

**T. C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Halk Sağlığı Hemşireliği)**

**BİR FABRİKADA ÇALIŞAN İŞÇİLERİN SAĞLIK
OKURYAZARLIKLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mehmet Yaşar GEZER

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ

**2020
GAZİANTEP**

KABUL VE ONAY SAYFASI

Öğrencinin Adı Soyadı	Mehmet Yaşar GEZER	Tez Savunma Tarihi	07.02.2020
Tez Adı	BİR FABRİKADA ÇALIŞAN İŞÇİLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIKLARININ BELİRLENMESİ		

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (Halk Sağlığı Hemşireliği) Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışmanı Üye	Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ	SANKO Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik AD, Halk Sağlığı Hemşireliği	
Üye	Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU	SANKO Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik AD Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	
Üye	Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ	Gaziantep Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik AD, Halk Sağlığı Hemşireliği	

ONAY

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih :/...../.....

Karar No :/...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Mehmet Yaşar GEZER

07/02/2020

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecinde ve tez döneminde bana yol gösteren, rehber olan her türlü desteği sağlayan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ'a,
Çalıőmamın yapılması için bana gerekli kurum iznini sağlayan ve verilerin toplanmasında bana yardımcı olan değerli ÇİMKO Çimento Fabrikası yönetimine,
Araştırmada çalışmaya vakit ayıran katılımcılara,
Yüksek lisans ve tez dönemimde bana destek sağlayan değerli eőim Berna GEZER'e
Ayrı ayrı yürekten teőekkürlerimi sunarım.

Mehmet Yaşar GEZER

ÖZET

BİR FABRİKADA ÇALIŞAN İŞÇİLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIKLARININ BELİRLENMESİ

Bu araştırmanın amacı bir çimento fabrikasında çalışan işçilerin Sağlık Okuryazarlıklarının belirlenmesidir. Kesitsel türdeki bu çalışma bir çimento fabrikasında Mayıs-Aralık 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini çimento fabrikasında çalışan 227 işçi oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmeksizin fabrikada çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 202 birey ile tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında sosyodemografik ve sağlıkla ilgili özellikleri içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)” kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 23.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Veriler değerlendirilirken yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Normalite testi sonucuna göre t testi ve varyans analizi kullanılmıştır. Araştırmanın yapılması için Etik Kurul onayı, kurum izni, ölçeğin kullanım izni ve araştırmaya katılanlardan aydınlatılmış onam alınmıştır. Çalışma bulgularına göre işçilerin çoğunluğu 25-34 yaş arasındadır. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puan ortalaması 32.8 ± 8.2 , Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu puan ortalaması 34.27 ± 7.97 ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu puan ortalaması 31.4 ± 9.9 olarak belirlenmiştir. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine göre (TSOY-32) bireylerin %41.1'inin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına, %30.2'sinin yeterli sağlık okuryazarlığına, %15.8'inin yetersiz sağlık okuryazarlığına, %12.9'un mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Bireylerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu ve çocuk sayısına göre ölçek (TSOY-32) puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). bireylerin sağlıkla ilgili özelliklerine göre ölçek (TSOY-32) puan ortalamaları arasında sadece sağlığını değerlendirme ile anlamlı ilişki bulunmuş; diğerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, İşçi, Hemşire

ABSTRACT

DETERMINATION OF HEALTH LITERACY OF WORKERS WORKING IN A FACTORY

The aim of this research is to determine the health literacy of workers working in a cement factory. This cross-sectional study was conducted in a cement factory from May to December 2018. The study's universe is 227 workers working in a cement factory. The research was completed with 202 individuals who worked in the factory and agreed to participate in the research without the sampling method. In this study, "Personal Information Form" and "Turkish Health Literacy Scale (TSOY-32)" containing sociodemographic and health-related features were used. Statistical analysis of the data was conducted in the SPSS 23.0 statistical package program. Percentage, arithmetic mean and standard deviation values were calculated when evaluating the data. T test and variance analysis were used according to the normality test results. For the conduct of the research, the approval of the Ethics Committee, the institution's permission, the use of the scale and the informed consent of the participants were obtained. According to the study findings, the majority of workers were between 25 and 34 years of age. The Health Literacy Scale (TSOY-32) score average for individuals was 32.8 ± 8.2 , the treatment and service sub-size score average was 34.27 ± 7.97 and the child dimension point average for prevention and health improvement was 31.4 ± 9.9 . According to the Health Literacy Scale (TSOY-32), 41.1% of individuals have problematic-limited health literacy, 30.2% have adequate health literacy, 15.8% have Inadequate Health Literacy, and 12.9% have Excellent Health Literacy determined. The total score averages of the Health Literacy Scale (TSOY-32) of individuals were compared according to their sociodemographic characteristics; According to age, marital status, educational status, income status and number of children, it was determined that there was no statistically significant difference in the health literacy scale (TSOY-32) point average ($p > 0.05$). When comparing health-related features with health literacy scale (TSOY-32), only a significant relationship was found with health evaluation; there was no statistically significant difference between others.

Keywords: Health Literacy, Worker, Nurse

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
ETİK BEYAN.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Okuryazarlık.....	4
2.2. Sağlık Okuryazarlığı.....	5
2.3. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri.....	7
2.3.1. Temel (İşlevsel) sağlık okuryazarlığı.....	8
2.3.2. İnteraktif sağlık okuryazarlığı.....	8
2.3.3. Kritik (Eleştirel) sağlık okuryazarlığı.....	8
2.4. Birey ve Toplum İçin Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	9
2.4.1. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili bir model.....	10
2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi.....	11
2.6. İş Sağlığı Hemşireliği.....	11
2.6.1. İş sağlığı hemşireliğinin felsefesi ve ilkeleri.....	11
2.6.2. İş sağlığı hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları.....	11
2.6.3. İş sağlığı hemşiresinin eğitimi.....	13
2.7. İşçi Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı.....	14
2.8. Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmede İş Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Türü.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı.....	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	18
3.4. Verilerin Toplanması.....	18
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	19

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	19
3.8. Araştırmada Etik Kurallar	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIşMA.....	29
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	32
7. KAYNAKLAR.....	34
8. EKLER.....	40
EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu	
EK- 2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)	
EK-3 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Kullanım İzni	
EK-4 Etik Kurul Karar Formu	
EK-5 Kurum Çalışma İzni	
EK-6 Tez İntihal Raporu	
EK-7 Özgeçmiş	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AMA	: American Medical Association
HLS-EU	: Health Literacy Europe
IOM	: Organization for Migration
NALS	: National Adult Literacy Survey
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
WHO	: World Health Organization



Tablo 4. 1. Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	20
Tablo 4.2. Bireylerin Sağlık İle ilgili Özelliklerinin Dağılımı.....	21
Tablo 4.3. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve Alt Boyutlarının En Düşük ve En Yüksek Puanları İle Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarına Göre Puan Ortalamaları.....	23
Tablo 4.4 Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kategorik Dağılımı	24
Tablo 4.5 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi ile Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Bileşenlerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	25
Tablo 4.6 Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.7 İşçilerin Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Sağlıkla İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	27

1. GİRİŞ

Okuryazarlık; değişik türdeki yazılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesaplama yeteneği olarak tanımlanmaktadır (UNESCO 2008). Okuryazarlık ve sağlık ilişkisine bakıldığında, zengin veya yoksul tüm ülkelerde sağlıkta eğitsizliğin temel belirleyicisi okuryazarlıktır (WHO).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık okuryazarlığı; sağlığın korunması ve sürdürülmesinde bireylerin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisidir (World Health Organization [WHO], 1998). Amerikan Tıp Derneği'nin (The American Medical Association, [AMA]) tanımında ise sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlık konularındaki iletileri ve ilaç kutularını okuyabilmesi, üzerini okuyup anlaması, sağlık personellerinin verdiği bilgileri anlaması ve yapabilmesidir (AMA, 1999). Sağlık okuryazarlığı genel olarak; sağlıklı davranışları, doğru ve kontrollü ilaç kullanımını, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacağını bilmeyi, aydınlatılmış onam anlamayı ve imzalamayı, hastalık ve öz bakım yönetimi hakkında kararlar verebilmeyi, evdeki tıbbi cihaz kullanımını ve bakım verici rolünü üstlenmek gibi sağlık bilgilerini anlama ve değerlendirme yetisini kapsamaktadır (Barret and Puryear, 2006). Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak 1974'te bir makalede (Health Education as Social Policy) geçmiştir. 1986'te ilk kez yapılmış olan Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda bilgilerin anlaşılır ve düzenli olması konularına değinilmiş, bunu sadece sağlık sektörüyle değil diğer sektörlerle eğgüdümlü olması gerektiği savunulmuş ve sağlık okuryazarlığı kavramının ön plana çıkmasına öncü olmuştur (Selden ve ark., 2000; Çopurlar ve Kartal, 2016). Sağlık okuryazarlığı uzun yıllar kullanımı sınırlı kalmış sonrasında Avrupa ve Amerika'da sıkça kullanımı yaygınlaşmaya başlamış ve konu ile ilgili yapılan çalışmalarda artış olmuştur (Speros, 2005).

Genel bir ifadeyle sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkla ilgili karar verme yetenekleri, kendi sağlığını koruma geliştirme ve yaşam kalitesini artırmak için gerekli bilgilere ulaşmak, bu bilgileri anlayıp değerlendirmek ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak yeterliliklerdir (Sorensen ve ark., 2012).

Çağdaş sağlık modellerinin, sağlık sektöründen yararlanan kişilerden beklentisi zamanla artış göstermektedir. Sağlık bakımların da artış gösteren öz sorumluluk sebebiyle kişilerden kendi sağlık sorumluluğunu bilmeleri, bilgiyi anlayıp kendileri ve başkaları için sağlık konusunda kararlar verebilme yönünden yeni roller ve sorumluluklar üstlenmeleri beklenebilir. Kişilerin sağlık okuryazarlığı konusundaki becerileri tüm bu taleplerin temelinde yer almaktadır (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016.). Sağlığın en temel belirleyicisi,

genel olarak iyi eğitimli bir birey olmaktır. Hastalıkların tedavisi ve hastalıklardan korunma bakımından sağlıkla ilgili bilgilerin doğru anlaşılması ve uygulanması oldukça önemlidir. Genel olarak eğitim seviyesi yüksek bireyler ekonomik olarak iyi seviyede bireylerdir, bu bireylerin sağlık durumu da diğerlerine göre daha iyi seviyededir. Bu bağlamda sağlıkla ilgili etkinliklere daha düşük katılım gösterenler eğitim seviyesi düşük olan bireylerdir. Ayrıca sedanter yaşam ve sağlığı olumsuz etkileyen madde kullanımı gibi tutumlar bu bireyler arasında daha fazla görülmektedir. Eğitim seviyesi düşük bireylerin hastalandıkları zaman tedaviye uyum süreçlerinin daha düşük olduğu görülmektedir (Bilir, 2014).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin dünya genelinde, istenilen seviyenin altında olduğu saptanmıştır (National Center for Education Statistics, 2006; Pelikan ve ark., 2012). ABD’de yapılmış olan bir araştırmada, yetişkin bireylerin %22’sinin okuma yazma yeteneklerinin temel seviyede olduğu, %16’sının ise temel seviyenin altında olduğu ve çoğunun randevu kâğıtları, ilaç etiketleri gibi temel şeyleri okuyamadığı belirlenmiştir (National Center for Education Statistics, 2006). Bazı Avrupa ülkelerinin kapsamında yapılan bir araştırmada ülkeler sağlık okuryazarlığından aldıkları puana göre çok iyi, yeterli, sorunlu, yetersiz düzeylerde olmak üzere kategorize edilmiştir. Buna göre;

- Yetersiz puan alanların oranının %2 ile %27 arasında değiştiği,
- Sağlık okuryazarlığı seviyesinin yetersiz olanların oranının %12 olduğu,
- Ortalamanın altında olanların oranının ise %35 olduğu belirlenmiştir (Pelikan ve ark., 2012; Türkiye İstatistik Kurumu, 2013).

Sosyoekonomik düzeyi düşük, uzun süre sağlık problemi yaşayan, yaşlı popülasyonu fazla olan topluluklarda sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olduğu görülmüştür (Pelikan ve ark., 2012; Türkiye İstatistik Kurumu, 2013).

Pasifik’teki ve Asya’daki ülkelerin çoğunda sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemede herhangi bir verinin olmadığı belirtilmektedir (Nutbeam, 2000; Uğurlu, 2011). Sağlık okuryazarlığı seviyesinin geliştirilmesi hedeflenerek 2005’de Pfizer ve Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfı tarafından başlayan Gençlere Sağlık Projesi kapsamında eğitim çalışmaları sürdürülmektedir (Toplum Gönüllüleri Vakfı, 2013). Fakat ülkemizde sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Yapılan araştırmaların sonucunda, sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kişilerin;

- Genel sağlık, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilerinde özellikle kronik hastalık durumlarıyla ilgili öz bakım ve hastalığı yönetmede yetersiz oldukları,

- Sağlık bakımı sistemine erişmek için gerekli becerilerin yeterli olmadığı ve bununla birlikte sağlık bakım maliyetinin, tıbbi hata ve mortalitenin yüksek olduğu,
- Bu kişilerin sağlık hizmetinden faydalanma oranlarının da azalmasıyla beraber sağlık durumlarının kötüye gittiğini geç anladıkları,
- Sağlıkla ilgili tavsiye ya da gerekliliklere bağlılıkta problem yaşadıkları,
- Bunun yanında, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az faydalanan bu hastalarda, hastanede kalma süresi ve acil klinik gibi maliyetli hizmetlerden faydalanma yüzdelerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Baker ve ark., 1997; Howard, 2004).

Yapılan alışmalar ışığında eldeki kaynaklarda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile bireylerin sağlıklı kalması sağlıklarını koruması ve bununla ilgili gerekli bilgileri okuyup, anlayıp, değerlendirmesi ve davranış değişikliği ile uygulaması ve bu doğrultuda sağlık hizmetinin doğru kullanılıp halk sağlığının geliştirilmesi vurgulanmaktadır (opurlar ve Kartal, 2016). Günümüzde halk sağlığında işçi sağlığının korunması ve geliştirilmesine dayalı çalışmaların yeri oldukça önemlidir. Çalışma ortamındaki birçok faktör işçinin fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit etmektedir. Çalışma alanındaki bu risk faktörlerin farkında olarak çalışmakta sağlık okuryazarlığı ile doğrudan ilişkilidir.

Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışma bir fabrikada çalışan işçilerin sağlık okuryazarlıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Okuryazarlık

Sürekli değişen ve farklılaşan okuryazarlık kavramı anlam olarak yazı simgelerini kullanıp birleştirmek ve bu simgelerle oluşturulan manayı çözmektir. Bununla beraber okumak kavramı farklı anlamlarda kullanılabilir. İnsan farkında olarak ya da farkında olmadan çevresinde olayları okur. Bu doğrultuda okuryazarlık toplumdaki bilgi beceri anlayıp birbirleriyle paylaşma ve sonraki nesillere aktarma aracıdır. Avustralya, Amerika ve Avrupa'daki okuryazarlık çalışmalarında, okuryazarlık kavramının ilk 1950'lerde tanımlandığı görülmüştür. Bu tanımda okuryazarlık esas okuma yazma becerileriyle sınırlanmış, daha sonra da yapılmış olan araştırmalar okuryazarlığın temel okuma yazma becerileriyle sınırlı olmadığını, okuryazarlık kavramının okuduğunu anlayıp kendini yazılı ifade etme, zihinsel becerilerde gelişme ve yeni şeyler ortaya çıkarmak gibi kapsamlı geniş bilgi ve becerilerle ilgili olduğu görülmüştür. (Güneş, 1997; Altun, 2005). Okuryazar bireylerin kendini geliştirmesinin yanı sıra içinde bulunduğu toplum sorunlarına çözüm bulup, ilerlemesine katkı sağlayacağına inanılmaktadır (Aşıcı, 2009).

Bireylerin huzurlu ve çağdaş bir yaşam sürebilmelerinde ilk şart bilgisizlikle mücadele etmektir. Okuryazarlığın ve okuryazarlık türlerinin ortaya çıkmasında eğitimin hem temel insan hakkı, hem de bireysel ve toplumsal olarak varlığı sürdürme aracı olarak görülmesinin etkisi vardır. Okuryazarlık becerilerinin edinilmesiyle kazanılması gereken unsurlar arasında şunlar bulunmaktadır:

- Doğruları görüp, söyleyebilme, anlatabilme,
- Çevreye anlam katıp, kişisel kavramları oluşturabilme,
- Bilgileri kullanarak yeni fikirler ortaya çıkarabilme,
- Mevcut düzeni kullanıp, yeni anlamlar ortaya çıkarabilme,
- Edindiği bilgiyi yaşam biçimine uyumlu olarak dönüştürüp kullanabilme,
- Güncel bilgilere sahip olabilmedir.

1970'lerde UNESCO'nun tanımladığı "işlevsel okuryazar" kavramı, önceden bilinenlerle yeni öğrenilenler arasında ilişki kurabilme, çıkarım yapabilme ve yeni metinler oluşturabilme gibi nitelikleri de kapsayarak genişlemiştir. Tarihsel süreç içerisinde kullanılan okuryazarlık terimlerinden bazıları şunlardır:

- Anayasa okuryazarlığı

- Bilgisayar okuryazarlığı
- Bilimsel okuryazarlık
- Çevre okuryazarlığı
- Ekonomi okuryazarlığı
- Gazete okuryazarlığı
- İnternet okuryazarlığı
- Kütüphane okuryazarlığı
- Medya okuryazarlığı
- Meslek okuryazarlığı
- Sağlık okuryazarlığı
- Teknoloji okuryazarlığı (Önal, 2009).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Modern sağlık sistemi, bu sistemin hizmetinden faydalanacaklar için oldukça kompleks yapıdadır. Modern sağlık sisteminin sunduğu hizmetten faydalanmak isteyen bireylerin; sağlık problemleri, bununla beraber hizmetler hakkında bilgi edinmeleri, sorumluluk ve haklarının farkında olmaları ve sağlıkla alakalı karar alabilmeleri gibi rol ve sorumlulukları vardır (Findley, 2015). Sağlık okuryazarlığı ve sağlıkla ilgili bilgilerin aktarımının modern zamanda eskiye oranla daha çok ehemmiyet kazanmasıyla birlikte sağlık bilgilerini aktarmak günümüzde oldukça zorlaşmıştır. Bunun nedenleri;

- Tanılama sürecinin karmaşık olması,
- Güncellenen ve artış gösteren araştırma bulguları,
- Ortalama okuryazarlık düzeyinin sınırlı olması,
- Kültürel farklılıkların olması,
- Yaşla değişen fiziksel ve bilişsel özellikler,
- Etkin dinleme ve öğrenmeyi etkileyen duygu durumları olduğu söylenebilir.

Bütün bunların yanı sıra iletişimin uygun koşullarda olmaması iletişimin etkili olmasında bir engel haline gelmektedir (IOM, 2004). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU-Health Literacy Europe) Konsorsiyumunun geliştirmiş olduğu tanımda, sağlık okuryazarlığı; genel okuryazarlıkla bağlantılıdır. Ömür boyu nitelikli hayat sürdürülüp geliştirmesi için gereklidir. Bu yüzden sağlık okuryazarlığı, gündelik hayatımızda kararlar alma ve karara varmak için sağlıkla ilgili bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamada bireylerin bilgi, beceri, motivasyon ve yeterliliği için lazım olan bir kapsam ve çerçeveye sahiptir (HLS-EU, Sorensen ve ark., 2012). Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı; insanların sağlığı

koruyucu, geliştirici ve kötüye giden sağlığını iyileştirici şekilde esas sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinip anlama ve yorumlama yeteneği (IOM, 2004, Peerson, Saunders, 2009) olarak tanımlanabilirken aynı zamanda anlaması güç şeyleri, dinleme, anlama, analitik düşünme ve karar verme yeteneği ve bu yeteneklerini sağlık konularında kullanabilmeyide kapsamaktadır (US Department of Health and Human Services, 2000). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğünde, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık okuryazarlığını, bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlamaktadır (Özdemir ve ark., 2010, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011).

Daha genel kapsamda ifade etmek gerekirse, bireylerin karşı karşıya kaldığı farklılıklar mevcut sağlık düzenini etkilemekte olup bu bağlamda sağlık okuryazarlığını da etkileyip sağlık okuryazarlığına yön vermekte olduğu görülmektedir. Bununla beraber sağlık sonuçları ve maliyetlerde etkilenmektedir. Kısaca sağlık okuryazarlığı; bireylerin kişisel yeteneklerinin sağlık sistemi, eğitim sistemi, sağlık ortamları, iş, aile, ve toplumdaki sosyo-kültürel faktörlerle etkileşmesi ile şekillenmektedir (IOM, 2004) (Şekil 1).

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları (IOM, 2004)



Scott Simonds 1974’te “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” başlıklı makalede sağlık okuryazarlığını terim olarak ilk kez ele almıştır. 2003’de Amerika’da yapılan “Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi” isimli çalışmadan sonra literatürde yaygın şekilde kullanımı başlamıştır. Kavram günümüzde halen dikkat çeken önemli konulardan biri olmaya devam etmektedir (Egbert and Nanna, 2009).

2.3. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri

Okuma, yazma ve sayısal becerilere sahip olmayı içeren işlevsel sağlık okuryazarlığı şu becerileri içermektedir;

- Onay formlarını, ilaç etiketlerini, ekleri ve diğer sağlık bilgilerini okumak
- Sağlık personeli tarafından verilen yazılı ve sözlü bilgileri anlamak
- İlaç ve randevu programları gibi gerekli prosedürler ve talimatlar üzerine hareket etmek (Özdemir ve ark., 2010)

Nutbeam (1998) sağlık okuryazarlığını temel (işlevsel), interaktif ve kritik(eleştirel) olmak üzere üç düzeyde açıklamıştır:

2.3.1. Temel (İşlevsel) sağlık okuryazarlığı: Genel anlamda yeterli okuma ve yazma becerilerini kapsar. Temel sağlık bilgilerinin nasıl kullanılacağını ve sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacağını bilme, sağlık iletilerini anlayıp, ilaç dozlarını doğru hesaplayabilme gibi yetenekleri içerir.

2.3.2. İnteraktif sağlık okuryazarlığı: Genel anlamda sosyal yeteneklerini günlük hayatta kullanabilmeyi kapsar. Günlük hayatta kendine uygun bir konuma sahip olup bilgi edinip anlam çıkarabilme yeteneklerini kapsar. Bireyin temel sağlık bilgilerini kullanarak dengeli beslenme ilaç kullanımı spor gibi etkinliklerini sürdürmesinin yanı sıra sağlıkla ilgili sahip olduğu hakları bilmesini kapsamaktadır.

2.3.3. Kritik (Eleştirel) sağlık okuryazarlığı: Genel anlamda sağlık ile ilgili bilgilerde fikir yürütüp analiz yapıp sağlık kararlarının verilmesinde önemli role sahip ileri derece yetenekleri kapsamaktadır. Kendisi başta olmak üzere toplum sağlığını etkileyen risk faktörleri ve sağlık problemlerini tanılayıp zmlenme, zmlenme için politika süreçlerinde bulunma, medyadaki sağlık haberlerini okuyup yorumlayabilme yeteneklerini kapsar.

Sağlık okuryazarlığı, sosyal ve bilişsel becerilerin yanı sıra bireyin sağlık bilgisine ulaşma isteğini de kapsar (Nutbeam, 1998).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili Amerikan Tıp Birliği tarafından başka bir sınıflandırma daha yapılmıştır. Bu sınıflandırmada sözel, yazılı ve sayısal okuryazarlık olmak üzere üç boyutta incelenmiştir. Bu sınıflandırmayı zet olarak maddeler halinde incelediğimizde;

- Sözel okuryazarlık sağlıkla ilgili bilgileri dinleyip anlama ve bu konular hakkında konuşmayı,
- Yazılı okuryazarlık sağlıkla ilgili bilgileri okumayı ve yazmayı,
- Sayısal okuryazarlık da sayıları kullanma kabiliyetlerini konu almaktadır (Baker, 2006; Agency for Healthcare Research and Quality, 2011).

Zarcadoolas ve arkadaşları (2012) de, sağlık okuryazarlığını;

- Temel okuryazarlık,
- Bilimsel okuryazarlık,
- Vatandaş okuryazarlığı,
- Kültürel okuryazarlık olarak dört boyutta incelemektedir (Zarcadoolas, 2012).

Sağlık okuryazarlığının çok çeşitli tanımlanmalarından dolayı ortak bir yol bulunamamış bu farklılaşmaların neticesinde ise geçerlilik ve güvenilirliği olan ölçeklerin yaygınlaşması zorlaşmıştır (Mancuso, 2009).

2.4. Birey ve Toplum İçin Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetini alan kişiler arasındaki sorumlulukların paylaşılması ve her iki tarafın karşılıklı iletişimi sırasında birbirlerini daha iyi anlamaları sağlık okuryazarlığı becerisi ile mümkün olmaktadır. Hasta ile hekimin karşılıklı iletişim süreleri oldukça kısıtlıdır ve buna rağmen bireyin hekimden edindiği bilgileri anlayıp yorumlaması gerekir. Kişinin edindiği bu bilgileri yalnızca anlamakla kalmayıp, bilgilerin geçerliliğini farklı kaynaklardan da teyit etmesi gerekir. Üstelik bireyler günümüz modern sağlık sisteminde tedavi süreçlerine aktif katılıp tedavileri konusunda karar verici roller üstlenmek istemektedirler (Osborne, 2013). Bütün bu faktörler sağlık okuryazarlığının ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Çünkü bütün bunlar sadece bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olmasıyla gerçekleşebilmektedir.

Düşük sağlık okuryazarlığı olan kişilerin sağlık durumunun daha kötü ve hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. 1992 yılında Amerika'da yapılan ulusal çapta temsil edilen Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması (NALS), 26.000'den fazla Amerikan yetişkininin düşük okuryazarlık becerilerine sahip olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum Amerikan yetişkinlerinin günlük görevleri yerine getirmek için karmaşık metinleri kullanmada zorluk yaşadıkları ve modern sağlık sistemine tam katılım için gerekli olan reçetelere, randevu kartlarına, ilaç etiketlerine ve sağlık bakımı yönergelerine uyma becerilerinin eksik olduğu anlamına gelmektedir (Paasche-Orlow ve ark., 2004).

Düşük sağlık okuryazarlığı, sağlık bakım kalitesindeki boşlukları azaltmak ve sonuçları iyileştirmek için zorlu bir engel olmaya devam ederken bireylerde sosyal, kişisel ve kültürel gelişimlerinin kısıtlanmasında ve aynı zamanda sağlık okuryazarlığının gelişmesinde engel teşkil ederek insanların sağlıklarını doğrudan etkilediği görülmektedir (Martin ve ark., 2009; Özdemir ve ark., 2010).

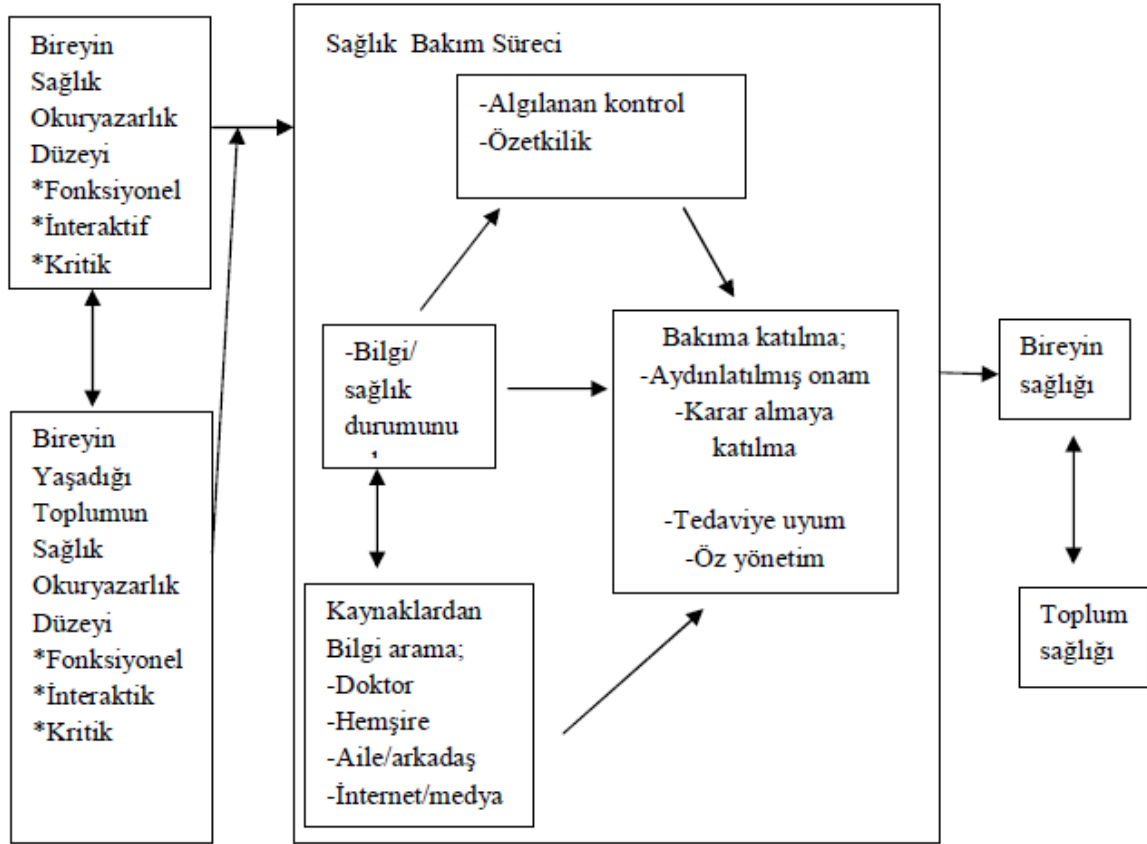
Düşük sağlık okuryazarlığı olan bireyler ilaç almak, bir çocuk için reçetesiz satılan ilaçların dozunu hesaplamak veya bir onay formunu anlamakta zorlanmaktadır. Ayrıca, bir sağlık çalışanının tavsiyesine uymakta, sağlık hizmetlerine erişmekte, bunları anlama becerisinde ve tarama programlarına daha düşük katılımı ile optimal olmayan bakım ve sonuçlara sebebiyet verebilmektedir (Martin ve ark., 2009).

Düşük sağlık okuryazarlığının olumsuz sonuçları arasında daha sık hastaneye yatış, daha yüksek sağlık hizmeti kullanım oranları ve diyabet, astım, kanser gibi kronik hastalıkları olan kişilerde daha kötü önleme uygulamaları yer almaktadır (Lincoln ve ark., 2006).

2.4.1. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili bir model

Ishikawa ve Yano'nun (2008) geliştirdiği modelde sağlık bakım süreçlerine katılımın sağlık okuryazarlığı ne şekilde etkilediğini göstermeyi hedeflemektedir. Modele göre kişinin sağlık hizmetlerine ulaşmak, sağlığı geliştirici bilgileri anlamak ve kullanmak gibi yeteneklerini sağlık okuryazarlığı düzeyi (fonksiyonel, interaktif, kritik) belirler. Kişi herhangi bir sağlık problemi ile karşılaştığında, sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olması sağlık problemlerini anlamasına yardımcı olacak, bu konuyla ilgili kaynakları araştırıp bilgi edinip karar verme ve uygulama sürecinde etkin rol üstlenecektir. Sonuç olarak sağlık probleminin çözümünde çözümün bir parçası olacaktır (Ishikawa and Yano, 2008) (Şekil 2).

Şekil 2. Bireylerin Sağlık ve Sağlık Bakım Süreçlerine Katılımları (Ishikawa and Yano, 2008)



2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Sağlık sisteminde büyük bir öneme sahip olan sağlık okuryazarlığı düzeyini belirleyip değerlendirmek üzere birtakım ölçekler geliştirilmiş, bu ölçekler gelişim, kapsam, yapı ve ölçüm konularında farklılık gösterdiği görülmektedir (Sayah ve ark., 2012). Bu farklılıklar dikkate alındığında bu ölçeklerin kendi içinde;

- Kelime tanıma,
- Okuduğunu anlama,
- Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı,
- İnfomal testler olarak dört kategoride incelendiği görülmektedir (Peiravian ve ark., 2014).

2.6. İş Sağlığı Hemşireliği

İş sağlığı hemşiresi; çalışanların sağlığının iyileştirilmesi, korunması, geliştirilmesinin yanı sıra sağlıklı ve güvenilir bir çalışma ortamının gerçekleştirilmesi için bağımsız hemşirelik tanıları doğrultusunda kararlar verebilen sağlık personelidir (Beşer, 2003).

İş sağlığı hemşireliğinin tarihçesine kısaca baktığımızda, II. Dünya Savaşı yıllarından bu yana endüstri alanlarında İş Sağlığı Hemşireleri bulunmaktadır. Vermont Marbla Şirketi'nde görev alan Ida Mayo Stewart, 1898 yılında A.B.D. (Amerika Birleşik Devletleri)'nde, dünyadaki ilk endüstri hemşiresidir (Emlek Sert ve Koçer, 2007).

2.6.1. İş sağlığı hemşireliğinin felsefesi ve ilkeleri

Hemşirelik ilkelerinin yanı sıra, çalışanların sağlığını geliştirmek, güvenliklerini sürdürmek ve sağlıklı çalışma ortamı oluşturmak için uygulamalar yapmak ve iş sağlığını geliştirmek, iş sağlığı Hemşireliğinin başlıca felsefesidir (Esin ve ark., 1999).

İş sağlığı hemşireliğinin ilkeleri:

- Güvenli ve sağlıklı bir işyeri oluşumuna katkı sağlamak
- İşçi ve ailelerinin iyilik halleri ve sağlıklarını saptamak
- Eğitim ve araştırma yapmak (Emlek Sert, Koçer, 2007).

2.6.2. İş sağlığı hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları

19.04.2011 tarih ve 27910 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 4'üncü Maddesinde İş Sağlığı Hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları yasal olarak belirlenmiştir:

- Çalışma ortamıyla ilişkili problemlerin saptanıp önceliklerin belirlenmesi konusunda diğer iş sağlığı ekibi üyeleriyle beraber çalışmalar yürütmek,
- İşyerinde sağlıklı ve güvenilir bir çalışma ortamı oluşturmak için, işverenin de katılımıyla gözlemler yapıp, çalışanların sağlığını olumsuz etkileyecek her türlü riskleri saptamak,
- İşçilerin ve ailelerinin sağlık problemlerini çözmede, gereksinimlerin karşılanmasında onlara rehberlik etmek,
- İşyerinde çalışanların sosyo-demografik, özgeçmiş özellikleri, çalışma yaşamıyla ilgili özellikler ve sağlık seviyeleri hakkında bilgi toplamak ve bunları kayıt altında tutmak,
- İşyerinde yapılan yönetim özellikleri, iş ve iş süreçleriyle ilgili bilgiler toplayıp çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkileyecek tehlikeleri ve risk faktörlerini belirlemek,
- Yapılacak olan işe göre işçi alımlarında ya da mevcut işçilerin rutin muayenelerinde işyeri hekimiyle planlama yapmak ve uygulamak. Elde ettiği verilere göre sağlam ve hasta bireyleri belirleyip, herhangi bir hastalık semptomu gösteren bireyleri ileri bir tetkik ve tedavi için sevk etmek,
- Çalışma ortamından kaynaklı sağlık problemlerinde alınacak tedbirlerde önerilerde bulunmak ve bu önerilerin faaliyete geçirilmesini sağlamak,
- İşyeri çalışanlarının gerekli durumlarda hastanelere sevkini sağlayıp, tedavi sürecini takip etmek ve rehabilitasyonlarda rol almak,
- İşyerinde sağlık birimine başvuran işçilerin muayenelerinin yapılmasına yardımcı olmak, hekimin yazdığı ilaçları uygulamak,
- İşyeri kaynaklı kazaların veya diğer kazaların önlenmesinde diğer iş sağlığı hizmet ekibi üyeleriyle beraber uyumlu çalışmak,
- Mesleki hastalıkların önlenmesinde, tedavisinde ve izleminde hemşirelik girişimlerini planlamak, uygulamak ve değerlendirmek,
- İşyerinde çalışan bireylerin psikolojisini korumaya ve geliştirme odaklı sağlık programları düzenlemek,
- Sağlık davranışlarını geliştirmeye dayalı (dengeli beslenme, kilo kontrolü, düzenli egzersiz, stres yönetimi, sigara bırakma gibi) sağlığı geliştirme programları planlamak, uygulamak ve değerlendirmek,

- Çalışma ortamında oluşan ufak çaplı yaralanmalarda ve hastalık durumunda ilk müdahaleyi yapmak, işyerinin şartlarına uyumlu olarak ilk yardım ünitesi ve malzemelerinin kullanıma hazır olmasını sağlamak.
- İşyerindeki çalışan işçilerden ilk yardım ekibi oluşturmak ve bu ekibe ilk yardım durumunda yapılacaklar hususunda eğitim vermek,
- Çevre şartlarının iyileştirilmesiyle ilgili konularda diğer ekip üyeleriyle işbirliği yapmak, çevrede zararlı olabilecek şeylerden numune almak, çalışma çevresindeki sağlığı olumsuz etkileyen faktörleri saptamak ve gerekli tedbirleri almak,
- İşyerindeki kronik hastalığı olan çalışanların bakımıyla alakalı hemşirelik girişimlerini planlamak, uygulamak ve değerlendirmek,
- İş sağlığı ve iş güvenliği bilincinin geliştirilmesine yönelik gerekli birimlerle iş birliği içinde faaliyetler yapmak,
- İşyerine bağlı anaokulu ve kreşlerin sağlık kontrolünü yapmak,
- İşyeri yemekhanesinde görev alan personelin kişisel temizlik, mutfak temizliği ve besinlerin satın alınmaları, muhafaza edilmeleri, işleme, işlendikten sonra saklama konularıyla ilgili sağlık eğitimleri planlamak, yürütmek ve denetlemek,
- İşyerinde sağlık güvenlik kurullarının aktif üyesi olarak toplantılara katılmak,
- İşyeri sağlık biriminin çalışmalarıyla ilgili istatistiksel bilgiler oluşturup ilgili birimlere rapor etmek,
- İşçilerin sağlık problemlerinin tespit edilmesi ve çözüm yolları bulunmasına dayalı konularla ilgili araştırmalar planlamak, sonuçlarını raporlandırmak,
- Sağlık merkezinde kütüphane oluşturulmasını desteklemek,
- İşyerinde gebe ve emzikli annelerin izlenmesi ve zararlı maddelerden korunması için gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak,
- Çalışmalarda etik ilkelere uygun hareket etmek ve çalışanların haklarını korumak,
- İş sağlığı hemşiresi adaylarının uygulama eğitimlerini desteklemektir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.6.3. İş sağlığı hemşiresinin eğitimi

- İş sağlığı hemşiresi, 4 yıllık lisans Hemşirelik temel eğitimi veren bir okul mezunudur.
- Herhangi bir uygulama alanında en az 2 yıl hemşirelik mesleğini icra etmiş olmalıdır.
- Üniversite ve Enstitüsü tarafından düzenlenmiş iş sağlığı hemşireliği (Uluslararası kredilendirme standartları ile kredilendirilmiş) sertifika programlarına katılmış olmalıdır (Esin ve ark., 1999).

İş sağlığı hemşireliği eğitiminin kapsama alanında; iş sağlığı, hijyen, toksikoloji, epidemiyoloji, ergonomi, iş psikolojisi, işyeri hemşireliği kavramı, iş sağlığını değerlendirme, işyerlerinde sağlığı geliştirme, işyeri hemşireliğinde araştırma metodolojisi, iş sağlığı hizmetlerinin yönetimi, işyerlerinde mental sağlık, iş sağlığıyla ilgili yasal düzenlemeler gibi konuların olması gerekmektedir.

İş sağlığı hemşiresinin eğitimini gerçekleştirmek için, Uluslararası Çalışma Örgütü Daimi Komisyonu Hemşirelik Komitesi ve Uluslararası İş Sağlığı Örgütü tarafından 160 hedef belirlenmiştir. Bunlar aşağıda belirtilen başlıklar altında toplanarak eğitim programlarının geliştirilmesinde bir çerçeve oluşturmuşlardır.

1. Uygulama alanı olarak işyeri sağlığı hemşireliği
2. İşyerinde oluşan hastalık ve yaralanmaların tedavisi
3. Bireyin sağlık açısından yönlendirilmesi
4. Çevrenin sağlık açısından denetlenmesi
5. İşyeri sağlık programı ve hemşirelik hizmetlerinin yönetimi (Emlek Sert ve Koçer, 2007).

2.7. İşçi Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı

Yaşama hakkı, diğer bütün hakların da kullanılmasına olanak veren en temel haktır ve öncelikli olarak güvence altına alınmalıdır. Sadece nefes alıp verme hakkı da değildir. Genel anlamda insanın beden ve ruh bütünlüğünün korunduğu bir haktır. Dünyanın neresinde olursa olsun her bireyin hayatı kutsaldır. Yaş, cinsiyet, ırk, soy ve mesleki farklılık aranmaksızın her insanın yaşam hakkı, en üst düzeyde garanti edilmelidir. Fakat bir grup vardır ki, bu bireylerin yaşama hakkını ruh ve beden bütünlüğü içinde devam ettirmesi, diğer bireylerin bu hakkını kullanabilmeleri bakımından da oldukça önem taşımaktadır; bunlar çalışan insanlardır (Alper, 1988). Günümüzde halk sağlığında işçi sağlığının korunması ve geliştirilmesine dayalı çalışmaların yeri oldukça önemlidir. Çalışma ortamındaki birçok faktör işçinin fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit etmektedir. Bu durum her yıl birçok işçinin sağlığının olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır.

Modern çağın esas inşaat maddesi olan çimento; üretim süreciyle beraber çevrenin ve bireylerin sağlığını olumsuz etkilediğinden bu konu giderek daha önemli hale gelmiştir. Çimento fabrikasında çalışan işçilerde toprak, kireç taşı, alçı taşı, çıkarılan taş ocaklarındaki mevsim şartlarında, kayaların parçalanması esnasında toz, üretim esnasında oluşan gürültü, sıcaklık gibi faktörlere maruziyet söz konusudur. Çimento fabrikasının bireylerin sağlığına gösterdiği etkileri fabrikaya olan uzaklık üzerinden iki kategori altında

değerlendirilebilir. Birincisi çimento fabrikasına en yakın olan işçilerdeki etkisi, ikincisi ise fabrika yakınında yaşayan insanlardaki sağlık etkilenimidir (Türkkan, 2015). Çimento fabrikası ortamında bulunan faktörlerle ilgili olarak çalışan bireylerde solunum sistemi rahatsızlıkları, sindirim sistemi hastalıkları, deri ve duyu organlarıyla alakalı hastalıklar, karsinomlar, kalp hastalıkları, ağır metal toksikasyonları, alerjik durumlar ve enfeksiyon hastalıkları gibi rahatsızlıkların ön sıralarda bulunduğu yapılan araştırmalar ışığında ortaya çıkmıştır (Türkkan, 2015; Güler ve Kubilay, 1998).

İş sağlığı hizmetleri ekip halinde yürütülmelidir. Ekipte;

- Hemşire,
- Hekim,
- Endüstri hijyenisti,
- Diyetisyen,
- İşçi,
- Sendika temsilcisi,
- İşveren bulunmalıdır.

Toplumun bir uzantısı olarak işçiler, hemşireleri sadece kan basıncını ölçen, enjeksiyon yapan, hastaya fiziksel bakım veren bireyler olarak sınırlı rollerde görmekte ve beklentileri de bu doğrultuda olmaktadır. Çalışma alanlarında işçilere daha verimli hemşirelik hizmeti sunmak için çalışan bireylerin gerçek problemlerinin ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin tespit edilmesi, çalışanlara götürülecek sağlık hizmetlerinin etkinliği bakımından oldukça önemlidir (Güler ve Kubilay, 1998).

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü (1974)'ne göre işveren, işle ilgili her alanda çalışan bireylerin sağlık ve güvenliğini muhafaza etmekle sorumludur. Bu sebeple, tozlu işlerde çalışan işçilerin işe alınmadan önce, genel sağlık muayeneleri yapılmalı ve akabinde işyeri hekimi tarafından çalışanların periyodik sağlık muayeneleri yapılmalıdır. Ayrıca her altı ayda bir akciğer filmleri rutin olarak çektilmelidir. Çalışanlara kişisel koruyucu ekipman ve maske sağlanması, işçilerin vardiya sonunda duş almaları, yıkanmadan yemek yememelerinin sağlanması işverenin sorumlulukları arasındadır (İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü, 1971).

Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü (1950) iş sağlığını; Tüm meslek gruplarında işçilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hallerini en üst düzeyde olmasını sağlamak ve iyilik durumunu korumak; çalışma şartlarının sağlıklarını olumsuz yönde etkilemesini önlemek her bireyi ayrı ayrı değerlendirip psikolojik ve fizyolojik durumlarına elverişli birimlere yerleştirmek; özetle iş ve insan arasındaki uyumu sağlamaktır şeklinde

tanımlamıştır (Bertan ve Güler, 1997). Bireyin hayatının büyük bir çoğunluğunu işyerinde sürdürmesi ve verimliliğin olmasının sağlık ve iyilik haliyle alakalı olması, işçi sağlığını halk sağlığının önemli bir konusu haline getirmektedir (Berberoğlu ve ark., 2002). Bireyin sağlığa yönelik tutumu ve sağlığı algılaması sağlık davranışlarıyla yakından ilişkilidir. Kişinin sağlığını nasıl ifade ettiği ve sağlıklı olma durumunu hangi davranışlarıyla ilişkilendirdiği, onun sağlıklı bir yaşamının olup olmadığı hakkında yol göstericidir (Araz ve ark., 2007). İşçilerin sağlığı önemseme ve algılama durumlarının yanı sıra sağlık okuryazarlıklarının belirlenmesi, sağlığı koruma yönünden yapılacak planlamalarda ve yürütülecek faaliyetlerde rehber olacaktır. Ayrıca işyerlerinde de iş sağlığı hizmetlerinin etkinliklerinin artmasında önemli bir fırsat olacaktır (Gülduran ve ark., 2013).

2.8. Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmede İş Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Yeterli eğitim almış iş sağlığı hemşirelerinin rolü, iş sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesinde oldukça etkilidir. Gelişmiş ülkelerde işyeri hemşiresinin, bilimsel-teknolojik ve toplumsal gelişmelerden etkilenerek büyük bir değişim içine girmesiyle, hemşirenin işçi sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde önemli bir yeri olduğu kabul edilmiştir. Yeterli eğitim alan hemşirenin çalışma alanında sorunları yerinde saptayarak, planlama yaparak, amaç belirleyerek, çeşitli girişimlerde bulunarak sonucu değerlendirebilmesiyle; işe devamsızlıkların azaldığı, koruyucu kullanan ve danışmanlık hizmeti alan işçilerin artış gösterdiği yapılan araştırmalar sonucu ortaya çıkmıştır (Emlek Sert ve Koçer, 2007).

İş sağlığı alanındaki çalışmalar, iş hayatındaki risk ve tehlikeli durumlara karşı bireylerin sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini hedeflemektedir. İş sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalar işçinin sağlık konusundaki problemlerini konu edinir ve amacı bu problemlere çözüm getirmektir. Çalışmalar işçinin sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini hedeflerken; işçilerin sağlık düzeylerini en iyi seviyede tutmayı, iş hayatının olumsuz şartlarından dolayı işçinin sağlığının bozulmasını önlemeyi, işçinin fiziken ve ruhen kendisine en uygun yerlerde görev yapmasını sağlamayı ve iş ile işçi arasındaki uyumu dengelemeyi amaçlamaktadır (Emiroğlu, 2000). İş sağlığı hemşiresinin rolleri de bu amaçlar doğrultusunda gelişmektedir. İş sağlığı hemşiresinin hedefi, çalışma ortamındaki işçilerde bu amaçlara ulaşmaktır.

İş sağlığı hemşiresi işçinin sağlığının korunması ve geliştirilmesi konusundaki amacına ulaşmak için;

- Çalışanların sağlığını değerlendirmek,
- Meslek hastalıkları ve işe bağlı olmayan hastalıkların önlenmesi konusunda çalışmalar yapmak,
- İş kazalarının önlenmesi ile ilgili gerekli tedbirleri almak,
- Danışmanlık hizmeti vermek,
- Sağlık konusunda işçilere eğitim vermek,
- İş sağlığı konusunda toplumsal yapı ile işbirliği içerisinde olmak,
- İş yerinde çalışma ortamının değerlendirmesini yapmak,
- Vermiş olduğu hizmetlerin kayıt sistemine geçirilmesi konusunda çalışmalar yapmak,
- Alanı ile ilgili araştırmalar yapmak gibi rolleri üstlenmiştir.

İş sağlığı hemşiresi bu rollerini yerine getirirken; bölüm sorumlularına, yönetim çalışanlarına birebir ve grup olarak hizmet vermekle yükümlüdür. İş sağlığı hemşiresi rollerini yerine getirirken işçilerin sağlıklarının korunmasına, iyileştirilmesine ve sürekliliğinin sağlanmasına katkıda bulunarak öncelikle insan haklarının bir gereğini yerine getirmekle beraber iş verimi ve kalitesinin de artmasına katkı sağlamış olur. İş yerinde hemşirenin sürekli sağlık biriminde bulunması da önemlidir (Gökdemir ve Yıldız, 2008).

İş sağlığı hemşiresi, işçiyi iş yerinde her zaman gözlemleyebilecek en uygun kişi olduğundan iş sağlığı konusunda anahtar rolde görülmektedir (Emiroğlu ve ark. 2018). İş sağlığı hemşiresinin görevi hastanede veya hastanın başında değil, çalışan kişilerin bulunduğu işyerlerindedir. Bu durum verilen hizmet açısından geniş bir bakış açısının gelişmesine olanak sağlayarak iş sağlığı hemşiresine de katkı sağlar. İş sağlığı hemşiresinin vereceği hizmet, iyileştirici hizmetleri içermenin yanı sıra daha çok sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere yöneliktir (Gökdemir ve Yıldız, 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Kesitsel türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Bir çimento fabrikasında yapılmıştır. Araştırma Mayıs-Aralık 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir çimento fabrikasında çalışan 227 işçi oluşturmaktadır. Araştırma da örneklem yöntemine gidilmeksizin çimento fabrikasında çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden 202 birey ile tamamlanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama formları işçilerin çalışma ortamında, uygun bir odada kendileri tarafından doldurulmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) (EK-2) kullanılmıştır.

3.4.1. Veri toplama araçları

- **Tanıtıcı Bilgi Formu:** Araştırmacılar tarafından geliştirilen form 5 adet sosyo-demografik ve 11 tane sağlıkla ilgili özellikleri içeren toplam 16 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

- **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)**

HLS-EU Çalışması Kavramsal Çerçevesi (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) temel alınarak geliştirilen 32 sorudan oluşan bir ölçektir. TSOY-32, Tedavi ve Hizmet ve Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Her bir boyut da Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama olarak dört bileşen içermektedir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Okyay ve arkadaşları (2016) yapmıştır. 5'li likert tipinde ki ölçekte maddeler 0= çok kolay, 1= kolay, 2= zor 3= çok zor 4= fikrim yok şeklinde ifade edilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmektedir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmaktadır.

İndeks = (ortalama-1) x (50/3)

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

Yine, HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı,

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

(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı,

(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır.

Ölçeğin Türkçe de güvenilirliği; iç tutarlık (Cronbach Alfa) katsayısı; 0.927'dir.

Bu çalışma için iç tutarlık (Cronbach Alfa) katsayısı ise .934'dür.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

-Bağımlı değişken: Sağlık Okuryazarlığı Puanı

-Bağımsız değişkenler: İşçilerin tanıtıcı özellikleri

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 23.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Veriler değerlendirilirken yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Normalite testi sonucuna göre t testi ve varyans analizi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu çalışma bu çimento fabrikasında çalışan işçilere genellenebilir.

3.8. Araştırmada Etik Kurallar

Ölçek kullanımı, ölçeklerin ülkemiz için geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlardan yazılı izin (EK-3), SANKO Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (EK-4), Çimento fabrikasından araştırmanın yapılması için gerekli kurum izni alınmıştır (EK-5). İşçilerden gönüllü onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 202 bireyden elde edilen bulgular ve bulgulardan oluşturulan tablolar sunulmuştur. Çalışmaya katılan bireylerin tamamı erkektir.

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1 de verilmiştir.

Tablo 4. 1. Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (N=202)	Sayı	%*
Yaş		
18-24	17	8.4
25-34	103	51.0
35-44	60	29.7
45 ve üzeri	22	10.9
Medeni Durum		
Evli	156	77.2
Bekar	46	22.8
Eğitim Durumu		
İlköğretim	34	16.8
Ortaokul	35	17.3
Lise	87	43.1
Üniversite	46	22.8
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	109	54.0
Gelir gidere eşit	66	32.7
Gelir giderden çok	27	13.4
Çocuk Sayısı		
Yok	61	30.2
1	49	24.3
2	48	23.8
3	34	16.8
4 ve üzeri	10	5.0

*yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin %51’i 25-34 yaş aralığındadır. %77.2’si evli, bireylerin %43.1’i lise mezunudur. Bireylerin %54’ü gelirinin giderinden az olduğunu ve %30.2’si çocuğunun olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.1).

Bireylerin sağlıkla ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2 de verilmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin Sağlık İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (N=202)	Sayı	%*
Kendi Sağlık Düzeylerini Değerlendirme Algıları		
Kötü	5	2.5
Orta	63	31.2
İyi	113	55.9
Çok İyi	21	10.4
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	29	14.4
Yok	173	85.6
Var Olan Hastalık Adı (n=29)		
Diyabet	7	24.1
Kalp hastalığı – Hipertansiyon	6	20.7
Astım – Solunum Sıkıntısı	9	31.0
Tiroid	2	6.9
Diğer hastalıklar	5	17.2
Ailede Engelli Birey Olma Durumu		
Olan	22	10.9
Olmayan	180	89.1
Aile Hekimini Tanıma Durumu		
Tanıyan	158	78.2
Tanımayan	44	21.8
İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu		
Devlet hastanesi	133	65.8
Aile sağlığı merkezi	31	15.3
Özel hastane	30	14.9
Üniversite hastanesi	8	4.0
En Yakın Kişi Hastalandığında İlk Yapılan Müdahale		
112’yi arama	37	18.3
Hastaneye başvurma	131	64.9
İlk yardım uygulama	34	16.8
Sağlık Bilgisine İlk Başvurulan Yer		
Tv-Radyo-Gazete-Dergi	10	5.0
İnternet	73	36.1
Doktor	113	55.9
Diğer	6	2.9
İşyeri Hekiminin Varlığını Bilme Durumu		
Bilen	177	87.6
Bilmeyen	25	12.4
İşyeri Hemşiresinin Varlığını Bilme Durumu		
Bilen	131	64.9
Bilmeyen	71	35.1
İşyerinde Sağlık Problemi Olduğunda Yapılan Davranış		
İşyeri arkadaşından yardım isteme	25	12.4
İşyeri hekimi veya hemşiresine başvurma	137	67.3
İşyerinden izin isteme	40	19.8

*yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır

Çalışmaya katılan bireylerin %55.9'u sağlığını iyi olarak değerlendirmiş, %85.6'sı herhangi bir hastalığının olmadığını, hastalığı olan bireylerin %31'inin astım – solunum sıkıntısının olduğunu ifade etmiştir. Bireylerin %89.1'i ailesinde engelli birey olmadığı ve %78.2'si aile hekimini tanıdığını belirtmiştir.

Bireylerin %65.8'inin ilk başvurduğu sağlık kuruluşunun devlet hastanesi olduğu, en yakın kişi hastalandığında %60.9'unun ilk olarak hastaneye götürdüğü, %55.9'unun doktordan sağlık bilgisi edindiği belirlenmiştir.

Bireylerin %87.6'sının işyeri hekiminin ve %64.9'unun ise işyeri hemşiresinin varlığını bildiği saptanmıştır.

İşyerinde sağlık problemi olduğunda bireylerin %67.3'ü ilk olarak işyeri hekimi veya hemşiresine başvurduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.2).

Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve alt boyutlarına göre puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.3 de verilmiştir.

Tablo 4.3 Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve Alt Boyutlarının En Düşük ve En Yüksek Puanları İle Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarına Göre Puan Ortalamaları

Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutları	En düşük puan	En yüksek puan	TSOY-32 $\bar{X} \pm SS$
TSOY-32 Ölçeği Toplam Puan	0	50	32.81±8.23
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	0	50	34.27±7.97
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu	0	50	31.42±9.89

Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puan ortalaması 32.81±8.2, Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu puan ortalaması 34.27±7.9 ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu puan ortalaması 31.42±9.8 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve alt boyut puanlarının kategorik dağılımı Tablo 4.4 de verilmiştir

Tablo 4.4 Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve Alt Boyut Puanlarının Kategorik Dağılımı (N=202)

Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri	TSOY-32		Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu		Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yetersiz (0-25)	32	15.8	48	23.8	24	11.9
Sorunlu-Sınırlı (26-33)	83	41.1	88	43.6	75	37.1
Yeterli (34-42)	61	30.2	44	21.8	75	37.1
Mükemmel (43-50)	26	12.9	22	10.9	28	13.9

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine göre (TSOY-32) araştırmaya katılan bireylerin %41.1'i sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına, %30.2'si yeterli sağlık okuryazarlığına, %15.8'i Yetersiz Sağlık Okuryazarlığına, %12.9'u Mükemmel Sağlık Okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir.

Sağlık Okuryazarlığı Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutuna göre bireylerin %43.6'sının Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir.

Sağlık Okuryazarlığı Tedavi ve Hizmet Alt Boyutuna göre bireylerin %37.1'inin Sorunlu-Sınırlı benzer şekilde %37.1'inin de Yeterli Sağlık Okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi İle Tedavi ve Hizmet alt boyutu bileşenlerinin puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.5 de verilmiştir.

Tablo 4.5 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi ile Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Bileşenlerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı

TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut Bileşenleri	Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu $\bar{X} \pm SS$	Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu $\bar{X} \pm SS$
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	31.37±12.06	36.61±8.32
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	32.26±11.34	33.62±9.15
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma	30.34±12.30	37.02±9.87
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	31.14±10.65	29.82±10.57

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutunun Bileşenlerinden bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma puan ortalaması 31.37±12, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama puan ortalaması 32.26±11.3, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma puan ortalaması 30.34±12.3 ve sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme puan ortalaması 31.14±10.6 olarak belirlenmiştir.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Bileşenlerinden bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma puan ortalaması 36.61±8.3, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama puan ortalaması 33.62±9.1, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma puan ortalaması 37.02±9.8 ve sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme puan ortalaması 29.82±10.5 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6 Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler (N=202)	Sayı	TSOY-32 $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Analiz ve Anlamlılık
Yaş			
18-24	17	35.11±6.95	F=0.62 p=0.59
25-34	103	32.96±8.05	
35-44	60	32.14±8.26	
45 ve üzeri	22	32.17±9.98	
Medeni Durum			
Evli	156	32.82±8.34	t=0.02 p=0.97
Bekâr	46	32.78±7.96	
Eğitim Durumu			
İlköğretim	34	32.93±10.22	F=0.61 p=0.60
Ortaokul	35	32.09±7.59	
Lise	87	33.62±8.04	
Üniversite	46	31.75±7.51	
Gelir Durumu			
Gelir giderden az	109	32.28±8.55	F=0.50 p=0.60
Gelir gidere eşit	66	33.53±7.27	
Gelir giderden çok	27	33.21±9.27	
Çocuk Sayısı			
Yok	61	33.18±7.81	F=0.66 p=0.61
1	49	33.75±7.97	
2	48	32.22±8.05	
3	34	31.18±8.41	
4 ve üzeri	10	34.32±12.24	

Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam puan ortalamaları sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında; yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu ve çocuk sayısına göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puan ortalaması açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7 Bireylerin Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Puan Ortalamalarının Sağlıkla İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Özellikler (N=202)	Sayı	TSOY-32 $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Analiz ve Anlamlılık	İleri Analiz
Sağlığının Değerlendirilmesi				
Kötü	5	36.25±7.18	F=4.38 p=0.000	Çok iyi>Orta
Orta	63	30.03±7.58		
İyi	113	33.59±7.30		
Çok İyi	21	36.16±12.32		
Kronik Hastalık Varlığı				
Var	29	32.54±7.68	t=-0.19 p=0.84	
Yok	173	32.86±8.34		
Var Olan Hastalık Adı (n=29)				
Diyabet	7	29.61±6.48	F=1.75 p=0.17	
Kalp hastalığı – Hipertansiyon	6	36.63±8.87		
Astım – Solunum Sıkıntısı	9	30.72±7.93		
Tiroid	2	41.92±6.26		
Diğer Hastalıklar	5	31.25±4.71		
Ailede Engelli Birey Olma Durumu				
Olan	22	35.25±7.88	t=1.47 p=0.14	
Olmayan	180	32.52±8.25		
Aile Hekimini Tanıma Durumu				
Tanıyan	158	33.31±8.23	t=1.63 p=0.10	
Tanımayan	44	31.02±8.08		
İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu				
Devlet hastanesi	133	33.07±8.64	F=0.76 p=0.51	
Aile sağlığı merkezi	31	33.40±6.59		
Özel hastane	30	30.76±8.35		
Üniversite hastanesi	8	33.98±6.52		
En Yakın Kişi Hastalandığında İlk Yapılan Müdahale				
112'yi arama	37	31.36±10.53	F=7.58 P=0.47	
Hastaneye başvurma	131	30.95±10.14		
İlk Yardım uygulama	34	33.30±8.09		
Sağlık Bilgisine İlk Başvurulan Yer				
Tv-Radyo-Gazete-Dergi	10	37.79±8.39	F=7.78 p=0.50	
İnternet	73	31.77±9.13		
Doktor	113	33.20±7.75		
Diğer	6	34.80±4.42		
İşyeri Hekiminin Varlığını Bilme Durumu				
Bilen	177	32.65±7.89	t=0.76 p=0.44	
Bilmeyen	25	34.00±10.4		
İşyeri Hemşiresinin Varlığını Bilme Durumu				
Bilen	131	33.50±7.94	t=1.60 p=0.11	
Bilmeyen	71	31.55±8.67		
İşyerinde Sağlık Problemi Olduğunda Yapılan Davranış				
İşyeri arkadaşından yardım isteme	25	31.85±10.18	F=1.79 p=0.14	
İşyeri hekimi veya hemşiresine başvurma	137	33.64±7.46		
İşyerinden izin isteme	40	30.48±9.14		

Bireylerin Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puan ortalamalarının sağlıkla ilgili özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir.

Bireylerin kendi sağlık değerlendirmeleri ile Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği (TSOY-32) arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey HSD ileri analizine göre; farkın sağlığını orta ve çok iyi olarak değerlendiren gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Bireylerin Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği (SOY-32) puan ortalamalarının sağlıkla ilgili özelliklerine göre karşılaştırılmasında; kronik hastalık varlığı, aile hekimini tanıma durumu, ailede engelli birey olma durumu, aile hekimini tanıma durumu, ilk başvuru sağlık kuruluşu, en yakın kişi hastalandığında ilk yapılan müdahale, sağlık, bilgisine ilk başvuru yer, işyeri hekiminin varlığını bilme durumu, işyeri hemşiresinin varlığını bilme durumu ve işyerinde sağlık problemi olduğunda yapılan davranış ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

5. TARTIŞMA

Ulusal ve uluslararası literatürde işçilerde sağlık okuryazarlığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın özgünlük anlamında alana önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışma sonucuna göre, bireylerin genel sağlık okuryazarlığı puanı 32.81 ± 8.2 , Tedavi ve Hizmet Alt boyutu puanı 34.27 ± 7.9 ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu puanı 31.42 ± 9.8 ; olarak belirlenmiştir. Ölçekte 50 puan en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Ölçekten alınan puana göre sağlık okuryazarlığı kategorilendirmesi yapılmaktadır. Buna göre, çalışmaya katılan bireylerin genel TSOY-32 ölçeği puanında ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutunda sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı gösterdiği fakat Tedavi ve Hizmet Alt boyutunda yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu durum erkeklerin sağlık bakım hizmetlerini çoğunlukla hasta olduklarında özellikle de ciddi hastalıklar durumunda kullandıklarını, toplumdaki rol ve sorumlulukları ile ilişkili olarak “erkek adam hasta olmaz” toplumsal algısına yönelik olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından ve koruyucu sağlık hizmetlerinden kaçınma davranışları ile paralellik göstermektedir.

Ölçek puan kategorilendirmesine göre bireylerin toplam TSOY-32 ölçeği puan ortalamalarına göre % 41’i en fazla yüzdelle sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip, Tedavi ve Hizmet Alt Boyutunda ise ilk sırada eşit oranda yüzdelle (%37.1) sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı ve yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireyler yer almaktadır. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda ise bireylerin % 43.3’ü en fazla yüzdelle sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığına sahiptir.

Dünyada ve ülkemizde sağlık okuryazarlığı durumuna bakıldığında, gelişmiş ülkelerden biri olan ABD’de yetişkin nüfusun yaklaşık % 33’ünün sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olarak belirlenmiştir. Avrupa Birliğine üye sekiz ülkenin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeye yönelik yapılan Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketi (Health Literacy Survey European Union, HLS-EN) çalışmasına katılanların % 47.6’sının sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu bildirilmiştir (Sorensen ve ark., 2012). Çalışma sonucuna benzer şekilde, Demirli’nin (2018) Edirne’de yetişkinlerle yaptığı çalışma sonucuna göre bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının 30.1 olduğu ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir (Demirli, 2018). Başka bir çalışma sonucuna göre 18 yaş üzeri bireylerle genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 27.5 ± 7.41 olarak tespit edilmiş ve bireylerin % 77.6’sının yetersiz veya sorunlu sağlık

okuryazarlığı düzeyinde olduğu bildirilmiştir (Deniz, 2018). Bu çalışma sonucuyla paralellik gösteren, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Araştırma Ekibinin (2014) 4924 bireyle yapmış olduğu Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda çalışmaya katılanların %41.1'nin sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiş ve toplumun yalnızca %33'ünün yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu ifade edilmiştir (Durusu Tanrıöver ve ark., 2014). Başka bir çalışma sonucuna göre hastane polikliniklerine başvuran toplam 380 hastadan 296'sının genel sağlık okuryazarlığı ortalamasının 33 puan ve altında olduğu ve katılımcıların %77.89'unun yeterli sağlık okuryazarlık düzeyinde olmadığı ifade edilmiştir (Güven, 2016). Kaya ve Uludağ (2017) çalışmaya katılan bireylerin genel sağlık okuryazarlığı puanını 35.99 olarak bildirilmiş. Sağlık okuryazarlığının kategorik değerlendirmesinde de bireylerin % 10'unun "yetersiz", % 27'sinin sorunlu, % 40'ının yeterli ve % 23'ünün ise mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyinde olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre bireylerin büyük çoğunluğunun sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olması sosyokültürel yapı ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamalarının yaşa göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında, ileri yaşın sınırlı sağlık okuryazarlığı için bilinen bir risk faktörü olduğu ifade edilmiştir ve en yüksek sağlık okuryazarlığı düzeylerinin en genç yaş gruplarında görüldüğü, yaşla birlikte paralel olarak sağlık okuryazarlığının azaldığı bildirilmiştir (Durusu Tanrıöver ve ark., 2014). Demirli (2018), 58-67 yaş grubunda yetersiz sağlık okuryazarlığı oranının %54.54, 18-27 yaş grubunda ise %15.78 olduğunu ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine en yüksek oranla 18-27 yaş grubunun sahip olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada yaşa göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin farklılık göstermemesi çalışma grubundaki bireylerin yaşlarının bir birine yakın oluşundan ve özellikle farka neden olan ileri yaş grubunun örnekleme yer almamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamalarının gelir durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Demirli'nin (2018) yapmış olduğu çalışmada gelir durumu düşük olan bireylerin %33.57'si yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip iken, gelir durumu yüksek olan bireylerin %13.79'unun yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu ifade edilmiştir (Demirli, 2018). Deniz (2018) çalışmasında 18-64 yaş grubunda yer alan bireylerin sağlık okuryazarlığı indeks ortalamalarının, 65 ve üzeri yaş grubundakilerden daha yüksek olduğunu ve 24 ve altı yaş grubunun en yüksek genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamasına, 65 ve üzeri yaş grubunun ise en düşük puan

ortalamasına sahip olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamalarının medeni duruma göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Deniz'in (2018) çalışmasında bekâr olan grubun sağlık okuryazarlığı indeks ortalamalarının evli olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Deniz, 2018). Başka bir çalışmada ise evli bireylerin %38.1'i yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip iken bekarların sadece %7.3'ünün yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada bireylerin eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin farklılaştığı, yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin oranının sırası ile ilkökul mezunu ve altı olanlarda %7.5, ortaokul-lise mezunu bireylerde %26.9 ve yüksekökol-üniversite mezunu olanlarda %33.5 olduğu ifade edilmiştir (Kılınçkaya, 2018).

Bireylerin sağlıkla ilgili özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırıldığında, sadece bireylerin kendi sağlıklarını değerlendirme durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyinde farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Sağlığını çok iyi olarak değerlendiren bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, sağlığını orta düzeyde olarak değerlendirenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlıkla ilgili olarak kronik hastalık varlığı, ailede engelli birey olma durumu, aile hekimini tanıma durumu, ilk başvuru sağlık kuruluşu, en yakın kişi hastalandığında ilk yapılan müdahale, işyeri hekimi ve hemşiresinin varlığını bilme durumu, işyerinde sağlık problemi olduğunda ilk yapılan davranış gibi özellikler ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir.

Yüksek kalite ve maliyetli bir sistemde; hastayı karar verme mekanizmasına ve bununla beraber sisteme dahil etmek amaçlanırken, bireylerin bu sorumluluk bilincine ne derece uyum göstereceği göz ardı edilmektedir (Sorensen ve ark., 2012). Bu durumda sorumluluk yönünden yeterli olmayan bireylere bu sorumlulukları yüklemeye çalışmak hasta ve sistemi korumak bir yana dursun aksine sistemin devamlılığını ve hasta güvenliğini tehdit edebilmektedir. Bu sebepten toplumlardaki bireylerin sağlık sistemine dahil olması, kendi sağlığı ile ilgili söz ve sorumluluk alma becerisi ve uyumluluğu değerlendirilirken ilk olarak kişilerin ve toplumların sağlık okuryazarlığı seviyelerinin belirlenmesi gereklidir (HLS-EU Consortium, 2012).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Bu çalışmada;

- Çalışmaya katılan bireylerin TSOY-32 ölçeği puan ortalamaları 32.81 ± 8.2 olarak belirlenmiştir.
- Bireylerin TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet alt boyutu puan ortalaması 34.27 ± 7.9 olarak bulunmuştur.
- Bireylerin TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu puan ortalaması 31.42 ± 9.8 olarak belirlenmiştir.
- TSOY-32 ölçeğine göre araştırmaya katılan işçilerin %41.1'nin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, %30.2'sinin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu %15.8 yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve %12.9'unun mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir.
- TSOY-32 ölçeği Hastalıklardan Korunma alt boyutunda işçilerin %43.6'sının sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına, %23.8'inin yetersiz sağlık okuryazarlığına, %21.8'inin yeterli sağlık okuryazarlığına ve %10.9'unun mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır.
- TSOY-32 ölçeği Tedavi ve Hizmet alt boyutunda işçilerin %37.1'inin sorunlu-sınırlı, sağlık okuryazarlığına, %37.1'inin yeterli sağlık okuryazarlığına, %13.9'unun mükemmel sağlık okuryazarlığına ve %11.9'unun yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir.
- TSOY-32 ölçeği Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu bileşenlerine göre; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma bileşeni puan ortalaması 31.37 ± 12 , sağlıkla ilgili bilgiyi anlama bileşeni puan ortalaması 32.26 ± 11.3 , sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma bileşeni puan ortalaması 30.34 ± 12.3 ve sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme bileşeni puan ortalaması 31.14 ± 10.6 olarak belirlenmiştir.
- TSOY-32 ölçeği Tedavi ve hizmet alt boyutu bileşenlerine göre; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma bileşeni puan ortalaması 36.61 ± 8.3 , sağlıkla ilgili bilgiyi anlama bileşeni puan ortalaması 33.62 ± 9.1 , sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma bileşeni puan ortalaması 37.02 ± 9.8 ve sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme bileşeni puan ortalaması 29.82 ± 10.5 olarak bulunmuştur.

- Bireylerin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu ve çocuk sayısına göre TSOY-32 ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).
- Bireylerin kendi sağlık değerlendirmeleri ile TSOY-32 arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).
- Bireylerin kronik hastalık varlığı, aile hekimini tanıma durumu, ailede engelli birey olma durumu, aile hekimini tanıma durumu, ilk başvuru sağlık kuruluşu, en yakın kişi hastalandığında ilk yapılan müdahale, sağlık, bilgisine ilk başvuru yer, işyeri hekiminin varlığını bilme durumu, işyeri hemşiresinin varlığını bilme durumu ve işyerinde sağlık problemi olduğunda yapılan davranış ile TSOY-32 ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$)

Öneriler

Elde edilen sonuçlara göre;

- Bireylere sağlık okuryazarlığı, iş sağlığı, iş yeri hekiminin ve hemşiresinin görevlerini konu alan eğitimlerin düzenlenmesi,
- Bireylerin işyerinde sağlık problemi olduğunda yapması gerekenler konusunda eğitimlerin düzenlenmesi,
- Hangi sağlık probleminde hangi sağlık kurum ve kuruluşuna başvurulması gerektiği konusunda bilgilendirme eğitimlerinin düzenlenmesi,
- Sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik sağlık okuryazarlığı ile ilgili müdahale çalışmalarının yapılması,
Önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Altun, A. (2005). Gelişen teknolojiler ve yeni okuryazarlıklar. Ankara: Anı Yayınları.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2011). Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Rockville; AHRQ Publication.

Alper, Y. (1988). Bazı Ülkelerde İşçi Sağlığı – İş Güvenliği Uygulamaları ve Türkiye'deki Uygulama İle Karşılaştırılması. Uludağ Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü.

Araz, A., Harlak, H., Meşe, G. (2007). Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 6(2): 112-122.

Aşıcı, M. (2009). Kişisel ve sosyal bir değer olarak okuryazarlık. Değerler Eğitimi Dergisi. 7(17): 9-26.

Baker, D.W. (2006). The meaning and measure of health literacy. Journal of General Internal Medicine. 21: 878–883.

Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V., Clark, W.S., Nurss, J. (1997). The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. American Journal of Public Health. 87(6): 1027–1030.

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 Educ Couns, 38(1): 33–42.

Barrett, S.E., Puryear, J.S.(2006). Health literacy: improving quality of care in primary care settings. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 17(4): 690-697.

Berberoğlu, U., Eskiocak, M., Ekuklu G., Saltık, A. (2002). Tam gün işyeri hekimi çalışan bir işletmede işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri yönetim sürecinin değerlendirilmesi. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 9: 31-35.

Bertan, M., Güler, Ç. (1997). Halk sağlığı temel bilgileri, Ankara: Güneş Kitabevi, 2-13.

Beşer, A. (2003) İş sağlığı hemşireliğinde araştırmanın önemi. III. Uluslararası Katılımlı İş Sağlığı ve İşyerleri Hemşireliği Sempozyumu, 6-65.

Bilir, N. (2014). Sağlık okuryazarlığı. Turkish Journal of Public Health, 12 (1): 61-68.

- Çopurlar, C.K., Kartal, M. (2016).** Sağlık okuryazarlığı nedir? nasıl değerlendirilir? neden önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 10 (1).
- Demirli, P. (2018)** Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği. Trakya Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. Edirne.
- Deniz, S. (2018)** Malatya İli Akçadağ İlçesinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi. Fırat üniversitesi. Doktora Tezi. Elazığ.
- Durusu, Tanrıöver, M. Yıldırım, H.H., Demiray, Ready, F.N., Çakır, B., Akalın, H.E. (2014).** Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Egbert, N., Nanna K.M. (2009).** Health literacy: challenges and strategies. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 14(3): 1-9.
- Emiroğlu, O.N. (2000).** İş sağlığı hemşireliği ve sorunları toplum ve hekim, 15(3): 178-181
- Emiroğlu, O.N., Kuru, N., Öztürk, Çopur, E. (2018).** Türkiye’de 2009-2016 yılları arasında iş sağlığı hemşireliği alanında yürütülen lisansüstü tezlerin değerlendirmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2 (5): 116 - 118
- Emlek, Sert, Z., Koçer, A. (2007).** İş sağlığı hizmetlerinde anahtar kavram ‘İş Sağlığı Hemşireliği’. *Çalışma Ortamı Dergisi*. 94: 12-13.
- Esin, M.N., Erdoğan, S., Nahcivan, N. (1999)** İş sağlığı hemşireliği standartları. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bülteni. 12 (45):115-121.
- Findley, A. (2015).** Improving health literacy for older adults. Expert Panel Report. US Department of Health and Human Services Centre for Disease Control and Prevention, 54(1): 68-81.
- Gökdemir, N., Yıldız, A.N. (2008).** İşçi sağlığı, iş güvenliği hizmetlerinde hemşirelik hizmetlerinin önemi, *İş Sağlığı Güvenliği Dergisi* 37: 13 – 16.
- Gülduran, E., Ergül, Ş., Erkin, Ö. (2013).** Kömür işletmesinde çalışan işçilerin sağlık durumlarını ve sağlığın önemini algılamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 12(4): 383-392.
- Güler, N., Kubilay, G. (1998).** Çimento fabrikasında çalışan işçilerin sağlık sorunlarının belirlenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (2): 37-39

- Güneş, F. (1997).** Okuma–yazma öğretimi ve beyin teknolojisi. Ankara: Ocak Yayınları
- Güven, A. (2016)** Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler Ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Health effects for the population living near a cement plant:** An epidemiological assessment. Environment International, 41: 1-7.
- HLS-EU CONSORTIUM. (2012).** Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU.
- Howard, D.H. (2004).** The Relationship between health literacy and medical costs. In: L. Nielsen-Bohlman, A.M. Panzer, D.A. Kindig (Eds), Health literacy: A prescription to end confusion. institute of medicine (pp. 256–266). Washington, D.C: The National Academies Press.
- IOM. (2004).** Health Literacy–A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine (IOM), The National Academies Press, Washington, DC.
- Ishikawa, H., Yano, E. (2008).** Patient health literacy and participation in the health-care process. Blackwell Publishing Ltd Health Expectations. (11): 113–122.
- İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü, Resmi Gazete Tarihi:11.01.1971, Sayı 14765.**
<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/5115.html> (Erişim Tarihi: 07.11.2018)
- Kaya, Ş.D., Uludağ, A. (2017).** Sağlık ve medya okuryazarlık arasındaki ilişki. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9 (22): 194-206.
- Kılınçkaya, A. (2018)** Gölbaşı İlçesindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlgili Bilgilerinin Ve Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi Uzmanlık Tezi. Ankara.
- Lincoln ve ark. (2006).** Impact of Health Literacy on Depressive Symptoms and Mental Health-related Quality of Life Among Adults with Addiction. Literacy and Mental Health. 21: 818–822.
- Mancuso, JM. (2009).** Assessment and Measurement of Health Literacy: An Integrative Review of the Literature. Nursing and Health Sciences. 11: 77–89.

Martin ve ark. (2009). Developing Predictive Models of Health Literacy. Society of General Internal Medicine. 24(11):1211–1216.

National Center for Education Statistics. (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy. Retrieved March 1, 2018, from <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>.

Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. Health Promotion International, 13(4): 349-364.

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.

Okyay, P., Abacıgil, F. (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. Ankara: Anıl Yayınevi, 43-69.

Osborne, H. (2013). Health Literacy. From A to Z. 2th Edition. Burlington: Jones & Bartlett.

Önal, İ. (2010). Tarihsel Değişim Sürecinde Yaşam Boyu Öğrenme ve Okuryazarlık: Türkiye Deneyimi. Bilgi Dünyası, 11(1), 101-121.

Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., Bilgel, N. (2010). Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. Health Literacy, 25(3): 464-477.

Paasche-Orlow, M.K., Parker, R.M., Gazmararian, J.A., Nielsen-Bohlman, L.T., Rudd, R.R. (2004). The Prevalence of Limited Health Literacy. Prevalence of Limited Literacy. 20:175–184.

Peerson, A., Saunders, M. (2009). Health Literacy Revisited: What Do We Mean and Why Does it Matter? Health Promotion International, 24(3): 285-296.

Peiravian, F., Rasekh, HR, Hashemi HJ, Mohammadi, N., Jafari, N. and Fardi, K. (2014). Drug Literacy in Iran: The Experience of Using “The Single Item Health Literacy Screening (SILS) Tool”. Iranian Journal of Pharmaceutical Research. 13:217-224.

Pelikan, J.M., Rothlin, F., Ganahl, K. (2012). Comparative report on health literacy in eight EU member states: The European health literacy project, 2009-2012. Maastricht: European Health Literacy Project Consortium. Retrieved March 1, 2018, from www.health-literacy.eu.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yayın No: 814. Ankara.

Sayah, F.A., Williams, B. (2012). An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as An Example. Canadian Journal of Diabetes. 36: 27-31.

Sayah, F.A., Williams, B., Johnson, J.A. (2012). Measuring Health Literacy in Individuals With Diabetes: A Systematic Review and Evaluation of Available Measures. Health Education & Behavior. 20(10): 1-14.

Selden, C.R., Zorn, M., Ratzan, S., Parker, R.M. (2000). Health literacy; current bibliographies in medicine; National Institute of Health CBM. U.S. Department of Health and Human Services, 1-33.

Sezer, A. & Kadioğlu, H. (2014). Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(3): 165-170.

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health.

Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 50(6): 633-640.

Toplum Gönüllüleri Vakfı. (2013). Gençlere sağlık projesi 2013 ara raporu. Erişim: 1 Mart 2018, http://tog.org.tr/genclere-saglik_154.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2013). Temel istatistikler: Okuma-yazma oranları. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

Türkkan, A. (2015). Çimento Fabrikalarının Sağlık Etkileri. Bursa Tabip Odası, 2: 16-25.

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (1986) Kanun-Tüzük ve Yönetmelikler. İSGÜM Basımevi, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 19.04.2011, Sayı: 27910.

Uğurlu, Z. (2011). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Yayınlanmamış doktora tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. The Plurality of Literacy and its Implications for Policies and Programs. Paris: UNESCO Education Sector;2004

US Department of Health and Human Services. (2000). Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. US Department of Health and Human Services. 2nd ed. Washington, DC.

World Health Organization (WHO). (1998). Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (WHO). (2007)
[.http://www.who.int/social_determinants/thecommission/interimstatement/en/.](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/interimstatement/en/)

Yılmazel, G., Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(1): 69-74.

Yılmaz, M., Tiraki, Z. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 9(4), 142-147.

Zarcadoolas, C., Pleasant, AF and Greer, DS. (2012) Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action. San Francisco: John Wiley & Sons.

8. EKLER



EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu

Sayın katılımcı,

Aşağıdaki soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur, sadece sizin konu hakkındaki görüşünüzü öğrenmek için sorulmaktadır. Lütfen soruları okuyarak sizin düşüncenizi en iyi yansıtan cevaba “X” işaretini koyunuz. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

1- Yaşınız:

2-Sizce ailenizin ekonomik durumu nasıl?

1. () Gelir giderden fazla 2. () Gelir gidere eşit 3. () Gelir giderden az

3- Medeni Durumunuz:

1. () Evli 2. () Bekâr

4- Çocuk sayısı:

1. () Yok 2. () Bir 3. () İki 4. () Üç
5. () Dört ve üzeri

5- Eğitim durumunuz:

- 1.() İlköğretim 2. () Orta öğretim 3. () Lise 4. () Üniversite

6- Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1. () Kötü 2. () Orta 3. () İyi 4. () Çok iyi

7- Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?

1. () Evet 2. () Hayır (9. Soruya geçiniz)

8- Cevabınız evet ise nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. () Diyabet 3. () Astım – Solunum sıkıntısı
2. () Kalp Hastalığı-Hipertansiyon 4. () Tiroid
5. () Diğer (lütfen belirtiniz).....

9- Herhangi bir hastalık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir?

1. () Devlet hastanesi 3. () Özel hastane
2. () Aile sağlığı merkezi 4. () Üniversite hastanesi
5. () Diğer

10- Ailenizde engelli bir birey var mı?

1. () Var 2. () Yok

EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu (devamı)

11- Aile hekiminizi tanıyor musunuz ?

1. () Evet 2. () Hayır

12- Size en yakın kişi hastalandığında ilk olarak ne yaparsınız? (yazınız)

.....
.....

13- Genel olarak sağlık bilgisine ilk olarak nereden ulaşırsınız?

1. () Tv – Radyo, Gazete, Dergi 3. () Doktor
2. () İnternet 4. () Diğer.....

14- Çalıştığınız işyerinizdeki işyeri hekiminin varlığını biliyor musunuz?

1. () Biliyorum 2. () Bilmiyorum

15- çalıştığımız işyerinizdeki işyeri hemşiresinin varlığını biliyor musunuz?

1. () Biliyorum 2. () Bilmiyorum

16- Çalıştığınız sektörde sağlık problemi yaşadığınızda ne yaparsınız?

1. () İş arkadaşlarımdan yardım isterim
2. () İşyeri hekimine ya da işyeri hemşiresine başvururum
3. () İşyerinden izin alırım
4. () Bir şey yapmam işime devam ederim
5. () Diğer (açıklayınız)

EK- 2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini “çok kolay/ kolay / zor /çok zor” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulma					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulma					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					

EK- 2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) (devamı)

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığımız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığımız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK-3 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Kullanım İzni



Mehmet Yasar <mehmetyasar879@gmail.com>

(konu yok)

Pinar Okyay <pinarokyay@hotmail.com>
Alıcı: Mehmet Yasar <mehmetyasar879@gmail.com>

6 Mart 2018 14:57

Sevgili Mehmet,

Ölçeği kullanmanız bizi çok sevindirir.
Böylece amacına hizmet etmiş olur.
Gecikme için özür dilerim. Cep telefonumdan gönderdim diyordum ki, giden bölümünde kalmış.
İhtiyaç olursa lütfen yazın.
Kolaylıklar diliyorum.

Pinar



EK-4 Etik Kurul Karar Formu

SANKO ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	Bir Çimento Fabrikasında Çalışan İşçilerin Sağlık Okuryazarlıklarının Belirlenmesi
	Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ
	Kurumu	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
	Başvuru Tarihi	26.03.2018
	Araştırmanın Türü	Anket çalışması
	Katılan Merkezler	Tek Merkez
	Varsa Protokol No	-

İLETİŞİM BİLGİLERİ	Adres	SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP
	Telefon	0 342 211 65 63
	Fax	0 342 211 65 66
	E-posta	etikkurul@sanko.edu.tr

KARAR	Oturum No: 2018/02	Karar No: 19	Tarih: 29.03.2018
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişkisi		Oturuma Katılım		İmza
			E	K	Var	Yok	Var	Yok	
Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan	Biyostatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Başkan Yardımcısı	Endokrinoloji ve Metabolizma	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi	X			X	X		
Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye	Farmakoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X		X	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye	Biyofizik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Elif PALA Üye	Tıbbi Biyoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye	Halk Sağlığı	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Av. M. Murat GÜNERİ Üye	Hukuk	Serbest Avukat	X			X	X		
Naci BORAN Üye		Sani Konukoğlu Vakfı	X			X	X		

EK-5 Kurum Çalışma İzni



16.04.2018

T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü 'ne

İlgi: 77862277 - 044 - 024 sayı ve 16.04.2018 tarihli yazınız.

İlgi yazınızla Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrenciniz Mehmet Yaşar GEZER 'in " Bir Çimento Fabrikasında Çalışan İşçilerin Sağlık Okuryazarlıklarının Belirlenmesi" konulu tezi için Çimko Çimento ve Beton San. Tic. A.Ş. Narlı Şube işyerimizde araştırma yapması için uygunluk talep etmektedir.

Öğrencinizin işyerimizde tez konusuyla ilgili araştırma yapması uygundur.
Gereğini bilgilerinize rica ederiz.

Saygılarımızla,


ÇİMKO ÇİMENTO ve BETON SAN.TİC. A.Ş. NARLI ŞB.
Mik Adres: Burak Mh. Sani Konağı Blk. No:221 (Sarıbaşı)GAZİANTEP
Şube Adres: Akçalımevki Mevki Eski G Arma Yolu Üzeri NARLI M.ARAÇ
Merkez Mersis No: 0257-0358-370-0018
Şube Mersis No: 2518-7357-481-3024
Ticaret Sicil No: 9925 Web Adresi: www.cimko.com.tr

Doç. Dr. Mustafa

Akçakoyunlu Köyü, Burunucu Mevkii
Eski Gaziantep Yolu Üzeri Pazarcık/KAHRAMANMARAŞ
Tel: 0344 228 77 00 Faks: 0344 228 77 99
cimko@cimko.com.tr

ÇİMKO bir SANKO Holding kuruluşudur

EK-6 Tez İntihal Raporu

	<p style="text-align: center;">T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU</p>
---	---

I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Mehmet Yaşar | Anabilim Dalı : Hemşirelik AD
Soyadı : GEZER | Programı : Hemşirelik Tezli (Halk Sağlığı Hemşireliği)
Öğrenci No : 161101027 | Statüsü : Yüksek Lisans

II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışman Adı Soyadı : Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ |
Tez Adı : Bir Fabrikada Çalışan İşçilerin Sağlık Okuryazarlıklarının Belirlenmesi |

III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	Benzerlik Oranı (%)	Tarih
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Öncesi	9	17.01.2020
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sonrası	11	19.02.2020

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 33 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil %11'dur.

Uygulanan filtrelemeler:

- Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve izin sayfaları) hariç,
- Kaynaklar hariç,
- Ekler hariç,
- Beş kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR



Duygu ALANGİL
Enstitü Sekreteri

19.02.2020

ACIKLAMA

*Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (TURNITIN) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.
*Rapordaki verilerde gerçek bir intihalın tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilerek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

EK-7 Özgeçmiş

- 1. Adı Soyadı** : Mehmet Yaşar GEZER
- 2. Doğum Tarihi Yeri** : 05.03.1991/Gaziantep
- 3. Çalıştığı Kurum** : SANKO Üniversitesi Sani Konukoğlu Uygulama ve Araştırma Hastanesi

4. Eğitim Durumu

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Selçuk Üniversitesi	2010-2015

5. İletişim Bilgileri

Adres: SANKO Üniversitesi Sani Konukoğlu Uygulama Ve Araştırma Hastanesi

E-mail: mehmetyasar879@gmail.com