	1,127
	SH.Değerlendirme	,016	,052	,096	1	,757	1,016	,917	1,126
	SH.Uygulama	-,094	,062	2,264	1	,132	,911	,806	1,029
	HK.Erisim	-,041	,055	,544	1	,461	,960	,862	1,069
	HK.Anlama	-,089	,057	2,458	1	,117	,915	,819	1,022
	HK.Değerlendirme	,265	,078	11,666	1	,001	1,303	1,120	1,517
	HK.Uygulama	-,006	,046	,019	1	,891	,994	,909	1,087
	SG.Erisim	-,004	,058	,004	1	,949	,996	,889	1,117
	SG.Anlama	-,012	,054	,053	1	,818	,988	,888	1,099
	SG.Değerlendirme	-,088	,057	2,415	1	,120	,916	,819	1,023
	SG.Uygulama	,025	,032	,573	1	,449	1,025	,962	1,092
	Cinsiyet	-,408	,636	,412	1	,521	,665	,191	2,314
	Medeni.Durum	-,074	,699	,011	1	,915	,928	,236	3,654
	Eğitim.Düzevi			1,964	3	,580			
	Eğitim.Düzevi(1)	,861	1,042	,683	1	,408	2,366	,307	18,221
	Eğitim.Düzevi(2)	,635	1,149	,305	1	,581	1,886	,199	17,914
	Eğitim.Düzevi(3)	1,500	1,267	1,400	1	,237	4,481	,374	53,721
	Yaş	,033	,038	,739	1	,390	1,033	,959	1,113
	İstihdam.Durumu(1)	,382	,908	,177	1	,674	1,465	,247	8,687
	Hane.Geliri			3,752	3	,290			
	Hane.Geliri(1)	,713	,809	,776	1	,378	2,039	,418	9,955
	Hane.Geliri(2)	-,189	,952	,040	1	,842	,827	,128	5,347
	Hane.Geliri(3)	-,869	1,088	,638	1	,425	,419	,050	3,540
	Yaşanılan.Yer	1,396	,992	1,982	1	,159	4,039	,578	28,217
	Sosyal.Statü.Algısı	,169	,144	1,375	1	,241	1,184	,893	1,569
	Egzersiz.Türü			,426	2	,808			
	Egzersiz.Türü(1)	,314	,619	,257	1	,612	1,369	,407	4,606
	Egzersiz.Türü(2)	-,173	1,046	,027	1	,868	,841	,108	6,538
	Sigara.kullanma	-1,024	,904	1,281	1	,258	,359	,061	2,115
	Alkol.kullanma	-,966	1,274	,575	1	,448	,380	,031	4,623
	Diyet.yapma	,521	,520	1,002	1	,317	1,683	,607	4,667
	BKİ	-,018	,057	,104	1	,747	,982	,878	1,098
	EÖSBK			9,073	2	,011			
	EÖSBK(1)	-,207	1,525	,018	1	,892	,813	,041	16,135
	EÖSBK(2)	4,185	1,393	9,020	1	,003	65,704	4,280	1008,646
	Genel.Sağlık.Durumu	-,065	,340	,037	1	,848	,937	,481	1,826
	Kalp.damar.hastalığı	-,355	,759	,218	1	,640	,701	,158	3,105
	Hiperlipidemi	,788	,564	1,955	1	,162	2,200	,729	6,643
	Diyabet	,270	,620	,189	1	,663	1,310	,389	4,416
Hipertansiyon	-1,243	,577	4,636	1	,031	,288	,093	,894	
KOAH	,756	,893	,717	1	,397	2,129	,370	12,253	
Astım	-1,777	1,012	3,084	1	,079	,169	,023	1,229	
Böbrek.Hastalığı	,889	,777	1,310	1	,252	2,432	,531	11,142	
Karaciğer.Hastalığı	-,915	1,219	,563	1	,453	,401	,037	4,368	
İnme.Felç	-1,865	1,285	2,107	1	,147	,155	,012	1,921	
Romatolojik.H	1,417	,582	5,919	1	,015	4,123	1,317	12,908	
Kanser	-1,704	1,052	2,625	1	,105	,182	,023	1,430	
Psikiyatrik.H	1,938	,737	6,917	1	,009	6,948	1,639	29,456	
Demans	1,267	1,746	,527	1	,468	3,551	,116	108,812	
Diğer.Hastalıklar	-,142	,816	,030	1	,862	,868	,175	4,296	
Constant	-7,012	3,817	3,374	1	,066	,001			

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzevi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKİ, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.77. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Kadın Hastaların Osteoporoz Tarama Testi Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,076	,036	4,390	1	,036	1,079	1,005	1,159
Medeni.Durum	1,082	,807	1,798	1	,180	2,952	,607	14,357
Eğitim.Düzeyi			4,002	3	,261			
Eğitim.Düzeyi(1)	-,302	,986	,094	1	,760	,740	,107	5,108
Eğitim.Düzeyi(2)	-,130	1,253	,813	1	,367	,323	,028	3,768
Eğitim.Düzeyi(3)	-,3164	1,714	3,407	1	,065	,042	,001	1,216
Yaş	-,092	,060	2,345	1	,126	,912	,812	1,026
Hane.Geliri			5,134	3	,162			
Hane.Geliri(1)	1,564	,839	3,472	1	,062	4,779	,922	24,769
Hane.Geliri(2)	1,602	1,266	1,601	1	,206	4,961	,415	59,291
Hane.Geliri(3)	3,486	1,715	4,132	1	,042	32,647	1,133	940,901
Yaşanılan.Yer	-,044	,849	,003	1	,958	,957	,181	5,053
Sosyal.Statü.Algısı	-,269	,195	1,900	1	,168	,764	,521	1,120
Genel.Sağlık.Durumu	,038	,383	,010	1	,922	1,038	,490	2,200
Constant	5,000	4,411	1,285	1	,257	148,414		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Genel.Sağlık.Durumu.

**EK 5.78. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Kadın Hastaların Osteoporoz Tarama Testi Yaptırma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-,020	,082	,060	1	,807	,980	,834	1,152
SH.Anlama	-,158	,091	2,999	1	,083	,854	,714	1,021
SH.Değerlendirme	-,148	,117	1,586	1	,208	,863	,686	1,086
SH.Uygulama	,012	,075	,027	1	,869	1,013	,874	1,174
HK.Erisim	,115	,078	2,158	1	,142	1,122	,962	1,308
HK.Anlama	,064	,094	,471	1	,493	1,067	,887	1,282
HK.Değerlendirme	,189	,143	1,755	1	,185	1,208	,913	1,597
HK.Uygulama	-,067	,065	1,038	1	,308	,935	,823	1,064
SG.Erisim	,131	,081	2,613	1	,106	1,140	,973	1,337
SG.Anlama	-,107	,107	,999	1	,317	,898	,728	1,108
SG.Değerlendirme	-,051	,077	,443	1	,505	,950	,817	1,105
SG.Uygulama	,100	,062	2,627	1	,105	1,105	,979	1,247
Medeni.Durum	,941	1,074	,768	1	,381	2,564	,312	21,045
Eğitim.Düzeyi			5,391	3	,145			
Eğitim.Düzeyi(1)	-,397	1,479	,072	1	,789	,673	,037	12,204
Eğitim.Düzeyi(2)	-2,414	1,866	1,674	1	,196	,089	,002	3,466
Eğitim.Düzeyi(3)	-4,401	2,303	3,652	1	,056	,012	,000	1,119
Yaş	-,093	,093	,992	1	,319	,911	,759	1,094
Hane.Geliri			5,283	3	,152			
Hane.Geliri(1)	1,869	1,173	2,539	1	,111	6,480	,651	64,533
Hane.Geliri(2)	2,813	1,556	3,271	1	,071	16,664	,790	351,504
Hane.Geliri(3)	5,143	2,302	4,992	1	,025	171,294	1,881	15602,579
Yaşanılan.Yer	-,147	1,074	,019	1	,891	,863	,105	7,083
Sosyal.Statü.Algısı	-,422	,267	2,496	1	,114	,656	,388	1,107
Genel.Sağlık.Durumu	,377	,497	,576	1	,448	1,458	,550	3,865
Constant	6,152	6,871	,802	1	,371	469,576		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Genel.Sağlık.Durumu.

**EK 5.79. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Dış Hekimine Götme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,010	,015	,424	1	,515	,990	,961	1,020
Cinsiyet	,120	,254	,222	1	,637	1,127	,685	1,854
Medeni.Durum	-,011	,280	,002	1	,967	,989	,572	1,710
Eğitim.Düzeı			1,875	3	,599			
Eğitim.Düzeı(1)	,672	,506	1,765	1	,184	1,959	,726	5,282
Eğitim.Düzeı(2)	,724	,566	1,635	1	,201	2,062	,680	6,253
Eğitim.Düzeı(3)	,690	,591	1,365	1	,243	1,994	,626	6,349
Yaş	,003	,010	,108	1	,742	1,003	,984	1,023
İstihdam.Durumu			2,065	2	,356			
İstihdam.Durumu(1)	-,244	,328	,554	1	,457	,783	,411	1,491
İstihdam.Durumu(2)	-,852	,595	2,051	1	,152	,426	,133	1,369
Hane.Geliri			4,136	3	,247			
Hane.Geliri(1)	-,241	,349	,474	1	,491	,786	,396	1,559
Hane.Geliri(2)	-,430	,375	1,315	1	,251	,651	,312	1,356
Hane.Geliri(3)	,186	,436	,183	1	,669	1,205	,513	2,832
Yaşanılan.Yer	,315	,326	,932	1	,334	1,370	,723	2,594
Sosyal.Statü.Algısı	,041	,062	,427	1	,514	1,042	,922	1,177
Egezersiz.Türü			,719	2	,698			
Egezersiz.Türü(1)	,145	,256	,322	1	,570	1,156	,701	1,908
Egezersiz.Türü(2)	-,107	,349	,093	1	,760	,899	,453	1,783
Sigara.kullanma	,647	,275	5,548	1	,018	1,910	1,115	3,274
Alkol.kullanma	,460	,327	1,971	1	,160	1,583	,834	3,008
Diyet.yapma	,301	,256	1,383	1	,240	1,351	,818	2,232
BKİ	-,024	,025	,887	1	,346	,976	,929	1,026
EÖSBK			4,923	2	,085			
EÖSBK(1)	,644	,398	2,614	1	,106	1,904	,872	4,156
EÖSBK(2)	,997	,597	2,786	1	,095	2,709	,841	8,729
Genel.Sağlık.Durumu	-,106	,155	,467	1	,494	,900	,664	1,218
Kalp.damar.hastalığı	-,007	,262	,001	1	,979	,993	,594	1,661
Hiperlipidemi	-,054	,265	,042	1	,837	,947	,563	1,593
Diyabet	-,543	,342	2,522	1	,112	,581	,297	1,136
Hipertansiyon	-,480	,276	3,028	1	,082	,619	,360	1,063
KOAH	-,223	,538	,171	1	,679	,800	,279	2,297
Astım	,033	,430	,006	1	,938	1,034	,445	2,402
Böbrek.Hastalığı	,337	,396	,722	1	,395	1,400	,644	3,042
Karaciğer.Hastalığı	,690	,543	1,617	1	,203	1,994	,688	5,779
İnme.Felç	,264	,529	,248	1	,618	1,302	,462	3,670
Romatolojik.H	,402	,312	1,665	1	,197	1,495	,812	2,756
Kanser	,757	,402	3,541	1	,060	2,132	,969	4,692
Psikiyatrik.H	,512	,385	1,770	1	,183	1,668	,785	3,546
Demans	-,1239	1,226	1,021	1	,312	,290	,026	3,202
Diğer.Hastalıklar	,426	,366	1,355	1	,244	1,531	,747	3,136
Constant	-,924	1,158	,637	1	,425	,397		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeı, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKİ, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.80. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Dış Hekimine Gitme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation						95% C.I.for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	SH.Erisim	-,006	,018	,114	1	,736	,994	,959	1,030
	SH.Anlama	,010	,020	,264	1	,607	1,010	,972	1,049
	SH.Değerlendirme	-,045	,021	4,542	1	,033	,956	,917	,996
	SH.Uygulama	,015	,023	,455	1	,500	1,015	,971	1,062
	HK.Erisim	,021	,021	1,040	1	,308	1,021	,981	1,063
	HK.Anlama	,004	,020	,047	1	,829	1,004	,965	1,045
	HK.Değerlendirme	-,034	,022	2,289	1	,130	,967	,926	1,010
	HK.Uygulama	,048	,019	6,597	1	,010	1,050	1,012	1,089
	SG.Erisim	-,032	,021	2,323	1	,127	,969	,930	1,009
	SG.Anlama	,011	,021	,266	1	,606	1,011	,970	1,054
	SG.Değerlendirme	,026	,020	1,702	1	,192	1,027	,987	1,068
	SG.Uygulama	-,029	,014	4,551	1	,033	,971	,945	,998
	Cinsiyet	,100	,265	,143	1	,705	1,105	,657	1,859
	Medeni.Durum	,067	,295	,052	1	,819	1,070	,600	1,905
	Eğitim.Düzei			1,154	3	,764			
	Eğitim.Düzei(1)	,563	,525	1,151	1	,283	1,756	,628	4,914
	Eğitim.Düzei(2)	,518	,586	,783	1	,376	1,679	,533	5,291
	Eğitim.Düzei(3)	,531	,614	,749	1	,387	1,701	,511	5,668
	Yaş	,001	,010	,012	1	,911	1,001	,981	1,021
	İstihdam.Durumu			2,034	2	,362			
	İstihdam.Durumu(1)	-,251	,341	,542	1	,462	,778	,399	1,517
	İstihdam.Durumu(2)	-,897	,631	2,020	1	,155	,408	,118	1,405
	Hane.Geliri			3,682	3	,298			
	Hane.Geliri(1)	-,016	,365	,002	1	,966	,984	,482	2,013
	Hane.Geliri(2)	-,245	,390	,394	1	,530	,783	,365	1,682
	Hane.Geliri(3)	,417	,455	,840	1	,359	1,517	,622	3,697
	Yaşanılan.Yer	,324	,338	,921	1	,337	1,383	,713	2,682
	Sosyal.Statü.Algısı	,035	,064	,305	1	,581	1,036	,914	1,174
	Egzersiz.Türü			1,754	2	,416			
	Egzersiz.Türü(1)	,338	,271	1,552	1	,213	1,402	,824	2,387
	Egzersiz.Türü(2)	,078	,375	,043	1	,835	1,081	,519	2,253
	Sigara.kullanma	,621	,290	4,584	1	,032	1,861	1,054	3,285
	Alkol.kullanma	,341	,342	,992	1	,319	1,407	,719	2,752
	Diyet.yapma	,328	,267	1,513	1	,219	1,388	,823	2,342
	BKI	-,030	,027	1,261	1	,261	,970	,921	1,023
	EÖSBK			5,781	2	,056			
	EÖSBK(1)	,638	,415	2,371	1	,124	1,893	,840	4,267
	EÖSBK(2)	1,231	,621	3,930	1	,047	3,424	1,014	11,560
	Genel.Sağlık.Durumu	-,119	,162	,534	1	,465	,888	,646	1,221
	Kalp.damar.hastalığı	-,073	,274	,071	1	,790	,930	,543	1,591
	Hiperlipidemi	-,150	,280	,286	1	,593	,861	,498	1,489
	Diyabet	-,663	,356	3,464	1	,063	,515	,257	1,036
	Hipertansiyon	-,379	,285	1,767	1	,184	,685	,392	1,197
	KOAH	-,384	,550	,489	1	,484	,681	,232	1,999
	Astım	,093	,444	,044	1	,834	1,098	,459	2,623
	Böbrek.Hastalığı	,397	,416	,913	1	,339	1,487	,659	3,358
	Karaciğer.Hastalığı	,788	,562	1,967	1	,161	2,199	,731	6,617
	İnme.Felç	,254	,548	,215	1	,643	1,289	,440	3,775
	Romatolojik.H	,401	,321	1,559	1	,212	1,494	,796	2,805
	Kanser	,907	,420	4,664	1	,031	2,476	1,087	5,637
	Psikiyatrik.H	,297	,399	,552	1	,458	1,345	,615	2,942
	Demans	-,869	1,241	,490	1	,484	,419	,037	4,777
	Diğer.Hastalıklar	,523	,375	1,952	1	,162	1,688	,810	3,518
	Constant	-1,084	1,251	,751	1	,386	,338		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzei, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.



**EK 5.81. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Yaşam Doyum Algısı Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3,809	,679		5,612	,000		
	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,019	,009	,131	2,145	,033	,475	2,106
	Cinsiyet	,211	,154	,069	1,375	,170	,700	1,428
	Medeni.Durum	,069	,169	,021	,411	,681	,654	1,528
	Eğitim.İlkokul	-,188	,277	-,052	-,678	,498	,301	3,322
	Eğitim.İlköğretim.ve.Lise	-,780	,313	-,236	-2,488	,013	,196	5,105
	Eğitim.Üniversite	-,882	,331	-,276	-2,664	,008	,164	6,090
	Yaş	,008	,006	,093	1,343	,180	,367	2,728
	İstihdam.Çalışan	,005	,202	,001	,023	,982	,558	1,792
	İstihdam.Öğrenci	-,049	,353	-,008	-,138	,890	,475	2,104
	Gelir.bin.ikibin	-,098	,208	-,030	-,470	,639	,435	2,301
	Gelir.iki.dortbin	,034	,220	,010	,152	,879	,416	2,403
	Gelir.dortbin.uzeri	,456	,264	,124	1,724	,085	,342	2,922
	Yaşanılan.Yer	,213	,190	,051	1,122	,262	,845	1,183
	Sosyal.Statü.Algısı	,211	,038	,282	5,525	,000	,674	1,483
	Egzersiz.Yürüyüş	,139	,153	,045	,907	,365	,702	1,424
	Egzersiz.Yüzme.TS.ve.SSE	,017	,214	,004	,080	,937	,633	1,581
	Sigara.kullanma	-,588	,172	-,153	-3,415	,001	,875	1,143
	Alkol.kullanma	,186	,207	,042	,901	,368	,796	1,257
	Diyet.yapma	,120	,154	,037	,782	,435	,777	1,288
	BKI	-,023	,015	-,080	-1,598	,111	,695	1,439
	EÖSBK.internet	,026	,250	,005	,106	,916	,817	1,224
	EÖSBK.Diğer	,641	,368	,076	1,740	,083	,920	1,087
	Genel.Sağlık.Durumu	-,267	,093	-,135	-2,858	,004	,786	1,272
	Kalp.damar.hastalığı	-,208	,160	-,061	-1,298	,195	,797	1,254
	Hiperlipidemi	,104	,159	,032	,652	,515	,725	1,380
	Diyabet	-,066	,195	-,017	-,338	,736	,726	1,377
	Hipertansiyon	,031	,167	,010	,186	,852	,603	1,659
	KOAH	-,352	,303	-,055	-1,161	,246	,777	1,287
	Astım	-,200	,252	-,036	-,792	,429	,839	1,192
	Böbrek.Hastalığı	-,417	,240	-,082	-1,733	,084	,790	1,266
	Karaciğer.Hastalığı	-,303	,338	-,040	-,896	,371	,870	1,149
	İnme.Felç	-,130	,315	-,019	-,415	,679	,875	1,143
	Romatolojik.H	-,272	,189	-,067	-1,436	,152	,821	1,218
	Kanser	-,092	,255	-,016	-,362	,718	,910	1,099
	Psikiyatrik.H	-,469	,236	-,090	-1,986	,048	,854	1,170
	Demans	,259	,565	,021	,458	,648	,822	1,217
	Diğer.Hastalıklar	-,026	,224	-,005	-,118	,906	,930	1,075

a. Dependent Variable: Yaşam.Doyum.Ölçeği.Puan.Ortalaması

**EK 5.82. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Yaşam Doyum Algısı Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Coefficients<sup>a</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3,933	,710				
	SH.Erisim	-,002	,011	-,010	-,148	,882	,358
	SH.Anlama	,003	,012	,023	,277	,782	,249
	SH.Değerlendirme	,023	,012	,163	1,961	,051	,251
	SH.Uygulama	-,027	,013	-,208	-2,049	,041	,169
	HK.Erisim	,024	,012	,197	1,983	,048	,176
	HK.Anlama	,003	,012	,020	,212	,832	,187
	HK.Değerlendirme	-,007	,013	-,063	-,586	,558	,149
	HK.Uygulama	,015	,010	,123	1,453	,147	,244
	SG.Erisim	-,008	,012	-,069	-,666	,506	,161
	SG.Anlama	-,002	,012	-,018	-,187	,852	,182
	SG.Değerlendirme	-,011	,012	-,093	-,987	,324	,195
	SG.Uygulama	,008	,008	,067	,976	,330	,374
	Cinsiyet	,149	,156	,049	,956	,340	,672
	Medeni.Durum	,051	,171	,016	,296	,767	,630
	Egitim.İlkokul	-,064	,282	-,018	-,226	,822	,287
	Egitim.İlkogretim.ve.Lise	-,588	,319	-,178	-1,840	,067	,186
	Egitim.Üniversite	-,680	,337	-,213	-2,016	,045	,156
	Yaş	,007	,006	,085	1,217	,224	,356
	İstihdam.Çalışan	,000	,203	,000	,002	,998	,545
	İstihdam.Öğrenci	,017	,359	,003	,046	,963	,454
	Gelir.bin.ikibin	-,151	,210	-,046	-,717	,474	,421
	Gelir.iki.dortbin	,068	,222	,020	,309	,758	,405
	Gelir.dortbin.uzeri	,427	,265	,116	1,610	,108	,336
	Yaşanılan.Yer	,186	,192	,045	,969	,333	,813
	Sosyal.Statü.Algısı	,222	,038	,297	5,789	,000	,660
	Egzersiz.Yürüyüş	,130	,158	,043	,826	,409	,656
	Egzersiz.Yüzme.TS.ve.SSE	-,048	,221	-,012	-,216	,829	,585
	Sigara.kullanma	-,525	,176	-,137	-2,984	,003	,826
	Alkol.kullanma	,234	,209	,053	1,120	,263	,765
	Diyet.yapma	,108	,154	,033	,698	,485	,760
	BKI	-,024	,015	-,084	-1,638	,102	,665
	EÖSBK.internet	,023	,250	,004	,091	,928	,801
	EÖSBK.Diğer	,666	,372	,079	1,789	,074	,889
	Genel.Sağlık.Durumu	-,275	,095	-,139	-2,899	,004	,751
	Kalp.damar.hastalığı	-,245	,163	-,072	-1,504	,133	,765
	Hiperlipidemi	,068	,162	,021	,421	,674	,689
	Diyabet	-,045	,197	-,011	-,230	,819	,705
	Hipertansiyon	,033	,169	,011	,195	,846	,586
	KOAH	-,344	,303	-,054	-1,133	,258	,765
	Astım	-,165	,255	-,030	-,646	,519	,811
	Böbrek.Hastalığı	-,389	,242	-,076	-1,604	,109	,767
	Karaciğer.Hastalığı	-,425	,343	-,057	-1,241	,216	,835
	İnme.Felç	-,232	,315	-,033	-,738	,461	,862
	Romatolojik.H	-,264	,189	-,065	-1,393	,164	,808
	Kanser	-,047	,256	-,008	-,184	,854	,890
	Psikiyatrik.H	-,454	,239	-,087	-1,903	,058	,825
	Demans	,227	,572	,019	,397	,691	,792
	Diğer.Hastalıklar	-,021	,225	-,004	-,091	,927	,908

a. Dependent Variable: Yaşam.Doyum.Ölçeği.Puan.Ortalaması

**EK 5.83. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Almış Olduğu Poliklinik Hizmetinde Doktorlarının Şikayetlerini Dinleyip Hastalıklarıyla İlgili Sorulara Anlayacakları Şekilde Cevap Verme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,071	,018	15,071	1	,000	1,073	1,036	1,113
Cinsiyet	-,252	,287	,773	1	,379	,777	,443	1,363
Medeni.Durum	-,585	,318	3,389	1	,066	,557	,299	1,039
Eğitim.Düzeyi			9,872	3	,020			
Eğitim.Düzeyi(1)	-1,033	,575	3,224	1	,073	,356	,115	1,099
Eğitim.Düzeyi(2)	-1,418	,646	4,821	1	,028	,242	,068	,859
Eğitim.Düzeyi(3)	-2,018	,674	8,978	1	,003	,133	,035	,498
Yaş	,025	,011	5,337	1	,021	1,026	1,004	1,048
İstihdam.Durumu			1,336	2	,513			
İstihdam.Durumu(1)	,173	,386	,202	1	,653	1,189	,558	2,532
İstihdam.Durumu(2)	,707	,616	1,317	1	,251	2,028	,606	6,784
Hane.Geliri			1,985	3	,576			
Hane.Geliri(1)	,120	,382	,098	1	,754	1,127	,533	2,384
Hane.Geliri(2)	,129	,399	,104	1	,747	1,137	,521	2,485
Hane.Geliri(3)	,631	,501	1,588	1	,208	1,880	,704	5,020
Yaşanılan.Yer	-,215	,355	,365	1	,545	,807	,402	1,618
Sosyal.Statü.Algısı	,024	,072	,114	1	,736	1,025	,890	1,180
Egezersiz.Türü			,779	2	,677			
Egezersiz.Türü(1)	,068	,294	,054	1	,817	1,070	,602	1,903
Egezersiz.Türü(2)	,356	,409	,757	1	,384	1,427	,640	3,183
Sigara.kullanma	,453	,334	1,841	1	,175	1,574	,818	3,029
Alkol.kullanma	,345	,400	,744	1	,389	1,412	,644	3,096
Diyet.yapma	,142	,304	,219	1	,640	1,153	,636	2,091
BKI	-,004	,028	,018	1	,894	,996	,943	1,052
EÖSBK			1,461	2	,482			
EÖSBK(1)	-,424	,435	,947	1	,331	,655	,279	1,537
EÖSBK(2)	,486	,780	,387	1	,534	1,625	,352	7,499
Genel.Sağlık.Durumu	-,381	,185	4,246	1	,039	,683	,476	,982
Kalp.damar.hastalığı	-,079	,307	,067	1	,796	,924	,506	1,686
Hiperlipidemi	,814	,339	5,753	1	,016	2,257	1,161	4,390
Diyabet	,179	,420	,181	1	,670	1,196	,525	2,726
Hipertansiyon	,564	,335	2,830	1	,093	1,757	,911	3,389
KOAH	,252	,616	,167	1	,683	1,286	,385	4,303
Astım	-,226	,478	,223	1	,637	,798	,313	2,035
Böbrek.Hastalığı	-,947	,446	4,510	1	,034	,388	,162	,930
Karaciğer.Hastalığı	-1,224	,590	4,303	1	,038	,294	,093	,935
İnme.Felç	-,263	,609	,187	1	,666	,769	,233	2,535
Romatolojik.H	-,150	,376	,160	1	,689	,860	,412	1,796
Kanser	,787	,605	1,690	1	,194	2,196	,671	7,190
Psikiyatrik.H	,175	,469	,139	1	,709	1,191	,475	2,989
Demans	1,092	1,338	,666	1	,415	2,979	,216	41,004
Diğer.Hastalıklar	-,100	,432	,054	1	,817	,905	,388	2,108
Constant	-,244	1,297	,035	1	,851	,784		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.84. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Almış Olduğu Poliklinik Hizmetinde Doktorlarının Şikayetlerini Dinleyip Hastahklarıyla İlgili Sorulara Anlayacakları Şekilde Cevap Verme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	SH.Erisim	,029	,021	1,959	1	,162	1,029	,989	1,072
	SH.Anlama	,025	,022	1,265	1	,261	1,025	,982	1,071
	SH.Değerlendirme	-,010	,024	,167	1	,683	,990	,945	1,038
	SH.Uygulama	-,031	,025	1,536	1	,215	,970	,923	1,018
	HK.Erisim	,031	,024	1,645	1	,200	1,031	,984	1,081
	HK.Anlama	-,021	,023	,846	1	,358	,979	,937	1,024
	HK.Değerlendirme	,062	,024	6,430	1	,011	1,063	1,014	1,115
	HK.Uygulama	,036	,020	3,274	1	,070	1,036	,997	1,077
	SG.Erisim	-,043	,024	3,104	1	,078	,958	,913	1,005
	SG.Anlama	,004	,024	,031	1	,860	1,004	,958	1,052
	SG.Değerlendirme	-,001	,022	,002	1	,963	,999	,957	1,043
	SG.Uygulama	-,018	,016	1,243	1	,265	,983	,953	1,013
	Cinsiyet	-,344	,307	1,255	1	,263	,709	,388	1,295
	Medeni.Durum	-,497	,335	2,199	1	,138	,609	,316	1,173
	Eğitim.Düzei			8,159	3	,043			
	Eğitim.Düzei(1)	-1,074	,598	3,225	1	,073	,342	,106	1,103
	Eğitim.Düzei(2)	-1,315	,680	3,745	1	,053	,268	,071	1,017
	Eğitim.Düzei(3)	-1,924	,705	7,443	1	,006	,146	,037	,582
	Yaş	,022	,012	3,658	1	,056	1,022	,999	1,046
	İstihdam.Durumu			1,617	2	,445			
	İstihdam.Durumu(1)	,281	,413	,462	1	,497	1,324	,589	2,976
	İstihdam.Durumu(2)	,850	,670	1,612	1	,204	2,341	,630	8,696
	Hane.Geliri			2,167	3	,539			
	Hane.Geliri(1)	,286	,402	,507	1	,477	1,331	,605	2,928
	Hane.Geliri(2)	,396	,419	,895	1	,344	1,486	,654	3,375
	Hane.Geliri(3)	,778	,531	2,146	1	,143	2,176	,769	6,159
	Yaşanılan.Yer	-,299	,375	,634	1	,426	,742	,355	1,548
	Sosyal.Statü.Algısı	,042	,077	,301	1	,583	1,043	,896	1,215
	Egzersiziz.Türü			1,843	2	,398			
	Egzersiziz.Türü(1)	,211	,316	,445	1	,505	1,234	,665	2,292
	Egzersiziz.Türü(2)	,603	,445	1,838	1	,175	1,828	,764	4,374
	Sigara.kullanma	,607	,360	2,840	1	,092	1,835	,906	3,718
	Alkol.kullanma	,229	,434	,278	1	,598	1,257	,537	2,942
	Diyet.yapma	,158	,316	,250	1	,617	1,171	,631	2,175
	BKI	-,024	,030	,651	1	,420	,976	,921	1,035
	EÖSBK			,807	2	,668			
	EÖSBK(1)	-,323	,459	,497	1	,481	,724	,295	1,778
	EÖSBK(2)	,383	,785	,238	1	,625	1,467	,315	6,832
	Genel.Sağlık.Durumu	-,422	,194	4,730	1	,030	,656	,448	,959
	Kalp.damar.hastalığı	-,135	,328	,169	1	,681	,874	,459	1,662
	Hiperlipidemi	,755	,362	4,362	1	,037	2,128	1,048	4,323
	Diyabet	,070	,435	,026	1	,873	1,072	,457	2,518
	Hipertansiyon	,686	,353	3,778	1	,052	1,985	,994	3,962
	KOAH	,094	,637	,022	1	,882	1,099	,315	3,829
	Astım	-,241	,491	,240	1	,624	,786	,300	2,057
	Böbrek.Hastalığı	-,783	,467	2,815	1	,093	,457	,183	1,141
	Karaciğer.Hastalığı	-1,470	,628	5,485	1	,019	,230	,067	,787
	İnme.Felç	-,378	,625	,366	1	,545	,685	,202	2,332
	Romatolojik.H	-,252	,385	,429	1	,512	,777	,365	1,654
	Kanser	,850	,631	1,817	1	,178	2,340	,680	8,057
	Psikiyatrik.H	,041	,498	,007	1	,934	1,042	,393	2,763
	Demans	,961	1,340	,514	1	,473	2,614	,189	36,164
	Diğer.Hastalıklar	-,048	,446	,011	1	,915	,953	,398	2,284
	Constant	,641	1,413	,206	1	,650	1,899		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzei, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiziz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.85. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Almış Olduğu Poliklinik Hizmetinde Doktorlarının Kendilerine Karşı Yeterince İlgili ve Nezaketli Olma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation					95% C.I. for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	,043	,018	5,756	1	,016	1,044	1,008	1,082
	Cinsiyet	-,388	,300	1,669	1	,196	,679	,377	1,222
	Medeni.Durum	-,294	,330	,795	1	,373	,745	,390	1,423
	Eğitim.Düzeyi			1,541	3	,673			
	Eğitim.Düzeyi(1)	-,065	,542	,014	1	,905	,937	,324	2,712
	Eğitim.Düzeyi(2)	-,108	,623	,030	1	,862	,898	,265	3,044
	Eğitim.Düzeyi(3)	-,511	,643	,632	1	,426	,600	,170	2,114
	Yaş	,017	,012	2,099	1	,147	1,017	,994	1,040
	İstihdam.Durumu			,497	2	,780			
	İstihdam.Durumu(1)	-,154	,400	,147	1	,701	,857	,391	1,879
	İstihdam.Durumu(2)	,221	,648	,116	1	,734	1,247	,350	4,441
	Hane.Geliri			5,423	3	,143			
	Hane.Geliri(1)	,931	,404	5,305	1	,021	2,538	1,149	5,607
	Hane.Geliri(2)	,594	,410	2,103	1	,147	1,812	,811	4,045
	Hane.Geliri(3)	,772	,510	2,296	1	,130	2,164	,797	5,875
	Yaşanılan.Yer	-,057	,365	,024	1	,876	,945	,462	1,931
	Sosyal.Statü.Algısı	-,035	,075	,222	1	,638	,965	,834	1,117
	Egzersiz.Türü			2,695	2	,260			
	Egzersiz.Türü(1)	,043	,303	,020	1	,888	1,044	,577	1,888
	Egzersiz.Türü(2)	,703	,448	2,462	1	,117	2,020	,839	4,862
	Sigara.kullanma	-,230	,338	,466	1	,495	,794	,410	1,539
	Alkol.kullanma	,767	,472	2,637	1	,104	2,153	,853	5,434
	Diyet.yapma	-,201	,321	,393	1	,531	,818	,436	1,533
	BKI	-,009	,029	,099	1	,753	,991	,937	1,048
	EÖSBK			,156	2	,925			
	EÖSBK(1)	-,184	,470	,153	1	,696	,832	,331	2,091
	EÖSBK(2)	,013	,749	,000	1	,986	1,013	,233	4,398
	Genel.Sağlık.Durumu	-,208	,187	1,243	1	,265	,812	,564	1,171
	Kalp.damar.hastalığı	-,056	,330	,028	1	,866	,946	,496	1,805
	Hiperlipidemi	,609	,353	2,980	1	,084	1,838	,921	3,667
	Diyabet	,264	,424	,389	1	,533	1,303	,568	2,990
	Hipertansiyon	,725	,348	4,354	1	,037	2,065	1,045	4,081
	KOAH	-,766	,561	1,862	1	,172	,465	,155	1,397
	Astım	,229	,506	,205	1	,651	1,257	,467	3,386
	Böbrek.Hastalığı	-,736	,463	2,523	1	,112	,479	,193	1,188
	Karaciğer.Hastalığı	-,425	,596	,509	1	,476	,654	,203	2,103
	İnme.Felç	-,586	,579	1,023	1	,312	,557	,179	1,732
	Romatolojik.H	-,991	,359	7,618	1	,006	,371	,184	,750
	Kanser	1,329	,787	2,852	1	,091	3,778	,808	17,667
	Psikiyatrik.H	-,334	,451	,549	1	,459	,716	,296	1,732
	Demans	1,344	1,221	1,211	1	,271	3,834	,350	42,002
	Diğer.Hastalıklar	-,761	,414	3,374	1	,066	,467	,207	1,052
	Constant	,057	1,343	,002	1	,966	1,058		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.86. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Almış Olduğu Poliklinik Hizmetinde Doktorlarının Kendilerine Karşı Yeterince İlgili ve Nezaketli Olma Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

		Variables in the Equation					95% C.I.for EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	SH.Erisim	,019	,022	,755	1	,385	1,019	,977	1,063
	SH.Anlama	,041	,024	2,869	1	,090	1,041	,994	1,092
	SH.Değerlendirme	,001	,025	,001	1	,977	1,001	,953	1,051
	SH.Uygulama	-,037	,027	1,953	1	,162	,963	,914	1,015
	HK.Erisim	-,020	,026	,612	1	,434	,980	,932	1,031
	HK.Anlama	-,048	,024	4,014	1	,045	,953	,909	,999
	HK.Değerlendirme	,079	,026	9,085	1	,003	1,082	1,028	1,139
	HK.Uygulama	,054	,021	6,427	1	,011	1,056	1,012	1,101
	SG.Erisim	-,020	,026	,624	1	,430	,980	,932	1,030
	SG.Anlama	-,033	,026	1,631	1	,202	,967	,920	1,018
	SG.Değerlendirme	,023	,023	1,035	1	,309	1,023	,979	1,070
	SG.Uygulama	-,025	,017	2,129	1	,145	,976	,944	1,008
	Cinsiyet	-,510	,329	2,397	1	,122	,601	,315	1,145
	Medeni.Durum	-,141	,362	,151	1	,698	,869	,427	1,766
	Eğitim.Düzeyi			,854	3	,836			
	Eğitim.Düzeyi(1)	-,033	,583	,003	1	,955	,968	,309	3,033
	Eğitim.Düzeyi(2)	,059	,671	,008	1	,930	1,060	,285	3,949
	Eğitim.Düzeyi(3)	-,305	,697	,192	1	,661	,737	,188	2,888
	Yaş	,012	,012	,933	1	,334	1,012	,988	1,037
	İstihdam.Durumu			,728	2	,695			
	İstihdam.Durumu(1)	,032	,444	,005	1	,943	1,032	,433	2,464
	İstihdam.Durumu(2)	,562	,719	,612	1	,434	1,755	,429	7,182
	Hane.Geliri			6,515	3	,089			
	Hane.Geliri(1)	1,081	,444	5,928	1	,015	2,949	1,235	7,041
	Hane.Geliri(2)	,930	,449	4,290	1	,038	2,534	1,051	6,107
	Hane.Geliri(3)	,849	,559	2,305	1	,129	2,336	,781	6,987
	Yaşanılan.Yer	-,141	,395	,126	1	,722	,869	,400	1,885
	Sosyal.Statü.Algısı	-,032	,082	,155	1	,694	,968	,824	1,137
	Egzersiz.Türü			4,387	2	,112			
	Egzersiz.Türü(1)	,169	,333	,256	1	,613	1,184	,616	2,275
	Egzersiz.Türü(2)	1,017	,494	4,235	1	,040	2,765	1,050	7,285
	Sigara.kullanma	-,134	,379	,125	1	,723	,875	,416	1,837
	Alkol.kullanma	,734	,520	1,991	1	,158	2,084	,751	5,780
	Diyet.yapma	-,282	,342	,680	1	,410	,754	,386	1,474
	BKI	-,030	,031	,909	1	,340	,970	,913	1,032
	EÖSBK			,034	2	,983			
	EÖSBK(1)	-,039	,517	,006	1	,939	,961	,349	2,649
	EÖSBK(2)	-,138	,794	,030	1	,862	,871	,184	4,132
	Genel.Sağlık.Durumu	-,155	,202	,588	1	,443	,856	,576	1,273
	Kalp.damar.hastalığı	-,187	,364	,264	1	,607	,829	,407	1,692
	Hiperlipidemi	,448	,383	1,373	1	,241	1,566	,740	3,315
	Diyabet	,102	,456	,050	1	,823	1,108	,453	2,709
	Hipertansiyon	,916	,379	5,832	1	,016	2,499	1,188	5,254
	KOAH	-1,087	,616	3,112	1	,078	,337	,101	1,128
	Astım	,078	,530	,022	1	,882	1,082	,383	3,056
	Böbrek.Hastalığı	-,429	,505	,721	1	,396	,651	,242	1,753
	Karaciğer.Hastalığı	-,950	,633	2,252	1	,133	,387	,112	1,338
	İnme.Felç	-,808	,621	1,692	1	,193	,446	,132	1,506
	Romatolojik.H	-1,260	,384	10,786	1	,001	,284	,134	,602
	Kanser	1,465	,872	2,824	1	,093	4,328	,784	23,906
	Psikiyatrik.H	-,496	,497	,994	1	,319	,609	,230	1,614
	Demans	1,125	1,252	,807	1	,369	3,081	,265	35,862
	Diğer.Hastalıklar	-,814	,445	3,350	1	,067	,443	,185	1,059
	Constant	1,254	1,521	,680	1	,410	3,504		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egzersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.87. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Bugünkü Almış Olduğu Poliklinik Hizmetinden Sonra Aynı Rahatsızlıktan Dolayı Başka Bir Doktora Muayene Olmayı Düşünme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,021	,017	1,603	1	,205	,979	,947	1,012
Cinsiyet	,438	,280	2,436	1	,119	1,549	,894	2,683
Medeni.Durum	,017	,315	,003	1	,958	1,017	,548	1,886
Eğitim.Düzeyi			1,795	3	,616			
Eğitim.Düzeyi(1)	,160	,528	,092	1	,762	1,174	,417	3,303
Eğitim.Düzeyi(2)	,209	,608	,118	1	,731	1,233	,374	4,061
Eğitim.Düzeyi(3)	,603	,627	,925	1	,336	1,827	,535	6,240
Yaş	-,015	,011	1,923	1	,165	,985	,964	1,006
İstihdam.Durumu			1,227	2	,541			
İstihdam.Durumu(1)	-,323	,378	,732	1	,392	,724	,345	1,517
İstihdam.Durumu(2)	-,632	,616	1,052	1	,305	,532	,159	1,778
Hane.Geliri			2,942	3	,401			
Hane.Geliri(1)	-,274	,377	,527	1	,468	,761	,363	1,592
Hane.Geliri(2)	-,529	,399	1,754	1	,185	,589	,269	1,289
Hane.Geliri(3)	-,809	,502	2,601	1	,107	,445	,167	1,190
Yaşanılan.Yer	,056	,340	,027	1	,869	1,057	,543	2,058
Sosyal.Statü.Algısı	,056	,070	,650	1	,420	1,058	,923	1,213
Egezersiz.Türü			,652	2	,722			
Egezersiz.Türü(1)	-,117	,286	,166	1	,684	,890	,508	1,560
Egezersiz.Türü(2)	-,317	,394	,646	1	,421	,729	,337	1,577
Sigara.kullanma	,070	,316	,049	1	,825	1,072	,577	1,992
Alkol.kullanma	-,158	,398	,158	1	,691	,854	,392	1,862
Diyet.yapma	-,325	,301	1,171	1	,279	,722	,401	1,302
BKİ	-,008	,028	,088	1	,767	,992	,940	1,047
EÖSBK			1,511	2	,470			
EÖSBK(1)	,449	,430	1,090	1	,297	1,566	,675	3,635
EÖSBK(2)	,491	,649	,571	1	,450	1,633	,458	5,832
Genel.Sağlık.Durumu	,534	,180	8,803	1	,003	1,706	1,199	2,428
Kalp.damar.hastalığı	,222	,306	,526	1	,468	1,248	,685	2,273
Hiperlipidemi	,019	,316	,004	1	,952	1,019	,549	1,892
Diyabet	-,160	,395	,165	1	,685	,852	,393	1,847
Hipertansiyon	-,187	,334	12,637	1	,000	,305	,159	,587
KOAH	-,959	,669	2,054	1	,152	,383	,103	1,423
Astım	-,639	,548	1,361	1	,243	,528	,180	1,545
Böbrek.Hastalığı	,553	,430	1,658	1	,198	1,739	,749	4,037
Karaciğer.Hastalığı	1,125	,583	3,732	1	,053	3,081	,984	9,650
İnme.Felç	,681	,553	1,516	1	,218	1,976	,668	5,843
Romatolojik.H	,624	,352	3,140	1	,076	1,867	,936	3,722
Kanser	-,593	,557	1,133	1	,287	,553	,186	1,646
Psikiyatrik.H	,110	,433	,064	1	,800	1,116	,478	2,608
Demans	-,225	1,036	,047	1	,828	,799	,105	6,084
Diğer.Hastalıklar	,649	,400	2,629	1	,105	1,913	,873	4,191
Constant	-1,095	1,265	,749	1	,387	,335		

a. Variable(s) entered on step 1: Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKİ, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.

**EK 5.88. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Bugünkü Almış Olduğu Poliklinik Hizmetinden Sonra Aynı Rahatsızlıktan Dolayı Başka Bir Doktora Muayene Olmayı Düşünme Durumu Üzerine Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
SH.Erisim	-,008	,020	,161	1	,688	,992	,953	1,032
SH.Anlama	-,057	,022	6,585	1	,010	,945	,905	,987
SH.Değerlendirme	,031	,023	1,745	1	,187	1,031	,985	1,080
SH.Uygulama	-,032	,025	1,684	1	,194	,969	,923	1,016
HK.Erisim	,054	,023	5,287	1	,021	1,055	1,008	1,105
HK.Anlama	,004	,022	,030	1	,863	1,004	,961	1,048
HK.Değerlendirme	-,030	,024	1,550	1	,213	,971	,926	1,017
HK.Uygulama	-,037	,020	3,508	1	,061	,964	,927	1,002
SG.Erisim	,007	,023	,093	1	,760	1,007	,963	1,054
SG.Anlama	,011	,023	,206	1	,650	1,011	,966	1,058
SG.Değerlendirme	,023	,022	1,067	1	,302	1,023	,980	1,068
SG.Uygulama	,003	,015	,047	1	,828	1,003	,974	1,034
Cinsiyet	,314	,295	1,134	1	,287	1,370	,768	2,443
Medeni.Durum	-,138	,332	,173	1	,678	,871	,454	1,670
Eğitim.Düzeyi			2,362	3	,501			
Eğitim.Düzeyi(1)	,255	,554	,212	1	,645	1,291	,436	3,825
Eğitim.Düzeyi(2)	,422	,651	,421	1	,517	1,525	,426	5,466
Eğitim.Düzeyi(3)	,836	,672	1,547	1	,214	2,308	,618	8,617
Yaş	-,015	,011	1,652	1	,199	,985	,964	1,008
İstihdam.Durumu			,674	2	,714			
İstihdam.Durumu(1)	-,264	,398	,439	1	,508	,768	,352	1,677
İstihdam.Durumu(2)	-,486	,660	,542	1	,461	,615	,169	2,241
Hane.Geliri			4,528	3	,210			
Hane.Geliri(1)	-,361	,396	,831	1	,362	,697	,320	1,515
Hane.Geliri(2)	-,724	,418	2,996	1	,083	,485	,214	1,101
Hane.Geliri(3)	-1,029	,525	3,837	1	,050	,357	,128	1,001
Yaşanılan.Yer	-,036	,361	,010	1	,921	,965	,475	1,958
Sosyal.Statü.Algısı	,090	,074	1,478	1	,224	1,094	,947	1,264
Egezersiz.Türü			1,783	2	,410			
Egezersiz.Türü(1)	-,304	,310	,963	1	,326	,738	,402	1,354
Egezersiz.Türü(2)	-,528	,419	1,590	1	,207	,590	,259	1,340
Sigara.kullanma	,146	,342	,182	1	,669	1,157	,592	2,262
Alkol.kullanma	-,167	,423	,155	1	,694	,846	,369	1,940
Diyet.yapma	-,301	,312	,935	1	,334	,740	,402	1,363
BKI	,003	,029	,012	1	,913	1,003	,948	1,061
EÖSBK			,747	2	,688			
EÖSBK(1)	,282	,448	,397	1	,529	1,326	,551	3,194
EÖSBK(2)	,443	,681	,424	1	,515	1,558	,410	5,914
Genel.Sağlık.Durumu	,438	,188	5,424	1	,020	1,549	1,072	2,239
Kalp.damar.hastalığı	,342	,327	1,097	1	,295	1,408	,742	2,672
Hiperlipidemi	,140	,336	,173	1	,678	1,150	,595	2,223
Diyabet	-,124	,410	,092	1	,762	,883	,395	1,974
Hipertansiyon	-1,198	,348	11,873	1	,001	,302	,153	,597
KOAH	-,951	,694	1,878	1	,171	,386	,099	1,505
Astım	-,590	,573	1,063	1	,303	,554	,180	1,702
Böbrek.Hastalığı	,443	,452	,962	1	,327	1,558	,642	3,779
Karaciğer.Hastalığı	1,164	,606	3,689	1	,055	3,204	,977	10,509
İnme.Felç	,699	,569	1,505	1	,220	2,011	,659	6,140
Romatolojik.H	,686	,362	3,581	1	,058	1,986	,976	4,040
Kanser	-,511	,567	,812	1	,367	,600	,198	1,822
Psikiyatrik.H	,378	,448	,714	1	,398	1,460	,607	3,512
Demans	-,060	1,049	,003	1	,954	,941	,121	7,354
Diğer.Hastalıklar	,627	,417	2,259	1	,133	1,873	,826	4,243
Constant	-1,060	1,381	,589	1	,443	,347		

a. Variable(s) entered on step 1: SH.Erisim, SH.Anlama, SH.Değerlendirme, SH.Uygulama, HK.Erisim, HK.Anlama, HK.Değerlendirme, HK.Uygulama, SG.Erisim, SG.Anlama, SG.Değerlendirme, SG.Uygulama, Cinsiyet, Medeni.Durum, Eğitim.Düzeyi, Yaş, İstihdam.Durumu, Hane.Geliri, Yaşanılan.Yer, Sosyal.Statü.Algısı, Egezersiz.Türü, Sigara.kullanma, Alkol.kullanma, Diyet.yapma, BKI, EÖSBK, Genel.Sağlık.Durumu, Kalp.damar.hastalığı, Hiperlipidemi, Diyabet, Hipertansiyon, KOAH, Astım, Böbrek.Hastalığı, Karaciğer.Hastalığı, İnme.Felç, Romatolojik.H, Kanser, Psikiyatrik.H, Demans, Diğer.Hastalıklar.



**EK 5.89. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Poliklinik Hizmetini Genel Olarak Değerlendirmesi Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3,029	,500		6,055	,000		
	Genel.Sağlık.Okuryazarlık.İndeks.Puanı	-,014	,007	-,147	-2,170	,031	,464	2,156
	Cinsiyet	-,014	,113	-,007	-,127	,899	,701	1,426
	Medeni.Durum	,179	,125	,082	1,429	,154	,644	1,554
	Eğitim.İlkokul	,023	,203	,009	,111	,911	,308	3,252
	Eğitim.İlkogretim.ve.Lise	,090	,230	,041	,392	,695	,199	5,036
	Eğitim.Üniversite	,332	,244	,155	1,363	,174	,165	6,066
	Yaş	-,002	,004	-,037	-,491	,623	,369	2,708
	İstihdam.Çalışan	-,264	,150	-,109	-1,763	,079	,555	1,802
	İstihdam.Öğrenci	-,263	,260	-,067	-1,008	,314	,475	2,106
	Gelir.bin.ikibin	-,181	,153	-,082	-1,182	,238	,441	2,267
	Gelir.iki.dortbin	-,254	,162	-,112	-1,565	,118	,418	2,391
	Gelir.dortbin.uzeri	,024	,197	,010	,121	,903	,339	2,949
	Yaşanılan.Yer	,219	,140	,078	1,560	,119	,847	1,181
	Sosyal.Statü.Algısı	-,065	,028	-,130	-2,309	,021	,673	1,485
	Egzersiz.Yürüyüş	,174	,113	,085	1,542	,124	,704	1,421
	Egzersiz.Yüzme.TS.ve.SSE	-,082	,158	-,030	-,517	,606	,633	1,579
	Sigara.kullanma	,044	,128	,017	,346	,729	,873	1,145
	Alkol.kullanma	-,110	,152	-,037	-,719	,473	,795	1,258
	Diyet.yapma	-,074	,113	-,034	-,655	,513	,779	1,284
	BKI	,000	,011	,001	,027	,978	,697	1,434
	EÖSBK.internet	,269	,184	,075	1,463	,144	,817	1,224
	EÖSBK.Diğer	-,250	,271	-,044	-,920	,358	,922	1,085
	Genel.Sağlık.Durumu	,119	,069	,090	1,721	,086	,785	1,274
	Kalp.damar.hastalığı	,083	,119	,036	,699	,485	,794	1,259
	Hiperlipidemi	-,056	,118	-,026	-,476	,634	,720	1,389
	Diyabet	-,225	,144	-,085	-1,562	,119	,723	1,383
	Hipertansiyon	-,234	,123	-,113	-1,899	,058	,605	1,653
	KOAH	,318	,223	,074	1,429	,154	,783	1,277
	Astım	,047	,189	,012	,247	,805	,833	1,201
	Böbrek.Hastalığı	-,070	,177	-,021	-,399	,690	,780	1,282
	Karaciğer.Hastalığı	,093	,249	,018	,372	,710	,869	1,150
	İnme.Felç	,234	,230	,051	1,018	,309	,851	1,175
	Romatolojik.H	,311	,140	,113	2,226	,027	,819	1,221
	Kanser	,016	,190	,004	,083	,934	,917	1,090
	Psikiyatrik.H	-,097	,174	-,028	-,559	,577	,859	1,164
	Demans	-,366	,395	-,048	-,927	,354	,803	1,245
	Diğer.Hastalıklar	,242	,163	,071	1,483	,139	,933	1,072

a. Dependent Variable: Poliklinik.Hizmetini.Genel.Olarak.Degerlendirme


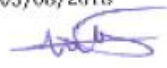
**EK 5.90. Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt-boyutu ve Kontrol Değişkenlerinin Hastaların Poliklinik Hizmetini Genel Olarak Değerlendirmesi Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçlarıyla İlgili SPSS Çıktısı**

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3,389	,523		6,481	,000		
	SH.Erisim	-,016	,008	-,156	-2,021	,044	,351	2,850
	SH.Anlama	-,013	,009	-,145	-1,569	,118	,244	4,106
	SH.Değerlendirme	,001	,009	,011	,119	,906	,246	4,072
	SH.Uygulama	-,014	,010	-,161	-1,436	,152	,166	6,032
	HK.Erisim	,012	,009	,148	1,342	,180	,173	5,784
	HK.Anlama	,010	,009	,126	1,179	,239	,183	5,459
	HK.Değerlendirme	,006	,009	,076	,631	,528	,146	6,840
	HK.Uygulama	-,005	,008	-,059	-,635	,526	,241	4,157
	SG.Erisim	-,002	,009	-,028	-,244	,807	,159	6,279
	SG.Anlama	-,002	,009	-,023	-,217	,829	,179	5,591
	SG.Değerlendirme	,003	,009	,039	,366	,715	,189	5,291
	SG.Uygulama	-,005	,006	-,064	-,849	,396	,371	2,695
	Cinsiyet	-,082	,115	-,040	-,711	,477	,673	1,486
	Medeni.Durum	,154	,127	,071	1,217	,224	,620	1,614
	Egitim.İlkokul	,024	,207	,010	,114	,909	,293	3,412
	Egitim.İlkogretim.ve.Lise	,112	,234	,050	,477	,634	,188	5,308
	Egitim.Üniversite	,362	,248	,169	1,457	,146	,156	6,395
	Yaş	-,004	,004	-,063	-,829	,408	,358	2,791
	İstihdam.Çalışan	-,224	,151	-,093	-1,490	,137	,542	1,847
	İstihdam.Öğrenci	-,182	,265	-,047	-,686	,493	,454	2,204
	Gelir.bin.ikibin	-,145	,154	-,066	-,942	,347	,428	2,339
	Gelir.iki.dortbin	-,253	,163	-,111	-1,549	,122	,408	2,453
	Gelir.dortbin.uzeri	,028	,197	,011	,140	,889	,333	3,005
	Yaşanılan.Yer	,177	,142	,063	1,246	,213	,813	1,230
	Sosyal.Statü.Algısı	-,052	,028	-,105	-1,856	,064	,658	1,519
	Egzersiz.Yürüyüş	,188	,116	,091	1,614	,107	,657	1,521
	Egzersiz.Yüzme.TS.ve.SSE	-,057	,163	-,021	-,349	,727	,585	1,709
	Sigara.kullanma	,103	,130	,040	,788	,431	,825	1,213
	Alkol.kullanma	-,093	,154	-,032	-,603	,547	,764	1,309
	Diyet.yapma	-,090	,114	-,042	-,797	,426	,763	1,311
	BKI	-,001	,011	-,007	-,125	,900	,667	1,499
	EÖSBK.internet	,225	,185	,062	1,219	,224	,800	1,250
	EÖSBK.Diğer	-,309	,274	-,055	-1,129	,260	,892	1,122
	Genel.Sağlık.Durumu	,089	,070	,067	1,270	,205	,749	1,335
	Kalp.damar.hastalığı	,118	,121	,051	,977	,329	,759	1,317
	Hiperlipidemi	-,019	,120	-,009	-,156	,876	,684	1,463
	Diyabet	-,209	,145	-,079	-1,441	,150	,701	1,427
	Hipertansiyon	-,210	,124	-,101	-1,695	,091	,587	1,702
	KOAH	,304	,223	,071	1,368	,172	,772	1,295
	Astım	,025	,191	,007	,130	,897	,802	1,247
	Böbrek.Hastalığı	-,104	,178	-,031	-,585	,559	,756	1,323
	Karaciğer.Hastalığı	,049	,253	,010	,193	,847	,834	1,199
	İnme.Felç	,188	,230	,041	,815	,416	,839	1,192
	Romatolojik.H	,313	,140	,114	2,241	,026	,807	1,239
	Kanser	,009	,191	,002	,045	,964	,891	1,123
	Psikiyatrik.H	-,117	,175	-,033	-,666	,506	,829	1,206
	Demans	-,308	,400	-,040	-,769	,442	,771	1,297
	Diğer.Hastalıklar	,235	,164	,069	1,433	,153	,910	1,098

a. Dependent Variable: Poliklinik.Hizmetini.Genel.Olarak.Degerlendirme

## EK 6. ORJİNALLİK RAPORU

	<b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</b>
<b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</b>	
Tarih: 03/08/2018	
Tez Başlığı: Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri ve Hasta Sonuçlarına Etkisi: Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalar Üzerinde Bir Araştırma	
Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmanın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 397 sayfalık kısmına ilişkin, 03/08/2018 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turulio adlı incizal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinal rapora göre, tezin benzerlik oranı % 9'dur.	
Uygulanan filtrelemeler:	
1- <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç 2- <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç 3- <input type="checkbox"/> Alıntılar hariç 4- <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil 5- <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç	
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	
Gereğini saygılarımla arz ederim.	
03/08/2018	
Adı Soyadı: Mesut Teleş Öğrenci No: N12144641 Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi Programı: Sağlık Yönetimi Statüsü: <input checked="" type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> Bütünleşik Dr.	
<b>DANIŞMAN ONAYI</b>  İYİGÜNDDİR.   Prof. Dr. Sıdıka KAYA	