

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE EGZERSİZ İNANCI
ARASINDAKİ İLİŞKİ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Uzmanlık Tezi

Dr. Asuman Sena PEHLİVAN

TRABZON 2024

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE EGZERSİZ İNANCI
ARASINDAKİ İLİŞKİ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Uzmanlık Tezi

Dr. Asuman Sena PEHLİVAN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Elif ATEŞ

TRABZON 2024

ÖNSÖZ

Kızım Azra'yla; ruhumuza ferahlık, umutla..

Dr. Asuman Sena PEHLİVAN



ÖZET

Sağlık Okuryazarlığı ile Egzersiz İnancı Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler

Amaç: Düzenli ve yaşa uygun fiziksel aktivite sağlıklı yaşam için temel unsurlardan biridir ve tüm bireylere sosyal, fiziksel ve zihinsel faydalar sağlar. Tüm dünyada kılavuzlarda tavsiye edilen fiziksel aktivite düzeylerinin karşılanmadığını gösteren çalışmalar vardır. Sağlık okuryazarlığı kişilerin sağlık bilgilerine ulaşmasını ve anlayıp kullanmasını sağlayan bilişsel ve sosyal becerilerdir. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile eşzamanlı Sağlık Okuryazarlığı düzeylerine bakılması, egzersize yönelik tutumları ölçerken kişilere eksik davranışlarında farkındalık, kontrol etme ve değiştirme imkânı sağlayabilir, hekimler için de bilgi eksikliğini tespit ve giderme çalışmalarına yön verebilir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel analitik bir çalışma olan çalışmamızda yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgiler anketi, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 ve Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nden oluşan 67 soruluk bir anket formu Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve Ortahisar Beşirli 51 No'lu Eğitim Aile Hekimliği Birimi polikliniklerine Ocak 2024 - Mart 2024 tarihleri arasında başvuran hastalardan/bireylerden gönüllü her birey seçilerek uygulanmıştır. Örneklem hacmi 365 olarak hesaplanmış olup çalışmaya 18-65 yaş arası sağlık çalışanı olmayan her birey dahil edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %45,6 (n=166)'ini erkekler oluşturmaktayken, %48,1 (n=175)'i üniversite mezunuydu, %53,6 (n=194) katılımcının egzersiz yapmadığı görüldü. Katılımcıların %19,80'i yetersiz (n=72), %41,20'si sorunlu sınırlı (n=150), %21,40'ı yeterli (n=78), %17,60'ı mükemmel (n=64) sağlık okuryazarlığına sahipti. Sağlık okuryazarlığı indeks skoru arttıkça bireylerin egzersiz sağlık inancına ait alt boyut puan ortalamalarının [genel sağlık değerleri (p=0,004), egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları (p=0,04), egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları (p=0,01) ve egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları (p=0,01)] istatistiksel açıdan anlamlı olarak arttığı tespit edildi.

Sonuç: Sağlık okuryazarlığı seviyesi olması gerekenden düşük bulunan ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça bireylerin egzersiz sağlık inançlarının anlamlı olarak arttığı sonucuna vardığımız çalışmamızın koruyucu hekimlik kapsamında bireylere sağlıklı tutum ve davranışlar kazandırmak adına hekimlere yol gösterici olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık İnanç Modeli, Egzersiz, Fiziksel İnaktivite

SUMMARY

The Relationship Between Health Literacy and Exercise Beliefs and Influencing Factors

Aim: Regular and age-appropriate physical activity is one of the essential components of a healthy lifestyle and provides social, physical, and mental benefits to all individuals. Studies show that the recommended levels of physical activity outlined in guidelines worldwide are unmet. Health literacy refers to the cognitive and social skills that enable individuals to access, understand, and use health information. Examining health literacy levels in conjunction with the Exercise Health Belief Model Scale can raise awareness of individuals' missing behaviors, allowing them to control and change those behaviors while also guiding physicians in identifying and addressing knowledge gaps.

Method: In our cross-sectional analytical study, a 67-item questionnaire consisting of a sociodemographic information survey prepared by researchers, the Turkey Health Literacy Scale-32, and the Exercise Health Belief Model Scale was administered to voluntary individuals visiting the Family Medicine Polyclinics of the Department of Family Medicine at Karadeniz Technical University and Ortahisar Beşirli Education Family Medicine Unit between January 2024 and March 2024. The sample size was calculated to be 365, and the study included all individuals aged 18-65 who were not health professionals.

Results: Participants were composed of 45.6% (n=166) males, 48.1% (n=175) were university graduates, and it was observed that 53.6% (n=194) of the participants did not engage in exercise. Among the participants, 19.80% had insufficient health literacy (n=72), 41.20% had problematic limited health literacy (n=150), 21.40% had adequate health literacy (n=78), and 17.60% had excellent health literacy (n=64). As the health literacy index score increased, it was found that the average sub-dimension scores related to individuals exercise health beliefs [general health values (p=0.004), beliefs that the benefits of exercise outweigh the costs (p=0.04), beliefs that exercise reduces disease risk (threats) (p=0.01), and beliefs about the severity of not exercising (p=0.01)] significantly increased.

Conclusion: We believe that our study, which demonstrates that the level of health literacy is lower than it should be and that individuals' exercise health beliefs significantly increase as their health literacy level rises, can serve as a guide for physicians in imparting healthy attitudes and behaviors to individuals within the scope of preventive medicine.

Keywords: Health Literacy, Health Belief Model, Exercise, Physical Inactivity

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
SUMMARY	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Sağlık Okuryazarlığı	3
2.1.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Önemi	3
2.1.2 Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırılması	5
2.1.3 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi ve Etkileyen Faktörler	6
2.1.4 Türkiye’de ve Dünya’da Sağlık Okuryazarlığı	7
2.2 Egzersizsiz Sağlık İnancı	8
2.2.1 Egzersizin Tanımı ve Önemi	8
2.2.2 Egzersiz Türleri	10
2.2.3 Fiziksel İnaktivite	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
3.1 Araştırmanın Tipi	12
3.2 Araştırma Evreni ve Örneklem	12
3.3 Çalışmaya Alınma ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	12
3.4 Veri Toplama Araçları	12
3.5 Çalışmanın Yürütülmesi	14

3.6 Verilerin İstatistiksel Analizi.....	14
3.7 Araştırmanın Etik Yönü.....	14
4. BULGULAR	15
5. TARTIŞMA.....	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	35
7. KISITLILIKLAR	36
8. KAYNAKÇA	37
9. EKLER.....	44
9.1 Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	44
9.2 Ek-2: Sosyodemografik Özellikler Anketi	45
9.3 Ek-3: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)	46
9.4 Ek-4: Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	48

KISALTMALAR DİZİNİ

AHA: Amerikan Kalp Derneği

ASOY-TR: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ESİMÖ: Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

HALS: Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği

HLS-EU-Q: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

NVS: En Yeni Yaşamsal Belirteç Testi

REALM: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

TOFHLA: Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. TSOY-32 Ölçeğine Göre Katılımcıların SOY Düzeylerinin Dağılımı16



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	15
Tablo 2. Katılımcıların Cinsiyetlerine ve Medeni Durumlarına Göre SOY İndeks Puanının İncelenmesi.....	17
Tablo 3. Katılımcıların Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarına Göre SOY İndeks Puanının İncelenmesi.....	17
Tablo 4. Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığı ve Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarına Göre SOY İndeks Puanının İncelenmesi	17
Tablo 5. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre SOY İndeks Puanının İncelenmesi.....	18
Tablo 6. Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre SOY İndeks Puanının İncelenmesi.....	19
Tablo 7. Kronik Hastalık Varlığı ile Sağlık Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	20
Tablo 8. Egzersiz Yapma Durumu ile Sağlık Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	20
Tablo 9. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi.....	21
Tablo 10. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi.....	21
Tablo 11. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	22
Tablo 12. Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	25
Tablo 13. Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi	27
Tablo 14. Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığı Durumlarına Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi	28
Tablo 15. Sağlık Okuryazarlığı İndeks Skor Yüzdeleri.....	28
Tablo 16. Sağlık Okuryazarlığı İndeks Skorları ile Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	29

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Fiziksel aktivite, sağlıklı yaşam için temel unsurlardan biridir. Düzenli ve yaşa uygun fiziksel aktivite tüm bireylere sosyal, fiziksel ve zihinsel faydalar sağlar. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nden elde edilen verilere göre fiziksel hareketsizlik olarak da adlandırılan fiziksel aktivite eksikliği, "Küresel Ölüm Risk Faktörleri" arasında 4. sırada yer almakta ve ergenlerin %81'i ile yetişkinlerin %27,5'i DSÖ'nün tavsiye ettiği fiziksel aktivite düzeylerini karşılamamaktadır (1). Sağlık Bakanlığı'nın 2011'de yaptığı 'Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması'nda ise Türkiye'de erkeklerin %77'sinin ve kadınların %87'sinin yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir (2). Yine DSÖ 2017 Türkiye'nin verilerinde nüfusun %43,6'sı yetersiz fiziksel aktivitede bulunmakta ve etkili bir fiziksel aktiviteye katılmayanların yüzdesi %81,3'tür (3). Elde edilen bu veriler, sedanter yaşam tarzının Türkiye için ciddi seviyelerde olduğunu ortaya koymaktadır.

Tüm dünyada ve ülkemizde yetersiz bilgi ve farkındalıklar ile artan sedanter yaşam şekli dolayısıyla tüm yaş gruplarında koroner hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, obezite başta olmak üzere birçok kronik hastalık riski her geçen gün artmaktadır (4). Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite kardiyovasküler mortaliteyle ilgili %35, tüm nedenlere bağlı mortaliteyle ilgili %33 risk azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (1).

Sağlık okuryazarlığı sağlığı geliştirmede ve sağlığın devamında bireylerin sağlık bilgilerine ulaşması ve anlayıp kullanması ile ilgili bilişsel ve sosyal becerilerdir; bu becerilerin geliştirilmesi sağlık hakkının kullanımı açısından oldukça önem arz etmektedir (5). 2014 yılında yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Türk toplumunun yalnızca %35,4'ünün yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve bunun 35 milyon gibi bir erişkin nüfusa karşılık geldiği ortaya konmuştur. Bu oran Avrupa çalışmasında %52,5 olarak bulunmuştur (6).

Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinin hastaneye yatma oranı, küresel anlamda koruyucu sağlık önlemleri ve çeşitli kronik hastalıklarla alakalı bilgiler de dâhil olmak üzere sağlığın çok sayıda değişkenleriyle bağlantılı olduğu görülmüştür (7). Okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin ortalama sağlık bakım maliyetleri toplum ortalamasından dört kat fazla olabilmektedir (8).

Bunlar göz önüne alındığında bireylerin Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (ESİMÖ) ile eşzamanlı Sağlık Okuryazarlığı düzeylerine bakılması, egzersize yönelik tutumları ölçerken kişilere eksik davranışlarında farkındalık, kontrol etme ve değiştirme imkânı sağlayabilir, hekimler için de bilgi eksikliğini tespit ve giderme çalışmalarına yön verebilir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık Okuryazarlığı

2.1.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Önemi

Genel anlamda okuryazarlık; bireylerin bilgileri okuma, yazma ve konuşma etkinliklerinin uygun kullanımı yoluyla algılamak, yorumlamak ve elde edilen ya da yeni üretilen bilgiyi paylaşmak için kullandığı etkileşim aracıdır (9). Sağlık okuryazarlığı tanımı ise Simonds tarafından 1974 yılında ilk kez yapılmış olup, günümüz tanımlarından farklılıklar göstermektedir (10). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, "Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleridir" (3).

Sağlık okuryazarlığına dair araştırmaların ve politika önlemlerinin yaygınlaşmasıyla oy birliğiyle kabul edilen bir tanımının olmadığı ortaya çıkmaktadır (11). Yapılan bir sistematik incelemede sağlık okuryazarlığının 17 tanımı ortaya çıkmıştır. Yine aynı çalışmada sağlık okuryazarlığının merkezi boyutlarını belirlemek ve entegre bir model geliştirmek için tanımların ve kavramsal çerçevelerin içerik analizi yapılarak 12 boyutu içeren bütünlendirici bir kavramsal model geliştirilmiştir.

Bu modelde sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi başlıkları altında sırasıyla boyutlar tanımlandı.

Sağlık alanında sağlık okuryazarlığının dört boyutu;

- tıbbi konulardaki bilgilere erişme
- tıbbi bilgileri anlama, yorumlama ve değerlendirme
- tıbbi konularda bilinçli kararlar verme
- tıbbi tavsiyelere uyma olarak tanımlandı.

Hastalıkların önlenmesi alanında sağlık okuryazarlığının dört boyutu;

- sağlık için risk faktörleri hakkındaki bilgilere erişme
- risk faktörleri hakkındaki bilgileri anlama ve anlam çıkarma

- risk faktörleri hakkındaki bilgileri yorumlama ve değerlendirme
- risk konusunda bilinçli kararlar verme olarak tanımlandı.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki dört boyut ise;

-sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri hakkında kendini düzenli olarak güncelleme

-sosyal ve fiziksel çevredeki sağlığın belirleyicilerine ilişkin bilgileri kavrama ve anlam çıkarma

-sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri ve sağlıkla ilgili bilgileri yorumlama ve değerlendirme becerisi

-sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri hakkında bilinçli kararlar verme olarak tanımlandı (11).

Türkçe'de sağlık okuryazarlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü"nde "Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder." şeklinde ifade edilmektedir (12).

Bireylerin sağlık konusundaki bilgi düzeyleri gündeme geldiğinde sağlık okuryazarlığı kavramıyla karşılaşmakta ve bireyler sağlık durumları ile ilgili süreçlerde sağlık hizmeti sunucularıyla aktif şekilde iletişimde bulunmalı ve alınan kararlara müdahil olabilmelidirler. Bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili bakım süreçlerine katılabilmesi ve bu süreçte sağlıklı iletişim kurabilmesi hastaları motive eder, böylece sürece hâkim olur ve bu sebeple kaygı yaşama olasılıkları azalır. Bunlar hastaların sağlık okuryazarlık seviyelerine bağlı gelişebilmektedir. Sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek olduğunda bireyler sağlık konusunda daha bilinçli olur ve sağlığı olumsuz etkileyecek durumlardan yüksek olasılıkla kaçınırlar; böylece bireylerin sağlık düzeyi ile beraber toplumun sağlık düzeyi gelişir ve bu anlamda bir kalkınma yaşanacaktır (13).

Dünya Sağlık Örgütü; yayınlamış olduğu raporlar, araştırmalar ve hedeflerle bünyesinde barındırdığı üye ülkelere sağlık alanında danışmanlık etmekte ve özellikle son yıllarda dünya genelindeki sağlıktaki eşitsizlikler ilgili olarak 'sağlık okuryazarlığı'na dikkat çekmektedir. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu tarafından yayımlanmış olan bildiriye yoksul ve zengin ülkelerde sağlık

eşitsizliklerinin başta gelen belirleyicisinin “okuryazarlık” olduğu ve sağlık ile arasında paralel bir ilişki olduğu belirtilmiş, bu ilişkinin “sağlık okuryazarlığı” kapsamında ele alındığı gözlemlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı, sağlığı geliştirmeyi, sağlıklı olma durumunun devamı amacıyla bilgiye ulaşım anlama ve kullanmayı etkileyen bireysel, sosyal ve bilişsel yetileri kapsamaktadır (3).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmeti alma ve sağlık durumlarını iyileştirme sürecinde karar verme süreçlerini etkileyen önemli bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığının düşük olması, bireylerin kişisel sorumluluklarının yanı sıra sağlık hizmetlerini de olumsuz etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı ile koruyucu sağlık hizmeti ilişkisine bakıldığında kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olması tarama testlerini uygulama aşamasında önemli bir engeldir. Bu nedenle toplumun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlıkla ilgili davranışların değiştirilmesine ve riskli sağlık davranışlarının engellenmesine hizmet edeceğinden, sağlığı geliştirme ve iyileştirme çalışmalarının sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmaya yönelik müdahalelerle eş zamanlı olarak yapılması önerilmektedir.

2.1.2 Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırılması

Nutbeam tarafından 2000 yılında yapılan ve literatürde sıklıkla bahsedilen sınıflamaya göre sağlık okuryazarlığı fonksiyonel/temel okuryazarlık, interaktif/iletişimsel okuryazarlık ve kritik/eleştirel okuryazarlık olmak üzere üç düzeyde ele alınmıştır.

Fonksiyonel/temel sağlık okuryazarlığı kişilerin ilgili sağlık bilgilerini bilmesi ve bunları kullanabilmesi için yeterli olan temel düzeydeki becerileri tanımlamaktadır. Bu düzeydeki bireyler sağlığı etkileyebilecek risk faktörlerini ve sağlık hizmetleri ile alakalı yazılı, görsel her türlü bilgi kaynağını anlayabilmektedir.

İnteraktif/iletişimsel sağlık okuryazarlığı kişilerin farklı iletişim yollarından anlam çıkarmasına, ortaya çıkan bilgileri farklı şartlarda uygulamasına ve bu bilgilerle ilgili karar vermek için diğer kişilerle iletişim halinde olmasına olanak tanıyan daha ileri okuryazarlık yeteneklerini tanımlamaktadır.

Kritik/eleştirel sağlık okuryazarlığı olan kişiler farklı kaynaklardan gelen bilgileri eleştirel bir şekilde değerlendirebilmekte, bireyin ve toplumun kapasitesini arttırmakta, sağlığın belirleyicilerine göre davranışlarını organize edebilmekte,

sağlığın boyutlarını kavrayabilmekte ve bunların yorumlamasını yapabilmektedir. Dolayısıyla, kritik/eleştirel okuryazarlık en gelişmiş okuryazarlık yeteneklerini tanımlamaktadır (14).

Eleştirel sağlık okuryazarlığına sahip olan kişiler sağlıkla ilgili normal değerler ile yaşamsal değerlerin anlamını kavrar ve normal dışı durumlarda davranışlarında değişikliğe giderler (15).

Zarcadolas ve arkadaşları sağlık okuryazarlığını, temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, vatandaş okuryazarlığı, kültürel okuryazarlık olarak 4'e ayırmıştır. Temel okuryazarlık; kişinin okuma, yazma, konuşma, sayma yeterliliğinin olması, bilimsel okuryazarlık; bilimsel terimleri bilip karmaşık teknikleri anlama becerisi, vatandaş okuryazarlığı; politik ve toplumsal konuların analizini yapabilmesi ve karar verme sürecine katılması, kültürel okuryazarlık ise toplumsal sağlık inançlarını tanıması ve inançlarını, geleneklerini, dünya görüşlerini kullanarak sağlık bilgisini yorumlaması olarak tanımlanmıştır (16).

Bu sınıflandırmalardan da anlaşıldığı üzere sağlık okuryazarlığının çok boyutlu özelliklerinin olması konunun derinliğini gösterirken, aynı zamanda ölçülmesini ve değerlendirilmesini zorlaştırabilmektedir.

2.1.3 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi ve Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığın değerlendirilmeye başlandığı ilk dönemlerde, "Bir sağlık materyali okuduğunuzda anlıyor musunuz?", "Sağlık materyallerini anlamakta yardıma ihtiyacınız oluyor mu?" gibi sorularla, hastaların beyanına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlenmeye çalışılmış ancak zamanla önem kazanan bu konu üzerinde artan ilgi sebebiyle ölçek geliştirme çalışmaları başlamıştır.

Sağlık okuryazarlığını ölçmek ve değerlendirmek amacıyla çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Bunlar sağlık okuryazarlığını farklı açılardan değerlendiren veya bir hastalığa/sağlık hizmetine yönelik olan ölçeklerdir. Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesindeki bu karışıklığa son vermek için Amerikan Tıp Enstitüsü 2004 yılında sağlık okuryazarlığını 4 başlık altında gruplandırmıştır. Bunlar; Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA), Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM), Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS) ve En Yeni Yaşamsal Belirteç Testi (NVS)'dir. Bu testlerin uygulanma süresi, metnin

okuyup anlaşılması, sayısal beceriyi ölçmesi gibi konularda farklılıkları bulunmaktadır (17).

Bu ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak Türkçe'ye uyarlanması yanı sıra, Türkçe sağlık okuryazarlığı ölçeği geliştirilmesi için de çalışmalar bulunmaktadır. Sezer ve arkadaşları tarafından geliştirilen 23 maddelik Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği bunlardan biridir (18).

2012 yılında geliştirilen Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU-Q) de sıkça kullanılmaktadır. Türkiye için Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) ve bu ölçek çerçevesinde geliştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32'nin (TSOY-32) 2016 yılında Abacıgil ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Sağlık okuryazarlığını belirleyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi olarak demografik özelliklerden bahsedilebilir. Yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, çalışma durumu, iş, meslek, ırk ve aile bunlar arasındadır. Genel itibarıyla kadınlarda, yaşlı bireylerde, evli olmayanlarda, ekonomik geliri topluma göre az olanlarda ve eğitim seviyesi düşük olanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olarak bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığını etkileyen diğer faktörler kültürel etmenler ve sağlık hizmetleri kaynaklı faktörlerdir. Etnik kökenler, dil farklılıkları, motivasyon, psikolojik nedenler, sosyal destekler, göçmenlik gibi durumlar sağlıkla ilgili bilgi ve beceri kazanmayı etkileyebilmektedir (19,20).

2.1.4 Türkiye'de ve Dünya'da Sağlık Okuryazarlığı

Dünyanın birçok ülkesinde sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olmaması uygulanan sağlık politikalarındaki yetersizliği göstermektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Stratejik Planları'nda sağlık okuryazarlığı ile ilgili maddeleri genellikle en üst sıralarda tutmaktadır ve ayrıca konuda ulusal kararlılık göstermektedir. Çalışmalar göstermektedir ki Türkiye'deki 10 kişiden 7'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüktür. 2018'de yapılan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması"nda sağlık okuryazarlığı düzeyi ülke çapında ölçülmüş; bu düzeyin demografik bilgiler, sosyal ve ekonomik koşullar ile nasıl bir ilişkisi olduğu incelenmiştir. Bu araştırmada 6 bin 228 haneye ulaşılmıştır ve araştırma sonucunda %30,9'u yetersiz, %38'i sorunlu-sınırlı, %23'ü yeterli, %7,7'si mükemmel düzeyde çıkmıştır. Ayrıca araştırma sonucunda sağlık

okuryazarlığı düştükçe kronik hastalıkların artması, erkek nüfusunun sağlık okuryazarlığının kadınlardan daha yüksek olması, 10 yaşlıdan 9'unun sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması da gözlemlenmiştir. Sağlığı geliştirebilmek adına sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi için Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından çok sayıda kampanya ve etkinlikler yapılmakta, sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması amaçlanmaktadır (21).

2014'te yapılan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması" sağlık okuryazarlığı alanında Türkiye'de yapılmış ilk geniş ölçekli saha çalışması olup bu çalışmada ortalama yaşı 41,4 olan 4924 katılımcının verisi analiz edilmiştir. Genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı 50 puan üzerinden ortalama 30,4 olarak hesaplanmıştır ve bu ortalama Avrupa çalışmasında 33,8'dir; aradaki fark anlamlıdır. Halkın %35,4'ü yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip iken; bu oran Avrupa çalışmasında %52,5 olarak bulunmuştur. Genel sağlık okuryazarlığı kadınlarda ve 65 yaş üstünde anlamlı olarak daha düşük bulunmuş, yaş arttıkça ve eğitim düzeyi düştükçe sağlık okuryazarlığının doğrusal olarak azaldığı tespit edilmiştir (6).

Sekiz Avrupa ülkesinin (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) katıldığı geniş kapsamlı bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre ülkeler yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi düzeyde olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır. Çalışmaya genel olarak bakıldığında katılanların %12'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz, %35'inin ise ortalamanın altında olduğu saptanmıştır. Genel eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük olanlar, azınlıklar, göç etmiş olanlar, genel sağlık durumu kötü olanlar, kronik sağlık sorunu yaşayanlar ve yaşlılar sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından daha düşük bulunmuştur (22).

2.2 Egzersiz Sağlık İnancı

2.2.1 Egzersizin Tanımı ve Önemi

Günlük hayat içinde, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcamasına sebep olan her hareket fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır. Egzersiz ise fiziksel uygunluğun bileşenlerinin korunmasını ve geliştirilmesini amaçlayan düzenli, planlanmış ve tekrarlayan fiziksel aktivitelere denmektedir. Spor ise bu iki kavramdan farklı olarak; kurallar içerisinde yapılan, amatör, lisanslı ve profesyonel sporcuların gerçekleştirdiği aktivitelerdir (23).

İnsanların yaşamının ev, iş gibi her alanında olan, iskelet kasları kullanılarak enerji harcanan, kilo dengesini sağlanmasına katkısı olan, kasları veya eklemleri zorlayabilen, kalp atım ve solunum hızını artırabilen her türlü hareket fiziksel aktivite olarak tanımlanırken; egzersiz ise bunların tekrarlı, düzenli ve amacına uygun olması halinde ifade edilebilir (24).

Dünya, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların küresel yükünde önemli bir artışa tanık olmaktadır. Bu hastalıkların artışında esas olarak tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve sağlıklı beslenmedeki yaşam tarzlarındaki değişiklikler büyük rol oynamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bulaşıcı olmayan hastalıklar kaynaklı ölüm, hastalık ve engelliliğin, tüm ölümlerin yaklaşık %60'ını ve küresel hastalık yükünün %43'ünü oluşturduğunu tahmin etmektedir. Minimum fiziksel aktivite önerilerini takip etmeyen kişilerde kardiyovasküler hastalığa yakalanma riski 1,5 kata kadar artmaktadır (4).

Fiziksel hareketsizlik, dünyada ölüme sebep olan risk faktörleri sıralamasında dördüncü sırada bulunmaktadır. Yeterince hareketli olmayan insanlar, tüm nedenlere bağlı mortalite açısından %20 ile %30 arası daha yüksek risk taşımaktadırlar. Düzenli fiziksel aktivite; hipertansiyon gibi kardiyovasküler hastalık, diyabet, meme/kolon kanseri ve depresyon riskini azaltmaktadır (25).

Fiziksel aktivitenin her türlü neden ve kardiyovasküler mortalite riski ile ilişkisini inceleyen sistematik bir inceleme ve meta-analizde 299 çalışma ayrıntılı olarak analiz edilmiş, 33 çalışma tüm dahil etme kriterlerini karşılamış ve çalışmalar toplam 883372 katılımcıyı içermiştir. Dahil edilen çalışmalarda takip süresi 4 yıldan 20 yıldan fazlaya kadar değişen bu meta-analizde 33 çalışmadan 26'sı istatistiksel olarak anlamlı risk azalmaları bildirmiştir. Çoğu çalışma %30-50'lik bir risk azalması bildirirken, çalışmaların birleştirilmiş risk azalması %35'ti (1).

Egzersiz yapılırken egzersizin türü, süresi, sıklığı ve şiddeti önem taşımaktadır. Egzersiz şiddeti düşük, orta ve yüksek olarak incelenmektedir. Düşük şiddetteki aktiviteler; günlük ev işleri gibi kalp ve solunum sayısı dinlenme değerinin biraz üzerindedir. Orta şiddetteki aktiviteler; tempolu yürümek gibi kalp ve solunum sayısının normalden fazla olduğu ve kasların zorlandığı seviyedir. Yüksek şiddette aktiviteler ise; kasların normal çabadan fazlasıyla zorlandığı, kalp ve solunum sayısının kişinin yaşına göre maksimuma yaklaştığı, nefesi kesilmeden birkaç kelime

konusulamayan aktivitelerdir (24). Başka bir ifadeyle bireylerin orta düzeyde fiziksel aktivite yapması sakince oturmasına göre dört kat daha fazla kalori yakmasına, yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapması ise sekiz kat daha fazla kalori yakmasına neden olduğu kabul edilmektedir (26).

2.2.2 Egzersiz Türleri

Amerikan Kalp Derneği (AHA) fiziksel aktiviteleri genel olarak 4 gruba ayırmaktadır.

Dayanıklılık (Aerobik) Egzersizleri

Fiziksel aktivitenin daha uzun süre, yorulmadan yapılabilmesini ifade eden, vücudun oksijeni kullanma kapasitesini arttıran, büyük kas gruplarını dinamik ve ritmik olarak çalıştıran egzersizlerdir. Nefes almada ve kalp atım hızında artışa neden olmaktadır. Bu tarz egzersizlerin belirli bir şiddette, sıklıkta ve sürede yapılması gerekmektedir (23). Örnek olarak tempolu yürüme, koşma, bisiklete binme, tenis verilebilir.

Kuvvet Egzersizleri

Kasın güçlü şekilde kasılmasını gerektiren aktivitelere denilmektedir. Bu egzersiz türü kasları ve kemikleri güçlendirir, kitlelerini artırır, kas kaybını da önlemektedir. Vücut yağ oranını azaltmaktadır. Günlük yaşantıda zorunlu olarak yaptığımız aktiviteleri daha rahat gerçekleştirmek ve sağlıklı bir hayat sürdürmek için yetişkinlerin kas kitle ve kuvvetini artırması ve koruması önemlidir (27).

Örnek olarak; ağırlık kaldırmak, merdiven çıkmak, kol kasları için şnav çekmek, karın kasları için mekik çekmek, halter, sürat koşusu ve kardiyo egzersizleri verilebilir.

Esneklik Egzersizleri

Aktivite esnasında gövde, kol veya bacakların rahat hareket edebilmesini içeren egzersiz türleridir. Her eklem için farklı esneklik egzersizleri yapılabilmektedir. Esnek vücuda sahip olmak günlük hareketlerde kolaylık sağlayarak yaşam kalitesini arttırmaktadır. Yoga ve pilates örnek gösterilebilir (23).

Denge Egzersizleri

Kişilerin hareket halinde veya sabitken düşmeye neden olabilecek olan vücut içinden veya dışından gelen kuvvetlere direncini artıran hareketlere denilmektedir.

Dengenin gelişmesi için düzenli denge egzersizleri yapılabilir veya kuvveti, esnekliği ve dayanaklılığı geliştiren egzersizler dengeyi de destekleyebilmektedir (28).

2.2.3 Fiziksel İnaktivite

Fiziksel inaktivite dünya genelindeki en önemli risk faktörlerinden biridir ve yılda 69,3 milyon bulaşıcı olmayan hastalık ve 3,2 milyon ölüm ile ilişkilidir (29).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Fiziksel Aktiviteye İlişkin Küresel Durum Raporu-2022’de Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölüm oranı %90 olarak raporlanırken; 18 yaş ve üzeri erişkinlerde fiziksel inaktivite oranı kadınlarda %39, erkeklerde %22 olarak raporlanmıştır. Bu oran 11-17 yaş adölesanlarda ise kız çocuklarında %86, erkek çocuklarında %77 olarak bulunmuştur (30).

Yapılan başka bir araştırmada da Türkiye nüfusunun %43,6’sı yetersiz fiziksel aktivitede bulunmaktadır ve bu oran erkeklerde %33,1 iken kadınlarda %53,9’dur. Türkiye’de günlük ortalama fiziksel aktivite süresi 30 dakika olarak bulunmuştur (26).

Bu çalışmada 18-65 yaş arası bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin egzersiz inancına olan etkisinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel analitik bir çalışmadır. Çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve Ortahisar Beşirli 51 No'lu Eğitim Aile Hekimliği Birimi polikliniklerinde Ocak 2024 ile Mart 2024 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.2 Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırma evreni; Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine ve Ortahisar Beşirli 51 No'lu Eğitim Aile Hekimliği Birimi polikliniğine başvuran hastalardan/bireylerden oluşturmaktadır. Örneklem için; örneklem hacmini tamamlayana kadar polikliniğe sırası ile başvuran gönüllü her birey seçilmiştir.

Örneklem hacmi, Uca ve arkadaşlarının Serbest Zamanlarında Düzenli Egzersiz Yapan ve Sedanter Kişilerin Sağlık İnançlarının İncelenmesi isimli makalelerinde Genel Sağlık Değerleri alt boyutunda sedanter kişilerin puan ortalaması 4.62 ± 1.95 olduğu kabul edilerek, %95 güvenilirlik, %0,2 örneklem hatası ile örneklem hacmi 365 olarak hesaplanmıştır (31). Örneklem hesabı Openepi ile yapılmıştır.

3.3 Çalışmaya Alınma ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya Alınma Kriterleri

→ 18-65 yaş arası olmak

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

→ Sağlık çalışanı olmak

→ Araştırma sırasında görüşmeyi sürdüremeyecek düzeyde fiziksel ve/veya ruhsal bozukluğa sahip olmak

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmacılara yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgiler anketi, sağlık okuryazarlığını ve egzersiz sağlık inancını belirlemek amacıyla geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış iki ölçekten oluşan 67 soruluk bir anket formu uygulanmıştır.

Anketin birinci bölümü bireylerin sosyodemografik özelliklerini sorgulamak amacıyla hazırlanan 10 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca bireylerin kendi sağlıklarını nasıl algıladıkları; sosyodemografik özellikler anketi içerisinde “Sağlığımızı nasıl algılıyorsunuz?” şeklinde, cevabı “çok iyi” ile “çok kötü” arasında olan bir soru ile değerlendirilmiştir.

Anketin ikinci bölümü, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)'dir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) çalışmasında edinilen deneyimler ışığında 32 maddelik bir likert tipi sorulardan oluşan ölçek olarak geliştirilmiştir. TSOY-32, iki temel boyut alınarak, 2X4'lük bir matris olarak yapılandırılmıştır. Matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan her soru için çok kolay, kolay, zor, çok zor ve fikrim yok seçenekleri mevcuttur. Puan hesabı yapılırken “çok kolay” 4, “kolay” 3, “zor” 2, “çok zor” 1, “fikrim yok” 0 puan olacak şekilde kabul edilir. Bu puanlamaya göre toplam puan 0-128 arasında bir değer olmaktadır. Toplam puanın 0-50 arasında olması için aşağıdaki formül geliştirilmiştir.

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

$$\text{İndeks} = \text{Hesaplama sonucu katılımcıya ait indeks}$$

$$\text{Ortalama} = \text{Toplam puanın soru sayısına bölünmesi ile çıkan sonuç}$$

Bu hesaplama göre en düşük 0 puan en yüksek 50 puan alınmaktadır. (0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı, (>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır.

Anketin üçüncü bölümü olan Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Meksika'da Esparzo- Del Villar ve ark. (2017) tarafından bireylerin egzersiz sağlık davranışlarını açıklamak üzere geliştirilmiş 25 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve Kartal (Yılmaz, 2019: 30) tarafından yapılmıştır. Ölçek “egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar” (14-19. maddeler), “egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları” (7-13. maddeler) “egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları” (20-25

maddeler) “egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar” (4-6 maddeler) ve genel sağlık değerleri” (1-3 maddeler) olarak beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde likert tipi puanlama kullanılmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde, 1’den 18. maddeye kadar olan maddelerde “hiç” yanıtı 1 puan, “biraz” yanıtı 2 puan, “oldukça” yanıtı 3 puan, “sık sık” yanıtı 4 puan ve “çok fazla” yanıtı 5 puan olarak değerlendirilirken, 19’dan 25’e kadar olan maddelerde ise “hiç düşünmüyorum” yanıtı 1 puan, “hasta olabileceğime ihtimal vermiyorum” yanıtı 2 puan, “olabilirim diye düşünüyorum” yanıtı 3 puan, “büyük ihtimalle olacağımı düşünüyorum” yanıtı 4 puan ve “kesinlikle olacağımı düşünüyorum” yanıtı ise 5 puan şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde puan artıka o alt boyuta ilişkin sağlık inancı artmaktadır.

3.5 Çalışmanın Yürütülmesi

Araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterlerine göre belirlenen hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama formu yüz yüze olacak şekilde araştırmacı tarafından uygulandı.

3.6 Verilerin İstatistiksel Analizi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS statistics 22 paket programına girilmiştir. İstatistiksel hesaplamalar araştırmacılar tarafından yapıldı. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Simirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler yapıldı, değişkenler arasındaki ilişkiler Bağımsız örneklemelerde t testi, Ki kare testi ve Fisher exact testi ile incelendi. Üçten fazla kategorideki numerik değişkenler Oneway Anova testi ile değerlendirildi. Değişkenler arası farkın hangi gruplar arasında olduğunu değerlendirmek için Post-Hoc analizleri ise Tukey testi ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

3.7 Araştırmanın Etik Yönü

KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan 08.02.2023 tarihli 24237859-91 sayılı etik kurul onayı (Ek-1) alınmıştır.

Araştırmaya katılan gönüllü bireylere, araştırmanın amacı ve nasıl yürütüleceği ile ilgili açıklama yapılarak katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı (Ek-2).

4. BULGULAR

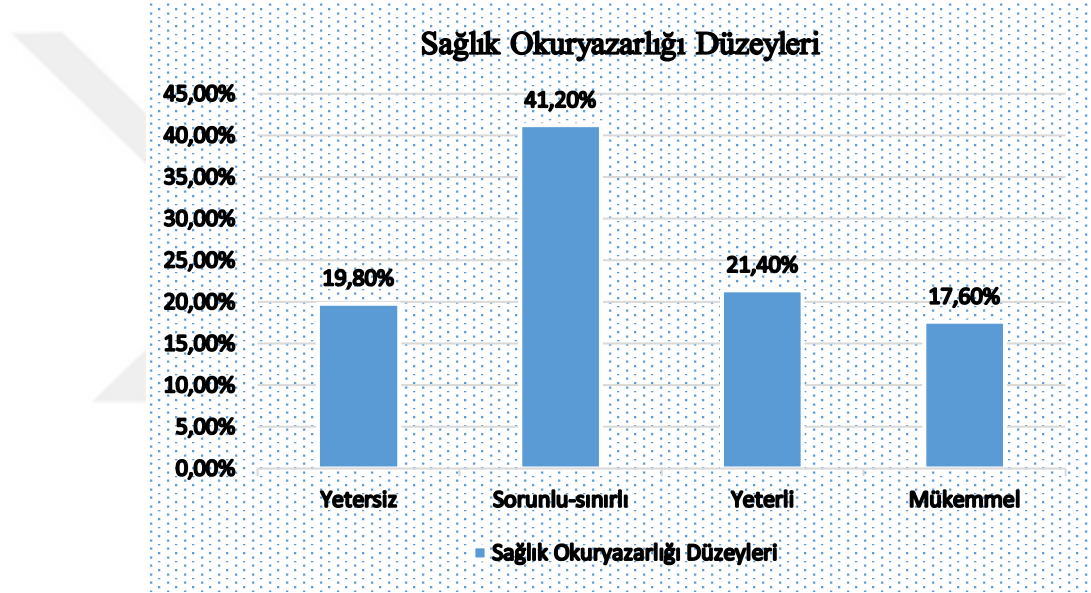
Araştırmaya katılan katılımcıların %45,6 (n=166)'sını erkekler oluşturmaktayken, %48,1 (n=175)'i üniversite mezunuydu. Egzersiz yapma durumuna bakıldığında %53,6 (n=194) katılımcının egzersiz yapmadığı görüldü. Düzenli egzersiz yapanların %16,8 (n=61)'i haftada 3-4 kez egzersiz yaptığı görülürken, %6 (n=22)'sı her gün düzenli egzersiz yapmaktaydı. Katılımcıların gruplara göre sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		%	n
Cinsiyet	Kadın	54,4	198
	Erkek	45,6	166
Medeni durum	Bekar	39,0	142
	Evli	61,0	222
Eğitim durumu	İlkokul Mezunu	5,8	21
	Ortaokul Mezunu	6,6	24
	Lise Mezunu	33,0	120
	Üniversite Mezunu	48,1	175
	Yüksek lisans-Doktora	6,6	24
Meslek	Ev hanımı	11,0	40
	İşçi	15,4	56
	Emekli	6,3	23
	Öğrenci	17,3	63
	Memur	18,1	66
	Esnaf	6,9	25
	Serbest Meslek	8,2	30
	Diğer	16,8	61
	Aylık gelir	Gelir Giderden Az	21,2
Gelir Gidere Denk		51,1	186
Gelir Giderden Fazla		27,7	101
Egzersiz Yapma Durumu	Evet	46,4	170
	Hayır	53,6	194
Egzersiz Yapma Sıklığı	Her Gün Düzenli	6,0	22
	Haftada 3-4 kez	16,8	61
	Haftada 3'ten az	27,2	99
Kronik hastalık	Yok	50,0	182
	Var	19,2	70
Düzenli İlaç Kullanımı	Yok	80,8	294
	Var	23,6	86
Düzenli İlaç Kullanımı	Yok	76,4	278
	Var	23,6	86

Sağlık algısı	Çok iyi	9,6	35
	İyi	48,9	178
	Orta	37,4	136
	Kötü	3,6	13
	Çok kötü	0,5	2

Araştırma sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı puan ortalaması $32,58 \pm 9,39$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %19,80'i yetersiz (n=72), %41,20'si sorunlu sınırlı (n=150), %21,40'ı yeterli (n=78), %17,60'ı mükemmel (n=64) sağlık okuryazarlığına sahiptir.



Şekil 1. TSOY-32 Ölçeğine Göre Katılımcıların SOY Düzeylerinin Dağılımı

Cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmada sağlık okuryazarlığı indeks puanları arasında kadınların puan ortalaması $33,61 \pm 9,2$ ile erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek olarak bulunmuş olup ($p=0,022$), medeni durumlar arasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Bulgular Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Cinsiyetlerine ve Medeni Durumlarına Göre SOY İndeks Puanının İncelenmesi

SOY İndeks Puanı	Cinsiyet	n	Ort ± SS	p değeri
	Kadın	198	33,61 ± 9,20	0,022
Erkek	166	31,36 ± 9,49		
SOY İndeks Puanı	Medeni Durum			
	Bekar	142	33,49 ± 9,83	0,142
	Evli	222	32 ± 9,07	

Egzersiz yapma durumu ile sağlık okuryazarlığı indeks puanları karşılaştırıldığında düzenli egzersiz yapanların sağlık okuryazarlığı indeks puanları $33,8 \pm 8,81$ olarak bulunmuş olup, düzenli egzersiz yapmayanlarla aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p=0,020$) tespit edilmiştir. Bulgular Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarına Göre SOY İndeks Puanının İncelenmesi

SOY İndeks Puanı	Egzersiz yapma	n	Ort ± SS	p değeri
	Evet	170	33,80 ± 8,81	0,020
Hayır	194	31,52 ± 9,77		

Kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanımı varlığı ile sağlık okuryazarlığı indeks puanları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bulgular Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığı ve Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarına Göre SOY İndeks Puanının İncelenmesi

SOY İndeks Puanı	Kronik hastalık	n	Ort ± SS	p değeri
	Var	70	32,34 ± 8,74	0,813
Yok	294	32,64 ± 9,55		
SOY İndeks Puanı	Düzenli İlaç Kullanımı			
	Var	86	32,97 ± 9,34	0,666
Yok	278	32,46 ± 9,42		

Eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının karşılaştırmada gruplar arası fark olduğu saptandı ($p=0,002$). Gruplar arasındaki farkın karşılaştırması Tablo 5'te verilmiştir. Buna göre ilkokul ve ortaokul mezunu olanlar ile niversite mezunu olanlar ($p=0,008$; $p=0,030$) arasında bireylerin eğitim seviyesi arttıka sağlık okuryazarlığının arttığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre SOY İndeks Puanının İncelenmesi

	Eğitim durumu	Ortalama farkları	Standart Hata	p değeri	%95 Güven Aralığı		
					Alt Sınır	st Sınır	
SOY İndeks Puanı	İlkokul mezunu	Ortaokul	-1,27	2,75	0,991	-8,82	6,27
		Lise	-5,62	2,18	0,076	-11,60	0,35
		niversite	-7,15	2,13	0,008	-12,98	-1,31
		Yüksek lisans-doktora	-6,02	2,75	0,187	-13,57	1,52
	Ortaokul	İlkokul mezunu	1,27	2,75	0,991	-6,27	8,82
		Lise	-4,35	2,06	0,218	-9,99	1,30
		niversite	-5,88	2,00	0,030	-11,38	-0,38
		Yüksek lisans-doktora	-4,75	2,66	0,384	-12,04	2,54
	Lise	İlkokul mezunu	5,62	2,18	0,076	-0,35	11,60
		Ortaokul	4,35	2,06	0,218	-1,30	9,99
		niversite	-1,52	1,09	0,630	-4,52	1,48
		Yüksek lisans-doktora	-0,40	2,06	1,000	-6,05	5,25
	niversite	İlkokul mezunu	7,15	2,13	0,008	1,31	12,98
		Ortaokul	5,88	2,01	0,030	0,38	11,38
		Lise	1,53	1,09	0,630	-1,47	4,52
		Yüksek lisans-Doktora	1,13	2,01	0,980	-4,37	6,63
	Yüksek lisans-Doktora	İlkokul mezunu	6,02	2,75	0,187	-1,52	13,57
		Ortaokul	4,75	2,66	0,384	-2,54	12,04
		Lise	0,40	2,06	1,000	-5,25	6,05
		niversite	-1,13	2,01	0,980	-6,63	4,37

Gelir durumuna göre sağlık okuryazarlığı indeks puanları karşılaştırılmasında karşılaştırmasında gruplar arası fark olduğu saptandı ($p=0,028$). Gelir giderden az olan grup ile gelir giderden fazla olan gruplar arasında ($p=0,033$) gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığının arttığı yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bulgular Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre SOY İndeks Puanının İncelenmesi

SOY İndeks Puanı	Aylık gelir Durumu		Ortalama farkları	Standart Hata	p değeri	%95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
	Gelir giderden az	Gelir gidere denk	-2,92	1,26	0,055	-5,90	0,05
		Gelir giderden fazla	-3,55	1,41	0,033	-6,87	-0,23
	Gelir gidere denk	Gelir giderden az	2,92	1,26	0,055	-0,05	5,90
		Gelir giderden fazla	-0,63	1,15	0,850	-3,34	2,08
	Gelir giderden fazla	Gelir giderden az	3,55	1,41	0,033	0,23	6,87
		Gelir gidere denk	0,63	1,15	0,850	-2,08	3,34

Kronik hastalık varlığı ile sağlık algısı arasında yapılan karşılaştırmada kronik hastalığı olanların büyük çoğunluğunun sağlık algısı %52,9 oran ile orta seviyede kronik hastalığı olmayanların sağlık algısı orta seviyede olanların oranı %33,7 saptanmıştır. Kronik hastalığı olmayan grubun sağlık algısı %53,1 oran ile iyi seviyede kronik hastalığı olanların sağlık algısı iyi seviyede olanların oranı %31,4 saptanmıştır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Bulgular Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Kronik Hastalık Varlığı ile Sağlık Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

		SAĞLIK ALGISI						
			Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	Çok kötü	Total
Kronik Hastalık Varlığı	Var	n	5	22	37	6	0	70
		%	7,1	31,4	52,9	8,6	0,0	100,0
	Yok	n	30	156	99	7	2	294
		%	10,2	53,1	33,7	2,4	0,7	100,0
	Total	n	35	178	136	13	2	364
		%	9,6	48,9	37,4	3,6	0,5	100,0

Egzersiz yapma durumu ile sağlık algısı arasında yapılan karşılaştırmada düzenli egzersiz yapmayanların sağlık algısı orta seviyede olanların oranı %46,4 iken, düzenli egzersiz yapan bireylerde sağlık algısı orta seviyede olanların oranı %27,1 olarak bulunmuştur. Düzenli egzersiz yapan grubun sağlık algısı iyi seviyede olanların oranı %58,8 iken, düzenli egzersiz yapmayan bireylerin oranı ise %40,2 olarak saptanmıştır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$). Bulgular Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Egzersiz Yapma Durumu ile Sağlık Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

		SAĞLIK ALGISI						
			Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	Çok kötü	Total
Egzersiz Yapma Durumu	Evet	n	17	100	46	6	1	170
		%	10,0	58,8	27,1	3,5	0,6	100,0
	Hayır	n	18	78	90	7	1	194
		%	9,3	40,2	46,4	3,6	0,5	100,0
	Total	n	35	178	136	13	2	364
		%	9,6	48,9	37,4	3,6	0,5	100,0

Cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmada elde edilen verilerde Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarından genel sağlık değerleri, egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları, egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları, egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne

geçtiğiyle alakalı inançları ile egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları açısından herhangi bir istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Bulgular Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi

	CİNSİYET		p değeri
	Kadın	Erkek	
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
GENEL SAĞLIK	9,04 ± 2,73	9,42 ± 2,67	0,18
CİDDİYET	13,05 ± 2,79	12,98 ± 3,27	0,84
HASTALIK RİSKİ	25,63 ± 6,63	25,93 ± 7,29	0,68
YARAR MALİYET	23,44 ± 5,85	22,61 ± 6,25	0,19
YAPMAMA SAKINICALARI	16,63 ± 4,66	16,51 ± 4,55	0,79

Medeni durumlar arasında yapılan karşılaştırmada elde edilen verilerde Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarından genel sağlık değerleri, egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları, egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları, egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları açısından herhangi bir istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Yalnızca egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları açısından evli bireylerde $17,3 \pm 4,69$ puan ortalaması ile evli olmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir, bulgular Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi

	MEDENİ DURUM		p değeri
	Bekar	Evli	
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
GENEL SAĞLIK	9,29 ± 2,86	9,16 ± 2,61	0,64
CİDDİYET	13,11 ± 3,03	12,96 ± 3,01	0,65
HASTALIK RİSKİ	25,68 ± 6,54	25,82 ± 7,18	0,84
YARAR MALİYET	23,16 ± 5,81	22,99 ± 6,19	0,79
YAPMAMA SAKINICALARI	15,44 ± 4,24	17,30 ± 4,69	0,001

Katılımcıların eğitim durumları ile Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmada başlıca genel sağlık değerleri alt boyutunda ilkokul mezunu ile yüksek lisans-doktora mezunları arasında ($p=0,016$); egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları alt boyutunda ilkokul ve ortaokul mezunu olanlar ile yüksek lisans-doktora mezunları arasında ($p=0,026$; $p=0,018$); egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar alt boyutunda ilkokul mezunu olanlar ile üniversite mezunları arasında ($p=0,001$) ve ilkokul ve ortaokul mezunu olanlar ile yüksek lisans-doktora mezunları arasında ($p<0,001$; $p=0,002$); egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar alt boyutunda lise mezunu olanlar ile üniversite ve yüksek lisans-doktor mezunu olanlar arasında ($p=0,003$; $p=0,012$) olmak üzere istatistiksel anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Bulgular Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Eğitim Durumu		Ortalama farkları	Standart Hata	p değeri	%95 Güven Aralığı		
					Alt Sınır	Üst Sınır	
GENEL SAĞLIK	İlkokul mezunu	Ortaokul	-0,93	0,80	0,774	-3,12	1,27
		Lise	-1,24	0,63	0,285	-2,98	0,49
		Üniversite	-1,40	0,62	0,161	-3,09	0,30
		Yüksek Lisans-Doktora	-2,51	0,80	0,016	-4,70	-0,32
	Ortaokul	İlkokul Mezunu	0,93	0,80	0,774	-1,27	3,12
		Lise	-0,32	0,60	0,984	-1,96	1,32
		Üniversite	-0,47	0,58	0,929	-2,07	1,13
		Yüksek Lisans-Doktora	-1,58	0,77	0,246	-3,70	0,54
	Lise	İlkokul Mezunu	1,24	0,63	0,285	-0,49	2,98
		Ortaokul	0,32	0,60	0,984	-1,32	1,96
		Üniversite	-0,15	0,32	0,989	-1,02	0,72
		Yüksek Lisans-Doktora	-1,27	0,60	0,216	-2,90	0,37
Üniversite	İlkokul Mezunu	1,40	0,61	0,161	-0,90	3,09	
	Ortaokul	0,47	0,58	0,929	-1,13	2,07	
	Lise	0,15	0,32	0,989	-0,72	1,02	
	Yüksek Lisans-Doktora	-1,11	0,58	0,314	-2,71	0,48	

CİDDİYET	Yüksek Lisans-Doktora	İlkokul Mezunu	2,51	0,80	0,016	0,32	4,71
		Ortaokul	1,58	0,77	0,246	-0,54	3,70
		Lise	1,27	0,60	0,216	-0,37	2,91
		Üniversite	1,11	0,58	0,314	-0,48	2,71
	İlkokul	Ortaokul	0,00	0,90	1,000	-2,46	2,46
		Lise	-0,53	0,71	0,944	-2,48	1,42
		Üniversite	-0,81	0,69	0,766	-2,72	1,09
		Yüksek Lisans-Doktora	-1,75	0,90	0,294	-4,21	0,71
	Ortaokul	İlkokul Mezunu	0,00	0,90	1,000	-2,46	2,46
		Lise	-0,53	0,67	0,932	-2,38	1,31
		Üniversite	-0,81	0,65	0,725	-2,60	0,98
		Yüksek Lisans-Doktora	-1,75	0,87	0,260	-4,13	0,63
	Lise	İlkokul Mezunu	0,53	0,71	0,944	-1,42	2,48
		Ortaokul	0,53	0,67	0,932	-1,31	2,38
		Üniversite	-0,28	0,36	0,933	-1,26	0,69
		Yüksek Lisans-Doktora	-1,22	0,67	0,370	-3,06	0,63
	Üniversite	İlkokul Mezunu	0,81	0,69	0,766	-1,09	2,72
		Ortaokul	0,81	0,65	0,725	-0,98	2,61
		Lise	0,28	0,36	0,933	-0,69	1,26
		Yüksek Lisans-Doktora	-0,93	0,65	0,610	-2,73	0,86
	Yüksek Lisans-Doktora	İlkokul Mezunu	1,75	0,90	0,294	-0,71	4,21
		Ortaokul	1,75	0,87	0,260	-0,63	4,13
		Lise	1,22	0,67	0,370	-0,63	3,06
		Üniversite	0,93	0,65	0,610	-0,86	2,73
İlkokul mezunu	Ortaokul	0,02	2,04	1,000	-5,57	5,61	
	Lise	-1,96	1,61	0,741	-6,39	2,46	
	Üniversite	-3,27	1,57	0,232	-7,59	1,05	
	Yüksek Lisans-Doktora	-6,06	2,04	0,026	-11,65	-0,47	
Ortaokul	İlkokul mezunu	-0,02	2,04	1,000	-5,61	5,57	
	Lise	-1,98	1,52	0,691	-6,17	2,20	
	Üniversite	-3,29	1,48	0,176	-7,36	0,78	
	Yüksek Lisans-Doktora	-6,08	1,97	0,018	-11,48	-0,68	
Lise	İlkokul Mezunu	1,96	1,61	0,741	-2,46	6,39	
	Ortaokul	1,98	1,52	0,691	-2,20	6,17	
	Üniversite	-1,30	0,81	0,487	-3,52	0,91	
	Yüksek Lisans-Doktora	-4,10	1,52	0,058	-8,28	0,08	
Üniversite	İlkokul Mezunu	3,27	1,57	0,232	-1,05	7,59	

		Ortaokul	3,29	1,48	0,176	-0,78	7,36
		Lise	1,31	0,81	0,487	-0,91	3,53
		Yüksek Lisans-Doktora	-2,79	1,48	0,330	-6,86	1,28
	Yüksek Lisans-Doktora	İlkokul Mezunu	6,06	2,04	0,026	0,47	11,65
		Ortaokul	6,08	1,97	0,018	0,68	1,48
		Lise	4,10	1,52	0,058	-0,08	8,28
		Üniversite	2,79	1,48	0,330	-1,28	6,86
	İlkokul mezunu	Ortaokul	-1,45	1,74	0,921	-6,22	3,33
		Lise	-3,60	1,38	0,071	-7,37	0,18
		Üniversite	-5,22	1,34	0,001	-8,91	-1,53
		Yüksek Lisans-Doktora	-7,70	1,74	< 0,001	-12,47	-2,92
	Ortaokul	İlkokul mezunu	1,45	1,74	0,921	-3,33	6,22
		Lise	-2,15	1,30	0,467	-5,72	1,42
		Üniversite	-3,77	1,27	0,026	-7,25	-0,29
		Yüksek Lisans-Doktora	-6,25	1,68	0,002	-10,86	-1,64
	Lise	İlkokul Mezunu	3,60	1,38	0,071	-0,18	7,37
		Ortaokul	2,15	1,30	0,467	-1,42	5,72
		Üniversite	-1,62	0,69	0,131	-3,52	0,27
		Yüksek Lisans-Doktora	-4,10	1,30	0,015	-7,67	-0,53
	Üniversite	İlkokul Mezunu	5,22	1,35	0,001	1,53	8,91
		Ortaokul	3,77	1,27	0,026	0,30	7,25
		Lise	1,62	0,69	0,131	-0,27	3,52
		Yüksek Lisans-Doktora	-2,47	1,27	0,292	-5,95	1,00
	Yüksek Lisans-Doktora	İlkokul Mezunu	7,70	1,74	< 0,001	2,92	12,47
		Ortaokul	6,25	1,68	0,002	1,64	10,86
		Lise	4,10	1,30	0,015	0,53	7,67
		Üniversite	2,47	1,27	0,292	-1,00	5,95
	İlkokul mezunu	Ortaokul	0,00	1,35	1,000	-3,69	3,69
		Lise	2,17	1,07	0,250	-0,75	5,10
		Üniversite	0,24	1,04	0,999	-2,62	3,09
		Yüksek Lisans-Doktora	-1,08	1,35	0,929	-4,78	2,61
	Ortaokul	İlkokul mezunu	0,00	1,35	1,000	-3,69	3,69
		Lise	2,17	1,01	0,199	-0,59	4,94
		Üniversite	0,24	0,98	0,999	-2,46	2,93
		Yüksek Lisans-Doktora	-1,08	1,30	0,921	-4,65	2,49
	Lise	İlkokul Mezunu	-2,17	1,07	0,250	-5,10	0,75
		Ortaokul	-2,17	1,01	0,199	-4,94	0,59
		Üniversite	-1,94	0,53	0,003	-3,40	-0,47

	Yüksek Lisans-Doktora	-3,26	1,01	0,012	-6,02	-0,49
Üniversite	İlkokul Mezunu	-0,24	1,04	0,999	-3,09	2,62
	Ortaokul	-0,24	0,98	0,999	-2,93	2,46
	Lise	1,94	0,53	0,003	0,47	3,40
	Yüksek Lisans-Doktora	-1,32	0,98	0,664	-4,01	1,37
Yüksek Lisans-Doktora	İlkokul Mezunu	1,08	1,35	0,929	-2,61	4,78
	Ortaokul	1,08	1,30	0,921	-2,49	4,65
	Lise	3,26	1,01	0,012	0,49	6,02
	Üniversite	1,32	0,98	0,664	-1,37	4,01

Gelir durumları ile Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmada egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar alt boyutunda gelir giderden denk olanlar ile gelir giderden fazla olanlar arasında (p=0,019) gelir giderden fazla olanlar lehine istatistiksel anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Bulgular Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Gelir Durumu		Ortalama farkı	Standart Hata	p değeri	%95 Güven Aralığı			
					Alt Sınır	Üst Sınır		
GENEL SAĞLIK	Gelir Giderden Az	Gelir Gidere Denk	-0,29	0,36	0,702	-1,15	0,57	
		Gelir Giderden Fazla	-0,84	0,41	0,098	-1,80	0,12	
	Gelir Gidere Denk	Gelir Giderden Az	0,29	0,36	0,702	-0,57	1,15	
		Gelir Giderden Fazla	-0,55	0,33	0,226	-1,33	0,23	
	Gelir Giderden Fazla	Gelir Giderden Az	0,84	0,41	0,098	-0,12	1,80	
		Gelir Gidere Denk	0,55	0,33	0,226	-0,23	1,33	
	CİDDİYET	Gelir Giderden Az	Gelir Gidere Denk	-0,46	0,41	0,502	-1,41	0,50

		Gelir Giderden Fazla	-0,90	0,45	0,117	-1,97	0,17	
	Gelir Gidere Denk	Gelir Giderden Az	0,46	0,41	0,502	-0,50	1,41	
		Gelir Giderden Fazla	-0,45	0,37	0,453	-1,32	0,43	
	Gelir Giderden Fazla	Gelir Giderden Az	0,90	0,45	0,117	-0,17	1,97	
		Gelir Gidere Denk	0,45	0,37	0,453	-0,43	1,32	
HASTALIK RISKİ	Gelir Giderden Az	Gelir Gidere Denk	0,11	0,93	0,992	-2,09	2,31	
		Gelir Giderden Fazla	-1,74	1,04	0,219	-4,20	0,71	
	Gelir Gidere Denk	Gelir Giderden Az	-0,11	0,93	0,992	-2,31	2,09	
		Gelir Giderden Fazla	-1,85	0,85	0,077	-3,86	0,15	
	Gelir Giderden Fazla	Gelir Giderden Az	1,74	1,04	0,219	-0,71	4,20	
		Gelir Gidere Denk	1,85	0,85	0,077	-0,15	3,86	
	YARAR-MALİYET	Gelir Giderden Az	Gelir Gidere Denk	0,006	0,81	1,000	-1,90	1,91
			Gelir Giderden Fazla	-2,00	0,91	0,070	-4,14	0,12
		Gelir Gidere Denk	Gelir Giderden Az	-0,006	0,81	1,000	-1,91	1,90
			Gelir Giderden Fazla	-2,01	0,74	0,019	-3,76	-0,27
Gelir Giderden Fazla	Gelir Giderden Az	2,00	0,91	0,070	-0,12	4,14		
	Gelir Gidere Denk	2,01	0,74	0,019	0,28	3,76		
YAPMAMA SAKINCALARI	Gelir Giderden Az	Gelir Gidere Denk	0,46	0,62	0,739	-1,01	1,93	
		Gelir Giderden Fazla	0,59	0,70	0,677	-1,05	2,23	

Gelir Gidere Denk	Gelir Giderden Az	-0,46	0,62	0,739	-1,93	1,01
	Gelir Giderden Fazla	0,12	0,57	0,974	-1,22	1,47
Gelir Giderden Fazla	Gelir Giderden Az	-0,59	0,70	0,677	-2,23	1,05
	Gelir Gidere Denk	-0,12	0,57	0,974	-1,47	1,22

Düzenli egzersiz yapma durumları arasında yapılan karşılaştırmada elde edilen verilerde Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarından egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları ve egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları açısından herhangi bir istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Genel sağlık değerleri ($p=0,001$), egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları ($p=0,001$), egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları ($p=0,001$) açısından düzenli egzersiz yapan bireyler lehine olan istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bulgular Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi

	Düzenli Egzersiz Yapma		p değeri
	Evete	Hayır	
	Ortalama \pm SS	Ortalama \pm SS	
GENEL SAĞLIK	9,93 \pm 2,58	8,59 \pm 2,66	0,001
CİDDİYET	13,14 \pm 3,12	12,91 \pm 2,93	0,482
HASTALIK RİSKİ	27,19 \pm 6,53	24,51 \pm 7,04	0,001
YARAR MALİYET	24,41 \pm 5,53	21,88 \pm 6,24	0,001
YAPMAMA SAKINÇALARI	16,35 \pm 4,61	16,77 \pm 4,6	0,392

Kronik hastalık varlığı ile yapılan karşılaştırmada elde edilen verilerde Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarından egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki inançları ve egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları açısından herhangi bir istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Genel sağlık değerleri ($p=0,010$), egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle

alakalı inançları ($p=0,007$), egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları ($p=0,001$) açısından kronik hastalığa sahip olan bireyler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bulgular Tablo 14’te verilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığı Durumlarına Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi

	KRONİK HASTALIK		p değeri
	Var	Yok	
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
GENEL SAĞLIK	9,9 ± 2,91	9,05 ± 2,63	0,010
CİDDİYET	13,57 ± 2,61	12,88 ± 3,09	0,063
HASTALIK RİSKİ	26,44 ± 7,43	25,6 ± 6,81	0,360
YARAR MALİYET	24,8 ± 6,28	22,65 ± 5,92	0,007
YAPMAMA SAKINCALARI	18,73 ± 4,58	16,06 ± 4,47	0,001

Araştırma sonucunda katılımcılar sağlık okuryazarlığı indeks puanları 0-33 aralığında olanlar ile 34-50 aralığında olanlar şeklinde iki gruba ayrıldığında; %61’i yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, %39’u ise yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığına sahipti.

Tablo 15. Sağlık Okuryazarlığı İndeks Skor Yüzdeleri

	n	%
İndeks skor 0-33	222	61,0
İndeks skor 34-50	142	39,0
Total	364	100,0

Sağlık okur yazarlığı yetersiz ve sorunlu-sınırlı olan gruplar ile yeterli ve mükemmel olan gruplar arasında Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmada genel sağlık değerleri ($p=0,004$), egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançları ($p=0,04$), egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları ($p=0,01$) ve egzersiz yapmanın ciddiye hakkındaki inançları ($p=0,01$) ortalamalarında istatistiksel

anlamli farklilik tespit edilmiştir. Yani, sağlık okuryazarliğı indeks skoru arttikça bireylerin egzersiz sağlık inancına ait alt boyut puanlarının arttiğı tespit edilmiştir. Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları yönünden istatistiksel anlamli farklilik saptanmamıştır.

Tablo 16. Sağlık Okuryazarliğı İndeks Skorları ile Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		N	Ort.	Standart sapma	p değeri
GENEL SAĞLIK	İndeks skor 0-33	222	8,88	2,54	0,004
	İndeks skor 34-50	142	9,73	2,86	
CİDDİYET	İndeks skor 0-33	222	12,72	3,20	0,01
	İndeks skor 34-50	142	13,47	2,62	
HASTALIK RİSKİ	İndeks skor 0-33	222	25,04	6,79	0,01
	İndeks skor 34-50	142	26,89	7,01	
YARAR MALİYET	İndeks skor 0-33	222	22,32	5,95	0,004
	İndeks skor 34-50	142	24,21	6,03	
YAPMAMA SAKINCALARI	İndeks skor 0-33	222	16,73	4,46	0,39
	İndeks skor 34-50	142	6,31	4,82	

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın sonucunda katılımcıların %19,80'i yetersiz (n=72), %41,20'si sorunlu-sınırlı (n=150), %21,40'ı yeterli (n=78), %17,60'ı mükemmel (n=64) sağlık okuryazarlığına sahiptir. 2017'de Özkan ve ark. tarafından 6228 katılımcı ile yapılan Türk toplumunun sağlık okuryazarlığı düzeyi çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi %30,9 yetersiz, %38,0 sorunlu-sınırlı, %23,4 yeterli, %7,7 mükemmel şeklinde bulunmuştur (1). Bakan ve Yıldız'ın aile sağlığı merkezine başvuran hastalarda yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların %55,4'ünün sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz, %22,4'ünün sorunlu-sınırlı, %16,4'ünün yeterli ve %5,8'inin mükemmel olduğu belirlenmiştir (2). Tanrıöver ve ark. tarafından 4979 kişide yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı araştırmasında ise katılımcıların düzeyinin; %24,5 yetersiz, %40,1 sorunlu-sınırlı, %23,4 yeterli, %7,7 mükemmel olduğu bulunmuştur (3). Okyay ve Abacıgil'in çalışmasında ise toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi %27,2'si yetersiz, %42,2'si sorunlu, %24,8'i yeterli ve %5,8'i mükemmel olarak saptanmıştır.

Avusturya, Bulgaristan, İrlanda, Hollanda, Almanya, Yunanistan, Polonya ve İspanya'nın dahil edildiği 8 ülkede Avrupa Sağlık Okuryazarlığı anketi kullanılarak yapılmış olan sağlık okuryazarlığı araştırmasında genel ortalama 33,78 olarak bulunmuştur ve en düşük ortalamaya 30,5 ile Bulgaristan sahip iken, en yüksek ortalamaya ise 37,06 ile Hollanda sahiptir (11). Çalışmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar Türkiye'de yapılan diğer çalışmaların ortalaması ile benzerlik göstermektedir. Yurt dışında yapılan araştırmalar ve ülkemizde yapılan araştırmalar karşılaştırıldığında ülkemizde sağlık okuryazarlığı daha düşük seviyede görülmektedir. Bu durum ülkelerin eğitim, sosyal ve sağlık politikalarındaki farklılıklardan kaynaklanabilmektedir.

Literatürde sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasındaki ilişkilerde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmada sağlık okuryazarlığı indeks puanları kadınlarda erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edildi. Bizim çalışmamıza benzer olarak Yang ve ark. çalışmasında ve Yakar'ın çalışmasında kadınların sağlık okuryazarlığı puanları erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (32,33). Literatürde cinsiyetler arasında sağlık okuryazarlığı açısından anlamlı fark bulunmayan çalışmalar da bulunmaktadır (20,34). Cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasındaki farklı

çalışmalarda çıkan farklı sonuçların katılan bireylerin sosyokültürel, eğitim, yaşadığı bölge gibi faktörlerden etkilenmiş olabileceğini düşündük.

Çalışmamızda medeni durumlar arasında sağlık okuryazarlığı açısından fark saptanmamıştır. Emiral ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bekar olmak yüksek sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmiştir (35). Akgün ve ark. çalışmasında ise bizim çalışmamıza benzer olarak medeni durum ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (36).

Egzersiz yapma durumu ile sağlık okuryazarlığı karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Liu ve ark. çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak fiziksel egzersiz sağlık okuryazarlık puanıyla ilişkili bulunmuştur (37). Yine Joshi ve ark. tarafından yapılan çalışma ile Emiral ve ark. tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlarla karşılaşmıştır (35,38).

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanımı ile sağlık okuryazarlığı indeks puanlarını karşılaştırdığımızda istatistiksel anlamlı farklılık saptamadık. Sağlık okuryazarlık seviyeleri ile kronik hastalık durumu arasında Mackey ve ark. çalışmasında da fark gözlemlenmemiştir (39). Kronik hastalık bulunmamasının yüksek sağlık okuryazarlık seviyeleriyle ilişkili olduğuna dair çalışmalar da bulunmaktadır (35). Bu bulgular literatürdeki heterojenliği yansıtmaktadır. Kim'in yaptığı çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerin, yüksek sağlık okuryazarlığı olanlara kıyasla kronik rahatsızlık oranları önemli ölçüde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (40). Çelikyürek ve ark. çalışmasında ise kronik hastalığa sahip olanların sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek iken, düzenli ilaç kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (41).

Eğitim durumu açısından bakıldığında yaptığımız çalışmada lise ve üzeri eğitim alanlar, ilkokul ve ortaokul seviyesinde temel eğitim alanlar ile karşılaştırıldığında sağlık okuryazarlığı anlamlı olarak daha yüksektir. Tanrıöver ve ark., Sorensen ve ark., Okyay ve Abacıgil'in çalışmalarında da eğitim düzeyi ile birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı gösterilmiştir (11,20,42). Çelikyürek ve ark. çalışmasında eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı ilişkisinin anlamlı olarak farklı olduğu sonucu çıkmıştır (41). Kaya ve ark. araştırmasında eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığı puanlarının arttığı görülmüştür (43). Yine benzer şekilde Levin-Zamir ve ark. tarafından yapılan çalışmada da lise ve üzeri eğitimin sağlık okuryazarlık

düzeyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu gösterilmiştir (44). Literatürde yapılan çok sayıda çalışmadan vardığımız sonuç, toplumlarda eğitim seviyesi arttıkça bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin anlamlı derecede artıyor olmasıdır.

Çalışmamıza gelir durumu açısından bakıldığında geliri giderden az olan bireylerin sağlık okuryazarlığı indeks puanları diğer bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Literatüre bakıldığında pek çok çalışmada benzer sonuçlar bulunduğu görülmektedir. Wang ve ark. çalışmasında düşük yıllık hane geliri düşük sağlık okuryazarlığı ile yakından ilişkilendirilmiştir (45). Benzer şekilde Sorensen ve ark., Ozdemir ve ark. gelir düzeyi azaldıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşmekte olduğunu ifade etmişlerdir (11,46). Değerli ve Tüfekçi yaptıkları çalışmada gelir düzeyi ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır (47). Kaya ve ark., Levin-Zamir, Emiral ve ark. ise yaptıkları çalışmalarda aylık gelir arttıkça sağlık okuryazarlığı puanlarının arttığını istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulduklarını ifade etmişlerdir (35,43,44).

Kronik hastalık varlığı ile sağlık algısı arasında yapılan karşılaştırmada kronik hastalığı olanların büyük çoğunluğunun sağlık algısı orta seviyede iken, kronik hastalığı olmayan grubun sağlık algısı iyi seviyede saptandı. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Altay ve ark. bizim çalışmamıza benzer şekilde kronik hastalıkların sağlık algısını etkilediği sonucuna varmışlardır (48). Kolac ve ark. ile Akça ve ark. ise çalışmalarında kronik hastalık varlığı ile sağlık algısı arasında anlamlı fark bulmamışlardır (49,50). Ayrıca çalışmamızda düzenli egzersiz yapan grubun sağlık algısı iyi seviyede saptandı ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı. Gür ve Sunal'ın çalışmasında düzenli egzersiz yapan katılımcıların sağlık algısı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (51).

Cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırmada çalışmamızda ESİMÖ alt boyutlarında herhangi bir istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Aktaş'ın yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde erkekler ve kadınlar arasında egzersiz sağlık inancı modeli ölçeği alt boyutlarını incelendiğinde anlamlı bir farklılığın oluşmadığı sonucuna varılmıştır (52). Yine ESİMÖ ile bireyleri değerlendiren bazı diğer çalışmalarda da cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterilmemiştir (53,54).

Çalışmamızda medeni durumlar arasında ESİMÖ alt boyutlarından yalnızca egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu tespit ettik. Benzer bir çalışmada ise medeni durumlar arasında fark saptanmamıştır (52).

Katılımcıları eğitim durumları açısından ESİMÖ alt boyutları ile değerlendirdiğimizde, egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları ve egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar alt boyutları başta olmak üzere tüm alt boyutlarda eğitim düzeyi arttıkça egzersiz sağlık inancının arttığı görülmüştür. Eğitim düzeyinin artması ile beraber fiziksel aktivite yapma oranının arttığı başka çalışmalar da saptanmıştır (55). Çalışmamızın aksine Aktaş çalışmasında toplam ESİMÖ puanı ile katılımcıları değerlendirildiğinde temel eğitim alanların lise ve üzeri eğitim alanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna varmıştır (52).

Çalışmamızda gelir durumları açısından değerlendirildiğinde geliri giderden fazla olan katılımcıların egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkındaki, egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı hakkındaki ve egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlarının diğer katılımcılardan yüksek olduğu görüldü. Kılıç yaptığı çalışmada geliri giderlerine eşit olanlar ile geliri giderlerinden fazla olanlar adına anlamlılık olduğunu ve bu durumun geliri giderlerinden az olan bireyler ile karşılaştırıldığında geçerli olduğunu belirtmiştir (53). Fiziksel aktivite yapma durumu ile bireylerin gelir durumu arasındaki korelasyonun araştırıldığı çok sayıda çalışma bulunmaktadır. 2880 aile ile yapılan bir çalışmada kişilerin gelir düzeyi ile fiziksel aktiviteye vakit ayırmaları arasında pozitif ilişki bulunmuştur (56). Ancak bunların aksine Yılmaz ve ark. yaptıkları çalışmada farklı gelir düzeyine sahip bireylerin ESİMÖ alt boyutları puan ortalamalarını aynı düzeyde saptamışlardır (54).

Çalışmamızda genel sağlık değerleri, egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı ve egzersiz yararlarının maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar ile düzenli egzersiz yapıyor olmak arasında pozitif bir ilişki saptadık. Aktaş ise yaptığı çalışmada egzersiz sağlık inancına dair tüm alt boyutlarda düzenli egzersiz yapan bireylerde anlamlı farklılık tespit etmiştir ve egzersiz yapanların hastalıklardan korunmak ve sağlıklı kalabilmek amacıyla yarar sağladığının farkındalığıyla davranış

geliştirdiklerini göstermiştir (52). Yılmaz ve ark. ise genel sağlık değerleri, egzersizin maliyet yararları ve egzersiz yapmamanın sakıncaları alt boyutu puan ortalamaları arasında egzersiz yapan bireylerde anlamlı derecede yükseklik bulmuşlardır (54). Aile hekimleri ile yapılan başka bir çalışmada düzenli egzersiz yapan aile hekimlerinin egzersiz sağlığına daha fazla inandıkları bulunmuştur (53).

Çalışmamızda kronik hastalık varlığının egzersiz sağlık inancına olan etkisini değerlendirdiğimizde genel sağlık değerleri, egzersiz yararlarının maliyetine etkisi ve egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlarında kronik hastalığı olan kişilerde anlamlı derecede yüksek sağlık inancı olduğunu tespit ettik. Kronik hastalığı olanların egzersiz sağlık inancına olan etkisi, yalnızca egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar alt boyutunda anlamlı derecede daha yüksek olarak bulunan çalışma mevcuttur (54).

Araştırmamızda katılımcıları sağlık okuryazarlığı indeks puanları açısından 0-33 ile 34-50 aralığında olanlar şeklinde iki gruba ayırdığımızda; %61'i yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, %39'u ise yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Okyay ve Abacıgil'in çalışmasında ise toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi %69,4 yetersiz veya sorunlu iken %30,6 yeterli veya mükemmel olarak saptanmıştır (20). Bulgular çalışmamızla benzer şekildedir.

Biz çalışmamızda 18-65 yaş arası bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin egzersiz inancına olan etkisini ve etkileyen faktörleri inceledik. Yapılan literatür taramalarında TSOY-32 ve ESİM ölçeklerinin birlikte kullanıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın sonucunda sağlık okuryazarlığı yetersiz ve sorunlu-sınırlı olan gruplar ile yeterli ve mükemmel olan gruplar arasında Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları arasında yaptığımız karşılaştırmada egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda sağlık okuryazarlığı indeks skoru arttıkça egzersiz sağlık inancı alt boyut puanlamalarının arttığını tespit ettik.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin egzersiz inancına olan etkisini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için 364 kişi ile gerçekleştirdiğimiz çalışmada erkek olmak, düzenli egzersiz yapmamak, temel düzeyde eğitim almış olmak, az gelire sahip olmak düşük sağlık okuryazarlığı indeks puanları ile ilişkili olarak bulundu. Kronik hastalığa sahip olmamak ve düzenli egzersiz yapmak ise sağlık algısının iyi olarak algılanması ile ilişkiliydi. Yüksek eğitim seviyesine sahip olmak, gelir durumunun iyi olması ve düzenli egzersiz yapıyor olmanın katılımcıların egzersiz sağlık inancını arttırdığı tespit ettik. Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça bireylerin egzersiz sağlık inançlarının anlamlı olarak arttığı sonucuna vardık.

Toplumun genel sağlığı ve hayat kalitesi üzerinde sağlık okuryazarlığının ve düzenli egzersiz yapıyor olmanın faydası oldukça önemlidir. Düzenli egzersiz yapmak fazla kiloyu ve obezitenin neden olabileceği kronik hastalıkları önlemek, duygu duruma fayda sağlamak ve pozitif sağlık alışkanlıklarının benimsenmesi adına toplumdaki bireylere yarar sağlamaktadır. Koruyucu hekimlik kapsamında biz aile hekimlerinin riski bulunmayan bireyleri hastalık risklerinden uzak tutmak, risk altındaki kişilerde hastalık risklerini azaltmak, olası erken tanı ve tedavilerini yapmak önceliğimiz olmalıdır. Bu kapsamda bireylerin mevcut olan tutum ve davranışlarını etkileyen inançlarını bilmek sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik yapılması gerekenler noktasında oldukça yardımcı olacaktır. Bu amaçla kişileri sağlık okuryazarlığı ve egzersiz sağlık inancı açısından değerlendirmenin ve eksik yönleri açısından bilinçlendirmenin, koruyucu hekimlikte bizlere topluma sağlıklı tutum ve davranışlar kazandırmakta faydalı olacağını düşünüyoruz.

Aynı zamanda sağlık okuryazarlığını, düzenli egzersiz alışkanlığını ve buna olan sağlık inancını arttırmak için Sağlık Bakanlığı ile Millî Eğitim Bakanlığı'nın ortak hareket etmesiyle medya, sağlık kurumları, eğitim kurumları vasıtasıyla toplumu bilgilendirici çalışmalar yapılmasının faydalı olabileceğini düşünüyoruz.

7. KISITLILIKLAR

Çalışmamızda katılımcıların %48,1 (n=175)'i üniversite mezunuydu. Birinci basamağa başvuran bireylerin hane halkına en yakın veriyi verebileceği kabul edilmesine rağmen bu durumun çalışmayı üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniği ve eğitim aile hekimliği birimi polikliniğinde gerçekleştirmemizin bir sonucu olabileceğini düşündük.

Sağlık algısını çalışmaya katılan bireylerde kendi sağlıklarını nasıl algıladıklarına dair subjektif bir soru ile değerlendirdik. Bu durumun çalışmamızın kısıtlılıklarından olabileceğini düşündük.



8. KAYNAKÇA

1. Nocon M, Hiemann T, Mü Ller-Riemenschneider F, Thalau F, Roll S, Willich SN. Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis, *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2008, 15:239–246 [Internet]. Available from: <https://academic.oup.com/eurjpc/article/15/3/239/5933086>
2. Unal B, Ergor G, Dinc Horasan G, Kalaca S, Sozmen K. TÜRKİYE KRONİK HASTALIKLAR VE RİSK FAKTÖRLERİ SIKLIĞI ÇALIŞMASI [electronic resource]. Edited by Belgin Unal, Gul Ergor. Ankara: Anıl Matbaa;2013. [Internet]. Available from: www.thsk.gov.tr
3. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Social determinants of health in countries in conflict : a perspective from the eastern Mediterranean region. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2008.
4. Health and Development Through Physical Activity and Sport WORLD HEALTH ORGANIZATION NONCOMMUNICABLE DISEASES AND MENTAL HEALTH NONCOMMUNICABLE DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION Health and Development Through Physical Activity and Sport. 2003.
5. Ciler Erdag G. Sağlık Okuryazarlığı. In: Yildirim F , Keser A, editor. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 2015.
6. DURUSU TANRIÖVER M YH. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI [Internet]. 2014. Available from: www.saglikxen.org.tr
7. Health Literacy and Child Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature. Darren A DeWalt, Ashley Hink; *Health Literacy and Child Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature Pediatrics* November 2009; 124 (Supplement_3): S265–S274 101542/peds2009-1162B.
8. UĞURLU Z, AKGÜN HS. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına

uygunluğunun değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019 Apr 28;12(1):96–106.

9. Ateş M. AA. Okuryazarlık Kavramı ve Eğitimle İlişkili Okuryazarlık Türleri. Deniz M.E., editor. 2021.
10. Simonds SK. Health Education as Social Policy. Health Educ Monogr. 1974;
11. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. Vol. 12, BMC Public Health. 2012.
12. Erkoç Y, Göçmen L, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü., World Health Organization. Regional Office for Europe. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011. 23 p.
13. Öztürk EU. Sağlık Okuryazarlığı ve Önemi [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 10]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12445/114>
14. NUTBEAM D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2006;
15. Betz CL, Ruccione K, Meeske K, Smith K, Chang N. Health literacy: a pediatric nursing concern. Pediatr Nurs. 2008 May-Jun;34(3):231-9. PMID: 18649813.
16. Zarcadoolas CAP and DSGreer 2006. AHL: AF for U and ActionHJW& Sons http://www.123library.org/book_details/?id=4709. Zarcadoolas,.
17. Copurlar C, Kartal M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care. 2016;10(1):40.
18. Sezer A, Kadioğlu H. YETİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;17(3):165-70.

19. Çelikyürek NA, Acımiş NM, Özcan B. Health literacy level and associated factors in internal medicine polyclinic of a university hospital. Pamukkale Medical Journal. 2020 May 14;13(2):258–66.
20. Pınar Okyay Doç Filiz Abacıgil E. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEKLERİ GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI. 2016.
21. Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması 2018.
22. YILDIRIM F. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, KESER A, ANKARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, Ankara, 2015.
23. TÜRKİYE FİZİKSEL AKTİVİTE REHBERİ Ankara 2014 2. Basım [Internet]. Available from: www.fizikselaktivite.gov.tr
24. Fatih HAZAR. FİZİKSEL AKTİVİTE VE SAĞLIK-II Efe Akademi Yayınları, 2024 6256713486, 9786256713482.
25. Kasım 2013 Ankara (Güncellenmiş Basım). T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU TÜRKİYE SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT PROGRAMI (2014 - 2017) [Internet]. Vol. 3500, Basım: Mart. Available from: www.obezite.gov.tr
26. TÜRKİYE HANEHALKI SAĞLIK ARAŞTIRMASI BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN RİSK FAKTÖRLERİ. 2017. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ. AVRUPA OFİSİ.
27. HHS. Physical Activity Guidelines for Americans 2 nd edition.
28. Centers for Disease Control and Prevention. Benefits of Physical Activity. İnternet Erişimi: <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/pahealth/index.htm#bones-muscles> .
29. Lim SS et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010:

- a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224–60.
30. WHO. GLOBAL STATUS REPORT ON PHYSICAL ACTIVITY 2022 - COUNTRY PROFILES.
 31. Uca M, Sivrikaya K, Özivgen H, Aydın Üniversitesi İ, Bilimleri Fakültesi S. CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi Serbest Zamanlarında Düzenli Egzersiz Yapan ve Sedanter Kişilerin Sağlık İnançlarının İncelenmesi.
 32. Yang Q, Yu S, Wang C, Gu G, Yang Z, Liu H, Lin L, Qiao Y, Yu L, Feng Q, Niu G. Health literacy and its socio-demographic risk factors in Hebei: A cross-sectional survey. *Medicine (Baltimore)*. 2021 May 28;100(21):e25975. doi: 10.1097/MD.00000000000025975. PMID: 34032709; PMCID: PMC8154485.
 33. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Euras J Fam Med*. 2019;8(1):27-35.
 34. Bánfai-Csonka H, Bánfai B, Jeges S, Gyebnár B, Betlehem J. Health literacy among participants from neighbourhoods with different socio-economic statuses in the southern region of Hungary: a pilot study. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1-8.
 35. Emiral GO, Tozun M, Atalay BI, Goktas S, Dagtekin G, Aygar H, Arslantas D, Unsal A, Babaoglu AB, Tirpan K. Assessment of knowledge of metabolic syndrome and health literacy level among adults in Western Turkey. *Niger J Clin Pract*. 2021 Jan;24(1):28-37. doi: 10.4103/njcp.njcp_88_18. PMID: 33473022.
 36. Akgüç K. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE VÜCUT KİTLE İNDEKSİ VE AKDENİZ DİYETİ UYUM DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ. 2022.
 37. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *Int J*



- Environ Res Public Health. 2015 Aug 18;12(8):9714-25. doi: 10.3390/ijerph120809714. PMID: 26295246; PMCID: PMC4555308.
38. Joshi C, Jayasinghe UW, Parker S, Del Mar C, Russell G, Lloyd J, Mazza D, Denney-Wilson E, van Driel M, Taylor R, Harris MF; Preventive Evidence into Practice (PEP) Partnership Group. Does health literacy affect patients' receipt of preventative primary care? A multilevel analysis. *BMC Fam Pract*. 2014 Oct 25;15:171. doi: 10.1186/s12875-014-0171-z. PMID: 25928342; PMCID: PMC4212097.
39. Mackey LM, Blake C, Casey MB, Power CK, Victory R, Hearty C, Fullen BM. The impact of health literacy on health outcomes in individuals with chronic pain: a cross-sectional study. *Physiotherapy*. 2019 Sep;105(3):346-353. doi: 10.1016/j.physio.2018.11.006. Epub 2018 Nov 15. PMID: 30878145.
40. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *J Clin Nurs*. 2009 Aug;18(16):2337-43. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02739.x. PMID: 19583664.
41. Çelikyürek NA, Meydan Acımış N, Özcan B. Bir üniversite hastanesi dahiliye polikliniğine başvuranlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili etmenler. *Pam Tıp Derg*. 2020;13(2):258-66.
42. Mine DURUSU TANRIÖVER Hasan Hüseyin YILDIRIM Nihan DEMİRAY READY Banu ÇAKIR H Erdal AKALIN. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI [Internet]. 2014. Available from: www.saglikksen.org.tr
43. Kaya M, Yılmaz Ö. Bireysel Özellikler, Sağlık Okuryazarlığı ve Genel Sağlık Durumu Arasındaki İlişki. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2020(33):113-22..
44. Levin-Zamir, D., Baron-Epel, O. B., Cohen, V., & Elhayany, A. (2016). The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *Journal of Health Communication*, 21(sup2), 61–68. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1207115>.

45. Wang C, Gu G, Yang Q, Yu S, Liu H, Yang Z, Yang H, Qiao Y, Yu L. The prevalence and related factors for low health literacy in Xingtai: A cross-sectional survey in prefecture-level city. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Mar 12;100(10):e24848. doi: 10.1097/MD.00000000000024848. PMID: 33725838; PMCID: PMC7969249.
46. H. Ozdemir, Z. Alper, Y. Uncu, N. Bilgel, Health literacy among adults: a study from Turkey, *Health Education Research*, Volume 25, Issue 3, June 2010, Pages 464–477, <https://doi.org/10.1093/her/cyp068>.
47. Değerli, H., & Tüfekçi, N. (2018). TOPLUMUN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 6(15), 467-488. <https://doi.org/10.33692/avrasyad.510093>.
48. Altay, B., Çavuşoğlu, F., & Çal, A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 181-189.
49. Kolac N, Balci AS, Sisman FN, Atacer BE, Dincer S. Health perception and healthy lifestyle behaviors in factory workers. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2018;14:267-74. <https://doi.org/10.5350/BTDMJB.20170328092601>.
50. Akça, E., Gökyıldız Sürücü, Ş., Akbaş, M. (2020). Gebelerde Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 630-642. doi: 10.33715/inonusaglik.735467.
51. Gür, G., & Sunal, N. (2019). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 210-219.
52. AKTAŞ R, BASAT O. The Effects of Exercise on Health Belief and Health Anxiety. *Namık Kemal Tıp Dergisi*. 2022 Sep 16;10(3):248–54.
53. KILIÇ F, ESKİYECEK G. AİLE HEKİMLERİNİN SPORA YÖNELİK TUTUMLARI VE EGZERSİZ SAĞLIK İNANÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ, MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ, 2022.

54. Hemşire Müge Demet Yılmaz U, Asiye Kartal D, Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi S, Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi P, Bölümü H, Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı H. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması Validity and Reliability Study of Exercise Health Belief Model Scale.
55. Gedik, S., Kırsal alanda yaşayan Tip 2 Diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde öz-etkililik düzeyleri (Doctoraldissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).2016.
<http://acikerisimarsiv.selcuk.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/5972/422812.pdf?sequence=1&isAllowed=y> .
56. Rimal A. Association of nutrition concerns and socioeconomic status with exercise habits. International Journal Of Concumer Studies, (26) 4: 322-327, 2002.

9. EKLER

9.1 Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	
---	--	---

Araştırmanın Adı: Sağlık Okuryazarlığı ile Egzersiz İnancı Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler

Bu çalışmada katılımcılara; Yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı ile egzersiz inancı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği soruları içeren bir anket uygulanmaktadır.

Araştırmaya katılmanız kendi isteğinize bağlı olup, çalışma sırasında istediğiniz an çalışmadan çekilebilirsiniz.

Bilgileriniz gizli tutulacaktır ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilir Kişi;

Adı Soyadı / Telefonu: Asuman Sena Pehlivan/ 544 736 2444

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.” “Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün

Adı Soyadı : _____

İmzası : _____



Araştırmacının

Adı Soyadı: _____

İmzası : _____

Tarih

9.2 Ek-2: Sosyodemografik Özellikler Anketi

	Ek-1. Karadeniz Teknik Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sağlık Okuryazarlığı ile Egzersiz İnancı Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi	
---	---	---

Sosyodemografik Özellikler

1) Yaşınız nedir?	2) Cinsiyetiniz nedir? a) Kadın b) Erkek
3) Medeni durumunuz nedir? a) Bekar b) Evli	4) Eğitim durumunuz nedir? a) Okuma yazma bilmiyor b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu d) Lise mezunu e) Üniversite mezunu f) Yüksek lisans/Doktora mezunu
5) Mesleğiniz nedir? a) Ev hanımı b) İşçi c) Emekli d) Öğrenci e) Memur f) Esnaf g) Serbest çalışan h) Çiftçi i) Diğer.....	6) Aylık toplam geliriniz nedir? a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla
7) Egzersiz yapıyor musunuz? a) Evet b) Hayır	8) Egzersiz yapma sıklığınız? a) Her gün düzenli olarak b) Haftada 3-4 kez c) Haftada 3 ten az d) Yok
9) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? a) Evet b) Hayır	10) Düzenli olarak kullandığımız ilaç var mı? a) Var b) Yok
11) Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz? a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü	

9.3 Ek-3: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

	SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (TSOY-32)	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığımızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığımızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığımızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18						

	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi dūřündüđünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığımız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığımız 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) değerştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değerikliklerini yorumlamak					

9.4 Ek-4: Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

	EGZERSİZ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ	1.Hiç	2.Biraz	3.Oldukça	4.Sık Sık	5.Çok Fazla
1	Sağlığınızla ne kadar ilgilisiniz?					
2	Sağlığınızı ne kadar düşünüyorsunuz?					
3	Sağlığınıza ne kadar dikkat ediyorsunuz?					
4	Kalp krizi geçirmek ne kadar ciddi bir durumdur?					
5	Felç geçirmek ne kadar ciddi bir durumdur?					
6	Kanser olmak ne kadar ciddi bir durumdur?					
7	Egzersiz yapmanın yüksek tansiyondan korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
8	Egzersiz yapmanın diyabetten korunmanıza [ya da diyabeti kontrol altına almanıza] ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
9	Egzersiz yapmanın kalp krizlerinden korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
10	Egzersiz yapmanın felçten korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
11	Egzersiz yapmanın kanserden korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
12	Sizce egzersiz yapmak sizi kilo almaktan ne kadar korur?					
13	Egzersiz yapmanın sağlığınızın daha iyi olmasında ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
14	Gelecekte hastalıklardan korunmak için egzersiz yaparak bedel [zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi] ödemeye değer mi?					
15	Daha iyi bir sağlığa sahip olmak için egzersiz yapmanın bedelini [zaman harcamak ve tembelliği bırakmak gibi] ödemeye değer mi?					
16	Daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmak için egzersiz yaparak bedel [zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi]					

	ödemeye değer mi?					
17	Daha uzun yaşamak için egzersiz yaparak bedel [zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi] ödemeye değer mi?					
18	Daha iyi görünmek için egzersiz yaparak bedel [zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi] ödemeye değer mi?					
19	Egzersiz yapmanın zor olduğunu düşünsem de, gelecekte hastalıklardan korunmak için egzersiz yapmaya değer.					
		Hiç düşünmüyorum	Hasta olabileceğime ihtimal vermiyorum	Olabilirim diye düşünüyorum	Büyük ihtimalle olacağımı düşünüyorum	Kesinlikle olacağımı düşünüyorum
20	Yüksek tansiyon hastası olabileceğinizi düşünüyor musunuz?					
21	Diyabet (şeker hastası) olabileceğinizi düşünüyor musunuz?					
22	Kalp krizi geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?					
23	Felç geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?					
24	Kanser olabileceğinizi düşünüyor musunuz?					
25	Kilo alabileceğinizi düşünüyor musunuz?					