

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK DIŞI OKULLARDA
GÖREV YAPAN AKADEMİK PERSONELİN SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ**

**Hazırlayan
Mehmet DOĞAN**

**Danışman
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

Doktora Tezi

**Aralık 2017
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK DIŞI OKULLARDA
GÖREV YAPAN AKADEMİK PERSONELİN SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ**

(Doktora Tezi)

**Hazırlayan
Mehmet DOĞAN**

**Danışman
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

**Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından TDK-
2016-6357 kodlu proje ile desteklenmiştir.**

**Aralık 2017
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Mehmet DOĞAN

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

“Erciyes Üniversitesi Sağlık Dışı Okullarda Görev Yapan Akademik Personelin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi” adlı Doktora tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Mehmet DOĞAN

İmza

Danışman

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

İmza

Halk Sağlığı ABD Başkanı

Prof. Dr. Osman GÜNAY

İmza

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA danışmanlığında **Mehmet DOĞAN** tarafından hazırlanan “**Erciyes Üniversitesi Sağlık Dışı Okullarda Görev Yapan Akademik Personelin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi**” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında **Doktora tezi** olarak kabul edilmiştir.

25 / 12 /2017

(Tez savunma sınav tarihi yazılacaktır.)

JÜRİ:

Danışman : Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA
 Üye : Prof. Dr. Mualla AYKUT
 Üye : Prof. Dr. Zeynep BAYKAN
 Üye : Doç. Dr. Elçin BALCI
 Üye : Doç. Dr. Ertan KARA

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve
 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

..... / /

Prof. Dr. Aykut ÖZDARENDELİ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitim sürecine sağladığı desteğin yanı sıra, doktora tez çalışması sürecinde bana vermiş olduğu yoğun desteği ve emeği, göstermiş olduğu sabrı, hoşgörüsü ve güler yüzü ile tez danışmanım Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA' ya

Doktora eğitimime katkılarından dolayı Prof. Dr. Osman GÜNAY'a, Prof. Dr. Ahmet Öztürk'e, Prof. Dr. MUALLA AYKUT'a, Prof. Dr. Osman CEYHAN'a, Doç. Dr. İskender GÜN'e, Doç. Dr. Elçin BALCI 'ya,

Tezime katkılarından dolayı Prof. Dr. Zeynep BAYKAN'a,

Eğitimimin tüm aşamalarında katkı ve destek sağlayan Halk Sağlığı Anabilim Dalı personeline,

Projemizi destekleyen Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'ne,

Tüm eğitim yaşıntım boyunca hep yanımda olan, hoşgörü ve fedakârlıklarından güç aldığım Anne ve Babama,

Kardeşlerim, Eşim ve Kızıma

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mehmet DOĞAN

Kayseri, Aralık 2017

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK DIŞI OKULLARDA GÖREV YAPAN AKADEMİK PERSONELİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ

Mehmet DOĞAN

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doktora Tezi, Aralık 2017

Danışman: Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

ÖZET

Bireyler benzer öğrenim düzeyine sahip olsalar da anlama ve yorumlama becerileri farklı olabilmektedir. Bu nedenle sağlıkla ilgili konularda bireyi değerlendirirken öğrenim durumu değil, sağlık okuryazarlık düzeyi daha önemlidir. Bu çalışmanın amacı; Erciyes Üniversitesi sağlık dışı okullarda görev yapan akademik personelin sağlık okuryazarlık düzeyini ve etkileyen etmenleri belirlemektir.

Çalışma verilerinin toplanması 2016 Ocak-Haziran ayları arasında tamamlandı. 690 (Ulaşılma oranı %72.2) akademisyenin verileri çalışma kapsamına alındı. Sağlık okuryazarlığı ölçeği olarak "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması" (ASOY-TR) kullanıldı. İstatistiksel analizde ki-kare, bağımsız gruplarda t testi ve Binary lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

Araştırma grubunun %68.7'si erkek, yaş ortalaması 37.2 ± 9.2 yıldır. Genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 28.8 ± 8.4 'dür. Sağlık bilgisini anlama 30.6 ± 8.7 puan ile en yüksek, sağlık bilgisini değerlendirme 26.6 ± 10.5 puan ile en düşük sağlık okuryazarlığı ortalamaya sahiptir. Akademisyenlerin %28.8'i yeterli genel sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Öğretim üyesi ünvanında olanların %27.0'si, okutman/uzman/öğretim görevlisi ünvanında olanların %28.0'i ve araştırma görevlisi ünvanında olanların da %31.8'i yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Sağlık hizmetinde bilgiyi uygulama %75.3 ile en yüksek, hastalıktan korunmada bilgiyi uygulama %29.9 ile en düşük yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyidir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi; kadınlarda, evlilerde, araştırma görevlilerinde ve 30 yaş altı akademisyenlerde daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi eşi sağlık çalışanı olanlarda, olmayanlara göre 1.86 kat daha yüksektir ($p < 0.05$). Yeterli sağlık okuryazarlığı, sigara içme, alkol kullanma, yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz su tüketimi ve kilolu olma gibi olumsuz sağlık davranışları gösteren akademisyenlerde daha düşük düzeydedir.

Sağlık dışı alanlarda görev yapan akademisyenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel olarak düşük olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, Üniversite, Akademisyen, ASOY-TR

HEALTH LITERACY LEVEL OF ACADEMIC STAFF WORKING FOR SCHOOLS OUTSIDE HEALTH AREAS AT ERCIYES UNIVERSITY

Mehmet DOĞAN

Erciyes University, Graduate School of Health Sciences

Department of Public Health

PhD Thesis, December 2017

Supervisor: Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

ABSTRACT

Even if individuals have similar levels of learning, their ability to understand and interpret may be different. For this reason, while individuals are evaluated in health-related issues, their level of health literacy is more important than their education level. The aim of this study is to determine the health literacy level of academic staff working for schools outside health areas and the factors affecting them.

The study's data were performed between January and June 2016. 690 (reach rate 72.2%) academics were included in the study. ASOY-TR, Turkish version of "European Health Literacy Survey", was used as a health literacy scale. Data were evaluated with Chi-Square, Independent t test and Binary logistic regression analyses.

68.7% of the study group were men, the mean age was 37.2 ± 9.2 . The average of general health literacy was 28.8 ± 8.4 . Understanding health information was highest with 30.6 ± 8.7 and judging health information was the lowest mean of health literacy with 26.6 ± 10.5 . 28.8% of the academicians are at the level of adequate general health literacy. 27% of the professors/associate professors/assistant professors those of title, %28.0 of the instructor/lecturer/specialist those of title and 31.8% of the research assistant those of title at the level of adequate general health literacy.

Health care applying health information and disease prevention applying health information health literacy is the highest and lowest lower indices categories with 75.3% and 29.9%, respectively. Although the level of health literacy is higher in women, married people, research assistants and academicians under the age of 30, it is not statistically significantly high. Those whose spouse is a health care worker have 1.86 times higher level of adequate health care literacy compared to those whose spouse is not a healthcare worker. Those who have an adequate level of health care literacy have a low level of negative health behaviors, such as smoking, drinking, inadequate physical exercises, inadequate water drinking and being overweight.

It has been found that, in general, the level of health literacy is low in academicians working in areas outside health.

Key Words: Health Literacy, University, Academic Staff, ASOY-TR

İÇİNDEKİLER

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK DIŞI OKULLARDA GÖREV YAPAN AKADEMİK PERSONELİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ

Sayfa

İÇ KAPAK	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI.....	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	iii
KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. OKURYAZARLIK	4
2.1.1. Okuryazarlıkta Yeterliliğin Boyutları.....	5
2.1.2. Okuryazarlık Türleri	7
2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	7
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	8
2.2.2. Halk Sağlığı Yaklaşımıyla Sağlık Okuryazarlığı ve Önemi	9
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri.....	10
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri	12
2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi	15
2.2.6. Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA).....	16
2.2.7. Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM)	17
2.2.8. Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Skalası (HALS).....	17
2.2.9. En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği (NVS).....	17
2.2.10. Sağlık Okuryazarlığı Anketi – Avrupa Birliği (HLS-EU).....	18

2.2.11. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Çıktıları	18
3.GEREÇ VE YÖNTEM	22
4.BULGULAR	30
4.1. Araştırma Grubunun Sosyo – Demografik ve Sağlıkla İlgili Özellikleri	30
4.2. Araştırma Grubunun Genel ve Alt Sağlık Okuryazarlığı İndeks Ortalama Puan ve Kategorileri	41
4.3. Araştırma Grubunun Sağlık Okuryazarlığı Kategorilerine Göre Sağlık Davranışları	51
5.TARTIŞMA VE SONUÇ	61
6.KAYNAKLAR	73
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
CHC	Critical Health Competence Test (Kritik Sağlık Yeterlilik Testi)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
HALS	Health Activities Literacy Scale (Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Skalası)
HinT	Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması
HLS-EU	Health Literacy Survey–European Union (Sağlık Okuryazarlığı Anketi – Avrupa Birliği)
IOM	Institute of Medicine (Amerikan Tıp Enstitüsü)
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KKTM	Kendi Kendine Testis Muayenesi
NAAL	National Assessment of Adult Literacy Survey (Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması Ulusal Değerlendirmesi)
NVS	The Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği)
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)
SB	Sağlık Bakanlığı
SOY	Sağlık Okuryazarlığı
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	United Nations of Education, Science and Culture Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)

TABLolar LİSTESİ

Sayfalar

Tablo 3.1. Araştırmaya dahil edilen okullar ve akademisyen sayıları.....	23
Tablo 3.2. Genel ve alt sağlık okuryazarlığı indeksleri için kullanılan sorular	26
Tablo 3.3. Fiziksel aktivite düzeylerine göre aktiviteler.....	28
Tablo 3.4. Beden Kütle İndeksine göre ağırlığın sınırlandırılması	28
Tablo 3.5. Araştırma grubundakilerin yeterli SOY düzeyleri üzerinde etkili olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile sınıflandırılması.....	29
I. Araştırma Grubunun Sosyo – Demografik ve Sağlıkla İlgili Özellikleri	
Tablo 4.1. Araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı.....	31
Tablo 4.2. Araştırma grubunun mesleki özelliklerine göre dağılımı.....	32
Tablo 4.3. Araştırma grubunun sigara ve alkol kullanma durumuna göre dağılımı.....	33
Tablo 4.4. Araştırma grubunun fiziksel aktivite durumu ve ağırlık değerlendirmesine göre dağılımı.....	34
Tablo 4.5. Araştırma grubunda kronik hastalık görülme durumu ve sağlıklarıyla ilgili değerlendirmelerine göre dağılımı.....	34
Tablo 4.6. Araştırma grubunun sağlık hizmetlerini kullanma durumuna göre dağılımı.....	35
Tablo 4.7. Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına göre dağılımı.....	35
Tablo 4.8. Araştırma grubundakilerin hastalıkları ile ilgili ikinci görüş alma durumu ve nedenlerine göre dağılımı.....	36
Tablo 4.9. Araştırma grubundakilerin genellikle başvurdıkları sağlık kurumları ve tercih nedenlerine göre dağılımı.....	36

Tablo 4.10. Araştırma grubundakilerin sağlık kurumları ve çalışanlarından memnuniyetine göre dağılımı.....37

Tablo 4.11. Araştırma grubundakilerin aile hekimini tanıma ve değiştirme durumuna göre dağılımı.....37

Tablo 4.12. Araştırma grubundakilerin acil serviste triaj uygulamasını bilme ve renklerin farkını ayırt edebilme durumuna göre dağılımı.....38

Tablo 4.13. Araştırma grubundakilerin ilaç kullanma alışkanlıklarına göre dağılımı...38

Tablo 4.14. Araştırma grubundakilerin reçetesiz kullandıkları ilaç türlerine göre dağılımı.....39

Tablo 4.15. Araştırma grubundakilerin sağlığı korumaya yönelik uygulamalara başvuru durumuna göre dağılımı.....39

Tablo 4.16. Araştırma grubundakilerin Sağlık Bakanlığı'nın ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olma durumuna göre dağılımı.....40

II. Araştırma Grubunda Genel ve Alt Sağlık Okuryazarlığı İndeks Ortalama Puan ve Kategorileri

Tablo 4.17. Araştırma grubunda genel ve alt sağlık okuryazarlık indeks puan ortalamalarına göre dağılımı.....41

Tablo 4.18. Araştırma grubunda alt boyut sağlık okuryazarlık indeks puan ortalamalarına göre dağılımı.....41

Tablo 4.19. Araştırma grubunda genel ve alt sağlık okuryazarlık indekslerinin kategorilere göre dağılımı.....42

Tablo 4.20. Araştırma grubunda alt boyut sağlık okuryazarlık indekslerinin kategorilere göre dağılımı.....43

Tablo 4.21. Araştırma grubundakilerin çeşitli özelliklerine göre genel sağlık okuryazarlığı indeksi.....44

Tablo 4.22. Araştırma grubundakilerin çeşitli özelliklerine göre yeterli genel sağlık okuryazarlık kategorilerinin karşılaştırılması.....45

Tablo 4.23. Araştırma grubunun yeterli "genel sağlık okuryazarlığı düzeyi" üzerinde etkili olabilecek sosyo-demografik özelliklerin lojistik regresyon ile analizi.....**46**

Tablo 4.24. Araştırma grubunun "yeterli sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı düzeyi" üzerinde etkili olabilecek özelliklerin lojistik regresyon ile analizi.....**47**

Tablo 4.25. Araştırma grubunun "yeterli hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı düzeyi" üzerinde etkili olabilecek özelliklerin lojistik regresyon ile analizi.....**48**

Tablo 4.26. Araştırma grubunun "yeterli sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı düzeyi" üzerinde etkili olabilecek özelliklerin lojistik regresyon ile analizi.....**49**

III. Araştırma Grubunda Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri Göre Sağlık Davranışları

Tablo 4.27. Araştırma grubunda genel sağlık okuryazarlığı kategorilerinin çeşitli sağlık davranış özelliklerine göre karşılaştırılması.....**51**

Tablo 4.28. Araştırma grubunda sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı kategorilerinin çeşitli sağlık davranış özelliklerine göre karşılaştırılması.....**53**

Tablo 4.29. Araştırma grubunda hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı kategorilerinin çeşitli sağlık davranış özelliklerine göre karşılaştırılması.....**55**

Tablo 4.30. Araştırma grubunda sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı kategorilerinin çeşitli sağlık davranış özelliklerine göre karşılaştırılması.....**57**

Tablo 4.31. Araştırma grubundakilerin genel sağlık okuryazarlığı kategorilerinin ilaç kullanma alışkanlıklarına göre karşılaştırılması.....**58**

Tablo 4.32. Araştırma grubundakilerin genel sağlık okuryazarlığı kategorilerinin reçetesiz ilaç kullanma durumuna göre karşılaştırılması.....**59**

Tablo 4.33. Araştırma grubundakilerin genel sağlık okuryazarlığı kategorilerinin çeşitli sağlık uygulamalarına göre karşılaştırılması.....**60**

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfalar

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Eyleminin Kavramsal Yapısı.....14

Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli.....15



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde sağlık sistemi, hizmetten yararlanan ve yararlanacak olanlar için karmaşık bir yapıdadır (1). Sağlık hizmetlerinin sunumu; bireylerin kendi sağlıkları ve hastalıkları hakkında bilgili olma, karar sürecinde yer alma ve sorumluluk alma zorunluluklarını doğurmuştur (2). Bireyi sisteme ve karar mekanizmasına dahil etmek hedeflenirken, kişilerin kendilerine verilen bu sorumlulukla başa çıkmak için ne kadar hazır oldukları çoğu durumda bilinmemektedir (3). Bu konuda yeterince hazır olmayan bireylere bu sorumlulukları yüklemek, hem bireyi hem de sistemi korumak yerine, tam tersine sağlık güvenliğini ve sistemin sürdürülebilirliğini tehdit edebilme potansiyeline sahiptir. Bu nedenle toplumlarda bireylerin sağlık sistemine katılımı, kendi sağlığı konusunda söz ve sorumluluk alma becerisi ve motivasyonu değerlendirilirken, öncelikle bireylerin ve toplumun sağlık okuryazarlığı (SOY) düzeylerinin saptanması gereklidir (4).

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olan okuryazarlık; okuma ve yazma, dinleme ve konuşma, işlemsel, kültürel ve kavramsal bilgiye dayanan tüm bileşenleri ile SOY'un kapsamını oluşturur. Okuma ve yazma becerileri, sağlıkla ilgili yazılı kelimelerin kullanımı ile ilgili işlemlerin yerine getirilmesini sağlamaktadır. Dinleme ve konuşma becerileri, sağlık çalışanına yerinde ve uygun sorular sorabilme, önceki tedavi ve koşullarını bildirebilme ve bakım sırasında ortaya çıkan sorunları çözebilme açısından gereklidir. İşlemsel beceriler, diyet hesaplamaları, ısı ölçümünü anlama, ilaçların zamanını ve dozunu doğru belirleme ihtiyacından kaynaklanır. Kültürel ve kavramsal bilgi, sağlık ve hastalığı anlama ile yararların ve risklerin kavramsallaştırılmasını içerir (5, 6).

Okuryazarlık becerileri, bireyin sağlık bilgisine erişmesi, sağlık hizmetlerini kullanması, kendi sağlığını yönetmesi, istendik sağlık sonuçları elde edilmesi ve sağlığın sürdürülmesi açısından önemlidir (7). SOY, bireylerin okuryazarlık beceri ve yetenekleri ile sağlığı arasında bir bağlantı görevini sağlar.

SOY, bireylerin sağlıkla ilgili uygun kararlar alması için gerekli olan temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini kazanma, yorumlama ve anlama kapasitesinin düzeyidir (6).

SOY yeterli düzeyde olması, bireyin sağlık bakımı hizmetinde, hastalıklardan korunmada ve sağlığın geliştirmesi ile ilgili konularda bilinçli karar almasına olanak sağlamaktadır (4). SOY yetersiz düzeyde olması bireyin hastalık ve semptomları hakkındaki bilgi düzeyleri ve hastalık ile ilgili öğrenmelerini etkilemektedir (8).

SOY yetersiz düzeyde olan bireylerin; semptomatik dönemde sağlık arama davranışında ve sağlık durumunun kötüleştiğini anlamada gecikme, tıbbi önerilere bağlılıkta yetersizlik yaşadıkları, hastaneye yatma yönünden daha büyük risk taşıdıkları, acil servis gibi maliyeti yüksek hizmetlerden yararlanma oranlarının arttığı belirtilmektedir (9, 10). Yetersiz SOY' un, diyabetik bireylerde daha zayıf glisemik kontrole ve daha yüksek düzeyde retinopatiye yol açtığı, astımlı hastalarda ise inhaler kullanımını etkilediği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (11-16).

SOY düzeylerinin; bireye ve topluma artıları ve eksileri birçok örnekle anlatılabilir. Dünyada ve özellikle de ülkemizde SOY ile ilgili en önemli sorunların başında konuyla ilgili toplumun geneline ya da özel gruplara yönelik çalışmaların eksikliğinden bahsedilebilir. İkinci önemli husus ise yapılan çalışmalarda seçilen ölçeklerin, çalışma yapılan toplumun sağlık sistemine, kültürüne ve alt yapısına uygun olup olmadığı konusudur.

Ülkemizde son yıllarda yapılan çalışmalar SOY bakış açısını değiştirmiştir. Sağlık Bakanlığının (SB) yaptığı çalışmayla "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-Türkçe Uyarlaması" (ASOY-TR) ile uygun ölçek tasarlanması, "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı" çalışması gibi geniş kapsamlı yapılan çalışmalar ülkemizde SOY yönelik pozitif ilerlemelerdir.

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bakılmaksızın, SOY düzeyinin tüm dünyada düşük olduğu görülmektedir. "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında; katılımcıların %47.6'sı yetersiz ve sorunlu grupta yer almıştır (17). Ülkemizde yapılan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında %64.6'sı yetersiz ve sorunlu SOY düzeyindedir (18).

SOY, bireylerin genel okuryazarlık düzeyleri ile ilişkili olsa da, karmaşık sağlık sistemi, sağlık çalışanlarının kullandığı tıbbi kelimeler, yeni sağlık kavramları gibi faktörler ve

SOY yeterli düzeyde olan bireylerin bile sağlık sorunlarıyla karşılaşmaları durumunda bu faktörlerin SOY olumsuz etkilediği belirtilmektedir (19). Bireyler benzer öğrenim düzeyine sahip olsalar da okuma, yazma, anlama ve hesaplama becerileri farklı olabilmektedir. Sağlıkla ilgili konularda bireyi değerlendirirken öğrenim durumunun değer, SOY düzeyinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (20).

Akademisyenler; temel görevi eğitimcilik olan, bunun yanında araştırma yaparak ve yayın haline getirerek bilimin ilerlemesine katkıda bulunan ve seminerler, köşe yazıları, radyo ve televizyon programları aracılığıyla uzmanlık alanlarında bilgilendirme yaparak toplumun gelişimine katkı sağlamaktadırlar (21, 22). Akademisyenlerde okuryazarlık düzeyine paralel olarak, SOY düzeyinin yüksek olması beklenen bir durumdur. Düşük SOY, akademisyenlerin sağlıkla ilgili mesajları gerek öğrencilere gerekse de topluma aktarılmasında sorun yaratabileceği gibi ayrıca da kendi sağlığını geliştirme ve tıbbi sorunlarının çözümüne de engel oluşturabilir.

Araştırmanın amacı:

Erciyes Üniversitesi sağlık dışı okullarda görev yapan akademisyenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OKURYAZARLIK

“Okuma ve yazma” yazı sembollerini kullanmak ve yine aynı yazı sembolleriyle oluşturulan anlamı çözmektir (23). Okuryazarlık; değişik kapsamdaki yazılı ve basılı materyalleri kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve işlem yapma yeteneğidir (24). Bireyin bilgi ve potansiyelini geliştirmede, amaçlarına ulaşmada, sosyal ve iş yaşamındaki fonksiyonlarını sürdürmede, problemlerini çözmede yeterli düzeyde okuma, yazma, konuşma, bilgiyi işleme yeteneği okuryazarlık olarak tanımlanmaktadır (25).

Okuryazarlık, başlangıçtaki kavram çerçevesi okuma ve yazma eylemi ile sınırlıyken, değişen hayat şartları, hızla ilerleyen iletişim teknolojileri ve kentleşme gibi faktörlerden dolayı bir değişim sürecindedir (26). Toplumun beklentileri ve değerleri her dönemde farklı bir özellik göstermekte ve çağın özelliklerine göre toplumsal kabul ve anlamlar değişmektedir. Dolayısıyla da okuryazarlık, bulunduğu dönemin gerektirdiği bir beceri olarak kavramlaşmaktadır (27).

Okuryazarlık kişinin toplumdaki başarısının (okul başarısı, mesleki başarı, hayat başarısı) bir göstergesi olduğu kadar, toplumlarının gelişmişlik durumunu gösteren en önemli ölçütlerinden biridir (26).

Okur-yazar olmayan nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı yıllar itibarıyla azalış göstermektedir. Ülkemizde 1935 yılında okuryazar olmayan erkeklerin oranı %70.7, kadınların oranı %90.2 iken, 2011 yılında okuryazar olmayan erkeklerin oranı %1.7, kadınların oranı ise %7.8'e düşmüştür. 2011 yılında okuryazar olmayan her 100 kadına karşılık 21 erkek okuryazar değildir (28). 2014 yılında okuryazar olmayan erkeklerin oranı %1.3'e kadınlarda ise %6.4'e düşmüştür (29). 2013 TNSA`ya göre erkek nüfusun ortalama eğitim süresi 6.9 yıl, kadınlarda ortalama eğitim süresi 4.7 yıldır (30).

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) 2017 verilerine göre dünyada 277 milyonu erkek, 473 milyonu kadın olmak üzere toplamda 750 milyon yetişkin temel okuma yazma becerilerinden yoksundur. Yetişkin okuryazarlık oranı toplamda %86.0`dır (erkeklerde %90.0, kadınlarda %83.0`dır). Okuryazarlık oranı son yıllarda artış göstermekle birlikte özellikle kadınlarda istenilen düzeyde değildir. Okuryazar olmayan her üç yetişkinden ikisini (%63.6) kadınlar oluşturmaktadır. En düşük okuryazarlık düzeyi Sahra altı Afrika, Güney Asya`dadır. Afganistan, Benin, Burkina Faso, Orta Afrika Cumhuriyeti, Çad, Komorlar, Fildişi Sahilleri, Etiyopya, Gambiya, Gine, Gine-Bissau, Haiti, Irak, Liberya, Mali, Moritanya, Sierra Leone, Senegal, Güney Sudan, Nijer`in bulunduğu 20 ülkede okuryazarlık oranı %50.0`nin altındadır. Orta Asya, Avrupa, Kuzey Amerika, Doğu ve Güneydoğu Asya ülkelerinde ise yetişkin okuryazarlığı %100.0`e yakındır (31). Okuryazarlığın temelinde yaşam boyu öğrenme vardır. Böylelikle de bireylere yeni fırsatlara erişmesini ve yeni yollarla topluma katılmasını olanaklı kılmaktadır (24). Ayrıca okuryazarlık; toplumdaki bilgileri, becerileri ve sosyal normları anlama, birbiriyle paylaşma, yorumlayabilme ve sonraki nesillere aktarma aracıdır (23) Okuryazarlık çok boyutlu olup bilişsel olduğu kadar, sosyal açıdan da yeterlilik gerektirir. Yeterlilik, sağlık bakımında etkin bir şekilde işleve sahip olunması anlamına gelmektedir (9).

2.1.1. Okuryazarlıkta Yeterliliğin Boyutları

Literatürde, SOY açısından önem taşıyan okuryazarlık için yeterliliğin altı boyutu tanımlanmıştır.

1. Operasyonel
2. İnteraktif
3. Otonomi
4. Bilgisel
5. İçeriksel
6. Kültürel

1. Operasyonel Yeterlilik: Dilin yeterli düzeyde kullanımı için araçların, prosedürlerin ve tekniklerin okuma ve yazma gibi bir dizi bağlamda yeterince kullanılmasıdır (9, 32). Temel sağlık ihtiyaçlarını etkili karşılamak için gerekli olan fonksiyonel becerileri ve stratejileri ima eder (33). Bu beceriler; onam formları, ilaç etiketleri ve diğer sağlık bakım bilgilerinin okunmasını, sağlık profesyonelleri tarafından verilen yazılı ve sözlü

bilgilerin anlaşılmasını, ilaç ve randevu kartında belirtilen yönergelerde önerilen şekilde davranmayı içerir (9, 34).

2. İnteraktif Yeterlilik: Bireyin öz-yönetim yoluyla bireysel iyileşme ve gelişim için başkaları ile işbirliği içerisinde olmasıdır (9). Sağlık müdahaleleri çıktılarındaki düzelme sağlık profesyonelleri bireyler ve bireylerin aileleri arasındaki ortaklıklara bağlıdır (35). Öz yönetim, sağlığın geliştirilmesi için birey tarafından alınan kararları ve eylemleri kapsar (9). Daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerilerini, sosyal becerilerle birlikte, bilgiyi elde etme ve günlük aktivitelere katılımda aktif olarak kullanılabilme, farklı iletişim formlarından anlam çıkarma ve yeni bilgileri değişen koşullara uygulayabilmeyi içerir (33).

3. Otonomi Yeterliliği: Sağlık bilgisinin geçerliliğini ve otoritesini belirleme yeteneğidir (9). Sağlıkla ilgili kararlarda bireyin etkili bir şekilde sorumluluk almasını amaçlayan öz farkındalıktır (35). Bireyin kendi sağlığı üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için kendi sağlığı için önerilen bilgiyi analiz etme ve yönetmedeki kişisel bilgi ve becerilerinin düzeyini ifade etmektedir (9).

4. Bilgisel Yeterlilik: Sağlık bilgisinin geçerliliğini ve otoritesini belirleme yeteneğidir (9). Tıpta aktif bir araştırma sahası olan otorite ve geçerlilik kavramları, sağlık bilgisi için kritik birer kavramdır (36). Bilgisel yeterlilik; sağlık bilgisi ihtiyacı konusunda farkındalığı, olası güncel bilgi kaynaklarını tanımlama, ilgili bilgiyi elde etme ve kullanma stratejilerini, bilginin kalitesini ve özel durumlarda uygunluğunu değerlendirme becerisini, analiz etme, anlama ve sağlık ile ilgili kararlarda bu bilgiyi kullanma yeterliliğini gerektirir (37).

5. İçeriksel Yeterlilik: Çevre konusunda uzmanlıktır. Sağlık bakım ortamında bireylerin rahat olması istenen bir durum iken bazı bireyler rahat değildir. Bireylerin bilinen bir ortam içerisinde birbirleriyle etkileşimde bulunarak bilgiyi yorumladıkları ve böylece de öğrenmenin daha iyi gerçekleşeceği gösterilmektedir (9).

6. Kültürel Yeterlilik: Sosyal, sistem uygulamalarının anlamını yorumlama yeteneğidir (32). Kültür kelimesi, düşünce, iletişim, eylemler, âdetler, inançlar, değerler ve kurumlar, etnik, dinsel, ırksal ya da sosyal grubu içeren insan davranış örüntüsünün entegrasyonunu ima etmesi nedeniyle kullanılmaktadır. Bu bireysel beceriler, sağlık bilgisi için harekete geçmek ve yorumlamak için sosyal kimliğinin ve ortak inanç, gelenek, dünya görüşünün kullanılması ve farkına varılması için gereklidir (9).

2.1.2. Okuryazarlık Türleri

Bireylerin toplumsal birikimlerden faydalanmaları, ilgili bilgiyi kullanmayı öğrenmeleri ve etkin değişimler yaratmaları okuryazarlıkla mümkündür. Burada bilginin özümsemesi kadar, edinilen bilgiler üzerine yeni okuryazarlık türlerinin yapılandırılması da büyük önem kazanmaktadır. Farklı işlevleriyle okuryazarlık kavramı çeşitlenmektedir (38).

Bilginin oluşturulması, değişik ortamlarda sunumu ve bilgi teknolojileri üzerine yapılandırılan teknolojik devrim, sağlık da dahil olmak üzere çoklu ve yeni okuryazarlık türlerini ortaya çıkarmıştır. Çoklu zeka uygulamaları, farklılaşma istekleri, disiplinler arası bakış, kültürel yapı ve değişen toplum gereksinimleri okuryazarlık çeşitliliğini artırmakla kalmamış, okuryazarlık yeterlikleri konusunda yeni beklentiler doğurmuştur (38-40). İletişim teknolojilerinin gelişimine paralel olarak özel bir konu ya da alan hakkındaki bilgisini tanımlamak amacıyla da yeni okuryazarlık türlerini ortaya çıkarmıştır. Görsel okuryazarlık, medya okuryazarlığı, sinema okuryazarlığı, televizyon okuryazarlığı, bilgisayar okuryazarlığı, besin okuryazarlığı, finansal okuryazarlık, bilim ve sağlık okuryazarlığından bahsedilebilir. (41-44).

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında sağlık eğitiminin; sağlık sistemini, kitle iletişimini ve eğitim sistemini etkileyen bir sosyal politika sorunu olarak sağlık eğitimi kongresinde ele alınmıştır. SOY tanımına 1990`lı yılların sonuna kadar rastlanmazken, 2000`li yılların başıyla SOY olan ilgi nedeniyle bu kavramın tanımı ve SOY düzeyinin ölçümü artış göstermiş ve literatürde yer almaya başlamıştır. (9, 45, 46).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık ve okuma-yazma alanlarında kişileri bir araya getiren yeni bir kavramdır (33). Bu yeni kavram; kişilerin sağlıkla ilgili bilgiyi okuma ve anlama becerisi olarak tanımlanmıştır (47).

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre SOY, “Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlanabileceği gibi (48). DSÖ`nün bir başka SOY tanımı da şu şekildedir; “kişisel yaşam tarzını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması” anlamına gelir (48).

SOY, bireylerin doğru sağlık kararları verebilmesi için temel sağlık bilgilerine ulaşma, anlama, uygun sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma kapasitesidir. Reçete edilen ilaç talimatlarını, randevu kartlarını, tıbbi eğitim broşürlerini, hekimlerin açıklamalarını ve onam formlarını anlama ve karmaşık sağlık sistemleri ile baş edebilme yeteneğini içeren SOY giderek artan bir şekilde sağlık durumu ve sonuçları için önemli olduğu kabul edilmektedir (33, 48, 49).

Amerikan Tıp Enstitüsü Sağlık Okuryazarlığı Komitesinin 2004 yılında yayımladığı raporda SOY: “sağlığı ile ilgili uygun bireysel karar vermek için gerekli sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi” olarak tanımlamaktadır (6). Sosyal ve bireysel faktörlerin paylaşılan bir fonksiyonudur, bireysel ve sağlık kapsamındaki etkileşiminden dolayı etkisi artmaktadır (6, 50).

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

SOY düzeyinin; sosyal statüsünü düşük olarak belirtenlerde, gelir ve öğrenim düzeyi düşük olanlarda, sağlık durumunu kötü olarak algılayanlarda, sağlık problemi nedeniyle aktivite sınırlaması olanlarda, yaşlılarda, azınlıklarda ve yaşadığı ülkenin dilini iyi kullanamayanlarda daha düşük olduğu belirtilmektedir (6, 51). Pasaasce-Orlow ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede, düşük SOY düzeyinin öğrenim düzeyi, yaş, etnik köken ve gelir düzeyi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (52) .

SOY; hastalar ile sağlık profesyonellerinin iletişim becerileri, sağlık konularında mesleki bilgi, kaynaklara erişim, eğitim, dil, kültür, yaş, inanç, kamu sağlık sistemi ve sağlık hizmeti talebi gibi bazı bireysel ve sistematik faktörlere bağlıdır (53).

SOY, hastalar ve sağlık profesyonelleri arasındaki bilgi açısından asimetrik bir iletişime dayanır. Bu iletişimde hastaların SOY düşük seviyede olması kadar; sağlık profesyonellerinin yüksek SOY ile ifade biçimleri de SOY`u etkiler. SOY, sadece yazılan ya da söylenilen tıbbi terimlere aşina olmayı değil, aynı zamanda bu terimleri anlaşılır kılacak şekilde ifade etme yeteneğini de içerir. Bununla beraber, iletişim sürecinin nasıl bir ortamda ve bağlamda gerçekleştiği de sürece etki eden faktörlerden biridir. Ayrıca sağlık hizmetlerine ulaşım ve hizmetlerin sunum biçimleri SOY`u etkilemektedir (54).

Baker ve arkadaşları, SOY`u sağlık bakımı çerçevesinde işlevsel bir yetenek olarak kabul ettiklerinden, bireysel ve sağlık bakım sistemi ile ilişkilendirmektedir. Bu açıdan, SOY dinamik bir durumdur ve sağlık problemine, sağlık kuruluşu ve sağlık sistemine

bağlı olarak değişebilir (55). Nielsen-Bohlman ve arkadaşları, sağlık bilgisinin SOY` un bir parçası olduğunu kabul etmektedir (6).

SOY, bireyin kültürel alt yapısına bağlıdır. "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında sağlık okuryazarlığı yönünden ülkeler arasında farklılık olduğu gibi ülke içinde de bazı grupların dezavantajlı olduğu görülmüştür (17). Amerika Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması'na göre ortalama okuryazarlık skorları etnik guruplar arasında farklılık göstermiştir. Ayrıca bilgi edinme kaynakları açısından da etnik guruplar arasında farklılık bulunmuştur (56). Birey, sağlık profesyonellerinin verdiği bilgi ve önerileri, kendi kültürel birikimine göre değerlendirdiğinden, sağlık okuryazarlığında kültürün etkisi göz önünde bulundurulmalıdır (54).

Tokuda ve arkadaşları tarafından SOY, fiziksel ve psikolojik iyilik hali arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada; fiziksel ve psikolojik sağlığın kötü olması ile düşük okuryazarlık düzeyi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (10).

2.2.2. Halk Sağlığı Yaklaşımıyla Sağlık Okuryazarlığı ve Önemi

Halk sağlığı okuryazarlığı; bireysel SOY`un bir bütünleyicisi ve sonuçlarıyla toplumun halk sağlığı mesajlarını anlama, sağlık bakımı konularında sivil hareketlere katılma ve değerlendirme becerilerini içerir (57).

Bir hastalık veya sağlık probleminin halk sağlığı problemi olarak kabul edilebilmesi için bazı kriterleri sağlaması beklenir. Bu kriterler şu şekilde sıralanabilir; sorunun toplumdaki birçok bireyi etkilemesi ve gelecekte de etkilemeye devam etmesi, bunun yanında herkesi aynı derecede etkilememesi, bazı dezavantajlı grupları daha fazla etkilemesidir. Bu etkilenmeyle mortalite, morbidite, yaşam kalitesi ve maliyet açısından bir yük oluşturması ve en önemlisi de sorunun önlenabilir olması ve sorunla ilgili olarak önleyici stratejiler geliştirilebilir olmasına rağmen bu konuda yapılan önleyici çalışmaların henüz yetersiz olması söylenebilir (58, 59).

SOY toplumun önemli bir bölümünü etkilediği, dezavantajlı grupların daha fazla etkilendiği, önlenabilir bir problem olduğu ve bu konuda bireylerin, sağlık çalışanlarının, sağlık yöneticilerinin, siyasilerin yapabilecekleri çalışmalar olduğu literatürde yoğun bir şekilde yer almaktadır (60).

SOY çok sayıda bireyi etkilemektedir. Yetersiz okuryazarlık becerilerinin yalnızca gelişmekte olan ülkelerde değil gelişmiş ülkelerde de büyük ölçüde yaygın olduğu belirtilmektedir (6). Amerika'da yetişkinlerin %50.0'ı, İngiltere'de 15 milyon (61), Türkiye'de 35 milyon (18) yetişkin temel düzeyde sağlık okuryazar değildir.

Fonksiyonel okuryazarlık becerilerindeki yetersizlik oranının ülkelere göre %7-47 arasında değiştiği gösterilmektedir (62).

Sağlık okuryazarlığındaki yetersizlik, olumsuz sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. SOY yetersiz bireyler kendi sağlıkları ile ilgili doğru karar alma, bilgi edinme, hizmetlerden yararlanma, hastalık yönetimi gibi konularda sorun yaşamaktadır (6). SOY düşük olan bireylerde kötü sağlık sonuçlarına bağlı olarak mortalite riskinin arttığı saptanmıştır (63). Yetersiz SOY ile artmış mortalite oranları arasında kesin bir ilişki olduğu gösterilmiştir (64). Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da yetersiz SOY olan bireylerde yanlış ilaç kullanımı, hastalık ve tedavi sürecini anlamada yetersizlik olduğu belirtilmiştir (65, 66). Yapılan bir sistematik inceleme çalışmasında bireylerin ilaç talimatlarını, onam formlarını, tıbbi terimleri okumakta zorlandığı, bunun nedenin ise çok fazla tıbbi terim kullanılması olduğu, bireylerinde anlamadıkları konuları sıklıkla sormaktan çekindikleri belirtilmiştir (67). Düşük SOY düzeyi, bireyin kendi sağlığını etkili bir biçimde yönetememesi, sağlık hizmetlerine ulaşamaması, sağlık bilgisini anlayamaması ve bu nedenle doğru sağlık kararlarını alamamasını ifade eder. SOY'un geliştirilmesi sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir araçtır (64).

Bu durum özellikle öz denetimin gerektiği ilaç kullanımı, kronik hastalık yönetimi gibi durumlarda sorunlara yol açabilmektedir. Üstelik SOY'daki yetersizlik, kronik hastalık oranlarında artışa neden olmaktadır. Küresel hastalık yükünün %47.0'sini oluşturan kronik hastalıkların öz yönetiminde SOY önemli rol oynamaktadır. Sınırlı SOY, toplam sağlık bakımına yıllık %3-5 oranında ek maliyet getirmektedir (64).

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri

SOY bilişsel, kişilerarası ve sosyal becerilerin farklı düzeylerine doğru giden bir yol izler.

Nutbeam'a göre, SOY üç düzeyde ele alınmaktadır:

1. Temel/fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: Bireylerin temel okuma yazma düzeylerini göstermektedir. Bireylerin okuma ve yazmadaki yeterli temel becerilerini günlük durumlarda etkin olarak kullanabilme olarak tanımlanır. Bu tanım SOY'un en genel ifadesi ile örtüşür.

Sağlık riskleri ve sağlık sisteminin nasıl kullanılacağı hakkında somut bilgi iletişimine dayanan geleneksel sağlık eğitiminin çıktılarını yansıtır. Sağlık riskleri, sağlık hedefleri ve öngörülen eylemlere uyum hakkında bilgi gelişimine yönelik sınırlı hedefler içerir. Broşürlerin üretimi, geleneksel hasta eğitimi, onam formlarını, ilaç etiketlerini, ilave

sayfaları ve diğer sağlık bakım bilgilerini okuma, sağlık çalışanı tarafından verilen yazılı ve sözlü bilgileri anlama, ilaç ve randevu programları gibi gerekli prosedür ve talimatlara göre hareket etme gibi becerileri kapsar. Genelde bireysel kazanç ile sonuçlanan bu tür faaliyetlerle, aynı zamanda tarama ve bağışıklama gibi koruyucu sağlık hizmetlerine katılımın artırılmasıyla toplum yararına yönelik faydalar da sağlanabilir (33, 67-69).

2. İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı: İleri düzeyde bilişsel okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içermektedir. Daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerilerini, sosyal becerilerle birlikte, bilgiyi elde etme ve günlük aktivitelere katılımda aktif olarak kullanılabilmek, farklı iletişim formlarından anlam çıkarma ve yeni bilgileri değişen koşullara uygulayabilme düzeyidir (33).

Destekleyici bir ortamda kişisel becerilerin geliştirilmesi üzerine odaklanır. Özellikle alınan önerilerden hareketle özgüven ve motivasyonun gelişimi ve bilgilerden bağımsız bir şekilde kişisel kapasitenin gelişimi için eğitimin yönlendirilmesini kapsar. Bu eylem biçiminin örnekleri kişisel ve sosyal becerilerin geliştirilmesine ve davranışsal sonuçlarına yönelik birçok okul sağlığı eğitim programlarında bulunabilir. İletişimsel/interaktif SOY olan bir kişi, yaklaşmakta olan ameliyat öncesi hazırlık gerektiren (belirli bir zamanda ilaç alma, ağızdan gıda almama durumuna başlama ve sürdürme) bir operasyon için verilen açıklamaları anlayabilir (33, 68).

3. Eleştirel sağlık okuryazarlığı: Sağlıkla ilgili bilginin kritik olarak analiz edilmesinde ve sağlık kararlarının verilmesinde kullanılacak ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri içermektedir. Yaşam olayları üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için bu bilgiyi kullanmayı, sağlığın sosyal belirleyicilerine hitap eden bireysel ve toplu eylemleri içerir. Eleştirel SOY, hem bireysel eylemleri, hem de etkin sosyal ve politik eylemleri desteklemeye yönelik bilişsel ve beceri geliştirme sonuçlarını yansıtmaktadır (33).

Kendi sağlığı ve toplum sağlığı ile ilgili sağlık risklerini, sağlık sorunlarını tanımlayıp analiz etme (örneğin; çocuklar için güvenli oyun alanı, temiz gıda ve su temini), çözüm için politika geliştirme süreçlerine katılma, medyada çıkan sağlık haberlerini yorumlama becerilerini içerir (6, 33). Sağlık okuryazarlığının bu çeşidinde, bireysel kazanımların yanında toplumsal kazançta sağlanır (33).

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri

SOY; sağlık bakım sistemindeki işlevleri yerine getirmek için zorunlu olan sosyal, kişisel ve bilişsel beceriler ile birlikte, okuma, kritik düşünmenin bir parçası olan sıralandırma, problem çözme, karar verme, bilgi arama ve iletişime geçme becerilerinin gerekliliğinden ortaya çıkmaktadır. SOY; okuryazarlık düzeyinin sağlık bilgisini ve hizmetlerini harekete geçirme yeteneği ile sağlık üzerindeki kontrolünü nasıl etkilediğini ortaya koyar (70).

SOY konusuna ilginin artmasıyla, değerlendirmede kullanılmak üzere birçok ölçeğin geliştirildiği ve üzerinde birçok araştırmanın yapıldığı bir alan oluşturmıştır. SOY kavramsal yapısını açıklamak üzere araştırmacılar tarafından çeşitli modeller geliştirilmiştir (71).

Baker'in geliştirdiği modelde, SOY bireylerin yeteneklerinin bir ürünü olup ve sağlık sistemi tarafından verilen sağlık mesajlarına talepleri ifade etmektedir. Bu modelde, bireylerin etkin biçimde sağlık bilgisini kullanabilmesi için sağlık sektörü, garanti vererek sorumluluğu paylaşır. Baker modeli, hastaların bakımı için doğru stratejileri belirleme ve iletişim kurma sorumluluğuna sahip olan sağlık sisteminde, SOY'un ölçümünde "düşük SOY sorununu ele almada sağlık sisteminin rolü nedir?" sorusunu vurgulamaktadır. Erişkinlere kendi sağlık bakımları hakkında karar vermesi için gerekli olan özel sağlık bilgisini öğretmelidir. Sistem, yazılı ve sözlü sağlık iletişimini yalın hale getirmeli, SOY taleplerini azaltmak için yeniden yapılandırılmış olmalıdır. Bu şekilde sağlık sistemi, bireyleri sağlıklı bir yaşam için sağlık risklerinden nasıl korunabileceğini kolaylaştıracak şekilde yönlendirebilir (72).

Nutbeam'ın SOY modelindeki "klinik risk" yaklaşımı SOY düzeyi düşük bireyleri tanımlamayı ve bu konuda iyileştirici girişimlerde bulunmayı önerir. Sağlık çalışanları, bireylerin SOY düzeyinin farkına vararak onların sağlığını geliştirmede etkin rol alabilirler. Düşük düzey SOY'u düşündüren, hastanın kendisine verilen formları dolduramaması, ilaç tedavisini tamamlamaması, ilaçlarını yanlış kullanması, randevularına gelmemesi gibi bazı ipuçları; sağlık çalışanlarına, bireylerin SOY düzeyini tespit etmede yardımcı olabilir (73). Bu modelde gelişmiş SOY elde etmek için bireyin yeteneği ile etkileşim gösterecek dört temel beceri ve süreç tanımlanmıştır. Bu beceri ve süreçler;

- Toplumsal örgütlenme ve savunuculuk becerileri,
- Uzlaşma ve öz-yönetim becerileri,

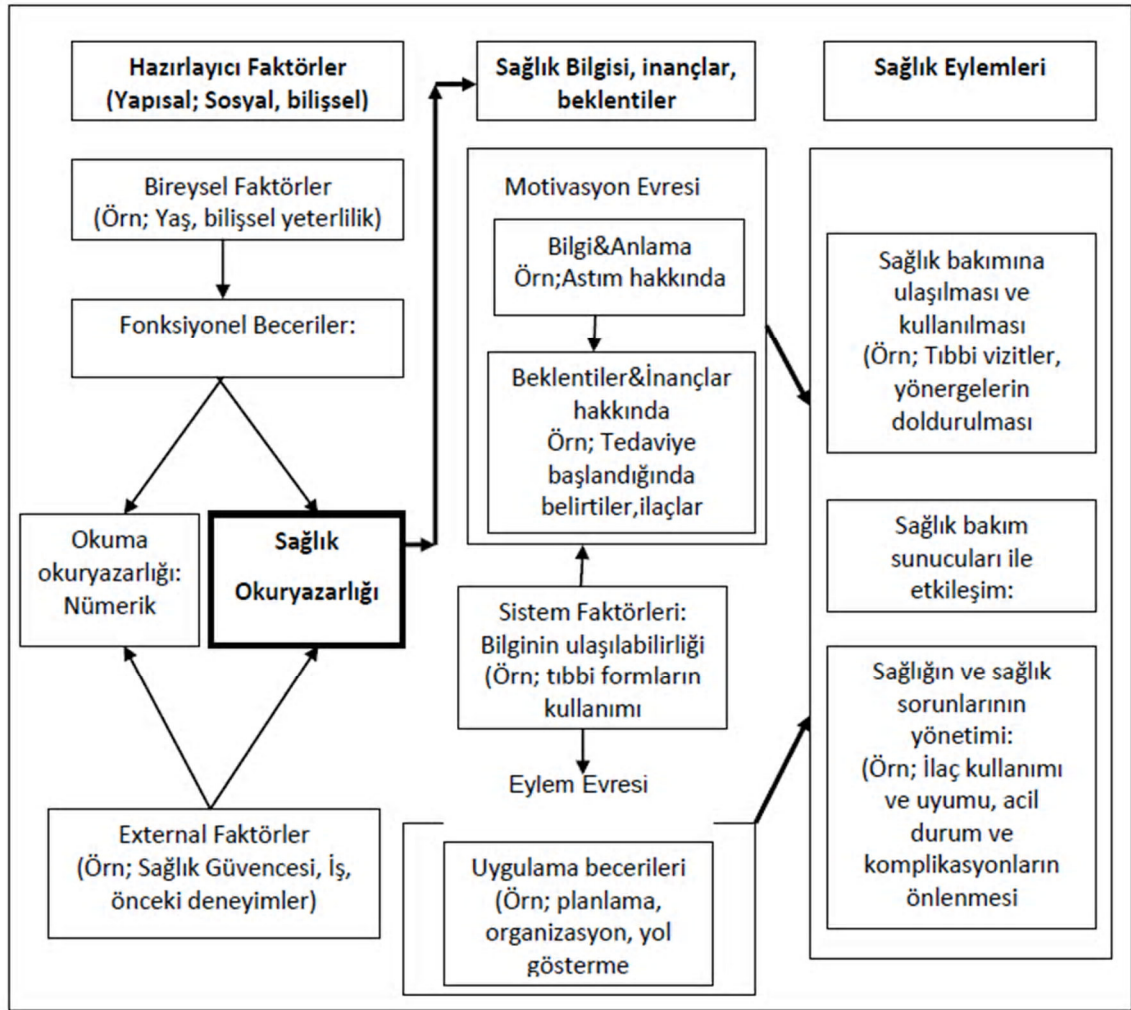
- Sağlık için sosyal eylemlere ilgi
- Değişen sosyal normlara ve uygulamalara katılımdır (73).

Ishikawa ve Yano tarafından geliştirilen model; sağlık bakım süreçlerine katılımın SOY`u nasıl etkilediğini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Modelde bireyin SOY düzeyi (fonksiyonel, interaktif, kritik) bireyin sağlık hizmetlerine ulaşma, sağlığı geliştirici bilgileri anlama ve kullanma yeteneğini belirler. Birey herhangi bir sağlık sorunun yaşadığında yeterli düzeyde SOY`un olması, sağlık sorunun anlamasına yardım edecek, çeşitli kaynaklardan bilgi edinecek, bilgilenip karar alma sürecine katılacak, tedaviye daha iyi bir uyum süreci yaşayacak ve sonuç olarak öz yönetim geliştirecektir (14).

Şekil 1`de gösterilen Shone ve arkadaşları tarafından adapte edilen ve Von Wagner ve arkadaşları tarafından geliştirilen SOY ve sağlık eyleminin kavramsal yapısı incelendiğinde; sağlık eylem belirleyicileri;

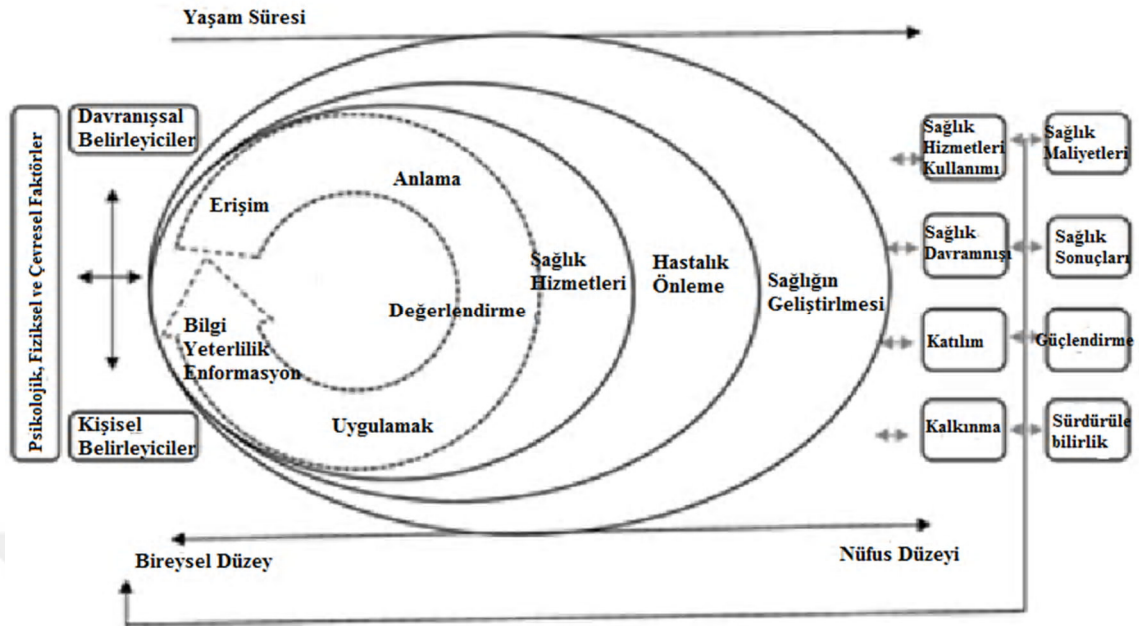
- Sistemlere erişim ve kullanımı
- Sağlık bakım sunucuları ile etkileşim
- Hastalık yönetimi olmak üzere üç kategoride ele alınmıştır.

Bu eylemlere ulaşmada sosyal ve bilişsel faktörlerin hazırlayıcı faktörlerden olduğu, bireysel faktörlerin ve buna bağlı olarak fonksiyonel becerilerin, sağlık güvencesi, iş ve deneyimlerin okuma okuryazarlığını ve SOY`u etkilediği belirtilmektedir. Bu hazırlayıcı faktörlerden SOY sağlık bilgisi, inançlar ve beklentilerle direk ilişkili olduğu görülmektedir. Sağlık bilgisi, inanç ve beklentiler, hastalık konusunda bilgi ve anlamayı etkilemektedir. Bilginin ulaşılabilirliği, tedavi süreçlerini aynı zamanda eylem evresinde planlama, organizasyon ve girişimleri etkileyebilmektedir. Temelde SOY, hastalık ve süreçlerle ilgili bilginin sağlanmasını, bireyin sistemlere erişimini ve kullanımını, sağlık çalışanları ile etkileşimini ve hastalık yönetimi konusunda istendik çıktıların elde edilmesini kolaylaştıracaktır (74).



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Eyleminin Kavramsal Yapısı

Sorensen ve arkadaşları tarafından SOY'un kavramsal boyutları belirlenerek bir model çerçeve çizilmiştir (4) (Şekil 2). Bu modelde; sağlık süreçlerinde hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi ve sağlık hizmet sunumu olarak üç ve bilgiyi işleme süreçlerinde; bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi uygulama olarak 4 alanı bulunmaktadır. Sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi alanlarında ve sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma süreçlerindeki (3x4) 12 hücreli matriks oluşturulmuştur. Matriksteki her hücreden biri, SOY'un alt boyutuna dayalı bir teori olarak yorumlanır (4).



Şekil 2 Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Bireylerin SOY ve sağlıkla ilgili yazılı materyalleri yorumlama yeteneğinin ve sağlık bakım terimleri konusunda bireyin farkındalığının değerlendirilmesi için birçok bilişsel okuma değerlendirme aracı kullanılabilmektedir (13). Günümüzde SOY kavramı geniş bir anlama sahip olup, bunun ölçülebilmesi için uzmanlar yeni, uygun, güvenilir ve daha pratik ölçüm yöntemleri üzerinde tartışmaktadırlar (6). Ancak, SOY'u ölçmek için "altın bir standart" yoktur. SOY seviyelerinin değerlendirilmesi hasta bilgisi üzerine odaklanmaktadır (75).

Karmaşık ve çok yönlü bir yapıda olan SOY'un değerlendirilmesi amacıyla araştırmacılar çeşitli araçlar geliştirmiştir. Tıp Enstitüsü Uzman Paneli SOY dört kategoriye ayırmıştır. Bu kategoriler (6):

- Kültürel ve kavramsal bilgi
- Konuşma ve dinleme becerilerini içeren sözlü okuryazarlık
- Yazma ve okuma becerilerini içeren yazılı okuryazarlık
- İşlemsel becerilerdir.

SOY sadece bireylerin kapasitesi olarak kabul edilmesi durumunda, bireyin okuma yeteneğinin ve kelime bilgisinin ölçülmesi uygundur. Diğer yandan, SOY bireylerin iletişim kapasiteleri ile sağlık sistemi arasındaki ilişki olarak kabul edilirse, sadece bireysel kapasitelerin ölçülmesi yeterli olmayabilir. Eğer bilgi SOY'un bir parçası ise her ikisinin de ölçülmesi zorunludur (6).

Tıp Enstitüsünün ayırdığı dört kategoriye göre SOY'un incelenmesi için geliştirilen ve yaygın olarak kullanılan değerlendirme araçları aşağıda verilmiştir (6, 76):

- **TOFHLA**→ Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults)
- **REALM**→ Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)
- **HALS**→ Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Skalası (Health Activities Literacy Scale)
- **NVS**→ En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği (The Newest Vital Sign)
- **HLS-EU**→ Sağlık Okuryazarlığı Anketi – Avrupa Birliği (Health Literacy Survey – European Union)
- **NAAL**→ Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması Ulusal Değerlendirmesi (National Assessment of Adult Literacy Survey)
- **CHC**→ Kritik Sağlık Yeterlilik Testi (Critical Health Competence Test)
- **HeLMS**→ Sağlık Okuryazarlığı Yönetim Skalası (Health Literacy Management Scale)
- **HLQ**→ Sağlık Okuryazarlığı Anketi (Health Literacy Questionnaire)

2.2.6. Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA)

Bireyin sağlıkla ilgili yazıları ve sayısal bilgileri okuma ve anlama yeteneğini gösterir. İngilizce ve İspanyolca olarak kullanılabilen test iki bölümden oluşur. İlk bölüm katılımcılara bir etiket üzerindeki tıbbi talimatları ve bir tanı işlemi için yönergeleri sunmaktadır. Katılımcılar senaryoları gözden geçirerek sorulara yanıt vermektedir. Testin ikinci bölümünde, katılımcılar tıbbi konular hakkında verilen metin bölümleri okur, seçilen kelimeler ile boşluklu kısımları doldurur. Katılımcılar boşluklu kısımları çoktan seçmeli listedeki kelimeleri kullanarak doldurmak zorundadır. TOFHLA puanları 0-100 arasında değişmektedir. TOFHLA puanlamasına göre anketi cevaplayanların okuryazarlık düzeyi üç kategoriye ayrılır. 1) Yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-59 puan); 2) Düşük düzey sağlık okuryazarlığı (60-74 puan); 3) Yeterli sağlık okuryazarlığı (75-100 puan). TOFHLA'nın kısa versiyonu da mevcuttur. TOFHLA, SOY'un değerlendirilmesi için en sık kullanılan bir ölçektir ve psikometrik özellikleri oldukça iyidir. Fakat uygulama süresinin uzun olması (kısa versiyonu için 7-10 dakika, uzun versiyonu için 18-22 dakika) yoğun primer bakım ortamlarında kullanımını engellemektedir. Ayrıca Amerikan sağlık sistemine özgü sorular içermesi

ve sadece İngilizce ve İspanyolca versiyonlarının geçerlilik güvenirliğinin yapılmış olması en önemli dezavantajlarıdır (5).

2.2.7. Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM)

Birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran bireylerin SOY`u değerlendirmek için geliştirilmiştir. Uygulaması süresi ortalama 3-6 dakikadır. İngilizce ve İspanyolca olarak kullanılabilir (77). Telaffuzdaki zorluk sırasına göre hap, göz gibi basit tek heceli kelimeler ile başlayan antibiyotik, potasyum çok heceli kelimeler ile biten 66 tıbbi terimden oluşan bir kelime tanıma ve telaffuz testidir. Katılımcı listeyi aşağıya doğru sırasıyla okurken araştırmacı doğru telaffuz edilen kelimelerin sayısını puanlandırır. Her doğru kelime için “bir” puan verilir. Puanların toplamı eşdeğer okuma düzeylerine göre dört kategoriye karşılık gelir: 0–18 puan arası 3. dereceye eşit veya daha az; 19–44 puan arası 4.-6. dereceye eşit; 45-60 puan arası 7.-8.dereceye eşit ve 61-66 puan arası 9. dereceye eşittir. Hem klinik hem de toplumsal alanlarda SOY`un değerlendirilmesi için yararlı araçlar olmasına rağmen ne REALM ne de TOFHLA SOY yapısal karmaşıklığını yakalamak için uygun değildir. Her ikisi de sağlıkla ilgili terimleri ve metinleri kullanarak temel yazılı okuryazarlığı ölçer. TOFHLA rakamsal işlemleri de içerir. Ancak, SOY kelime tanıma, metin anlama ve matematiksel becerilerden daha fazlasını gerektirir. SOY ile ilişkilendirilen bilgi, beceri ve görev takımı sağlık sistemi ile sınırlı değildir. Tıp Enstitüsü tarafından tanımlanan çeşitli bağlamlarda faaliyetlerin geniş bir yelpazesini oluşturur, temel yazılı okuryazarlık ölçümleri ile değerlendirilemez (6).

2.2.8. Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Skalası (HALS)

HALS, sağlıkla ilgili beş alanda (sağlığın geliştirilmesi, sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımı ve sistem yönetimi) düz yazı, nicel ve sözel öğeler içerir. HALS testinin tamamlanması yaklaşık bir saati bulur ve likert tipindeki skala 0 - 500 arasında değerlendirilir. HALS SOY`un daha geniş bir alanda değerlendirilme fırsatını sunarken, uygulanma süresinin uzunluğu araştırmalarda kullanımını sınırlandırır (56, 69, 78).

2.2.9. En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği (NVS)

NVS ölçeği özellikle birinci basamak sağlık hizmeti verilen yerlerde düşük SOY düzeyini hızlı tarayabilen bir araçtır. Uygulanması ortalama 3 dakika sürmektedir. NVS testi hem metni okumayı hem de anlamayı test etmektedir. Katılımcılara bir besin etiketinin kopyası verilir ve altı soru sorulur. Bu sorulardan ilk dördü hesaplama ve

sayısal beceri, diğer iki soru etiketteki uygun bilgi parçasını bulma becerisine yöneliktir. Her doğru kelime için “bir” puan verilir. 0-1 arası puan çok kısıtlı/sınırlı SOY`u, 2-3 puan kısıtlı SOY`u, 4-6 puan ise yeterli SOY`u göstermektedir. Örneğin sorulardan biri şöyledir “Kaptaki tüm dondurmayı yerseniz kaç kalori almış olursunuz?” şeklindedir. Bu soruya doğru cevap vermek için katılımcı etiketteki bilgilerden tüm kapta dört porsiyon olduğunu, her bir porsiyonun 250 kalori içerdiğini fark etmeli ve sonra 1000 kalori olan doğru cevaba ulaşmak için 250`yi 4`ile çarpması gerektiğini anlamalıdır. Son iki soru sayısal beceri gerektirmez (79). NVS`nin SOY değerlendirilmesinde primer bakım ortamlarında zaman, maliyet ve klinik yararlar açısından fayda sağladığı belirtilmektedir (56, 69, 78).

2.2.10. Sağlık Okuryazarlığı Anketi – Avrupa Birliği (HLS-EU)

Yukarıda bahsedildiği gibi, SOY değerlendirilmesi için kullanılmakta olan birçok ölçek vardır. Bu ölçeklerin çoğunun Kuzey Amerika kaynaklı ve İngilizce olarak geçerlilik güvenilirliğinin yapıldığı ve yerel sağlık sistemlerinin özellikleri doğrultusunda hazırlandığı görülmüştür (80). Avrupa Birliğinde ise on yıl öncesine kadar SOY göz ardı edilmiştir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlık Anketi (HLS-EU); sağlık süreçlerinde üç (hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, sağlık hizmet sunumu) ve bilgiyi işleme süreçlerinde dört (erişim, anlama, değerlendirme, uygulama) alan üzerinden sağlık okuryazarlık düzeyini ölçen bir ankettir (17). 47 sorudan oluşan ankette, her biri 1 ile 4 arasında puanlanan bir ölçekte (1= çok zor, 2= zor, 3= kolay, 4= çok kolay) değerlendirilmiştir. Özel bir formülle hesaplanan puanlama sonucu katılımcılar en düşük sıfır, en yüksek 50 puan almaktadır. (0-25) puan yetersiz, (>25-33), sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42) yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50) mükemmel sağlık okuryazarlığı olmak üzere 4 kategoride toplanmıştır.

2.3. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Çıktıları

Bireylerin bilgi, anlayış ve uygulama kapasitelerini içerik açısından geliştirme çabaları sadece kişisel yaşam tarzlarını ya da sağlık hizmetlerini kullanma biçimlerini değiştirmeye yönelik olmamalıdır. Sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerinin farkındalığını artıran sağlık eğitimi, bu belirleyicilerin değişimine yol açarak bireysel ve toplu hareketlerin gelişimini yönlendirebilir (33).

Okuryazarlık düzeyi düşük bireyler, çalışma ortamlarındaki veya toplumdaki fonksiyonlarını yerine getirmede güçlüklerle karşılaştığı gibi aynı zamanda kendi

sağlığının yönetimi konusunda da sorun yaşamaktadır. Ayrıca bu bireyler sağlıkla ilgili bilgilere ve sağlık hizmetlerine ulaşmada sıkıntı çekmektedir (6, 8, 81).

Düşük okuryazarlık bireylerin sağlığını, kişisel, sosyal ve kültürel gelişimlerini sınırlamakla birlikte kendi sağlık okuryazarlıklarının gelişimine de doğrudan engel olabilir (69).

Yetersiz SOY boyutu; tıbbi kavramları okuma, dinlediğini anlama, analitik düşünme ve kararlar alma becerilerinin eksikliği ile ortaya konulmaktadır (49, 82, 83). DSÖ'ye göre, SOY'un boyutu sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde genişletilmelidir (84).

Bireylerin sağlığı üzerinde yetersiz SOY etkisini destekleyen kanıtların giderek arttığı belirtilmektedir. Bunlar;

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin düşük düzeyde kullanımı,
- Semptomatik dönemde sağlık bakımı arayışında gecikme,
- Bireyin tıbbi durumunu anlamasında yetersizlik,
- Tıbbi öneri/talimatlara bağlılıkta yetersizlik,
- Öz-bakım yetersizliği,
- Sağlık bakım maliyetlerinde yükselme ve mortalitede artış olarak gösterilmektedir (10).

SOY düzeyi düşük kişilerde yapılan kesitsel çalışmalarda, koruyucu sağlık hizmetleri daha az kullanılmaktadır (63, 85, 86). Düşük düzeyde okuryazarlığı olan bireylerin pap smear yaptıрма, mamografi çekirme veya influenzaya karşı aşılama gibi tarama ve önleme müdahaleleri ile ilgilenmeleri daha az olası iken ileri evre prostat ve meme kanseri ile karşılaşmaları daha fazla muhtemeldir (85, 87). Ayrıca bu kişilerde daha fazla sigara içme, gebeliği önleyici yöntemler hakkında daha az bilgiye sahip olma gibi sağlıksız davranışlar yaygın görülmektedir (88-90). SOY düzeyi düşük anneler bebeklerini daha kısa süre emzirmektedir (91).

Düşük SOY sahip bireylerin hastalıkla ilgili emarelerin çıktığı dönemde sağlık arama davranışında oldukları ve sağlık durumunun kötüleştiğini anlamada gecikme olduğu belirtilmiştir (9, 10).

SOY düşük olan kişilerin, sağlık algıları, fiziksel ve mental fonksiyonları da düşük olduğu, bilgi ve hizmetlere erişimde zorluklar yaşadıkları belirtilmektedir (49, 65, 92-94). Bu kişilerin, hastalıkları ve tedavileri hakkında daha az bilgiye, daha az kendi kendilerini tedavi etme becerisine, tedaviye daha az uyum sağladıkları ve daha fazla tıbbi ya da ilaç tedavisi hatası yaptıkları belirlenmiştir (95). SOY düşük hastalarda ilaç

kullanım talimatlarının izlenmesinin önemli bir sorun olduğu ve buna bağlı olarak ilaçların uygunsuz zamanlarda ve yanlış dozlarda kullanılabildiği vurgulanmaktadır (13, 53, 96).

Okuryazarlığı düşük olan hastaların ileri düzeydeki formları dolduramadıkları, formları doldurmak için yardım istemekten çekindikleri, sorulan soruları cevapsız bırakabildikleri ve anlamadıkları bir belgeyi imzalayabildikleri bildirilmektedir. SOY düşük olan hastaların, muayene işlemlerinden sonraki kontrole ne zaman geleceklerini ve bu süreci nasıl takip edeceklerini bilmedikleri vurgulanmaktadır (13).

Yetersiz SOY, yanlış ilaç uygulanması, evde yanlış bakıma, randevuların kaçırılması gibi durumlara neden olabilir ve bu da bireyin sağlık ve tedavi sonuçlarını olumsuz etkileyebilmektedir (68).

Kronik hastalıkların oluşumunda kişilerin sağlıkla ilgili davranışlarının önemi büyüktür. Sağlıklı beslenme, hareketli yaşam ve sigara içmemek gibi sağlıklı yaşam ilkelerine uygun davranılmaması çeşitli kronik hastalıkların gelişmesi bakımından risk oluşturmaktadır (97).

SOY kronik hastalıkların öz yönetiminde kritik bir rol oynar. Öz yönetim; daha iyi bir yaşam için bir veya daha fazla kronik hastalığın kontrol altına alınmasını gerektiren bireysel görevlerin tümünü içerir. Bu görevler tıbbi yönetim, rol yönetimi ve duygusal yönetim ile ilgilidir (6). Bu alanlardaki beceri eksiklikleri birçok hastanın etkin öz-yönetim yapmasını engellemektedir (64).

SOY düşük bireylerde kronik hastalık görülme oranı daha yüksek bulunmuştur (94). Amerika'da kronik, fiziksel veya ruhsal bir sağlık sorunu olan her dört kişiden üçünün sınırlı okuryazarlık kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir. Astım, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalığa sahip olan kişilerin okuma becerilerinin düşük olduğu ve okuma becerisi yüksek olan kişilerden daha az bilgiye sahip oldukları bulunmuştur (49). Tip 2 diyabeti olan hastalarda yetersiz glisemik kontrol, hastalık hakkında yetersiz bilgi ve diyabet komplikasyonlarının SOY ile ilişkisi gösterilmiştir (12, 98, 99). SOY düşük bireylerin kan şekeri test sonuçlarını daha az kaydettikleri belirtilmiştir (100).

SOY düşük olan hastaların poliklinik kullanma oranlarının düşük olduğu, ancak hastanede yatma sıklıklarının ve kalma sürelerinin uzun olduğu belirtilmektedir (13, 101). Acil servisleri kullanım oranlarının arttığının ve tedavilerini büyük ölçüde acil hizmetlerde sağladıkları da yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır (6, 102, 103).

SOY sorunu olan hastaların, yeterli SOY olan hastalara göre hastaneye yatma olasılıklarının daha fazla yüksek olduğu ve bu durumun sağlık bakım maliyetlerine ek yük getirdiği belirtilmektedir (13, 55, 101). Okuryazarlık düzeyi çok düşük olan kişilerin ortalama yıllık sağlık bakım maliyetlerinin genel nüfustan dört kat daha fazla olabileceği ifade edilmektedir (49). Yetersiz SOY Amerika'ya maliyetinin yıllık 106 ile 236 milyar dolar arasında gerçekleştiği belirtilmiştir (104).

Yetersiz SOY ile artmış mortalite oranları arasında kesin bir ilişki olduğunu göstermiştir (105). Amerika'da yapılan prospektif bir araştırma yetersiz SOY olan bireylerde mortalite riskinin artırdığını bulunmuştur (106).

Yetersiz SOY olan hastalar sağlık hizmetlerine erişimde ve kullanmada birçok engellerle karşı karşıya kalabilmektedir. Birçok hasta hekimlerin tıbbi durumlarını ifade ederken kullandıkları kelimeleri, kendilerinin anlayamayacağı bir biçimde açıkladıklarından dolayı sıkıntılar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumdaki hastalar sağlıkla ilgili formları dolduramadıklarını, formları doldurmak için yardım istemekten ve sağlık çalışanlarına durumları hakkındaki bilgiyi ya da talimatları tekrar etmelerini isteme konusunda çekindikleri belirtilmektedir (13).

Hastaların yetersiz SOY düzeyini düşüren davranışlar şu şekilde listelenmektedir:

- Sağlık çalışanlarından yardım istemek
- Hastaneye gelirken yanında okuyabilen birini getirmek
- Randevuların tutulamaması
- Bahaneler üretme ("gözlüklerimi unuttum.")
- İlaç kullanımında uyumsuzluk
- Önerilen müdahalelere yanlış uyum (örneğin; reflüde asidi azaltmak için değişiklik önerisinde yatağın başını yükseltmek)
- Karar vermeyi erteleme ("Talimatları evde alabilir miyim?" ya da "Ben bunu eve gittiğimde okuyacağım")
- Diğer kişileri izleme (Davranışları taklit etme) (13)

Hastalar sınırlı SOY nedeniyle, sağlık bilgilerini yeterince anlayamayabilirler. Bu gibi durumlarda bireye daha fazla bilgi yüklemek; hastaları güçlendirmek yerine, onların daha şaşkın ve güçsüz hissetmelerine neden olmaktadır. Dolayısıyla sağlık profesyoneli eğitim verilen bireyin, aktarılan bilgileri ne derece anladığını belirlemeli ve iletişime yön vermede anahtar rol oynamalıdır (107).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Evreni

1969 yılında Hacettepe Üniversitesi'ne bağlı olarak açılan Gevher Nesibe Tıp Fakültesi ve 1977 yılında kurulan Kayseri İşletme Fakültesi, Erciyes Üniversitesi'nin temelini oluşturarak, 1978 yılında Kayseri Üniversitesi adı altında kurulmuştur. Kayseri'deki diğer iki yükseköğretim kurumu olan ve 1967'de kurulan Kayseri Yüksek İslam Enstitüsü'nü İlahiyat Fakültesi olarak; 1977'de kurulan Kayseri Devlet Mimarlık ve Mühendislik Akademisi'ni Mühendislik Fakültesi olarak bünyesine alarak 1982 yılında Erciyes Üniversitesi adını almıştır. Üniversite adını; şehrin 15 km. güneybatısında yer alan 3916 metre yükseklikteki, Türkiye'nin en önemli kış ve kayak sporları merkezlerinden biri olan Erciyes Dağı'ndan almıştır.

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel türde bir araştırmadır. Bu araştırma 2016 yılında Erciyes Üniversitesi sağlık dışı okullarında (Diş Hekimliği, Eczacılık, Sağlık Bilimleri, Tıp ve Veteriner Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu haricinde) görev yapan Profesör Doktor (Prof. Dr.), Doçent Doktor (Doç. Dr.), Yardımcı Doçent Doktor (Yrd. Doç. Dr.), Öğretim Görevlisi (Öğr. Gör.), Okutman (Okut.) ve Araştırma Görevlisi (Arş. Gör.) ünvanlarında görev yapan akademisyenlerde yapılmıştır. Bu okullarda görev yapan 1068 akademisyenin tamamı çalışma kapsamına alınmış; örneklem seçilmeyerek, evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır.

Tablo 3.1. Araştırmaya Dahil Edilen Okullar ve Akademisyen Sayıları

OKULLAR	Prof. Dr.	Doç. Dr.	Yrd. Doç. Dr.	Öğr. Gör.	Okut./ Uzman	Arş. Gör.	Toplam
FAKÜLTELER							
Edebiyat Fakültesi	21	21	25	11	-	29	107
Eğitim Fakültesi	6	21	20	4	1	21	73
Fen Fakültesi	39	18	17	1	5	23	103
Güzel Sanatlar Fakültesi	2	2	9	11	-	10	34
Havacılık ve Uzay Bilimleri Fakültesi	1	3	9	8	-	8	29
Hukuk Fakültesi	2	1	8	6	-	27	44
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	12	14	21	6	-	25	78
İlahiyat Fakültesi	21	11	16	4	-	17	69
İletişim Fakültesi	2	3	10	8	2	19	44
Mimarlık Fakültesi	-	2	16	2	-	17	37
Mühendislik Fakültesi	36	45	67	10	1	62	221
Seyrani Ziraat Fakültesi	6	13	14	1	-	14	48
Turizm Fakültesi	1	2	1	1	-	3	8
YÜKSEKOKULLAR							
Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	-	6	6	1	-	3	16
Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu	2	3	8	-	-	1	14
Yabancı Diller Yüksekokulu	-	-	-	-	55	-	55

MESLEK YÜKSEKOKULLARI							
Adalet Meslek Yüksekokulu	-	-	-	5	-	-	5
Develi Hüseyin Şahin Meslek Yüksekokulu	-	-	3	8	1	-	12
Kayseri Meslek Yüksekokulu	3	3	10	12	-	-	28
Mustafa Çıkrıkçioğlu Meslek Yüksekokulu	2	2	1	12	-	-	17
Safiye Çıkrıkçioğlu Meslek Yüksekokulu	-	-	7	3	-	-	10
Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu	-	-	1	6	-	-	7
Tomarza Mustafa Akıncıoğlu Meslek Yüksekokulu	-	-	-	9	-	-	9
TOPLAM	156	170	269	129	65	279	1068

Araştırmanın İzinleri

Araştırma için Erciyes Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır. Erciyes Üniversitesinde sağlık dışı okullarında görev yapan akademisyenlerle görüşülerek yazılı ve sözlü onamlar alınmıştır.

Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri 04 Ocak - 24 Haziran 2016 tarihleri arasında toplandı. Verilerin elde edilebilmesi için iki bölümden oluşan anket formu kullanıldı. Birinci bölümde, 38 sorudan oluşan sosyo-demografik özellikler, sağlık ve hastalık durumları, sağlık hizmetleri kullanımı ve özellikleri ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölüm; sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek üzere 47 sorudan oluşan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) anket formundan oluşmaktadır (107). Hazırlanan anket formlarının uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla 10 akademisyen üzerinde ön uygulama yapıldı. Ön uygulamadan elde edilen

deneyimlerden yola çıkılarak anket formunda gerekli düzeltmeler yapıldı. Ön değerlendirmeye alınan akademisyenlerin verileri çalışma kapsamına alınmamıştır.

Anket formlarının akademisyenlere ulaştırılarak doldurulması için, Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Bölümü son sınıf öğrencileri arasından gönüllü 3 anketör öğrenci belirlendi. Anketör öğrencilere çalışmanın amacı ile anket formunun içeriği ve bölümleri hakkında araştırmacı tarafından eğitim verildi. Verilen eğitimde anketörlere okullara ziyaret sırasında akademisyenlere çalışmanın uygulanma amacı ve süresi hakkında bilgi verilmesinin, akademisyenlerin sözlü onamlarının alınarak uygun zaman dilimlerinin belirlenmesinin gereği belirtildi. Akademisyenler anketör öğrenciler tarafından görev yaptıkları okullarında ziyaret edildi. Çalışmanın amacı hakkında akademisyenler bilgilendirilerek anket formları kapalı zarflar içerisinde teslim edilip, yine kapalı zarflar içerisinde akademisyenlerden teslim alındı. Ulaşılamayan kişiler en az beş kere olmak üzere tekrar ziyaret edildi. 48 akademisyene ulaşılabilmesi, 6'sının askerde olması, 12'sinin yurt dışında /başka üniversitelerde görevlendirilmiş olması, 5'inin doğum iznine ayrılmış olmasından dolayı çalışmaya dahil edilememiştir. 31'inin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi ve anketi doldurmada isteksiz olması ve 10 akademisyenin de anket formlarındaki eksiklik nedeniyle çalışma 690 akademisyenin katılımıyla tamamlandı. Ulaşma oranı %72.2'dir.

AVRUPA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI TÜRKÇE UYARLAMASI (ASOY-TR)

Yapısal ve içeriksel özellikleri dolayısıyla küresel düzeyde sağlık okuryazarlığını ölçmek üzere uygun olması, diğer toplumlarda yapılan çalışmalar ile karşılaştırılabilir veriler elde edilebilmesi için Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi Türkçe'ye çevrilmiştir. ASOY-TR; The European Health Literacy Survey, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi 2009-2012 kapsamında, HLS-EU Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçeye çevrilmesiyle elde edilmiştir. Ölçek, 47 soru ile sağlık süreçlerinde üç (hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, sağlık hizmet sunumu) ve bilgiyi işleme süreçlerinde dört (erişim, anlama, değerlendirme, uygulama) alan üzerinden sağlık okuryazarlık düzeyini ölçen bir ankettir. İç geçerliliği ve sağlık okuryazarlığı indekslerinin güvenilirliği kanıtlanmıştır (107).

ASOY-TR anketi; 47 sorunun her biri 1 ile 4 arasında puanlanan bir ölçeğe (**1= çok zor, 2= zor, 3= kolay, 4= çok kolay**) değerlendirilmiştir. Bu ölçek, her bir soruda belirtilen davranışın ne kadar “kolay” ya da “zor” olduğunun kişinin kendi algısına göre değerlendirilmesi ilkesine dayandırılmıştır.

ASOY-TR anketine verilen cevaplar genel indeks ve sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarındaki sağlık okuryazarlığı, bilgiye erişme, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama konularında alt indeksler kapsamında değerlendirilip hesaplamalar yapılmıştır (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. Genel ve alt sağlık okuryazarlığı indeksleri için kullanılan sorular

	Bilgiye Erişim	Bilgiyi Anlama	Bilgiyi Değerlendirme	Bilgiyi Uygulama	Soru Aralığı	Toplam Soru Sayısı
Sağlık Hizmeti	1, 2, 3, 4	5, 6, 7, 8	9, 10, 11, 12	13, 14, 15, 16	1-16	16
Hastalıktan Korunma	17, 18, 19, 20	21, 22, 23	24, 25, 26, 27, 28	29, 30, 31	17-31	15
Sağlığın Geliştirilmesi	32, 33, 34, 35, 36	37, 38, 39, 40	41, 42, 43	44, 45, 46, 47	32-47	16
Toplam Soru Sayısı	13	11	12	11	1-47	47

İndeksler 0 - 50 puan arasındadır. Sıfır puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir.

Sağlık okuryazarlığının standardize edilmesi:

- **Formül:** $\text{İndeks} = (\text{ortalama} - 1) \times (50/3)$
- **İndeks:** Hesaplanan kişiye özgün indeks
- **Ortalama:** Her kişi için cevaplandırılan her maddenin ortalaması

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

3: Ortalamanın aralığı

50: Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Sağlık okuryazarlığı düzeyi karşılaştırılabilir olması amacıyla elde edilen indeks değerlere göre kategorize edilmesi:

- (0-25) puan **Yetersiz**,
- (>25-33) puan **Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı**
- (>33-42) puan **Yeterli Sağlık Okuryazarlığı**
- (>42-50) puan **Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı**

Ülkemizde 2010 yılında Pelikan ve arkadaşları tarafından yapılan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında" iç tutarlılığı (cronbach α = 0.97) ve 2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışmasında" Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin iç tutarlılığı (cronbach α = 0.95) olarak bulunmuştur (17, 18). Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılığı (cronbach α = 0.93) olarak bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 15.0 programı yardımıyla değerlendirildi. Değerlendirilmelerde ki-kare testi, Fisher's Exact Test, bağımsız gruplarda t testi, Pearson Korelasyon analizi ile Binary lojistik regresyon analizi kullanıldı. $p<0.05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildi.

Verilerin değerlendirilmesinde “yetersiz, sınırlı/sorunlu sağlık okuryazarlığı”, "**yetersiz sağlık okuryazarlığı**" ve “yeterli, mükemmel sağlık okuryazarlığı” "**yeterli sağlık okuryazarlığı**" olarak sınıflandırıldı. “Çok iyi, iyi” sağlık durumu değerlendirilmesi "**iyi**" ve “orta, kötü, çok kötü” sağlık durumu değerlendirilmesi "**orta/kötü**" olarak sınıflandırıldı. İlaç kullanma alışkanlıkları “hiçbir zaman” "**hiç**", “nadiren, bazen”, "**ara sıra**" ve “çoğunlukla, her zaman” "**sürekli**" şeklinde sınıflandırıldı.

Fiziksel Aktivite Durumu:

Aşağıda verilen örneklerde olduğu gibi; orta şiddetli fiziksel aktivitelerden, haftada en az 5 gün ve günde en az 30 dakika ya da şiddetli fiziksel aktivitelerden haftada en az 3 gün ve günde en az 20 dakika olacak şekilde yapılması durumunda yeterli fiziksel aktivite olarak kabul edilmektedir (109).

Tablo 3.3. Fiziksel aktivite düzeylerine göre aktiviteler

Orta Şiddetli Fiziksel Aktiviteler	Şiddetli Fiziksel Aktiviteler
Tempolu yürüyüş (saatte yaklaşık 5 km)	Koşu/joging (saatte 8 km)
Bahçe işleri	Bisiklet (saatte 16 km den fazla)
Ev işleri (süpürme, silme)	Yüzme
Bisiklet (saatte 16 km den az)	Aerobik egzersizler
Hafif ritimde halk oyunları	Çok hızlı yürüme (saatte 7 km hız ile)
Salon Dansları	Ağırlık kaldırma
Tenis (çift)	Basketbol

Değerlendirilme yapılırken tabloda örnekleri gösterilen aktiviteleri yaptığını ifade edenleri yeterli fiziksel aktivite düzeyinde, yapmadığını ifade edenleri ise yetersiz fiziksel aktivite düzeyinde sınıflandırıldı.

Yeterli Su Tüketimi:

Değerlendirilme yapılırken; günlük 8-10 bardak su tüketimine yeterli, bu değer in altındaki su tüketime ise yetersiz su tüketimi olarak sınıflandırıldı (110).

Beden Kütle İndeksi (BKİ) Hesaplanması:

BKİ: $[Vücut\ ağırlığı\ (kg)] / [Boy\ (m)^2]$; boya göre ağırlık artışını gösterdiği için yetişkinlerde kullanılması önerilmektedir. Erişkinler için 20-25 kg/m² arasındaki BKİ normal kabul edilmektedir (111).

Tablo 3.4. Beden Kütle İndeksine göre ağırlığın sınıflandırılması

Sınıflandırma	BKİ(kg/m²)
Düşük kilo	< 18.5
Normal kilo	18.5 - 24.9
Preobez	25.0 - 29.9
I. Derecede Obez	30.0 - 34.9
II. Derecede Obez	35.0 - 39.9
III. Derecede Obez	> 40

Ağırlık değerlendirilmesi yapılırken BKİ değeri 25.0 kg/m² altında olanlar normal, üzerinde olanlar kilolu olarak yeniden sınıflandırılmıştır.

Tablo 3.5. Araştırma grubundakilerin yeterli SOY düzeyleri üzerinde etkili olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile sınıflandırılması

Bağımsız değişkenler	Sınıflaması	Özelliği
Sosyo-demografik özellikler		
Cinsiyet	1- Erkek, 2- Kadın	Nominal
Yaş grupları	1- 21 – 30, 2- 31 – 49, 3- 50 – 66	Nominal
Mesleki Özellikler		
Unvan	1- Öğretim üyesi (Profesör/Doçent/Yardımcı Doçent) 2- Öğretim Görevlisi /Okutman/Uzman 3- Araştırma görevlisi	Nominal
Eşinin mesleği	1- Sağlık çalışanı olmayan 2- Sağlık çalışanı	Nominal
Alanlar	1- Fen Bilimleri, 2- Sosyal Bilimleri, 3- Eğitim Bilimleri	Nominal
Çalışma Süresi	1- 1-5 yıl, 2- 6– 10 yıl, 3- 11 – 20 yıl, 4- 21 – 30 yıl, 5- 31 – 42 yıl	Nominal
Klinik Özellikler		
Sağlık Algısı	1- Çok iyi/İyi 2- Orta/kötü	Nominal
Kronik hastalık durumu	1- Var 2- Yok	Nominal
Kronik hastalığı düzenli takip yaptırma	1- Hayır 2- Evet	Nominal
Sigara içme durumu	1- İçiyor 2- İçmiyor	Nominal
Alkol kullanma durumu	1- Tüketiyor 2- Tüketmiyor	Nominal
Fiziksel aktivite durumu	1- Yetersiz 2- Yeterli	Nominal
Günlük su tüketimi	1- Yetersiz 2- Yeterli	Nominal
Sağlık sorunu olmaksızın hekime gitme sıklığı	1- Hiçbir zaman 2- Ara sıra 3- Her zaman	Nominal
Sağlık kampanyalarından haberdar olma	1- Hayır 2- Evet	Nominal
Triaj uygulamasını bilme	1- Hayır 2- Evet	Nominal
Başvurulan sağlık kurumu	1- Aile Hekimi 2- Devlet/Üniversite Hastanesi 3- Özel Hastane/Muayenehane	Nominal

4. BULGULAR

Çalışmada toplam 690 kişinin verileri analiz edilmiştir. Bulgular, üç bölümde toplanmıştır. İlk bölümde sosyo-demografik ve sağlıkla ilgili özellikler, ikinci bölümde SOY indeks ve kategorileri, son bölümde de SOY kategorilerine göre sağlık davranışları incelenmiştir.

I. Araştırma Grubunun Sosyo – Demografik ve Sağlıkla İlgili Özellikleri

Araştırma grubunda kişilerin %68.7'si erkek, %31.3'ü kadın olup, %70.4'ü evli ve %10.5'inin eşi sağlık çalışanıdır. Araştırma grubundakilerin yaş ortalaması 37.2 ± 9.2 yıldır (Min:21- Max:66).

Tablo 4.1. Araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yaş grupları		
24 yaş altı	13	1.9
25-29 yaş	160	23.2
30-34 yaş	140	20.3
35-39 yaş	143	20.7
40-44 yaş	75	10.9
45-49 yaş	70	10.1
50-54 yaş	56	8.1
55-59 yaş	18	2.6
60 yaş ve üstü	15	2.2
Cinsiyet		
Erkek	474	68.7
Kadın	216	31.3
Medeni durum		
Evli	486	70.4
Bekâr	188	27.2
Eşi ölmüş/Eşinden ayrılmış	16	2.4
Eşinin mesleği (n=486)		
Eğitimci (Akademisyen, Öğretmen vb.)	199	41.0
Ev hanımı	123	25.3
Memur/Özel sektör çalışanı	113	23.2
Sağlık çalışanı (Doktor, Hemşire vb.)	51	10.5
Toplam	690	100.0

Tablo 4.2. Araştırma grubunun mesleki özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Unvan		
Profesör	63	9.1
Doçent	99	14.4
Yardımcı Doçent	149	21.6
Öğretim Görevlisi /Okutman/Uzman	143	20.7
Araştırma Görevlisi	236	34.2
Çalışma süresi		
5 yıl ve altı	228	33.0
6-10 yıl	137	19.9
11-15 yıl	110	16.0
16-20 yıl	81	11.7
21-25 yıl	63	9.1
26-30 yıl	45	6.5
31 yıl ve üstü	26	3.8
Görev yapılan fakülte		
Mühendislik Fakültesi	168	24.4
Fen Fakültesi	58	8.4
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	56	8.1
Edebiyat Fakültesi	54	7.8
Eğitim Fakültesi	52	7.5
İlahiyat Fakültesi	34	4.9
İletişim Fakültesi	32	4.6
Hukuk Fakültesi	29	4.2
Mimarlık Fakültesi	26	3.8
Ziraat Fakültesi	25	3.6
Güzel Sanatlar Fakültesi	20	2.9
Havacılık ve Uzay Bilimleri Fakültesi	15	2.2
Turizm Fakültesi	9	1.3
578		83.8
Görev yapılan yüksekokul		
Yabancı Diller Yüksekokulu	38	5.5
Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	9	1.2
Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu	7	1.0
54		7.8
Görev yapılan meslek yüksekokulu		
Kayseri Meslek Yüksekokulu	18	2.6
Mustafa Çıkrıkçıoğlu Meslek Yüksekokulu	15	2.2
Develi Hüseyin Şahin Meslek Yüksekokulu	10	1.4
Safiye Çıkrıkçıoğlu Meslek Yüksekokulu	8	1.2
Tomarza Meslek Yüksekokulu	7	1.0
58		8.4

Araştırma grubundakilerin %83.8'i fakültelerde görev yapmakta olup, %9.1'i profesör, %14.4'ü doçent, %21.6'sı yardımcı doçent ve %34.2'si araştırma görevlisi ünvanında görev yapmaktadır. Araştırma grubundakilerin çalışma yılı ortalaması 12.1 ± 9.2 yıl olup, %33.0'ü beş yıl ve altı, %3.8'i de 31 yıl ve üzeri süredir görev yapmaktadır. (Tablo 4.2)

Tablo 4.3. Araştırma grubunun sigara ve alkol kullanma durumuna göre dağılımı

Sigara içme durumu	Sayı	%
Hiç içmemiş	389	56.4
Ara sıra içiyor	102	14.8
Sürekli içiyor	109	15.8
Bırakmış	90	13.0
İçilen sigara adedi (n=109)		
1-5 adet	26	23.9
6-10 adet	40	36.7
11-19 adet	24	22.0
20 adet ve üzeri	19	17.4
Alkol kullanma		
Hiç kullanmamış	573	83.0
Ara sıra kullanma	105	15.2
Haftada en az bir kere	12	1.8
Toplam	690	100.0

Araştırma grubundakilerin %56.4'ü şimdiye kadar sigara içmediklerini ifade ederken, ara sıra ve her gün içenlerin toplamı %30.6'dır. Sigara içenlerin de %17.4'ü günde 20 ve üzeri adet sigara içmektedir. Haftada en az bir bardak veya ara sıra alkol kullandığını belirtenlerin oranı %17.0'dir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Araştırma grubunun fiziksel aktivite durumu ve ağırlık değerlendirilmesine göre dağılımı

Fiziksel aktivite durumu	Sayı	%
Yeterli	181	26.2
Yetersiz	509	73.8
Beden kütle indeksi ağırlık değerlendirmesi		
Zayıf	16	2.3
Normal	283	41.0
Hafif Şişman	309	44.8
Şişman	82	11.9
Toplam	690	100.0

Araştırma grubundakilerin %73.8'inin fiziksel aktivite düzeyi yetersiz iken, %56.7'sinin kilosu BKİ ağırlık sınıflamasına göre hafif şişman ve üzeri kategoridedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Araştırma grubunda kronik hastalık görülme durumu ve sağlıklarıyla ilgili değerlendirmelerine göre dağılımı

Kronik hastalık durumu	Sayı	%
Evet	135	19.6
Hayır	555	80.4
En sık görülen 5 kronik hastalık (n=135)		
Hipertansiyon	24	17.8
Diyabet	18	13.3
Bel ve boyun fıtığı	10	7.4
Astım	8	5.9
Gastrit	6	4.4
Kronik hastalık durumunda düzenli takip yaptırma (n=135)		
Evet	86	63.7
Hayır	49	36.3
Sağlık durumunu değerlendirme		
Çok İyi	59	8.6
İyi	495	71.8
Orta	132	19.2
Kötü	3	0.3
Çok kötü	1	0.1
Kontrol amaçlı hekime başvurma durumu		
Her zaman	15	2.2
Ara sıra	302	43.8
Hiçbir zaman	373	54.0
Toplam	690	100.0

Araştırma grubunda herhangi bir kronik hastalığının olduğunu belirtenlerin oranı %19.6'dır. Kronik hastalığı olanların da %17.8'inde hipertansiyon, %13.3'ünün de diyabet olduğunu belirtirken, kronik hastalığı olanlarında %63.7'si hastalığının takibini düzenli olarak yaptırdığını belirtmişlerdir. Araştırma grubundakilerin %71.8'i sağlık durumunu iyi olarak değerlendirirken, %2.2'si her zaman kontrol amaçlı hekime başvurduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Araştırma grubunun sağlık hizmetlerini kullanma durumuna göre dağılımı

Son bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru durumu (n=690)	Sayı	%
Evet	596	86.4
Hayır	94	13.6
Başvuru Sayısı (n=596)		
1	140	23.5
2	170	28.5
3	105	17.6
4	70	11.7
5 ve üzeri	111	18.7

Araştırma grubundakilerin %86.4'ü son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık kurumuna başvurduğunu belirtmiş olup, sağlık kurumuna başvuru sayısı ortalama 3.1 ± 2.3 'dür. Sağlık kurumuna başvuranların %18.7'si de son bir yıl içerisinde beş kez ve üzerinde sağlık kurumuna başvurduklarını ifade etmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına göre dağılımı

Bilgi Kaynakları*	Sayı	%
İnternet	380	55.1
Hekim	318	46.1
Televizyon/radyo	36	5.2
Gazete / dergi	28	4.1
Hemşire/diğer sağlık çalışanları	24	3.5
Eczacı	18	2.6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma grubu sağlık bilgisi kaynağını en sık internet (%55.1) ve hekim (%46.1) olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Araştırma grubundakilerin hastalıkları ile ilgili ikinci görüş alma durumu ve nedenlerine göre dağılımı

Hastalığıyla ilgili ikinci bir görüş alma durumu (n=690)	Sayı	%
Evet	354	51.3
Bazen	238	34.5
Hayır	98	14.2
İkinci bir görüş alma nedeni*		
Teşhisi ikinci bir hekime onaylatma isteği	294	49.7
Hekimin yeterince bilgi vermemesi	217	36.6
Hekime güven duymaması	136	23.0
Çevresindekilerin başka hekimi önermesi	44	7.4
Hekimi anlamaması	38	6.4
Diğer	7	1.2

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma grubundakilerin %85.8'i hastalık durumunda genellikle ikinci bir görüş aldıklarını ifade etmişlerdir. İkinci görüş alırım diyenlerin belirttikleri en sık nedenler sırasıyla; teşhisi ikinci bir hekime onaylatma isteği (%49.7), hekimin yeterince bilgi vermemesi (%36.6) ve ilk gittiği hekime güven duymamasıdır (%23.0) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Araştırma grubundakilerin genellikle başvurdukları sağlık kurumları ve tercih nedenlerine göre dağılımı

Başvurulan sağlık kurumları	Sayı	%
Aile hekimi/ASM	233	33.7
Özel hastane	203	29.4
Üniversite hastane	195	28.3
Devlet hastanesi	48	7.0
Özel muayenehane	11	1.6
Tercih nedeni		
Daha önceden gidip memnun kalma	380	55.1
Çevresinin tavsiyesi üzerine	130	18.8
Bekleme süresinin az olması	103	14.9
Akademik ünvanına göre (Profesör, Doçent vb.)	66	9.6
Hijyenik olması	11	1.6
Toplam	690	100.0

Sağlık hizmetlerinden yararlanmada öncelikle başvuru yapılan sağlık kurumları %33.7 ile aile hekimi, %29.4 ile özel hastane ve %28.3 ile de üniversite hastanesi olmuştur. Gideceği sağlık kurumunu %55.1'i daha önce gidip memnun kalmasından, %18.8'i çevresinin

tavsiyesi üzerine ve %14.9'u da akademik ünvana göre belirlediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Araştırma grubundakilerin sağlık kurumları ve çalışanlarından memnuniyetine göre dağılımı

Sağlık kurumlarından memnuniyet	Sayı	%
Hiç Memnun Değil	26	3.8
Memnun Değil	56	8.1
Kısmen Memnun	355	51.4
Memnun	244	35.4
Çok Memnun	9	1.3
Sağlık çalışanlarından memnuniyet		
Hiç Memnun Değil	26	3.8
Memnun Değil	78	11.3
Kısmen Memnun	336	48.7
Memnun	240	34.8
Çok Memnun	10	1.4
Toplam	690	100.0

Araştırma grubundakilerin %36.7'si sağlık kurumlarından, %36.2'si de sağlık çalışanlarından memnun (memnun/çok memnun) olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Araştırma grubundakilerin aile hekimini tanıma ve değiştirme durumuna göre dağılımı

Aile hekimini bilme durumu	Sayı	%
Evet	511	74.1
Hayır	179	25.9
Toplam	690	100.0
Aile hekimini değiştirme durumu (n=511)		
Evet	158	31.1
Hayır	350	68.9

Araştırma grubundakilerin %25.9'u aile hekimini hiç tanımadığını, tanıyanların da %31.1'i de aile hekimini en az bir kez değiştirdiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Araştırma grubundakilerin acil serviste triaj uygulamasını bilme ve renklerin farkını ayırt edebilme durumuna göre dağılımı

Triaj uygulamasını bilme durumu	Sayı	%
Evet	91	13.2
Hayır	599	86.8
Toplam	690	100.0
Renkler		
Kırmızı (ivedi/acil) (n=91)	90	98.9
Sarı (geciktirilebilir) (n=91)	86	94.5
Yeşil (bekleyebilir) (n=91)	85	93.4

Araştırma grubundakilerin % 13.2'si acil servislerdeki triaj uygulamasını bildiğini, triaj uygulamasını bilenlerin %98.9'u kırmızı rengin ivedi/acil, %94.5'i sarı rengin geciktirilebilir, %93.5'i de yeşil rengin bekleyebilir olduklarını doğru olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Araştırma grubundakilerin ilaç kullanma alışkanlıklarına göre dağılımı

İlaç kullanma alışkanlıkları	Hiç		Ara sıra		Sürekli	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hekim tavsiyesi olmadan reçetesiz ilaç kullanma	216	31.3	434	62.9	40	5.8
Çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma	373	54.1	309	44.8	8	1.1
Kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma	256	37.1	369	53.5	65	9.4
Eczaneye danışarak ilaç kullanma	219	31.7	379	55.0	92	13.3
İnternette araştırarak ilaç kullanma	479	69.4	184	26.7	27	3.9
Kendine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına tavsiye etme	328	47.5	301	43.6	61	8.9
Evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme	23	3.3	44	6.6	623	90.3
Hekimin önerdiği miktarda ilaç kullanma	6	0.9	30	4.3	654	94.8
Hekimin önerdiği sürede ilaç kullanma	7	1.0	48	6.9	635	92.1

Araştırma grubundakilerin %31.3'ü hiçbir zaman hekim tavsiyesi olmadan ilaç kullanmadığını, %30.6'sı (ara sıra/sürekli) internette araştırarak ilaç kullandığını

belirtmişlerdir. Sürekli olarak ilaçlarımı hekimin önerdiği miktarda (%94.8) ve sürede (%92.1) kullanırım diyenlerin oranı da Tablo 4.13’de verilmiştir.

Tablo 4.14. Araştırma grubundakilerin reçetesiz kullandıkları ilaç türlerine göre dağılımı

İlaç türü (n=690)	Sayı	%
Ağrı Kesici	598	86.7
Soğuk algınlığı ilacı	455	65.9
Cilt kremleri	349	50.6
Vitamin	333	48.3
Mide ilaçları	168	24.3
Antibiyotik	102	14.8
Alerji ilaçları	45	6.5
Uyku ilaçları	19	2.8
Antidepresan	10	1.4

Araştırma grubundakilerin %86.7’si ağrı kesici, %65.9’u soğuk algınlığı ve %50.6’sı da cilt kremlerini reçetesiz bir şekilde kullandığı ifade etmişlerdir (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Araştırma grubundakilerin sağlığı korumaya yönelik uygulamalara başvuru durumuna göre dağılımı

Uygulamalar	Sayı	%
Son bir yıl içinde kontrol amacıyla genel bir hekim muayenesinden geçme (n=690)	233	33.8
Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanına tansiyonunu ölçtürme (n=690)	333	48.3
Son bir yıl içinde grip aşısı yaptırma (n=690)	43	6.2
Son bir yıl içinde diş hekimine gitme (n=690)	349	50.6
Kendi kendine testis muayenesi yapma (n=474)	78	16.5
Kendi kendine meme muayenesi yapma (n=216)	140	64.8
Mamografi çekirme (n=216)	24	11.1
Serviks kanseri (pap smear) testi yaptırma (n=216)	52	24.1
Osteoporoz taraması yaptırma (n=216)	9	4.2
55 yaş üstü bireylerde kolon kanseri taraması için kolonoskopi, sigmoidoskopi veya dışkıda gizli kan baktırma (n=33)	24	72.7

Araştırma grubundakilerin %33.8'i son bir yıl içinde kontrol amacıyla hekim muayenesinden geçtiklerini, %48.3'ü son bir yıl içinde bir sağlık çalışanına tansiyonunun ölçüldüğünü ifade etmişlerdir. Erkeklerin %16.5'i kendi kendine testis muayenesi (KKTMM) yaptığını belirtirken, kadınlarında %64.8'i kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yaptığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Araştırma grubundakilerin Sağlık Bakanlığı'nın ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olma durumuna göre dağılımı

Kampanyalardan haberdar olma durumu (n=690)	Sayı	%
Evet	82	11.9
Hayır	608	88.1
Kampanyalar *		
Tütün ve tütün mamulleriyle mücadele kampanyası	22	3.2
Obezite mücadele hareketi kampanyası	19	2.6
Okul sütü kampanyası	8	1.1
Aşı kampanyası/ Aşıyla hastalıkları aşıyoruz	6	0.9
Organ bağışı kampanyası	6	0.9
Kanserle mücadele	5	0.7
Yaşama yol ver	2	0.3
El yıkama kampanyası	2	0.3
Diğer (Anne sütü, kamu spotu vb.)	12	1.8

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma grubundakilerin %11.9'u Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü kampanyaların en az birinden haberdar olduğunu ifade etmişlerdir. Tütün ve tütün mamulleriyle mücadele %3.2 ile en çok haberdar olunan sağlık kampanyasıdır (Tablo 4.16).

II. Araştırma Grubunda Genel ve Alt Sağlık Okuryazarlığı İndeks Ortalama Puan ve Kategorileri

Tablo 4.17. Araştırma grubunda genel ve alt sağlık okuryazarlık indeks puan ortalamalarına göre dağılımı

Sağlık okuryazarlığı indeksleri (n=690)	X ± SS
Genel sağlık okuryazarlığı	28.8±8.4
Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı indeksi	29.9±8.8
Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı indeksi	27.9±9.8
Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı indeksi	28.6±9.8
Sağlık bilgisine erişim sağlık okuryazarlığı alt indeksi	29.6±9.6
Sağlık bilgisini anlama sağlık okuryazarlığı alt indeksi	30.6±8.7
Sağlık bilgisini değerlendirme sağlık okuryazarlığı alt indeksi	26.6±10.5
Sağlık bilgisini uygulama sağlık okuryazarlığı alt indeksi	28.6±9.0

Araştırma grubundakilerin genel SOY puan ortalaması 28.8±8.4'dür. Alt boyutlardaki SOY ortalama değerleri arasında sağlık bilgisini anlama SOY alt indeksi 30.6±8.7 ile en yüksek puan ortalaması olurken, sağlık bilgisini değerlendirme SOY alt indeksi 26.6±10.5 ile en düşük SOY puan ortalaması olmuştur (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Araştırma grubunda alt boyut sağlık okuryazarlık indeks puan ortalamalarına göre dağılımı

Alt boyut sağlık okuryazarlığı indeksleri (n=690)	X ± SS
Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı	29.9±8.8
Sağlık hizmetinde bilgiye erişim sağlık okuryazarlığı	30.2±11.2
Sağlık hizmetinde bilgiyi anlama sağlık okuryazarlığı	29.7±10.5
Sağlık hizmetinde bilgiyi değerlendirme sağlık okuryazarlığı	24.9±12.6
Sağlık hizmetinde bilgiyi uygulama sağlık okuryazarlığı	35.3±10.5
Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı	27.9±9.8
Hastalıktan korunmada bilgiye erişim sağlık okuryazarlığı	30.3±11.1
Hastalıktan korunmada bilgiyi anlama sağlık okuryazarlığı	33.5±11.0
Hastalıktan korunmada bilgiyi değerlendirme sağlık okuryazarlığı	25.9±11.5
Hastalıktan korunmada bilgiyi uygulama sağlık okuryazarlığı	23.4±12.6
Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı	28.6±9.8
Sağlığın geliştirilmesinde bilgiye erişim sağlık okuryazarlığı	28.9±12.1
Sağlığın geliştirilmesinde bilgiyi anlama sağlık okuryazarlığı	29.5±10.7
Sağlığın geliştirilmesinde bilgiyi değerlendirme sağlık okuryazarlığı	30.5±11.8
Sağlığın geliştirilmesinde bilgiyi uygulama sağlık okuryazarlığı	26.6±11.9

Alt boyutlardaki SOY ortalama değerleri arasında sağlık hizmetinde bilgiyi uygulama SOY 35.3 ± 10.5 ile en yüksek puan ortalaması olurken, hastalıktan korunmada bilgiyi uygulama SOY 23.4 ± 12.6 ile en düşük alt SOY puan ortalaması olmuştur (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. Araştırma grubunda genel ve alt sağlık okuryazarlık indekslerinin kategorilere göre dağılımı

Sağlık Okuryazarlığı İndeksleri (n=690)	Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mkemmell	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Genel sağlık okuryazarlığı	211	30.6	280	40.6	156	22.6	43	6.2
Sağlık hizmeti	198	28.7	241	34.9	194	28.1	57	8.3
Hastalıktan korunma	248	35.9	225	32.6	162	23.5	55	8.0
Sağlığın geliştirilmesi	241	34.9	217	31.4	172	24.9	60	8.7
Sağlık bilgisine erişim	192	27.8	222	32.2	205	29.7	71	10.3
Sağlık bilgisini anlama	159	23.0	252	36.5	205	29.7	74	10.7
Sağlık bilgisini değerlendirme	306	44.3	186	27.0	147	21.3	51	7.4
Sağlık bilgisini uygulama	224	32.5	236	34.2	179	25.9	51	7.4

Araştırma grubundakilerin %30.6'sı yetersiz, %40.6'sı sorunlu, %22.6'sı yeterli ve %6.2'si de mkemmell genel SOY düzeyindedir. Sağlık bilgisini anlama %40.4 ile en yüksek yeterli (yeterli/mkemmell) SOY düzeyi olurken, sağlık bilgisini değerlendirme %28.7 ile en düşük yeterli (yeterli/mkemmell) SOY olmuştur (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. Araştırma grubunda alt boyut sağlık okuryazarlık indekslerinin kategorilere göre dağılımı

Boyutlar (n=690)	Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık hizmeti	198	28.7	241	34.9	194	28.1	57	8.3
Sağlık hizmetinde bilgiye erişim	209	30.3	91	13.2	321	46.5	69	10.0
Sağlık hizmetinde bilgiyi anlama	250	36.2	113	16.4	262	38.0	65	9.4
Sağlık hizmetinde bilgiyi değerlendirme	398	57.7	63	9.1	176	25.5	53	7.7
Sağlık hizmetinde bilgiyi uygulama	116	16.8	54	7.8	359	52.0	161	23.3
Hastalıktan korunma	248	35.9	225	32.6	162	23.5	55	8.0
Hastalıktan korunmada bilgiye erişim	240	34.8	91	13.2	282	40.9	77	11.2
Hastalıktan korunmada bilgiyi anlama	133	19.3	97	14.1	302	43.8	158	22.9
Hastalıktan korunmada bilgiyi değerlendirme	317	45.9	146	21.2	171	24.8	56	8.1
Hastalıktan korunmada bilgiyi uygulama	369	53.5	115	16.7	153	22.2	53	7.7
Sağlığın geliştirilmesi	241	34.9	217	31.4	172	24.9	60	8.7
Sağlığın geliştirilmesinde bilgiye erişim	222	32.2	159	23.0	218	31.6	91	13.2
Sağlığın geliştirilmesinde bilgiyi anlama	253	36.7	104	15.1	269	39.0	64	9.3
Sağlığın geliştirilmesinde bilgiyi değerlendirme	190	27.5	92	13.3	296	42.9	112	16.2
Sağlığın geliştirilmesinde bilgiyi uygulama	347	50.3	82	11.9	211	30.6	50	7.2

Sağlık hizmetinde bilgiyi uygulama %75.3 ile en yüksek yeterli (yeterli/mükemmel) SOY düzeyi olurken, hastalıktan korunmada bilgiyi uygulama %29.9 ile en düşük yeterli (yeterli/mükemmel) SOY düzeyi olmuştur (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. Araştırma grubundakilerin çeşitli özelliklere göre genel sağlık okuryazarlığı indeksi

Özellikler	n	X±SS	F / t	p
Cinsiyet				
Erkek	474	28.7±8.1	0.592	0.554
Kadın	216	29.1±9.0		
Yaş grupları				
30 yaş altı	205	29.1±7.7	0.180	0.835
30 – 49 yaş arası	396	28.8±8.8		
50 yaş ve üzeri	89	28.4±8.1		
Medeni durum				
Evli	486	29.1±8.5	1.171	0.242
Bekâr /Boşanmış	204	28.2±8.1		
Eşinin mesleği				
Sağlık çalışanı olmayan	435	28.8±8.5	1.772	0.077
Sağlık çalışanı	51	31.1±8.2		
Ünvan				
Öğretim üyesi	311	28.5±8.6	0.444	0.642
Öğretim görevlisi/Okutman/Uzman	143	28.8±8.3		
Araştırma görevlisi	236	29.2±8.2		
Çalışma süresi				
5 ve altı yıl	228	29.0±7.8	0.155	0.961
6-10 yıl	137	28.7±8.9		
11-20 yıl	191	28.9±8.3		
21-30 yıl	108	28.8±9.2		
31 yıl ve üstü	26	27.6±9.5		
Alanlar				
Fen Bilimleri	304	28.2±8.3	1.457	0.234
Sosyal Bilimleri	276	29.2±8.3		
Eğitim Bilimleri	110	29.8±9.0		
Kronik hastalığı bulunma				
Var	135	28.0±8.6	1.310	0.191
Yok	555	29.0±8.3		
Sağlık durumunu değerlendirme				
İyi	554	29.3±8.4	3.132	0.002
Kötü	136	26.8±7.9		

Araştırma grubunda eşi sağlık çalışanı olanların genel SOY ortalama puanı 31.1±8.2 iken, eşi sağlık çalışanı olmayanlarda 28.8±8.5 puandır. Eşi sağlık çalışanı olanlarda, kadınlarda, 30 yaş altındakilerde, evlilerde, eğitim bilimi alanında ve araştırma görevlilerinde SOY ortalama puanı yüksek olmasına rağmen ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 4.21).

Tablo 4.22. Araştırma grubundakilerin çeşitli özelliklere göre yeterli genel sağlık okuryazarlık kategorilerinin karşılaştırılması

Özellikler	n	Sayı	%	X ²	p
Cinsiyet					
Erkek	474	131	27.6	1.069	0.301
Kadın	216	68	31.5		
Yaş grupları					
30 yaş altı	205	64	31.2	1.759	0.415
30 – 49 yaş arası	396	114	28.8		
50 yaş ve üzeri	89	21	23.6		
Medeni durum					
Evli	486	148	30.5	2.082	0.149
Bekâr /Boşanmış	204	51	25.0		
Eşinin mesleği					
Sağlık çalışanı olmayan	435	126	29.0	4.329	0.037
Sağlık çalışanı	51	22	43.1		
Ünvan					
Öğretim üyesi	311	84	27.0	1.554	0.460
Öğretim görevlisi/Okutman/Uzman	143	40	28.0		
Araştırma görevlisi	236	75	31.8		
Çalışma Süresi					
5 ve altı yıl	228	69	30.3	3.006	0.557
6-10 yıl	137	39	28.5		
11-20 yıl	191	53	27.7		
21-30 yıl	108	34	31.5		
31 yıl ve üstü	26	4	15.4		
Alanlar					
Fen Bilimler	304	79	26.0	2.455	0.293
Sosyal Bilimler	276	88	31.9		
Eğitim Bilimleri	110	32	29.1		
Kronik hastalığı bulunma					
Var	135	36	26.7	0.534	0.386
Yok	555	163	29.4		
Sağlık durumunu değerlendirme					
İyi	554	171	30.9	5.621	0.018
Kötü	136	28	20.6		

Araştırma grubunda sağlık durumunu değerlendirme ve eşinin mesleğine göre yeterli SOY düzeyleri arasındaki farklar anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eşi sağlık çalışanı olanların %41.0'ı, eşi sağlık çalışanı olmayanların %29.0'ı yeterli SOY düzeyindedir. Sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin %30.9'u, Sağlık durumunu kötü olarak

değerlendirenleri %20.6'sı yeterli SOY düzeyindedir. Cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, ünvan, çalışma süresi ve alanlar açısından genel SOY kategorilerinde istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.22).

Tablo 4.23. Araştırma grubunun "yeterli genel sağlık okuryazarlığı düzeyi" üzerinde etkili olabilecek özelliklerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler	B	P	OR	% 95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Cinsiyet					
Erkek	Ref		1		
Kadın	0.185	0.302	1.203	0.847	1.708
Yaş grupları					
30 yaş altı	Ref		1		
30 – 49 yaş arası	-0.046	0.874	0.955	0.538	1.693
50 yaş ve üzeri	-0.431	0.365	0.650	0.256	1.651
Medeni durum					
Evli	Ref		1		
Bekâr /Boşanmış	-0.273	0.150	1.314	0.906	1.904
Eşinin mesleği					
Sağlık çalışanı olmayan	Ref		1		
Sağlık çalışanı	0.621	0.040	1.860	1.030	3.362
Ünvan					
Öğretim üyesi	Ref		1		
Öğretim görevlisi/Okutman/Uzman	0.048	0.831	1.049	0.674	1.634
Araştırma görevlisi	0.230	0.224	1.259	0.869	1.825
Çalışma süresi					
5 ve altı yıl	Ref		1		
6-10 yıl arası	-0.087	0.716	0.917	0.575	1.462
11-20 yıl arası	-0.122	0.573	0.885	0.579	1.353
21-30 yıl arası	0.057	0.821	1.059	0.646	1.736
31 yıl ve üstü	-0.870	0.122	0.419	0.139	1.261
Alanlar					
Fen Bilimler	Ref		1		
Sosyal Bilimler	0.301	0.108	1.351	0.936	1.950
Eğitim Bilimleri	0.225	0.394	1.252	0.746	2.101
Kronik hastalığı bulunma					
Var	Ref		1		
Yok	0.134	0.534	1.143	0.749	1.745
Sağlık durumunu değerlendirme					
Kötü	Ref		1		
İyi	0.544	0.019	1.722	1.095	2.709

" Genel sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olanlar değerlendirilmeye alınmıştır"

Yeterli genel SOY düzeyi, eşi sağlık çalışanı olmayanlara göre eşi sağlık çalışanı olanlar 1.86 kat daha yüksektir ($p<0.05$). Yeterli SOY düzeyi, sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenler göre sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerde 1.72 kat daha yüksektir ($p<0.05$). Cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, ünvan, çalışma süresi ve çalışma alanları özelliklerinin yeterli genel SOY düzeyine etkisi bulunmamıştır (Tablo 4.23).

Tablo 4.24. Araştırma grubunun "yeterli sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı düzeyi" üzerinde etkili olabilecek özelliklerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler	B	P	OR	% 95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Cinsiyet					
Erkek	Ref		1		
Kadın	-0.075	0.661	0.928	0.663	0.298
Yaş grupları					
30 yaş altı	Ref		1		
30 – 49 yaş arası	0.087	0.627	1.091	0.768	1.549
50 yaş ve üzeri	-0.135	0.617	0.874	0.516	1.481
Medeni durum					
Evli	Ref		1		
Bekâr /Boşanmış	-0.345	0.052	0.708	0.500	1.004
Eşinin mesleği					
Sağlık çalışanı olmayan	Ref		1		
Sağlık çalışanı	0.116	0.699	1.123	0.623	2.027
Ünvan					
Öğretim üyesi	Ref		1		
Öğretim görevlisi/Okutman/Uzman	0.116	0.582	1.123	0.743	1.695
Araştırma görevlisi	0.179	0.317	1.197	0.842	1.700
Çalışma süresi					
5 ve altı yıl	Ref		1		
6-10 yıl arası	0.185	0.406	1.204	0.777	1.864
11-20 yıl arası	0.045	0.825	1.046	0.700	1.583
21-30 yıl arası	0.124	0.608	1.132	0.704	1.819
31 yıl ve üstü	-0.383	0.408	0.682	0.275	1.690
Alanlar					
Fen Bilimler	Ref		1		
Sosyal Bilimler	0.271	0.119	1.311	0.932	1.843
Eğitim Bilimleri	0.360	0.116	1.434	0.915	2.247
Kronik hastalığı bulunma					
Var	Ref		1		
Yok	-0.004	0.983	0.996	0.673	1.472

Sağlık durumunu değerlendirme					
Kötü	Ref		1		
İyi	0.658	0.002	1.932	1.264	2.952

"Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olanlar değerlendirilmeye alınmıştır"

Sağlık hizmeti yeterli SOY düzeyi, sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenler göre sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerde 1.93 kat daha yüksektir ($p<0.05$). Cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, eşinin mesleği, ünvan, çalışma süresi ve çalışma alanları özelliklerinin sağlık hizmeti yeterli SOY düzeyine etkisi bulunmamıştır (Tablo 4.24).

Tablo 4.25. Araştırma grubunun "yeterli hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı düzeyi" üzerinde etkili olabilecek özelliklerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler	B	P	OR	% 95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Cinsiyet					
Erkek	Ref		1		
Kadın	0.218	0.212	1.244	0.883	1.751
Yaş grupları					
30 yaş altı	Ref		1		
30 – 49 yaş arası	0.028	0.881	1.028	0.715	1.479
50 yaş ve üzeri	-0.041	0.880	0.959	0.559	1.646
Medeni durum					
Evli	Ref		1		
Bekâr /Boşanmış	-0.169	0.354	0.845	0.591	1.207
Eşinin mesleği					
Sağlık çalışanı olmayan	Ref		1		
Sağlık çalışanı	0.602	0.045	1.825	1.014	3.286
Ünvan					
Öğretim üyesi	Ref		1		
Öğretim görevlisi/Okutman/Uzman	-0.214	0.336	0.807	0.522	1.248
Araştırma görevlisi	-0.012	0.946	0.988	0.688	1.418
Çalışma süresi					
5 ve altı yıl	Ref		1		
6-10 yıl arası	-.0143	0.548	0.866	0.543	1.384
11-20 yıl arası	0.175	0.402	1.192	0.791	1.796
21-30 yıl arası	0.162	0.513	1.176	0.723	1.914
31 yıl ve üstü	-0.390	0.423	0.677	0.261	1.759
Alanlar					
Fen Bilimler	Ref		1		
Sosyal Bilimler	0.124	0.492	1.132	0.795	1.610
Eğitim Bilimleri	0.227	0.337	1.255	0.789	1.995

Kronik hastalığı bulunma					
Var	Ref		1		
Yok	-0.150	0.475	0.860	0.570	1.300
Sağlık durumunu değerlendirme					
Kötü	Ref		1		
İyi	0.299	0.164	1.348	0.885	2.052

"Hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olanlar değerlendirilmeye alınmıştır"

Hastalıktan korunma yeterli SOY düzeyi, eşi sağlık çalışanı olmayanlara göre eşi sağlık çalışanı olanlarda 1.82 kat daha yüksektir ($p < 0.05$). Cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, ünvan, çalışma süresi, çalışma alanlarında ve sağlık durumunu değerlendirme özelliklerinin hastalıktan korunma yeterli SOY düzeyine etkisi bulunmamıştır (Tablo 4.25).

Tablo 4. 26. Araştırma grubunun "yeterli sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı düzeyi" üzerinde etkili olabilecek özelliklerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler	B	p	OR	% 95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Cinsiyet					
Erkek	Ref		1		
Kadın	0.220	0.200	1.246	0.890	1.745
Yaş grupları					
30 yaş altı	Ref		1		
30 – 49 yaş arası	-0.281	0.116	0.755	0.532	1.072
50 yaş ve üzeri	-0.608	0.031	0.545	0.314	0.945
Medeni durum					
Evli	Ref		1		
Bekâr /Boşanmış	-0.145	0.418	0.885	0.610	1.228
Eşinin mesleği					
Sağlık çalışanı olmayan	Ref		1		
Sağlık çalışanı	0.586	0.049	1.796	1.001	3.224
Ünvan					
Öğretim üyesi	Ref		1		
Öğretim görevlisi/Okutman/Uzman	0.013	0.953	1.013	0.661	1.552
Araştırma görevlisi	0.307	0.090	1.360	0.953	1.941
Çalışma süresi					
5 ve altı yıl	Ref		1		
6-10 yıl arası	-0.315	0.172	0.730	0.465	1.146
11-20 yıl arası	-0.160	0.434	0.852	0.570	1.273
21-30 yıl arası	-0.276	0.266	0.759	0.466	1.234
31 yıl ve üstü	-0.934	0.070	0.393	0.143	1.081

Alanlar					
Fen Bilimleri	Ref		1		
Sosyal Bilimleri	0.254	0.152	1.289	0.911	1.823
Eğitim Bilimleri	0.314	0.178	1.369	0.867	2.163
Kronik hastalığı bulunma					
Var	Ref		1		
Yok	-0.185	0.373	0.831	0.554	1.248
Sağlık durumunu değerlendirme					
Kötü	Ref		1		
İyi	0.707	0.002	2.028	1.305	3.151

"Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olanlar değerlendirilmeye alınmıştır"

Sağlığın geliştirilmesi yeterli SOY düzeyi, eşi sağlık çalışanı olmayanlara göre eşi sağlık çalışanı olanlarda 1.82 kat daha yüksektir ($p<0.05$). Sağlığın geliştirilmesi yeterli SOY düzeyi, 50 yaş ve üzerinde olanlarda 30 yaş ve altında olanlara göre 1.83 kat daha düşüktür ($p<0.05$). Sağlığın geliştirilmesi yeterli SOY düzeyi, sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlere göre sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerde 2.0 kat daha yüksektir ($p<0.05$). Cinsiyet, medeni durum, ünvan, çalışma süresi ve çalışma alanları özelliklerinin sağlığın geliştirilmesi yeterli SOY düzeyine etkisi bulunmamıştır (Tablo 4.26).

III. Araştırma Grubunda Sağlık Okuryazarlığı Kategorilerine Göre Sağlık Davranışları

Tablo 4.27. Araştırma grubunda genel sağlık okuryazarlığı kategorilerinin çeşitli sağlık davranış özelliklerine göre karşılaştırılması

Davranış özellikleri	Yetersiz SOY (n=491)		Yeterli SOY (n=199)		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara içme	158	32.2	53	26.6	2.052	0.152
Alkol tüketme	91	18.5	26	13.1	3.007	0.083
Kilolu olma	282	57.4	109	54.8	0.408	0.523
Yetersiz su tüketimi	354	72.1	130	65.3	3.100	0.078
Yetersiz fiziksel aktivite	372	75.8	137	68.8	3.504	0.061
Düzenli kronik hastalık takibi yaptırma	62	62.6	24	66.7	0.186	0.666
Sağlık durumunu iyi olarak değerlendirme	383	78.0	171	85.9	5.621	0.018
Sağlık kaynağı olarak interneti kullanma	265	54.0	115	57.8	0.834	0.361
Sağlık kaynağı olarak hekimi kullanma	223	45.4	95	47.7	0.307	0.579
Son bir yıl içinde kontrol amaçlı hekime başvurma	210	42.8	107	53.8	9.839	0.007
Öncelikli olarak aile hekimini başvurma	170	34.6	63	31.7	0.557	0.456
Sağlık kuruluşlarından memnuniyet	64	13.0	18	9.0	2.152	0.142
Sağlık çalışanlarından memnuniyet	81	16.5	23	11.6	2.699	0.100
Son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvurma	424	86.4	172	86.4	0.001	0.978
Son bir yıl içinde 5 ve daha fazla kez sağlık kuruluşuna başvurma	77	18.2	34	19.8	0.209	0.648
Aile hekimini tanıma	355	72.3	156	78.4	2.734	0.098
Triaj uygulamasını bilme	57	11.6	34	17.1	3.710	0.054
Sağlık kampanyalarından haberdar olma	47	9.6	35	17.6	8.688	0.003

Araştırma grubunda sigara içme, alkol tüketme, kilolu olma, yetersiz su tüketimi ve yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlığı olumsuz etkileyebilecek özelliklerde yeterli genel SOY düzeyi daha düşük olmasına rağmen gruplar arasındaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.27).

Yeterli genel SOY düzeyinde olanların %66.7'si düzenli olarak kronik hastalığını takip yaptırırken, bu oran yetersiz genel SOY düzeyinde olanlarda % 62.6'dır. Fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.27).

Yeterli genel SOY düzeyinde olanların %85.0'i sağlık durumunu iyi olarak değerlendirirken, bu oran yetersiz genel SOY düzeyinde olanlarda %78.0'dır. Yeterli genel SOY düzeyinde olanların %53.8'i, yetersiz genel SOY düzeyinde olanların da %42.8'i son bir yıl içinde kontrol amaçlı hekim muayenesinden geçtiklerini ifade etmişlerdir. Yeterli genel SOY düzeyinde olanların %17.6'sı SB'nin ulusal sağlık kampanyalarından haberdar iken, bu oran yetersiz genel SOY düzeyinde %9.6'dır. Yeterli genel SOY düzeyinde; sağlık durumunu iyi olarak değerlendirme, son bir yıl içinde kontrol amaçlı hekime başvurma ve sağlık kampanyalarından haberdar olma özellikleri de anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.27).

Tablo 4.28. Araştırma grubunda sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı kategorilerinin çeşitli sağlık davranış özelliklerine göre karşılaştırılması

Davranış özellikleri	Yetersiz SOY (n=439)		Yeterli SOY (n=251)		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara içme	137	31.2	74	29.5	0.224	0.636
Alkol tüketme	80	18.2	37	14.7	1.375	0.241
Kilolu olma	242	55.1	149	59.4	1.168	0.280
Yetersiz su tüketimi	327	74.5	157	62.5	10.867	0.001
Yetersiz fiziksel aktivite	336	76.5	173	68.9	4.783	0.029
Düzenli kronik hastalık takibi yaptırma (n=135)	56	65.1	30	61.2	0.204	0.651
Sağlık durumunu iyi olarak değerlendirme	337	76.8	217	86.5	9.473	0.002
Sağlık kaynağı olarak interneti kullanma	231	52.6	149	59.4	2.935	0.087
Sağlık kaynağı olarak hekimi kullanma	205	46.7	113	45.0	0.181	0.671
Son bir yıl içinde kontrol amaçlı hekime başvurma	139	31.7	94	37.5	2.392	0.122
Öncelikli olarak aile hekimini başvurma	153	34.9	80	31.0	0.634	0.426
Sağlık kuruluşlarından memnuniyet	56	12.8	26	10.4	0.877	0.349
Sağlık çalışanlarından memnuniyet	75	17.1	29	11.6	3.816	0.051
Son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvurma	385	86.8	215	85.7	0.174	0.677
Son bir yıl içinde 5 ve daha fazla kez sağlık kuruluşuna başvurma	71	18.6	40	18.6	0.000	0.993
Aile hekimini tanıma	325	74.0	186	74.1	0.000	0.984
Triaj uygulamasını bilme	57	13.0	34	13.5	0.044	0.834
Sağlık kampanyalarından haberdar olma	46	10.5	36	14.3	2.277	0.131

Araştırma grubunda sağlık hizmeti yeterli SOY düzeyinde, sağlık hizmetini kullanımını olumlu etkileyebilecek sağlık kaynağı olarak interneti kullanma, son bir yıl içinde kontrol amaçlı hekime başvurma ve aile hekimini tanıma gibi davranışlarda, sağlık hizmeti yetersiz SOY düzeyine göre daha yüksektir. Fakat sağlık hizmeti SOY düzeyleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.28).

Sağlık hizmeti yeterli SOY düzeyi olanlarda yetersiz su tüketimi %62.5 iken, sağlık hizmetleri yetersiz SOY düzeyi olanlarda bu oran %74.5'dir. Sağlık hizmeti yeterli SOY düzeyi olanlarda yetersiz fiziksel aktivite yapma durumu %68.9 iken, sağlık hizmeti yetersiz SOY düzeyi olanlarda %76.5'dir. Yetersiz su tüketimi ve yetersiz fiziksel aktivite davranışlarındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.28).

Sağlık hizmeti yeterli SOY düzeyinde olanlarda sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin oranı %86.5 iken, sağlık hizmeti yetersiz SOY düzeyinde olanlarda bu oran %76.8'dir. Sağlık durumunu değerlendirme davranış özelliğindeki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 4.28).

Tablo 4.29. Araştırma grubunda hastalıktan korunma sağlık okuryazarlığı kategorilerinin çeşitli sağlık davranış özelliklerine göre karşılaştırılması

Özellikler	Yetersiz SOY (n=473)		Yeterli SOY (n=217)		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara içme	141	29.8	70	32.3	0.420	0.517
Alkol tüketme	87	18.4	30	13.8	2.205	0.138
Kilolu olma	271	57.3	120	55.3	0.241	0.624
Yetersiz su tüketimi	334	74.9	150	71.4	0.883	0.347
Yetersiz fiziksel aktivite	357	75.5	152	70.0	2.266	0.132
Düzenli kronik hastalık takibi yaptırma	58	60.4	28	71.8	1.553	0.213
Sağlık durumunu iyi olarak değerlendirme	373	78.9	181	83.4	1.948	0.163
Sağlık kaynağı olarak interneti kullanma	263	55.6	117	53.9	0.171	0.679
Sağlık kaynağı olarak hekimi kullanma	211	44.6	107	49.3	1.332	0.250
Son bir yıl içinde kontrol amaçlı hekime başvurma	139	29.4	94	43.3	12.908	0.000
Öncelikli olarak aile hekimini başvurma	161	34.0	72	33.2	0.049	0.825
Sağlık kuruluşlarından memnuniyet	63	13.3	19	8.8	2.958	0.085
Sağlık çalışanlarından memnuniyet	78	16.5	26	12.0	2.363	0.124
Son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvurma	409	86.5	187	86.2	0.011	0.917
Son bir yıl içinde 5 ve daha fazla kez sağlık kuruluşuna başvurma	77	18.8	34	18.2	0.035	0.851
Aile hekimini tanıma	338	71.5	173	79.7	5.289	0.021
Triaj uygulamasını bilme	54	11.4	37	17.1	4.124	0.042
Sağlık kampanyalarından haberdar olma	46	9.7	36	16.6	6.694	0.010

Araştırma grubunda hastalıktan korunma yeterli SOY düzeyinde olanlarda sigara içme, alkol tüketme, kilolu olma, yetersiz su tüketimi ve yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlığı olumsuz etkileyebilecek özellikler, hastalıktan korunmada yetersiz SOY olanlara göre daha düşük düzeyde olmasına rağmen aradaki farklar anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.29).

Hastalıktan korunma yeterli SOY düzeyinde olanlarda, düzenli kronik hastalık takibi yaptırma, son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvurma, son bir yıl içinde beş ve daha fazla kez sağlık kuruluşuna başvurma gibi hastalıktan korunmada sağlığı olumlu etkileyebilecek özellikler hastalıktan korunma yetersiz SOY düzeyinde olanlara göre daha yüksek düzeyde olmasına rağmen aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.29).

Hastalıktan korunma yeterli SOY düzeyinde olanların %43.3'ü son bir yıl içinde kontrol amaçlı hekime başvururken, bu oran hastalıktan korunma yetersiz SOY düzeyinde olanlarda %29.4'dür. Hastalıktan korunma yeterli SOY düzeyinde olanlarda aile hekimini tanıma %79.7, triaj uygulamasını bilme %17.1 ve sağlık kampanyalarından haberdar olma %16.6 iken, hastalıktan korunma yetersiz SOY düzeyinde olanlarda bu oranlar sırasıyla %71.5, %11.4 ve %9.7'dir. Son bir yıl içinde kontrol amaçlı hekime başvurma, aile hekimini tanıma, triaj uygulamasını bilme ve sağlık kampanyalarından haberdar olma sağlık davranış özelliklerindeki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 4.29).

Tablo 4.30. Araştırma grubunda sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı kategorilerinin çeşitli sağlık davranış özelliklerine göre karşılaştırılması

Özellikler	Yetersiz SOY (n=458)		Yeterli SOY (n=232)		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara içme	159	34.7	52	22.4	10.979	0.001
Alkol tüketme	86	18.8	31	13.4	3.207	0.073
Kilolu olma	265	57.9	126	54.3	0.790	0.374
Yetersiz su tüketimi	333	76.7	151	68.0	5.760	0.016
Yetersiz fiziksel aktivite	369	76.4	159	68.5	4.947	0.026
Düzenli kronik hastalık takibi yaptıрма (n=135)	58	61.7	28	68.3	0.536	0.464
Sağlık durumunu iyi olarak değerlendirme	352	76.9	202	87.1	10.150	0.001
Sağlık kaynağı olarak interneti kullanma	241	52.6	139	59.9	3.311	0.069
Sağlık kaynağı olarak hekimi kullanma	214	46.7	104	44.8	0.233	0.637
Son bir yıl içinde kontrol amaçlı hekime başvurma	135	29.5	98	42.2	11.220	0.001
Öncelikli olarak aile hekimini başvurma	335	73.1	176	75.9	0.592	0.442
Sağlık kuruluşlarından memnuniyet	58	12.7	24	10.3	0.791	0.374
Sağlık çalışanlarından memnuniyet	73	15.9	31	13.4	0.799	0.371
Son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvurma	397	86.7	199	85.8	0.107	0.743
Son bir yıl içinde 5 ve daha fazla kez sağlık kuruluşuna başvurma	72	18.1	39	19.6	0.187	0.665
Aile hekimini tanıma	335	73.1	176	75.9	0.592	0.442
Triaj uygulamasını bilme	52	11.4	39	16.8	4.005	0.045
Sağlık kampanyalarından haberdar olma	42	9.2	40	17.2	9.580	0.002

Araştırma grubunda sağlığın geliştirilmesi yeterli SOY düzeyinde olanlarda, düzenli kronik hastalık takibi yaptıрма, aile hekimini tanıma ve öncelikli olarak aile hekimine başvurma sağlık davranışı özellikleri, sağlığın geliştirilmesi yetersiz SOY düzeyinde olanlara göre daha yüksek düzeyde olmasına rağmen aradaki farklar anlamlı bulunmamıştır. Sağlığın geliştirilmesi yeterli SOY düzeyinde olanlarda, sağlık durumunu iyi olarak değerlendirme, son bir yıl içinde kontrol amaçlı hekime başvurma, triaj uygulamasını bilme ve sağlık kampanyalarından haberdar olma sağlık davranışı özellikleri, sağlığın geliştirilmesi yetersiz

SOY düzeyinde olanlara göre daha yüksek düzeydedir. Aradaki farklarda istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 4.30).

Tablo 4.31. Araştırma grubundakilerin genel sağlık okuryazarlığı kategorilerinin ilaç kullanma alışkanlıklarına göre karşılaştırılması

İlaç kullanma alışkanlıkları	Yetersiz SOY (n=491)		Yeterli SOY (n=199)		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Hekim tavsiyesi olmadan reçetesiz ilaç kullanma*	152	31.0	64	32.2	0.095	0.757
Çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma*	258	52.5	115	57.8	1.567	0.211
Kendi ilaç bilgisine dayanarak ilaç kullanma*	199	40.5	57	28.6	8.573	0.003
Eczaneye danışarak ilaç kullanma*	155	31.6	64	32.2	0.023	0.880
İnternette araştırarak ilaç kullanma	335	68.2	144	72.4	1.140	0.286
Kendine iyi geldiğini düşündüğü bir ilacı başkasına tavsiye etme*	233	47.5	95	47.7	0.005	0.946
Evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme **	439	89.4	184	92.5	1.505	0.220
Hekimin önerdiği miktarda ilaç kullanma**	467	95.1	197	94.0	0.374	0.541
Hekimin önerdiği sürede ilaç kullanma**	453	92.3	182	91.5	0.125	0.724

*Hiçbir zaman **Sürekli olarak

Araştırma grubunda genel SOY düzeylerine göre kendi bilgisine dayanarak ilaç kullanmada fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Yeterli genel SOY düzeyinde olanlarda hiçbir zaman kendi ilaç bilgisine göre ilaç kullanma %28.6 iken, yetersiz genel SOY düzeyinde bu oran %40.5`dir (Tablo 4.31).

Tablo 4.32. Araştırma grubundakilerin genel sağlık okuryazarlığı kategorilerinin reçetesiz ilaç kullanma durumuna göre karşılaştırılması

Reçetesiz kullanılan ilaçlar	Yetersiz SOY (n=491)		Yeterli SOY (n=199)		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Ağrı kesici (n=598)	422	85.9	176	88.4	0.763	0.382
Soğuk algınlığı ilacı (n=455)	318	64.8	137	66.8	1.049	0.306
Cilt kremleri(n=349)	246	50.1	103	51.8	0.158	0.693
Vitamin (n=333)	225	45.8	108	54.3	4.046	0.044
Mide ilaçları(n=168)	129	26.3	39	19.6	3.425	0.064
Antibiyotik (n=102)	67	13.6	35	17.6	1.747	0.186
Alerji ilaçları(n=45)	29	5.9	16	8.0	1.058	0.304
Uyku ilaçları(n=19)	16	3.3	3	1.5	1.622	0.203
Antidepresan (n=10)	8	1.6	2	1.0	0.386	0.504

Yetersiz genel SOY düzeyinde olanlarda, reçetesiz olarak mide, uyku ilaçları ve antidepresan kullanımı yeterli genel SOY düzeyinde olanlara göre daha yüksek olmasına rağmen aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.32).

Yeterli genel SOY düzeyinde olanlarda reçetesiz olarak vitamin ilaçları kullanımı oranı %54.3 iken, bu oran yetersiz genel SOY düzeyinde olanlarda %45.8'dir ve aradaki farkta istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.32).

Yeterli SOY düzeyinde olanlarda, reçetesiz olarak ağrı kesici, soğuk algınlığı, cilt kremleri, antibiyotik ve alerji ilaçları, yetersiz SOY düzeyinde olanlara göre daha fazla kullanılmaktadır. Yeterli genel SOY düzeyinde reçetesiz ağrı kesici kullanma oranı %88.4 iken, bu oran yetersiz genel SOY düzeyinde %85.9 bulunmuştur (Tablo 4.32).

Tablo 4.33. Araştırma grubundakilerin genel sağlık okuryazarlığı kategorilerinin çeşitli sağlık uygulamalarına göre karşılaştırılması

Uygulamalar	Yetersiz SOY (n=491)		Yeterli SOY (n=199)		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Son bir yıl içinde kontrol amaçlı genel bir hekim muayenesinden geçme (n=690)	149	30.3	84	42.2	8.913	0.003
Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışanı tarafından tansiyon ölçümü (n=690)	236	48.1	97	48.7	0.026	0.872
Son bir yıl içinde grip aşısı yaptıрма (n=690)	35	7.1	8	4.0	2.341	0.126
Son bir yıl içinde diş hekimine gitme (n=690)	240	48.9	109	54.8	1.968	0.161
Kendi kendine testis muayenesi yapma (n=474)	50	14.6	28	21.4	3.185	0.074
Kendi kendine meme muayenesi yapma (n=216)	90	60.8	50	73.5	3.305	0.069
Mamografi çekirme (n=216)	19	12.8	5	7.4	1.419	0.234
Serviks kanseri (pap smear) testi yaptıрма (n=216)	35	23.6	17	25.0	0.047	0.829
Osteoporoz taraması yaptıрма (n=216)	6	4.1	3	4.4	0.015	0.903
55 yaş üstünde kolon kanseri taraması için kolonoskopi, sigmoidoskopi veya dışkıda gizli kan baktırma (n=33)	13	2.6	11	5.5	3.498	0.061

Araştırma grubunda yeterli genel SOY düzeylerine göre, kontrol amaçlı hekim muayenesinden geçme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yeterli genel SOY düzeyinde olanların %42.2'si son bir yıl içinde kontrol amacıyla genel bir hekim muayenesinden geçtiğini ifade ederken, bu oran yetersiz genel SOY düzeyinde olanlarda %30.3 olarak bulunmuştur. Yeterli genel SOY düzeyinde olanlarda kendi kendine testis muayenesi (KKTm) yapma oranı %21.4 ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapma oranı %73.5 iken, yetersiz genel SOY düzeyinde olanlarda bu oranlar %14.6 ve %60.8'dir. Ancak aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.33).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Erciyes Üniversitesi sağlık dışı okullarda görev yapan akademik personelin SOY düzeyini ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada katılımcıların %68.7'si erkek, %70.4' evli, %41.0'i 30-39 yaş grubundadır.

Bu araştırmada tüm akademik personelin %28.8'i yeterli SOY (yeterli/mkemmek), %71.2'si yetersiz (yetersiz/sorunlu) SOY düzeyindedir (Tablo 4.19). Çorum ilinde öğretmenlerde yapılan bir çalışmada öğretmenlerin %44.0'ının çok sınırlı, %29.8'inin sınırlı, %26.2'sinin yeterli SOY düzeyinde olduğu bulunmuştur (112). Akademisyenlerin SOY düzeyleri öğretmenlere göre daha yüksektir.

2014 yılında ülkemizde yapılan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı" alışmasında bireylerin %64.6'sı yetersiz, %35.4' yeterli SOY düzeyindedir (18). 2016 yılında SB'nin yapmış olduğu çalışmada bireylerin %52.7'si yetersiz, %47.3' yeterli SOY düzeyinde olduğu bulunmuştur (108). Akademisyenlerin SOY düzeyi, ülkemizde genel toplumda yapılan çalışmalarda bulunan SOY düzeyinden daha düşüktür. Eğitim sektöründe faaliyet göstermesinin yanında topluma rol model olan akademisyenlerin SOY düzeyinin düşük olması, kendi alanlarına odaklanması, sağlık alanına olan ilgi ve merakının azalmasına neden olabilir. SOY düzeyinin düşük olması ise başta akademisyenlerin kendi sağlığı olmak üzere ailesinden başlayarak çevresinde olumsuz sağlık sonuçları doğurabilir.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda yeterli SOY oranları ülkemizdeki oranlara göre daha yüksek düzeydedir. Sırbistan'da (113) erişkin bireylerin %55.9'unun, Japonya'da (10) %84.5'inin, İngiltere'de (114) %61.0'nın, Avustralya'da (115) %79.0'ının ve Amerika'da (116, 117) %50.0'sının, yeterli SOY düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir.

2012 yılında Avrupa'da 8 ülkede yapılan "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında katılımcıların %52.5'i yeterli SOY düzeydedir. Ülkeler arasında ise %71.3 ile Hollanda en yüksek yeterli SOY düzeyinde olan ülke olurken, Bulgaristan %37.9 ile en düşük yeterli SOY düzeyindeki ülke olmuştur (17). Gerek "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasının sonuçları gerekse de diğer ülkelerin SOY düzeyleri, hem ülkemizde yapılan diğer çalışmaların hem de bu çalışmadan elde edilen sonuçlarına oranla yüksek olmasına rağmen, SOY düzeylerinde geniş farklılıklar mevcut olup ve ülkeler genelinde yetersiz SOY düzeyi yüksektir. Ülkeler arasındaki SOY düzeyleri arasındaki farkların nedeni olarak ülkenin sağlık ve eğitim sistemi gibi politik farklılıklardan, eğitim durumu, cinsiyet, yaş gibi bireysel özelliklerden, seçilen örneklem grubu ve ölçek seçimi gibi değişkenlerden kaynaklanmış olabilir.

Alt boyut SOY kategorilerinde en yüksek yeterli SOY düzeyi %36.5 ile sağlık hizmeti SOY olmuştur (Tablo 4.20). Bu durum tedavi edici sağlık hizmetlerine olan kullanım eğiliminin fazla olmasından kaynaklanmış olabilir. Sağlık hizmetleri SOY alt boyutlarında %75.3 ile sağlık hizmetinde bilgiyi uygulama en yüksek yeterli SOY düzeyidir (Tablo 4.20). Bu durum sağlık hizmetleriyle ilgili konularda karar alma ve uygulama yeteneğinde daha az sorun yaşanmadığını anlamına gelebilir.

Alt boyut SOY kategorilerinde en düşük yeterli SOY düzeyi %31.5 ile hastalıktan korunma SOY olmuştur (Tablo 4.20). Bu durum koruyucu sağlık hizmetlerine olan kullanım eğilimi eksiliğinden ve hastalıklara karşı koruyucu faktörlere olan bilgi eksikliklerinden kaynaklanmış olabilir. Hastalıktan korunma SOY alt boyutlarında %29.9 ile hastalıktan korunmada bilgiyi uygulama en düşük yeterli SOY düzeyidir (Tablo 4.20). Bu durum sağlığı olumsuz etkileyebilecek risk faktörleri konusunda bilinçli kararlar alma ve uygulayabilme yeteneğindeki eksiklikten kaynaklanmış olabilir.

Yapılan çalışmalarda bireylerin yaşlarının SOY üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (10, 17, 18, 69, 113, 115, 117-119). İleri yaş sınırlı SOY için bir risk faktörüdür (120). İlerleyen yaşla birlikte sınırlı SOY bilişsel işlevde ve duyuşsal yeteneklerde azalmanın bir sonucu olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir (77, 121, 122). Bilişsel işlev bozukluğu olmayan 65 yaş üstü bireyler arasından sınırlı SOY olanların sadece bir yıllık bir sürede dahi hızlı bir şekilde işlevlerinde kayıplar yaşadıklarını gösterilmiştir (120). Bu çalışmada, yeterli SOY düzeyinin yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemesine

rağmen 30 yaş altındakilerde %31.2 olan yeterli SOY düzeyi, 30-49 yaş arasındaki bireylerde %28.8'e ve 50 yaş üzeri bireyler de %23.6'ya düşmektedir (Tablo 4.22).

Öğrenim düzeyi, SOY düzeyini etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda öğrenim düzeyi yüksek olan bireylerin daha yeterli SOY düzeyine sahip oldukları gösterilmiştir (10, 17, 69, 113, 115, 119, 123). Fakat öğrenim düzeyinin düşük olması ve toplam eğitim süresi, sınırlı SOY için bir risk faktörü olsa da, yükseköğrenim düzeyi yeterli SOY için tek başına yeterli değildir. Amerika'da yüksekokul/üniversite eğitimi almış bireylerin de %38.0'inin sınırlı SOY düzeyinde olduğu saptanmıştır (120). SB'nin yaptığı çalışmada ilkökul ve altı eğitim düzeyindeki bireylerin %69.4'ü, ortaokul düzeyindekilerin bireylerin %52.0'i, lise düzeyinde eğitim alan bireylerin %51.1'i, meslek yüksekokulu düzeyinde eğitim alanların %33.3'ü, üniversite ve üzeri düzeyde eğitim alanların %51.7'sinin yetersiz SOY düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (108). Bu çalışmada araştırma görevlilerinin %31.8'i, öğretim görevlisi/okutman/uzman %28.0'i yeterli SOY düzeyinde iken, öğretim üyeleri %27.0 ile en düşük yeterli SOY düzeyine sahiptir (Tablo 4.22).

Formal eğitimden sonraki süredeki artışın sınırlı SOY yol açtığı belirtilmektedir (77, 117, 121, 122). Mezun olma süresindeki artış, hizmet süresinin artması anlamına gelmektedir. Bu çalışmada, çalışma süreleri arasında anlamlı fark olmamasına rağmen en düşük yeterli SOY düzeyi %15.4 ile 31 ve üzeri yıl çalışan akademisyenlerdedir (Tablo 4.22).

Yukarıda değinilmiş olan yaş, çalışma yılı ve öğrenim düzeyi değişkenleri akademisyenlerde paralellik gösterebilir. Yaşın artması, öğrenim düzeyi ve çalışma yılının artması anlamına gelebilir. Yaş, öğrenim düzeyi ve çalışma yılı arttıkça SOY düzeyinin azalması ise akademisyenlerin örgün eğitimden sonraki süredeki artışa ve akademisyenlerin kendi alanlarına olan eğilimin artmasına bağlanabilir.

Bireylerin SOY düzeyleri üzerinde etkili olduğu belirtilen faktörlerden biride cinsiyettir. "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında: Bulgaristan, Yunanistan ve İspanya'da cinsiyetler arasındaki fark anlamlı bulunmazken; Hollanda, Almanya, Polonya, Avusturya ve İrlanda'da kadınlarda yeterli SOY düzeyinin erkeklere göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir (17). Bu çalışmada gruplar arasındaki fark anlamlı olmamasına rağmen kadınlarda yeterli SOY düzeyinin erkeklere oranla daha yüksek

olduğu bulunmuştur (Tablo 4.22). Yapılan pek çok araştırmada yüksek eğitim düzeyinin kadın sağlığı üzerinde pozitif ve sinerji etki oluşturarak yeterli SOY düzeylerini artırdığı saptanmıştır (10, 18, 113, 115, 118, 119, 124, 125).

Fonksiyonel SOY'da farklılık gösteren önemli özelliklerden birisi de medeni durumdur. Ülkemizde yapılan çalışmada evli bireylerin %75.6'sı, bekar bireylerin de %68.8'i yeterli SOY düzeyindedir (126). Sırbistan'da yapılan çalışmada ise evli olan kadınların toplam yeterli SOY içindeki payı %60.2 olup, aradaki farkın anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (113). Avusturya'da yapılan çalışmada, evliler en yüksek, eşinden boşanmış/ayrılmışlar en düşük düzeyde yeterli SOY sahiptir (115). Avrupa birliği ülkelerinde yapılan çalışmada ise dul olmanın sınırlı SOY açısından risk olduğu belirtilmektedir (17). Benzer şekilde bu çalışmada evlilerin %30.5'i, bekar ve eşi ölmüş/ayrılmışların %25.0'i yeterli SOY düzeyindedir (Tablo 4.22).

Evli olanların eşlerinin %10.5'i sağlık çalışanıdır (Tablo 4.1). Eşi sağlık çalışanı olanların %43.1'i, eşi sağlık çalışanı olmayanların %29.0'ı yeterli SOY düzeyindedir (Tablo 4.22). Yapılan lojistik analizde ise hem genel SOY hem de sağlık okuryazarlığın alt indekslerinden olan hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığında eşi sağlık çalışanı olanlarda yeterli SOY anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablolar 4.23/25/26). Yeterli SOY düzeyi, eşi sağlık çalışanı olanlarda eşi sağlık çalışanı olmayanlara göre 1.86 kat daha yüksektir (Tablo 4.23). Hane halkındaki bireyler arasında sağlık çalışanı olması sağlık ve hastalıklarla ilgili bilgi ve farkındalığı artırabilir. Yapılan bir çalışmanın sonucuna göre ailesinde sağlık çalışanı olduğunu belirten bireylerde yeterli SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (127).

SOY; yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme alışkanlığı, sigara içme ve alkol kullanma gibi değiştirilebilir sağlıkla ilişkili davranış özellikleriyle, kronik hastalıkların önlenmesinde önemli bir faktördür. Sınırlı SOY, sigara içme gibi daha riskli sağlık tercihleriyle ilişkilidir (53). "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında sigara içme, SOY düzeyleri ile ilişkili risk faktörleri olarak gösterilmiş olup Bulgaristan, Almanya, Yunanistan ve İrlanda'da sigara içme ile yapılan korelasyon anlamlı bulunmuştur (17). Japonya'da yapılan bir çalışmada yeterli SOY düzeyinde olan bireylerin %18.4'ünün halen sigara içenler, %24.3'ünün sigarayı bırakanlar, %57.2'si de hiç sigara içmeyenlerden oluştuğu gösterilmiştir (10). Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda yetersiz SOY düzeyine sahip kişilerde sigara içme oranlarının yüksek olduğu

gösterilmiştir (63, 127, 128). Bu çalışmada da yetersiz SOY düzeyine sahip bireylerde sigara içme oranımız yüksek bulunmuştur (Tablo 4.27). Bu çalışmadan elde edilen sonuç diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur.

"Avrupa Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında alkol kullanımı SOY düzeyleri ile ilişkili risk faktörü olarak gösterilmiş olup alkol kullanmayan dört kişiden üçü, düşük miktarda alkol kullanan üç kişiden biri yeterli ve mükemmel SOY düzeyindedir. Bulgaristan, Yunanistan ve Polonya'da alkol kullanma ile yapılan korelasyon anlamlı bulunmuştur (17). Japonya'da yapılan bir çalışmada yeterli SOY düzeyinde olan bireylerin %56.2'si hiç alkol kullanmazken, sadece %4.0'ü ağır düzeyde alkol kullanmaktadır (10). Ayrıca yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda yeterli SOY düzeyine sahip kişilerde alkol kullanmama oranlarının yüksek olduğu gösterilmiştir (63, 127, 128). Bu çalışmada da yeterli SOY düzeyine sahip bireylerde alkol kullanmama oranları yüksek bulunmuştur (Tablo 4.27). Elde edilen sonuç diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur.

Yaşam boyu düzenli fiziksel aktivite yapmak, sağlıklı bir vücudun sürdürülmesi, psikolojik iyilik halinin artırılması için önemlidir (49). Manisa'da yapılan bir çalışmada düzenli olarak fiziksel aktivite yapanların SOY düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (129). "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında fiziksel aktivite durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında güçlü bir ilişki olduğu ve fiziksel aktivite durumu arttıkça SOY düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir. "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında, İspanya dışındaki tüm ülkelerde (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Polonya, Hollanda) fiziksel aktivite ile yapılan korelasyon anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hollanda ise fiziksel aktivite ile korelasyonda en anlamlı ülke olarak bulunmuştur ($p<0.01$) (17). Bu çalışmada SOY düzeyine göre fiziksel aktivite durumu arasında fark anlamlı bulunmasına rağmen yeterli SOY düzeyi olanlarda yetersiz fiziksel aktivite daha düşüktür. Bu çalışmadan elde edilen sonuç diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur.

Kilolu olma, dünya genelinde kronik hastalıkların gelişmesinde majör risk faktörüdür. Obezite; kanserin belirli tipleri, yüksek kolesterol, tip 2 diyabet, kalp hastalıkları ve inme, safra kesesi hastalıkları, artrit, uyku bozuklukları ve yüksek kan basıncından kaynaklanan hastalıkların riskini artırmaktadır (49). "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında fiziksel aktivite düzeyi ile BKİ değeri arasında anlamlı korelasyon olduğu

bulunmuştur (17). Bu çalışmada normal kilolu olanların %31.1'i yeterli fiziksel aktivite yaparken, bu oran kilolu olanlarda %22.5'e düşmektedir.

Çalışmamızda, akademisyenler sağlıkla ilgili bilgiye erişimde en sık interneti kullandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.7). Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) bilgi toplumu istatistikleri sonuçlarına göre, ülkemizde internet kullanıcılarının %65.9'u sağlıkla ilgili bilgi aramada interneti kullandıklarını ifade etmişlerdir (130). SB'nin yaptığı çalışmaya göre sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konularında bilgiye ulaşma kaynakları sorgulandığında; %62.0 (her zaman/sıklıkla) ile internet en sık başvurulanan sağlık bilgi kaynağı olmuştur (108). Bireylerin sağlık bilgisine erişimde tercih ettiği kaynakların sağlık okuryazarlığı düzeylerinden etkilendiği belirtilmektedir (131). Bu çalışmada yeterli SOY düzeyindeki akademisyenlerin %57.8'i, yetersiz SOY düzeyindeki akademisyenlerin de %54.0'ü bilgi kaynağı olarak interneti kullanmaktadır (Tablo 4.27). Teknolojinin hızla ilerlemesini takiben, internetin her yerde bulunabilmesi ve bununla paralel olarak da kullanım oranların artması, internetle bilgiye erişimin hızlanmasıyla birlikte her türlü bilgiye, özellikle de sağlık bilgisine erişimde kolaylık sağlaması akademisyenlerin sağlık bilgi kaynağı olarak en sık interneti kullanılmayı tercih etmesinin nedeni olabilir.

Bu çalışmada %33.7 ile Aile Hekimi/Aile Sağlığı Merkezi (ASM) en sık başvurulanan sağlık kurumu olmuştur. ASM en sık başvurulanan sağlık kurumu olmasına rağmen, yeterli SOY düzeyinde olan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmada öncelikle aile hekimine başvuru oranları, yetersiz SOY düzeydekilere göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.27). Buna karşın yapılan diğer çalışmalarda öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alan bireylerde yeterli SOY düzeyi daha yüksek bulunmuştur (101, 115, 132).

Düşük fonksiyonel SOY düşük sağlık durumuyla ilişkidir (6,8). Ülkemizde, SB'nin yaptığı çalışmada, genel sağlık durumunu kötü olarak nitelendiren katılımcıların %91.7'sinin SOY düzeyi yetersiz/sorunlu olarak tespit edilirken, genel sağlık durumunu mükemmel olarak tanımlayan katılımcıların %23.3'ünün SOY düzeyi sorunlu olarak tespit edilmiştir (108). Yapılan uluslararası çalışmalarda ise; kendi sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin daha düşük SOY olduğu (92), sağlık durumlarını mükemmel/iyi olarak değerlendirenler, orta/kötü olarak değerlendirenlere göre iki kat daha fazla yeterli SOY düzeyine olduğu tespit edilmiştir (95). Avusturya'da yapılan

çalışmada; sağlık durumu değerlendirmesi ile SOY arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sağlık durumunu mükemmel/çok iyi olarak ifade edenlerin %62.0'si, iyi olarak ifade edenlerin %54.0'ü, orta/kötü olduğunu ifade edenlerinde %42.0'si yeterli SOY düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (115). "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında, SOY ile katılımcıların kendileri tarafından tanımlanan sağlık durumu değerlendirilmesi arasında güçlü, kayda değer ilişki olduğu bulunmuştur. Daha sağlıklı olduğunu ifade eden katılımcıların daha yüksek SOY düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (17). Bu çalışmada bireylerin %80.4'ü sağlık durumunun çok iyi/iyi olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.5). Yeterli SOY düzeyinde olanların %85.9'u sağlık durumunu çok iyi/iyi olduğunu ifade ederken, yetersiz SOY düzeyinde bu oran %78.0'dir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Ayrıca sağlık hizmeti ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı kategorilerinde de yeterli ve yetersiz SOY düzeylerinde sağlık durumunu iyi değerlendirenler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablolar 4.28/30). Bu çalışmadan elde edilen sonuç diğer çalışmaların sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.

SOY düzeyi, kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini ve hizmetleri kullanma özelliklerini de etkilemektedir (18). Yetersiz SOY' da hastaneye yatma riski artmaktadır (4, 12, 98, 117). Baker ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada düşük SOY olanlarda daha yüksek hastaneye yatma riski olduğunu (92), yine Baker ve arkadaşlarının yaptıkları bir başka çalışmada yetersiz fonksiyonel SOY hastaneye yatmada bağımsız bir risk faktörü olduğunu (55), Gordon ve arkadaşlarının romatoid artrit hastalarında yaptığı çalışmada SOY düşük olanların, yüksek olanlardan daha sık hastaneye yattıkları bulunmuştur (133).

Bu çalışmada katılımcıların %86.4'ü son bir yıl içinde en az bir kez herhangi sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık kurumuna başvuranların %48.0'i üç ve üzeri kez başvururken, ortalama başvuru sayısı 3.1 ± 2.3 'dür (Tablo 4.6). "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında, katılımcıların %81.0 son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık kurumuna başvururken, %54.8'i üç ve üzeri kez herhangi bir sağlık kurumuna başvurmuştur (18). Sağlık kurumuna başvurular açısından çalışmamız, ülkemizde yapılan bu çalışma sonucuna benzerdir. "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı" araştırmasında, katılımcıların %27.0'si son bir yıl içerisinde en az biri kez sağlık hizmetlerine başvururken, sadece %5.6'sı da üç ve üzeri kez sağlık hizmetlerinden yararlanmışlardır

(17). Sağlık kurumuna başvurular açısından çalışmamızda saptanan başvuru sayıları, yurt dışında yapılan bu çalışma sonuçlarından yüksektir.

Bireylerin, sağlık sistemine sıkça dâhil olması, sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanamadığı anlamına gelebilir. Aslında bireyin sisteme sürekli olarak dahil olması, çözülemeyen bir sağlık sorunu ve komplikasyonlar gibi nedenlerden kaynaklanabilir.

Triaj uygulamasını bilmemek, gereksiz olgularla acil servisteki gerçek acil olguların müdahale şansını ve süresini azaltabilir. Bu çalışmada katılımcıların sadece %13.2'si acil servislerdeki triaj uygulamasını bildiklerini ifade ederken, triaj uygulamasını bildiğini ifade edenlerin renk kodlarıyla ilgili olarak; %98.9'u kırmızı rengin acil/ivedi müdahale, %94.5'i sarı rengin geciktirilebilir, %93.4'ü ise yeşil rengin bekleyebilir olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.12). Yeterli SOY düzeyinde olanların %17.0'si triaj uygulamasını bilirken, yetersiz SOY düzeyinde bilme oranı daha düşük düzeyindedir (Tablo 4.27). Ayrıca SOY alt indekslerinden olan sağlığın geliştirilmesi yeterli SOY düzeyinde %16.8'i triaj uygulaması bilirken, sağlığın geliştirilmesi yetersiz SOY düzeyinde bu oran %11.4'dür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.30).

"Avrupa Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında; katılımcıların %6.2'si üç kez ve üzeri olmak üzere, %26.6'sı son iki yıl içerisinde en az bir kez acil servise başvurmuşlardır. Ülkeler bazında; Hollanda (%41.4) ve Yunanistan (%15.9) en az bir kez acil servise başvurarak en fazla ve en az acil servise başvuru alan ülkeler olmuştur (17). "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında katılımcıların %26.1'inin üç ve üzeri kez olmak üzere, %52.7'sinin son iki yıl içerisinde en az bir kez acil servise başvurdukları belirlenmiştir (18). "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında genel SOY ortalaması 33.8 ± 8.0 olup, sağlığın geliştirilmesi SOY ortalaması 32.5 ± 9.1 , "Türkiye Sağlık Okuryazarlık" çalışmasında ise genel SOY ortalaması 30.4 ± 0.16 , sağlığın geliştirilmesi SOY ortalaması 29.9 ± 0.17 olarak bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda görüldüğü gibi acil servis kullanımı arttıkça hem genel sağlık okuryazarlığı hem de sağlığın geliştirilmesi SOY düşmektedir. Acil servislerin daha fazla kullanımı acil servislerin iş yükünün artmasına neden olabilir.

Farkındalık; kronik hastalıklar ve olumsuz sağlık davranışlarıyla mücadelede oldukça önemlidir. Kronik hastalıklar ve olumsuz sağlık davranışlarıyla farkındalığın artmasıyla

birlikte, bu sorunların çözümü; atılacak her adım, alınacak her eğitim ve sonuçta oluşacak davranış değişikliği olacaktır. Bunun için ise SOY geliştirilmesi ve artırılması oldukça önemlidir. Sağlık kampanyaları, sağlık okuryazarlığının arttırılmasının bir parçası olmalıdır ki; önce bireyin sonra da tüm toplumun SOY artırılabilsin.

Bu çalışmada katılımcıların %11.9'u SB'nin ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olduklarını belirtmişlerdir. Tütün ve tütün mamulleriyle mücadele, obezite mücadele hareketi ve okul sütü kampanyaları da en sık bilinen kampanyalar olmuştur (Tablo 4.16). Yeterli SOY düzeyinde olanların %17.6'sı sağlık kampanyalarından haberdar iken, yetersiz SOY düzeyinde bu oran %9.6'dır (Tablo 4.27). Hem genel hem de hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi SOY boyutlarında yeterli SOY düzeyde olanların oranı yüksek ve aradaki farklar da anlamlı bulunmuştur (Tablolar 4.27/29/30.). "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olanların oranı %13.5'dir (18). Çalışmamıza benzer şekilde kampanyalardan haberdar olanların oranı düşüktür.

Meme kanserinden korunmada yapılabileceklerin başında KKMM ve mamografi yaptırmak gelmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 "Türkiye Sağlık Araştırmasına" göre 15 yaş üstü kadınların %58.2'si bu güne kadar hiç kendi KKMM yapmadığı ve %75.1'i de bu güne kadar hiç mamografi yaptırmadığı tespit edilmiştir (134). Bu çalışmada kadınların %64.8'i KKMM yaptığını, %11.1'i de mamografi yaptırdığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.15). Yeterli SOY düzeyinde olanların %73.5'e KKMM yaparken, yetersiz SOY düzeyinde bu oran %60.8'dir (Tablo 4.33). Düşük düzeyde okuryazarlığı olan bireylerin pap-smear yaptırmama, mamografi yaptırmama gibi tarama ve önleme müdahaleleri ile ilgilenmeleri daha az olası olduğu ve ileri evre meme kanseri ile karşılaşmalarının daha fazla olduğu vurgulanmıştır (84, 87).

Serviks kanserinden korunmada pap smear testi yaptırmama önemli bir tarama testidir. TÜİK 2014 "Türkiye Sağlık Araştırması'nda" 15 yaş üstü kadınların %72.6'sının bu güne kadar hiç pap smear testi yaptırmadığı tespit edilmiştir (134). "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasında 21-65 yaş arası kadınların %18.0'i pap smear testi yaptırmıştır (18). Bu çalışmada kadınların %24.1'i pap smear testi yaptırdığını ifade etmişlerdir. Yeterli SOY düzeyinde olanların %25.0'i pap smear testi yaptırmakla, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde bu oran %23.6'dır (Tablo 4.33). SOY düşük olan kadınların servikal kanser taramaları hakkında bilgilerinin eksik olduğu ve kanser

tarama testi olarak pap smear testi ve mamografi kullanımının düşük olduğu bildirilmiştir (135).

Kolorektal kanserlerin, erken tanı stratejileri yönünden uygun olduğu ve bu kanserlerde erken tanı konulduğunda beklenen yaşam sürelerinin arttığı belirtilmektedir (11). Kolorektal kanserinden korunmada yapılması gerekenlerin başında dışkıda (gaita) gizli kan testi baktırmak ya da kolonoskopi, sigmoidoskopi taramaları yaptırmak gelmektedir. TUİK 2014 "Türkiye Sağlık Araştırması'na" göre 15 yaş üstü bireylerde son bir yıl içerisinde dışkı ile ilgili gizli kan testi yaptırma oranı erkeklerde %9.7, kadınlarda %12.3 ve toplamda %11.0'dır. Aynı çalışmada erkeklerin %2.3'ü, kadınların %2.6'sının ve toplam olarak da 15 yaş üstü tüm bireylerin %2.5'inin son bir yıl içerisinde kolonoskopi yaptırdığı tespit edilmiştir (134). Bu çalışmada ise 55 yaş üstü katılımcılarda kolon kanseri taraması için kolonoskopi, sigmoidoskopi veya dışkıda gizli kan baktırma oranı %72.7'dir (Tablo 4.15). Yeterli SOY düzeyinde olanların %5.5'i kolonoskopi, sigmoidoskopi veya dışkıda gizli kan baktırırken, bu oran yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde %2.6'dır (Tablo 4.33). SOY sınırlı veya yetersiz olan grupla yapılan odak grup çalışmasında, bu gruptaki bireylerin kolorektal kanser ve tarama testleri konusunda çok az bilgilerinin olduğu ve bu grup tarafından taramanın yararlarının ve erken tanının kanseri önleyici bir kavram olarak anlaşılmadığı belirtilmektedir (11).

Kronik hastalıkların önemli bir bölümü sigara kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, aşırı alkol kullanımı ve sağlıksız beslenme gibi dört temel risk faktörüne yönelik koruyucu önlemlerle azaltılabilir (136). Ayrıca kronik hastalığı olanlarda düzenli kronik hastalık takibi yaptırmaları, hastalığın seyri açısından önemlidir. Bu çalışmada kronik hastalığı olanların %63.7'si düzenli olarak takip yaptırdığını ifade etmiştir (Tablo 4.5). Genel, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi yeterli SOY düzeyinde olanlarda, düzenli olarak kronik hastalık takibi yaptırma daha yüksektir (Tablolar 4.27/29/30). Hastalıktan korunma yeterli SOY düzeyinde olanların %71.8'i kronik hastalığını takibini yaptırırken, bu oran hastalıktan korunma yetersiz SOY düzeyinde %60.4'dür (Tablo 4.29).

Gerek kronik hastalık tanısı almışlar, gerek risk altındaki toplum, gerekse de toplumda diğer bireyler için, kronik hastalıklardan korunmada; kontrol amaçlı genel bir hekim muayenesinden geçmesi önemlidir. Çalışmamızda katılımcıların %33.8'i son bir yıl

içerisinde kontrol amacıyla genel bir hekim muayenesinden geçtiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.15). Hastalıktan korunma yeterli SOY düzeyinde olanların %43.3'ü son bir yıl içinde kontrol amacıyla genel bir hekim muayenesinden geçerken, hastalıktan korunma yetersiz SOY düzeyinde bu oran %29.4 olup ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.29).

Hipertansiyonu önlemede yapılabilecek en önemli önlemlerin başında belirli aralıklarda tansiyon ölçtürmek gelir. Hastalıktan korunma yeterli SOY düzeyinde olanların %52.1'i son bir yıl içinde kontrol amacıyla sağlık çalışanı tarafından tansiyonunu ölçtürürken, hastalıktan korunma yetersiz SOY düzeyinde olanlarda bu oran %46.5'dir. Fakat aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.33).

Kronik hastalık yönetiminde; SOY'da yeterlilik çok önemlidir (137). SOY yetersiz olan bireylerin sağlık, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilerinde, kronik durumlarla ilgili olarak bakım ve hastalığı yönetme ve sağlık bakım sistemine ulaşmak için gerekli beceriler yönünden yetersizlik yaşadıkları belirtilmiştir. Aynı zamanda, bu bireylerin semptomatik dönemde sağlık arama davranışında ve sağlık durumunun kötüleştiğini anlamada gecikme ve tıbbi önerilere bağlılıkta yetersizlik yaşadıkları belirtilmektedir. Fiziksel hastalık veya yetersizliğin algılanması olarak tanımlanan düşük sağlık durumunun, yetersiz SOY ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (9, 10). ABD'de yapılan bir araştırmada kronik fiziksel veya ruhsal bir sağlık sorunu olan her dört kişiden üçünün sınırlı okuryazarlık kategorisinde olduğu belirlenmiştir (49).

Erciyes Üniversitesi sağlık dışı okullarda görev yapan akademik personelin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve etkileyen etmenlerin incelendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar;

1. Akademisyenlerde genel ve alt indeks SOY düzeyleri genel olarak yetersizdir.
2. Sağlık hizmeti alt indeksinde bilgiyi uygulama SOY en yüksek sağlık okuryazarlığı ortalamasına sahiptir.
3. Hastalıktan korunma alt indeksinde bilgiyi uygulama SOY en düşük sağlık okuryazarlığı ortalamasına sahiptir.
4. Yeterli SOY düzeyi; kadınlarda, evlilerde, eşi sağlık çalışanı olanlarda ve araştırma görevlisi ünvanına sahip olan akademisyenlerde daha yüksektir.

5. Yeterli SOY düzeyi eşi sağlık çalışanı olanlarda, olmayanlara göre 1.86 kat daha yüksektir.
6. Yeterli SOY düzeyindeki akademisyenlerde sigara içme, alkol kullanma, yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz su tüketimi ve kilolu olma gibi olumsuz sağlık davranışları oranları düşüktür.
7. Yeterli SOY düzeyindeki akademisyenlerde koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı yüksektir.

Çalışmamıza yönelik neriler;

1. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için eğitimci ve de rol model olan akademisyenlerde sağlık okuryazarlığına yönelik farkındalık çalışmaları artırılmalıdır.
2. Eğitim sistemimizin tüm seviyelerinde sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik önlemler alınmalıdır.
3. Örgün eğitimden sonra da yaygın eğitim yoluyla bireylere sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik faaliyetler, aktiviteler ve eğitimler düzenlenmelidir.
4. Başta tıp fakülteleri olmak üzere tüm sağlık okullarında öğrenim gören öğrencilere sağlık okuryazarlığı konusunda eğitimler verilmelidir.
5. Sağlık alışanlarının, sağlık okuryazarlığı konusunda duyarlılığı artırılmalı ve toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmaya yönelik çalışmalarda aktif rol alması sağlanmalıdır.
6. Bireylerde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için devlet, eğitim sistemi, niversite, sağlık sistemi ve medyanın birlikte olduğu çok disiplinli işbirliği projeleri yapılmalıdır.

6. KAYNAKLAR

- 1.** Dennis S, Williams A, Taggart J et al. Which Providers Can Bridge the Health Literacy Gap in Lifestyle Risk Factor Modification Education: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 44
- 2.** Kramer MH, Bauer W, Dicker D et al. The changing face of internal medicine: Patient centred care. *EJIM* 2014; 25 (2):125-127.
- 3.** Smith CD. Teaching High-Value, Cost-Conscious Care to Residents: the Alliance for Academic Internal Medicine–American College of Physicians Curriculum. *Ann Intern Med* 2012; 157(4): 284-286.
- 4.** Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12(80): 1-13.
- 5.** Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *JGIM* 1995; 10: 537-541.
- 6.** Nielsen-Bohlman L, Panzer MA, Kindig DA. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine, The National Academies Press, Washington, 2004: 20-65.
- 7.** Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The single item literacy screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Fam Pract* 2006; 7 (21): 1-7.
- 8.** Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes. *JGIM* 2004; 19: 1228–1239.

9. Mancuso JM. Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci* 2008; 10: 248–255.
10. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Educ Couns* 2009; 75: 411-417.
11. Davis TC, Williams MV, Marin E, Parker RM, Glass J. Health literacy and cancer communication. *Cancer J Clin* 2002; 52(3):134-149.
12. Schillinger D, Grumbach K, Piette J et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA* 2002; 288(4): 475-482.
13. Safeer RS, Keenan J. Health Literacy: The gap between physicians and patients. *Am Fam Physician* 2005; 72(3): 463–468.
14. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect* 2008; 11: 113–122.
15. Shaw SJ, Huebner C, Armin J, Orzech K, Vivian J. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *J Immigr Min Health* 2009; 11: 460–467.
16. Rosas-Salazar C, Apter AJ, Canino G, Celed JC. Health literacy and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2012; 129: 935-42.
17. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. HLS-EU CONSORTIUM (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU, Online Publication: <http://www.health-literacy.eu>
18. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B ve Akalın HE (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
19. Martin LT, Ruter T, Escarce JJ et al. Developing Predictive Models of Health Literacy. *JGIM* 2009; 24 (11): 1211–1216
20. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? *J Health Commun* 2010; 15: 9–19.

- 21.** Odabaşı FH, Fırat M, İzmirli S, Çankaya S, Mısırlı ZA. Küreselleşen Dünyada Akademisyen Olmak. A. Ü. Sosyal Bilimler Dergisi 2010; 10 (3): 127-143
- 22.** Deem R, Lucas L. Research and teaching cultures in two contrasting UK policy contexts: Academic life in education departments in five English and Scottish universities. The Journal of Higher Education 2007; 54: 115-133.
- 23.** Altun A. Gelişen Teknolojiler ve Yeni Okuryazarlıklar Anı Yayıncılık, Ankara, 2005
- 24.** Richmond M, Robinson C, Sachs-Israel M. The Global Literacy Challenge: A profile of youth and adult literacy at the mid-point of the United Nations Literacy Decade 2003–2012. UNESCO Report, Paris, 2008: p 10-28.
- 25.** National Institute for Literacy. The national literacy act of 1991. Public law. 1991; p: 102-173
- 26.** Aşıcı M. Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık. Değerler Eğitim Dergisi 2009; 7 (17): 9-26
- 27.** Kellner D. New Technologies/New Literacies: Reconstructing Education for the new millennium. International Journal of Technology and Design Education 2001; 11 (1): 67-81.
- 28.** İstatistiklerle Kadın 2012. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 3904, Ankara, 2012: 61-70
- 29.** İstatistiklerle Türkiye 2014. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 4380, Ankara, 2014: 24-30
- 30.** 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2014: 43-55
- 31.** United Nations Educational Scientific and Cultural Organization Institute for Statistics “Literacy Rates Continue to Rise from One Generation to the Next”, UNESCO, FS/2017/LIT/45 September 2017.

- 32.** Hull GA, Mikulecky L, Clair R. Multiple Literacies: A Compilation for Adult Educators. Columbus, OH: Center for Education and Training for Employment. The Ohio State University, ERIC No: D48236. 2003: 3-4
- 33.** Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259-267.
- 34.** Kickbusch I. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int* 2001; 16 (3): 289–297.
- 35.** Levin-Zamir D, Peterburg Y. Health literacy in health systems: perspectives on patients in Israel. *Health Promot Int* 2001; 16: 87– 94.
- 36.** Burnham E, Peterson EB. Health information literacy: a library case study. *Library Trends* 2005; 53: 422–433.
- 37.** Medical Library Association (2003). Health Information Literacy. <http://www.mlanet.org/resources/healthlit/define.html>, (30.09.2016)
- 38.** Önal İ. Tarihsel Değişim Sürecinde Yaşam Boyu Öğrenme ve Okuryazarlık: Türkiye Deneyimi. *Bilgi Dünyası* 2010; 11 (1): 101-121.
- 39.** Kurudayıoğlu M, Tüzel S. 21.Yüzyıl Okuryazarlık Türleri, Değişen Metin Algısı ve Türkçe Eğitimi, *TÜBAR-XXVIII-/2010-Güz*: 283-298
- 40.** Tüzel MS. Görsel Okuryazarlık, *TÜBAR-XXVII-/2010-Bahar*: 691-705.
- 41.** Bilici İE. Medya Okuryazarlığı ve Eğitimi (1. Basım). Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2014:150-152
- 42.** Diamond JJ. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. *Nutr J* 2007; 6 (5): 1-4.
- 43.** Taylor S, Wagland S. Financial Literacy: A review of government policy and initiatives. *Australasian Accounting Business and Finance Journal* 2011; 5(2): 101-125.
- 44.** Keleher H, Hagger V. Health literacy in primary health care. *Aust J Prim Health* 2007; 13: 24–30.

- 45.** Ratzan SC. Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 2001; 16 (2): 207–214.
- 46.** Parker RM, Williams MV, Weiss BD, et al. Health literacy: Report of the council of scientific affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1999; 281: 552-557
- 47.** Speros C. Health literacy: concept analysis. *Journal of Advance Nursing* 2005; 50 (6): 633-640
- 48.** World Health Organization Health Promotion Glossary (WHO). Geneva, 1998
- 49.** U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. <http://www.healthypeople.gov/2010> (04.10.2016).
- 50.** Selden R, Zorn M, Ratzan SC. National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. NLM Pub. No. CBM 2000
- 51.** Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy The solid facts. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. Denmark 2013
- 52.** Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *JGIM* 2005; 20: 175-184.
- 53.** U.S. Department of Health and Human Services (2007) Quick guide to health literacy and older adults. Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion, <https://health.gov/communication/literacy/quickguide/Quickguide.pdf> (05.10.2016).
- 54.** Sezgin D. Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık: Çelişkiler, Alternatifler ve Sağlık İletişimi. *Schola Ayrıntı Dizisi*. 2011: s:140-150.
- 55.** Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health* 2002; 92(8): 1278–1283.

- 56.** Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C, White S. Literacy in Everyday Life: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. DC: US Department of Education, National Center for Education Statistics, Washington, 2007.
- 57.** Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, et al. Public health literacy defined. *Am J Prev Med* 2009; 36 (5): 446–451.
- 58.** Saaddine JB, Venkat Narayan KM, Vinicor F, et al. Vision loss: A public health problem? *Ophthalmology* 2003; 110: 253–254.
- 59.** Anton C, Schoolwerth AC, Engelgau MM, et al. Chronic Kidney Disease: A Public Health Problem that Needs a Public Health Action Plan. *Preventing chronic disease* 2006; 3(2): 1-6
- 60.** Bodur S. Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı ile İlişkisi, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2015: 86
- 61.** Sihota S, Lennard L. Health Literacy: Being Able to Make the Most of Health. National Consumer Council, London, 2004: 3-43.
- 62.** Watkins K. United Nations Development Programme. Human Development Report 2007/2008, New York, 2007: p 269.
- 63.** Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, et al. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med* 2007; 167(14): 1503-1509.
- 64.** Kanj M, Mitic W. Health literacy and health behaviour. World Health Organization, 2009: 16-25
- 65.** Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1946-1952.
- 66.** Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, et al. Limited literacy and mortality in the elderly: The Health, Aging, and Body Composition Study. *JGIM* 2006; 21: 806–812.
- 67.** Rudd RE, Anderson JE, Oppenheimer S, Nath C. Health Literacy: An Update of Medical and Public Literature. National Center for the Study Adult Learning and Literacy (NCSALL) 2007; 7 (6): 175-199.

- 68.** Betz CL, Ruccione K, Meeske K, Smith K, Chang K. Health Literacy: A Pediatric Nursing Concern, *Pediatric Nursing* 2008; 34 (3): 231-239.
- 69.** Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res* 2010; 25(3): 464-477.
- 70.** Gillis D, Quigley A. Taking Off the Blindfold: Seeing How Literacy Affects Health: A Report of the Health Literacy in Rural Nova Scotia Research Project 2004. St. Francis Xavier University, Antigonish, 2004: p 3-11.
- 71.** Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. Health Literacy. Report of the Council on Scientific Affairs, *JAMA*, 1999; 281(6): 552-557.
- 72.** Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *JGIM* 2006; 21: 878-883.
- 73.** Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008; 67: 2072–2078
- 74.** Shone L, Conn MK, Sanders L, Halterman JS. The role of parent health literacy among urban children with persistent asthma. *Patient Educ Couns* 2009; 75(3): 368–375
- 75.** Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promot Int* 2000; 15(4):277-283.
- 76.** Bosworth HB. Challenges and strategies to improve patient health literacy and competencies. *Patient Intell* 2010; 2: 19–25.
- 77.** Davis TC, Long S, Jackson R, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: shortened screening instrument. *Fam Med* 1993; 25: 391–395.
- 78.** Welch VL, VanGeest JB, Caskey R. Time, costs, and clinical utilization of screening for health literacy: A case study using the Newest Vital Sign (NVS) Instrument. *J Am Board Fam Med* 2011; 24 (3): 281–289.
- 79.** Weiss BD, Mays MZ, Martz W, et al. Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *Ann Fam Med* 2005; 3: 514-522.

- 80.** Kondilis BK, Soteriades ES, Falagas ME. Health Literacy Research in Europe: a Snapshot. *European Journal of Public Health*, 2006; 16 (1): 113.
- 81.** Berkman ND, Dewalt DA, Pignone MP, et al. Literacy and health outcomes. *Evid Rep Technol Assess* 2004; (87): 1-8.
- 82.** Talbot L, Verrinder G. *Promoting Health: The primary health care approach* (4 th ed), Churchill Livingstone, Reed International Books Australia Pty Ltd, 2010:198-199.
- 83.** Chinn D. Critical health literacy: A review and critical analysis. *Soc Sci Med* 2011; 73: 60-67.
- 84.** World Health Organization. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report, WHO Press, Geneva, 2008: p 1-5.
- 85.** Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care* 2002; 40(5): 395-404.
- 86.** Fortenberry JD, McFarlane MM, Hennessy M, Bull SS, Grimley DM, et al. Relation of health literacy to gonorrhoea related care. *Sex Transm Infect*, 2001; 77: 206-11.
- 87.** Lindau ST, Tomori C, Lyons T, et al. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5): 938-943.
- 88.** Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61: 1086-1090.
- 89.** Rootman I, Ronson B. Literacy and health research in Canada: Where have we been and where should we go? *Can J Public Health* 2005; 96(2): 62-77.
- 90.** Dewalt DA, Pignone MP. Reading is fundamental. The relationship between literacy and health. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1943–1944.
- 91.** Kaufman H, Skipper B, Small L, Terry T, McGrew M. Effect of literacy on breastfeeding outcomes. *South Med J*, 2001; 94: 293–96.

- 92.** Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, Nurss J. The Relationship of Patient Reading Ability to Self-Reported Health and Use of Health Services. *American Journal of Public Health*. 1997; 87 (6): 1027-1030.
- 93.** Kalichman SC, Rompa D. Functional health literacy is associated with status and health related knowledge in people living with HIV/AIDS. *J Acq Immun Def Synd*, 2000; 25: 337–44.
- 94.** Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *J Clin Nurs* 2009; 18(16): 2337–2343.
- 95.** Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, et al. Health Literacy among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. *JAMA*, 1999; 281 (6): 545-551
- 96.** Kripalani S, Henderson LE, Chiu EY, Robertson R, Kolm P, et al. Predictors of Medication Self-management Skill in a Low-literacy Population. *J Gen Intern Med*, 2006; 21: 852-856.
- 97.** Bilir N. Sağlık okuryazarlığı. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2014; 12(1): 61-68.
- 98.** Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med* 1998; 158: 166-172.
- 99.** Powell CK, Hill EG, Clancy DE. The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *The Diabetes Educator*, 2007; 33 (1): 144-151.
- 100.** Mbaezue N, Mayberry R, Gazmararian J, et al. The impact of health literacy on self-monitoring of blood glucose in patients with diabetes receiving care in an inner-city hospital. *Journal of the National Medical Association*, 2010; 102 (1): 5-9
- 101.** Cho YI, Lee SYD, Arozullah MA, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health care utilization amongst elderly. *Soc Sci Med*, 2008; 66: 1809-1816

- 102.** Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, et al. Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. *JGIM* 2004; 19: 215–220.
- 103.** Mccray AT. Promoting health literacy. *J Am Med Inform Assoc* 2005; 12: 152-163.
- 104.** Vernon John A, Trujillo A, Rosenbaum S, DeBuono B. Report on The Low Health Literacy: Implications for National Health Policy. University of Connecticut. 2007
- 105.** Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, et al. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med* 2007; 167(14): 1503-1509.
- 106.** Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? *J Health Commun* 2010; 15: 9–19.
- 107.** Longo DR. Understanding Health Information, Communication, and Information Seeking of Patients and Consumers: A Comprehensive and Integrated Model. *Health Expectations*, 2005; 8 (3): 189–194
- 108.** Okyay P, Abacıgil F. Sağlık Bakanlığı, "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması." Yayın no:1025, Ankara, 2016:21-62
- 109.** Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, "Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi," 940, Ankara, 2014: 1-98
- 110.** Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı " Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER)," 1031, Ankara, 2015: 46-60
- 111.** Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO technical report series; 916. WHO Library Cataloguing-in Publication Data, WHO, Geneva, 2003: p 13-81.
- 112.** Yılmazel G, Cetinkaya F. Health literacy among schoolteachers in Çorum, Turkey. *EMHJ*. 2015; 21 (8): 598-605

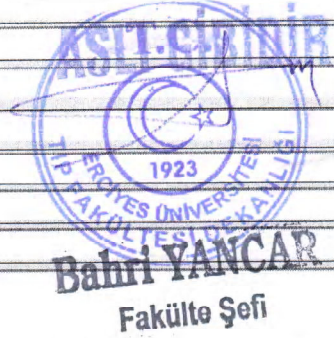
- 113.** Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V. Which women patients have better health literacy in Serbia? *Patient Educ Couns* 2012; 89(1): 209-212.
- 114.** Boxell EM, Smith SG, Morris M, et al. Increasing awareness of gynaecological cancer symptoms and reducing barriers to medical help seeking: Does health literacy play a role? *Journal of Health Communication: International Perspectives* 2012; 17(3): 265-279.
- 115.** Adams RJ, Appleton SL, Hill CL, et al. Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. *Med J Aust* 2009; 191: 530-534.
- 116.** Kirk JK, Grzywacz JG, Arcury TA, et al. Performance of health literacy tests among older adults with diabetes. *JGIM* 2011; 27(5): 534-540.
- 117.** Shah LC, West P, Bremmeyer K, Savoy-Moore RT. Health literacy instrument in family medicine: The “Newest Vital Sign” ease of use and correlates. *J Am Board Fam Med* 2010; 23: 195–203.
- 118.** Patel PJ, Steinberg J, Goveas R, et al. Testing the utility of the newest vital sign (NVS) health literacy assessment tool in older African –American patients. *Patient Educ Couns* 2011; 85: 505-507.
- 119.** Marks JR, Schectman JM, Groninger H, Plews-Ogan MN. The association of health literacy and socio-demographic factors with medication knowledge. *Patient Educ Couns* 2010; 78: 372–376.
- 120.** Sequeira SS. Limited Health Literacy and Decline in Executive Function in Older Adults, *Journal of Health Communication*, 2013;18 (1): 143-157.
- 121.** Benson JG, Forman WB. Comprehension of written health care information in an affluent geriatric retirement community: use of the test of functional health literacy. *Gerontology* 2002; 48: 93–97.
- 122.** Downey LV, Zun LS. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *J Natl Med Assoc* 2008; 100: 1204–1208.

- 123.** U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, 2010: p 3-13
- 124.** Shea JA, Beers BB, McDonald VJ et al. Assessing health literacy in African American and Caucasian adults: disparities in rapid estimate of adult literacy in medicine (REALM) scores. *Fam Med* 2004; 36: 575–81.
- 125.** Morrow D, Clark D, Tu W, et al. Correlates of health literacy in patients with chronic health failure. *Gerontologist* 2006; 46: 669–76.
- 126.** Üçpınar E, Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarlama Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2014: 92
- 127.** İkinci S, Eser S, Piyal B, et al. Sağlık ön lisans programı öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumu (Ankara Üniversitesi Örneği), 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, s 674-676, 2-6 Ekim 2012, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- 128.** Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and health risk behaviours among older adults. *Am J Prev Med* 2007; 32(1): 19-24.
- 129.** Dündar PE, Dede B. Manisa’da seçilen kentsel ve gecekondu bölgelerinde yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı ve etkili faktörler. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, s 296-299, 2-6 Ekim 2012, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- 130.** Bilgi Toplumu İstatistikleri, 2011. T.C. Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Bilgi Toplumu Dairesi Başkanlığı DPT Yayın No: 2826, Haziran 2011. http://akgul.bilkent.edu.tr/BTİstatistik/Bilgi_Toplumu_Istatistikleri_2011.pdf. (08.04.2016)
- 131.** Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, Berkman N, Lohr KN. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. *JGIM* 2005; 20: 185–192.
- 132.** Hudon C, Fortin M, Poitras ME, Almirall J. The relationship between literacy and multimorbidity in primary care setting. *BMC Fam Pract* 2012; 13(33): 1-6.

- 133.** Gordon MM, Hampson R, Capell HA, Madhok R. Illiteracy in rheumatoid arthritis patients as determined by the Rapid Estimate of Adult Literacy (REALM) score. *Rheumatology* 2002; 41(7): 750-754.
- 134.** Türkiye Sağlık Araştırması 2014. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ankara, 2014
- 135.** Davis TC, Arnold C, Berkel HJ, et al. Knowledge and attitude on screening mammography among low-literate, low-income women, *Cancer*, 1996; 78(9): 1912-20.
- 136.** World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2011. WHO Press, Geneva, 2011: p 5-9.
- 137.** Sezer A. "Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi", Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2012: 48

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Erciyes Üniversitesi Sağlık Dışı Okullarda Görev Yapan Akademik Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi					
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU							
DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	BELGE ADI	Açıklama					
	SİGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	İLAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	☐						
DİĞER	☐						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No :	2015/467	Tarih :	25.11.2015			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						



KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	Araştırma İle İlişki	Katılım (*)	İmza
Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL	Çocuk. Sağ ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Karamehmet YILDIZ	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Salih KUK	Tıbbi Parazitoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ	Çocuk. Sağ ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Aydın ÜNAL	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Güven KAHRİMAN	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Kemal ÖZYURT	Dermatoloji	Kayseri Eğitim Hast.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Emin Murat CANGER	Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Gökmen ZARARSIZ	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Av. Zafer Tuğrul SARIASLAN	Avukat	Hukuk Müşaviri	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Serkan KARACA	Sivil Üye	Öğretmen	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
 Ünvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL
 İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KAEK-80)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Erciyes Üniversitesi Sağlık Dışı Okullarda Görev Yapan Akademik Personelin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
	AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ		
	TELEFON	0 352 437 49 10 - 11		
	FAKS	0 352 437 52 85		
	E-POSTA	byancar@erciyes.edu.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Prof.Dr. Fevziye Çetinkaya		
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı		
	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Kayseri		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
FAZ 4		☐		
Gözlemsel ilaç çalışması		☐		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☒		
Diğer ise belirtiniz		Doktora Tezi		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ ☒	ÇOKMERKEZ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının

Ünvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

İmza:

ASLI GİRİDİR
T.C.
1923
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
Bahri YANCAR
Fakülte Şefi

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK DIŞI OKULLARDA GÖREV YAPAN AKADEMİK PERSONELİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ

DEĞERLİ AKADEMİSYENLER, Sağlık Okuryazarlığı; "bireylerin, sağlıkla ilgili uygun kararlar alması için gerekli olan temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesidir. Doldurmuş olduğunuz anket; **doktora tez** çalışmasıdır. Çalışmamızdaki bilgileriniz gizli tutulacak ve başka amaçlarla kullanılmayacaktır. Yapmış olacağınız katkılardan dolayı **TEŞEKKÜR EDERİZ.**

1. Yaşınız..... Anket No:.....
2. Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kadın
3. Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Bekâr 3. Eşi Ölmüş/Eşinden Ayrılmış
4. Çalıştığınız Fakülte / Yüksekokul / Meslek Yüksek Okul:
5. Çalıştığınız Birim/Bölüm:.....
6. Akademik Unvanınız: 1. Prof. Dr. 2. Doç. Dr. 3. Yrd. Doç.
4. Öğr. Gör. 5. Arş. Gör. 6. Okutman 7. Uzman
7. Meslekteki Yılınz.....
8. Eşinizin Mesleği: 1. Eğitimci (Öğretmen, Akademisyen vb.) 2. Sağlık Personeli (Doktor, Hemşire vb.)
3. Ev Hanımı 4. Diğer (.....)
9. Sigara İçme Durumunuz: 1. Hiç içmedim 2. Arada Sırada İçerim
3. Her Gün En Az.....Adet İçerim 4. Bıraktım
10. Alkol kullanma durumunuz:
1. Hiç içmem 2. Ara sıra içiyorum 3. Haftada en az bir bardak içerim

Haftada en az 5 gün ve günde en az 30 dakika orta şiddetli fiziksel aktivitelerden YA DA Şiddetli fiziksel aktivitelerden haftada en az 3 gün ve günde en az 20 dakika olacak şekilde yapılması durumunda Yeterli Fiziksel Aktivite olarak kabul edilmektedir.

Orta Şiddetli Fiziksel Aktiviteler	Şiddetli Fiziksel Aktiviteler
Tempolu yürüyüş (saatte yaklaşık 5 km)	Koşu/joging (saatte 8 km)
Bahçe işleri	Bisiklet (saatte 16 km den fazla)
Ev işleri (süpürme, silme)	Yüzme
Bisiklet (saatte 16 km den az)	Aerobik egzersizler
Hafif ritimde halk oyunları	Çok hızlı yürüme (saatte 7 km hız ile)
Salon Dansları	Ağırlık kaldırma
Tenis (çift)	Basketbol

11. Yukarıda tabloda verilen bilgiler doğrultusunda Fiziksel Aktivite Durumunuzla ilgili değerlendirirseniz?

1. Yeterli 2. Yetersiz

12. Antropometrik Bulgularınız:

1. Boyunuz:.....cm 2. Kilo:.....kg

13. Alışkanlıklarınız (Sıklık)

1. Çay Bardak/gün 2. Kahve.....Fincan/gün 3. Su..... Bardak/gün

14. Doktor tarafından tam konulmuş herhangi bir rahatsızlığınız var mı?

1. Evet (.....) 2. Hayır

15. (Cevabınız Evet ise) Hastalığınızı düzenli olarak takibini yaptırıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

16. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok İyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok Kötü

17. Genellikle sağlık bilgisine ilk olarak nereden ulaşırsınız?

- | | | | |
|---------------------|-------------------------------------|-----------------|-----------|
| 1. Televizyon/Radyo | 2. Gazete, Dergi | 3. İnternet | 4. Doktor |
| 5. Eczacı | 6. Hemşire/diğer sağlık alışanları | 7. Diğer(.....) | |

18. Hastalığınızla ilgili ikinci bir görüş alma ihtiyaı hissedersiniz?

- | | | |
|---------|----------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır | 3. Bazen |
|---------|----------|----------|

19. Hangi sebep ya da sebeplerden dolayı ikinci bir görüş alma ihtiyaı hissedersiniz?

- | | |
|---|--|
| 1. Doktoru anlamadığımda | 2. Doktor yeterince bilgi vermediğinde |
| 3. Doktora güven duymadığımda | 4. Doktorun teşhisini ikinci bir doktor tarafından onaylatmak için |
| 5. evrem başka bir doktoru önerdiği için | 6. Diğer..... |

20. Her hangi bir sağlık sorununuz olmasa bile kontrol amacı ile hekime ne sıklıkla başvurusunuz?

- | | | |
|--------------|-------------|-----------------|
| 1. Her Zaman | 2. Ara Sıra | 3. Hiçbir Zaman |
|--------------|-------------|-----------------|

21. Hasta olduğunuzda genellikle ilk olarak ne yaparsınız?

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Hastane/Doktora giderim | 2. Evdeki ilaçlardan alırım | 3. evremdekilere danışırım |
| 4. Eczaneye danışırım/İlaç alırım | 5. Bir şey yapmam | 6. Diğer(.....) |

22. Size en yakın kişiler (eşiniz, çocuğunuz, anne-babanız vb) hastalandığında ilk olarak ne yaparsınız?

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Hastane/Doktora giderim | 2. Evdeki ilaçlardan alırım | 3. evremdekilere danışırım |
| 4. Eczaneye danışırım/İlaç alırım | 5. Bir şey yapmam | 6. Diğer(.....) |

23. Sağlık hizmetlerinden yararlanmada öncelikle hangi kuruma başvurursunuz?

- | | | |
|---------------------------------|---------------------|-------------------------|
| 1. Aile Hekimi | 2. Devlet Hastanesi | 3. Üniversite Hastanesi |
| 4. Özel Hastane/zel Poliklinik | 5. Özel Muayenehane | 6. Diğer(.....) |

24. Sağlık kurumunuzu belirlemede neye göre karar verirsiniz?

- | | | |
|--|---|---------------|
| 1. Daha önceden gidip memnun kaldığım için | 2. evremin nerisi üzerine / tavsiye zerine | |
| 3. Akademik unvanına göre (Doçent, Profesör) | 4. Bekleme süresinin az olmasına göre | 5. Diğer..... |

25. Genellikle sağlık kurum ve kuruluşlarından aldığınız sağlık hizmetlerinden memnun musunuz?

- | | | |
|-----------------------|-------------------|--------------------|
| 1. Hiç memnun değilim | 2. Memnun değilim | 3. Kısmen memnunum |
| 4. Memnunum | 5. Çok memnunum | |

26. Genellikle sağlık çalışanlarından memnun musunuz?

- | | | |
|-----------------------|-------------------|--------------------|
| 1. Hiç memnun değilim | 2. Memnun değilim | 3. Kısmen memnunum |
| 4. Memnunum | 5. Çok memnunum | |

27. Son bir yıl içinde kaç kez herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurdunuz mu?

- | | |
|--------------------|----------|
| 1. Evet (.....kez) | 2. Hayır |
|--------------------|----------|

28. Aile hekiminizi tanıyor musunuz?

- | | |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|

29. Aile hekiminizi seçme hakkınızın olduğunu biliyor musunuz?

- | | |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|

30. şimdiye kadar aile hekiminizi değiştirdiniz mi?

- | | |
|---------------------|----------|
| 1. Evet (..... kez) | 2. Hayır |
|---------------------|----------|

31. Hastane acillerindeki triaj uygulamasını biliyor musunuz?

- | | |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|

32. Acil servise girişte renk kodları neyi ifade eder?

- | | | | | |
|------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------|
| 1. Kırmızı | 1. İvedi / Acil | 2. Geciktirilebilir | 3. Bekleyebilir | 4. Bilmiyorum |
| 2. Sarı | 1. İvedi / Acil | 2. Geciktirilebilir | 3. Bekleyebilir | 4. Bilmiyorum |
| 3. Yeşil | 1. İvedi / Acil | 2. Geciktirilebilir | 3. Bekleyebilir | 4. Bilmiyorum |

33. İlaç kullanma alışkanlığınızla ilgili olarak sizin için en uygun sıklığı belirtiniz.

İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARI	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğunlukla	Her Zaman
1. Genellikle doktor tavsiyesi olmadan/reçetesiz ilaç kullanırım.	1	2	3	4	5
2. Çevre tavsiyesiyle ilaç kullanırım.	1	2	3	4	5
3. Kendi ilaç bilgime dayanarak ilaç kullanırım.	1	2	3	4	5
4. Eczaneme danışarak ilaç kullanırım.	1	2	3	4	5
5. İnternette araştırarak ilaç kullanırım.	1	2	3	4	5
6. Kendime iyi geldiğini düşündüğüm bir ilacı başkasına tavsiye ederim.	1	2	3	4	5
7. Evdeki ilaçların son kullanma tarihine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
8. İlaçlarımı doktorumun önerdiği miktarda kullanırım.	1	2	3	4	5
9. İlaçlarımı doktorumun önerdiği süreye uygun şekilde kullanırım.	1	2	3	4	5

34. Aşağıdaki ilaçlardan hangisini ya da hangilerini reçete edilmeden kullanırsınız?

İLAÇ TÜRÜ			İLAÇ TÜRÜ		
1. Ağrı Kesici	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır	6. Cilt kremleri	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır
2. Antibiyotik	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır	7. Allerji ilaçlar	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır
3. Soğuk algınlığı ilacı	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır	8. Antidepresan	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır
4. Mide ilaçları	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır	9. Uyku ilaçları	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır
5. Vitamin	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır	10. Diğer.....	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır

35. Aşağıdaki sağlığınızın korumayla ilgili uygulamalardan yaptığınız/yaptırdıklarınızı işaretleyiniz.

[(*)işaretli soruları sadece kadınlar işaretleyecektir.]

Uygulamalar	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır
1. Son bir yıl içinde kontrol amacıyla genel bir doktor muayenesinden geçme.	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır
2. Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık çalışması tarafından tansiyon ölçümü.	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır
3. 2015-16 sezonunda grip aşısı.	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır
4. Kendi kendine testis muayenesi (Sadece Erkekler).	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır
5. Kolon kanseri taraması için kolonoskopi, sigmoidoskopi veya dışkıda gizli kan (50 yaş üstü).	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır
6. Son bir yıl içinde diş hekimine gitme.	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır
7. (*) Kendi kendine meme muayenesi (Kadınlarda).	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır
8. (*) Mamografi yaptırmak (Kadınlarda).	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır
9. (*) Serviks kanseri (pap smear) testi yaptırmak (Kadınlarda).	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır
10. (*) Osteoporoz taraması (Kadınlarda).	☐ 1. Evet	☐ 2. Hayır

36. Sağlık Bakanlığı'nın ulusal sağlık kampanyalarından haberiniz var mı?

1. Evet 2. Hayır

37. (Cevabınız Evet İse) Ulusal sağlık kampanyalarının ismi/isimlerini belirtiniz.

1 4
2 5
3 6

38. Aşağıda sağlık okuryazarlığı ile ilgili sorulara size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

[1] ÇOK ZOR [2] ZOR [3] KOLAY [4] ÇOK KOLAY [5] EMİN DEĞİLİM

1. Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak.	1	2	3	4	5
2. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak.	1	2	3	4	5
3. Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	1	2	3	4	5
4. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak	1	2	3	4	5
5. Acil durumda ambulans çağırmak	1	2	3	4	5
6. Hasta olduğunuzda, nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak.	1	2	3	4	5
7. Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak.	1	2	3	4	5
8. Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek	1	2	3	4	5

9. Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	1	2	3	4	5
10. Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
11. İlacınızla ilgili olan prospektüsleri anlamak.	1	2	3	4	5
12. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	1	2	3	4	5
13. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	1	2	3	4	5
14. İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	1	2	3	4	5
15. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	1	2	3	4	5
16. İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
17. Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
18. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
19. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
20. Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	1	2	3	4	5
21. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
22. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5
23. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
24. Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
25. Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
26. Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
27. İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	1	2	3	4	5
28. Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	1	2	3	4	5
29. Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
30. Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	1	2	3	4	5
31. Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
32. Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak	1	2	3	4	5
33. Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
34. Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
35. Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
36. Akıl sağlığınıza için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak	1	2	3	4	5
37. Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak	1	2	3	4	5
38. İşinizde sağlığınıza iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	1	2	3	4	5
39. Sağlığınıza iyileştirecek kararlar vermek	1	2	3	4	5
40. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	1	2	3	4	5
41. Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığınız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	1	2	3	4	5
42. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak	1	2	3	4	5
43. Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	1	2	3	4	5
44. Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
45. Nerede yaşadığınızın sağlığınıza ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
46. Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
47. Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek	1	2	3	4	5

ANKETİMİZ BİTMİŞTİR.

TEŞEKKÜR EDERİZ.



Turnitin Orijinallik Raporu

Mehmet Doğan tez Mehmet Dogan tarafından

Mehmet Doğan tez (Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı) den

Benzerlik Endeksi

%20

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources:	%16
Yayınlar:	%6
Öğrenci Ödevleri:	%10

12-Ara-2017 16:35 +03' de işleme
kondu

NUMARA: 894753778

Kelime Sayısı: 16955

kaynaklar:

- 1 3% match (07-May-2015 tarihli internet)
<http://www.saglikksen.org.tr/MediaContent/vYcK-1419245270-mA5r.pdf>
- 2 3% match (27-May-2016 tarihli internet)
<http://www.ejmanager.com/mnstemps/1/1-1448870518.pdf?t=1458461536>
- 3 2% match (13-Eki-2017 tarihli öğrenci ödevleri)
[Submitted to Inonu University on 2017-10-13](#)
- 4 2% match (23-May-2015 tarihli internet)
http://angora.baskent.edu.tr/acik_arsiv/dosya_oku.php?psn=3626&yn=1&dn=1
- 5 1% match (09-Kas-2015 tarihli öğrenci ödevleri)
[Submitted to TechKnowledge Turkey on 2015-11-09](#)
- 6 1% match (24-May-2016 tarihli internet)
<http://docplayer.biz.tr/5738157-T-c-baskent-universitesi-saglik-bilimleri-enstitusu-hemsirelik-anabilim-dali.html>
- 7 1% match (19-Şub-2016 tarihli öğrenci ödevleri)
[Submitted to Izmir Katip Äelebi Äniversitesi on 2016-02-19](#)
- 8 < 1% match (07-Tem-2017 tarihli öğrenci ödevleri)
[Submitted to Beykent Universitesi on 2017-07-07](#)
- 9 < 1% match (04-Tem-2016 tarihli internet)
<http://kayseriuniversitesi.com/tag/kurumsal>
- 10 < 1% match (03-Haz-2016 tarihli internet)
<http://www.ankarahalksagligi.gov.tr/dosya/1-4620/h/soy-4mart.pdf>
- 11 < 1% match (07-Haz-2013 tarihli internet)
http://turkoloji.cu.edu.tr/html/io_okuryazarlik.htm
- 12 < 1% match (08-Haz-2015 tarihli internet)
<http://sporegitmeni.net/Cocukvespor-YAS-GRUPLARINA-GORE-EGZERSIZ-CESITLERI-421.html>

13

< 1% match (16-Eki-2017 tarihli internet)

<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9FI%C4%B1k%20Okur%20Yazarl%C4%B1%C4%9F%C4%9F>

14

< 1% match (yayınlar)

[KILIÇ, Mahmut and ÇETİNKAYA, Fevziye. "Yozgat il merkezindeki sağlık çalışanlarında sağlık sorunları görülme durumu ve etkileyen faktörler". TUBITAK, 2011.](#)

15

< 1% match (11-Eki-2017 tarihli öğrenci ödevleri)

[Submitted to Inonu University on 2017-10-11](#)

16

< 1% match (30-Eyl-2014 tarihli internet)

http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/15.UHSK%20K%C4%B0TAP_14_10

17

< 1% match (25-May-2016 tarihli öğrenci ödevleri)

[Submitted to Suleyman Demirel University on 2016-05-25](#)

18

< 1% match (11-Haz-2017 tarihli internet)

<http://docplayer.biz.tr/15732049-Kisisel-ve-sosyal-bir-deger-olarak-okuryazarlik.html>

19

< 1% match (25-May-2016 tarihli internet)

http://www.tifmpc.gen.tr/tifmpc_022016/tifmpc_022016_0001040_doc_pdf_other_files/articles_pdf/2016_3_10_1

20

< 1% match (24-Oca-2017 tarihli internet)

<http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12620655/index.pdf>

21

< 1% match (19-Kas-2017 tarihli internet)

<http://www.ssbfnct.com/ojs/index.php/ijfbs/article/download/745/338>

22

< 1% match (30-Tem-2017 tarihli öğrenci ödevleri)

[Submitted to Cumhuriyet University on 2017-07-30](#)

23

< 1% match (01-Kas-2016 tarihli internet)

<https://tr.scribd.com/doc/301194579/E%C4%9Fitim-Teknolojileri-Okumalar%C4%B1-2015>

24

< 1% match (24-May-2016 tarihli öğrenci ödevleri)

[Submitted to TechKnowledge Turkey on 2016-05-24](#)

25

< 1% match (yayınlar)

[YILDIZ, Süleyman Murat. "İçsel Pazarlama, İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi: Spor Okullarında Görev Yapan Antrenörler Üzerine Bir İnceleme", Selçuk Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, 2011.](#)

26

< 1% match (23-Oca-2014 tarihli internet)

<http://sbe.kmu.edu.tr/userfiles/file/tezler/isletme/denizbilgin.pdf>

< 1% match (23-Eyl-2014 tarihli internet)

ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Mehmet DOĞAN

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 20 Nisan 1986, Sivas

Medeni Durumu: Evli

Tel: +90 352 437 72 59

Fax: +90 352 437 59 36

email: mehmetdogan@erciyes.edu.tr

Yazışma Adresi: Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
38039 Talas/KAYSERİ

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Doktora	ERÜ Sağlık Bilimler Enstitüsü	2017
Yüksek Lisans	ERÜ Sağlık Bilimler Enstitüsü	2011
Lisans	Celal Bayar Üniversitesi SYO	2008
Lise	75. Yıl Cumhuriyet YDA Lisesi, Kayseri	2004

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2013- Halen	Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	Öğretim Görevlisi

YABANCI DİL

İngilizce