



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇANAKKALE İLİ SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ'NE  
BAŞVURAN 18-65 YAŞ ARASI KADINLARIN SAĞLIK  
OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Özge TAŞÇI ÖZASLAN**

HALK SAĞLIĞI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2022



T.C.  
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇANAKKALE İLİ SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ'NE  
BAŞVURAN 18-65 YAŞ ARASI KADINLARIN SAĞLIK  
OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Özge TAŞÇI ÖZASLAN**

HALK SAĞLIĞI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2022

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Çanakkale İli Sağlıklı Hayat Merkezi'ne Başvuran 18-65 Yaş Arası Kadınların  
Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Özge TAŞÇI ÖZASLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

09/06/2022

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Mehmet Enes GÖKLER

Jüri Üyeleri

Dr. Öğr. Üyesi Egemen ÜNAL

Dr. Öğr. Üyesi Yunus Emre BULUT

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için  
gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Doç. Dr. Fatma Elif KILINÇ

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

09.06.2022

Özge TAŞÇI ÖZASLAN

*Güzel Ülkemde COVID-19 Pandemisi Sebebiyle Hayatını Kaybeden Tüm Sağlık  
Çalışanlarına...*

## TEŞEKKÜR

Çalışmamı tamamlamak için uzun bir zaman boyunca sabır gösteren ve emek veren hocam **Doç. Dr. M. Enes GÖKLER**'e;

Uzun yıllar birlikte çalıştığım ve bana halk sağlığı bakış açısı kazandıran **Dr. Kağan KARAKAYA**, **Dr. Öğr. Üyesi Emine BARAN DENİZ**, **Dr. Öğr. Üyesi Hakan TÜZÜN**, **Dt. Esra YAMAN KANSIZ**'a;

Sağlık okuryazarlığı konusunda engin bilgilerinden ve tecrübelerinden faydalandığım **Prof. Dr. Seçil ÖZKAN**, **Prof. Dr. Nur BARAN AKSAKAL**, **Prof. Dr. Birgül PİYAL**'e, **Prof. Dr. Deniz ODABAŞ**, **Prof. Dr. Mine Esin OCAKTAN**, **Dr. Öğr. Üyesi Asiye UĞRAŞ DİKMEN**, **Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN**'a;

Desteklerini, deneyimlerini ve bilgilerini esirgemeyen arkadaşlarım **Doç. Dr. Aslı YAYAK**, **Dr. Öğr. Üyesi, Ebru Helin YABAN YALÇIN**'a;

Eğitim sürecimin başından beri kendilerini Ankara'da zahmete soktuğum arkadaşlarım **Burcu AKINCI** ve **Buğrahan VURAL**'a; Çanakkale'de desteklerini esirgemeyen **Dr. Şermin SÜREK**, **Aleyna YAVUZ** ve **Ahmet KORKMAZ**'a;

Maddi ve manevi olarak bu zorlu süreçte destek veren sevgili ailem; annem **Aysel TAŞÇI**, kız kardeşim **Deniz TAŞÇI**'ya;

Hem hekim bilgisini sınırsızca paylaşan, hem sonsuz desteğini her daim hissettiren, sabır gösteren ve tahammül eden sevgili eşim **Dr. Ömer Faruk ÖZASLAN**'a...

..... binlerce teşekkürler

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iv</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>v</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Kavramsal Çerçeve .....	3
2.2. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Kavramsal Modeller .....	7
2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	10
2.4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri .....	12
2.4.1. Temel/Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı.....	12
2.4.2. İletişimsel / İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı.....	12
2.4.3. Eleştirel / Kritik Sağlık Okuryazarlığı .....	13
2.5. Sağlık Okuryazarlığının Ölçümünde Kullanılan Araçlar .....	13
2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kavramsal Çerçeve.....	14
<b>3. MATERYAL VE YÖNTEM</b> .....	<b>17</b>
3.1. Araştırmanın Kapsamı.....	17
3.2. Veri Toplama Araçları.....	17
3.2.1. Kişisel Bilgi Formu .....	17
3.2.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) .....	18
3.2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ-II).....	18
3.3. Verilerin Toplanması İşlemi.....	19
3.4. Verilerin Analizi.....	19
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>22</b>
4.1. Katılımcıların Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	22

4.1.1.	Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	22
4.1.2.	Katılımcıların Klinik Özellikleri.....	23
4.1.3.	Katılımcıların Sağlık Davranışlarına İlişkin Özellikleri .....	25
4.2.	Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki .....	29
4.3.	Katılımcıların Çeşitli Değişkenler Bakımından Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	30
<b>5.</b>	<b>TARTIŞMA.....</b>	<b>35</b>
5.1.	Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları.....	44
<b>6.</b>	<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>46</b>
<b>7.</b>	<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>48</b>
<b>8.</b>	<b>EKLER .....</b>	<b>58</b>
EK-1.	Etik Kurul Onay.....	58
EK-2.	Kurum izni .....	64
EK-3.	Demografik Veri Anketi .....	65
EK-4.	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – 32 (TSOY-32).....	71
EK-5.	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) .....	73
EK-6.	Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	76
EK-7.	İntihal Raporu .....	77
Ek-8.	Özgeçmiş .....	82

## ÖZET

### Çanakkale İli Sağlıklı Hayat Merkezi'ne Başvuran 18-65 Yaş Arası Kadınların Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını üstlenmesinde, toplum sağlığının iyileştirilmesinde ve sağlığın geliştirilmesinde etkili rol oynayan halk sağlığı kavramlarıdır. Bu çalışma; koruyucu sağlık hizmeti alan 18-65 yaş kadınların sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacını taşıyan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Çalışma; Çanakkale Merkez Sağlıklı Hayat Merkezi'ne herhangi bir hizmet almak amacıyla başvuran 18-65 yaş arasında bulunan ve çalışmaya gönüllü katılan 211 kişi ile tamamlanmıştır. Soru formu, araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgiler ve sağlık özellikleri, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II'den oluşmaktadır. Çalışmada derlenen veriler; gerekli istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir.

Katılımcıların %48.8'inin yeterli düzeyde, %17.1'inin mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığı seviyeleri tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ile sağlık okuryazarlığı toplam puanları ( $r=0.530$ ;  $p<0.001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim seviyesi, gelir düzeyi, sağlık algısı yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları da yükselmektedir.

Toplum sağlığını güçlendirmek ve sağlığın geliştirilmesini sağlamak amacıyla yürütülecek önemli çalışmalardan biri, sağlık okuryazarlığı çalışmalarını planlamak ve uygulamaktır. Uygun ulusal programlarla ve kurumsal işbirliği ile organize edilecek çalışmalarda; kadınlar, çocuklar, yaşlılar gibi öncelikli gruplar göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer taraftan; sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin sağlık okuryazarlığı konusundaki farkındalıklarını arttırmaya yönelik hizmet içi eğitim gereksinimi de önem arz etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık okuryazarlığı, sağlıklı hayat merkezi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları

## ABSTRACT

### **Evaluation of Health Literacy and Healthy Lifestyle Behaviors in Women aged 18-65 Years Who Applied to Çanakkale Province Healthy Life Center**

Health literacy and healthy lifestyle behaviors are public health concepts that play an effective role in individuals taking their own health responsibilities, thus improving public health and improving health. This work is a descriptive study aiming to evaluate the health literacy and healthy lifestyle behaviors of women aged 18-65 who applied to an institution to receive preventive health services.

The study was completed with 211 people between the ages of 18-65 who applied to Çanakkale Province Healthy Life Center to receive any health service and participated in the study voluntarily. The questionnaire consists of personal information and health characteristics prepared by the researcher, Turkish Health Literacy Scale-32 and Healthy Lifestyle Behaviors-II. The data compiled in the study; analyzed using the necessary statistical methods.

It was determined that 48.8% of the participants had sufficient level of health literacy and 17.1% of them had excellent level of health literacy. A positive and significant relationship was found between the participants' healthy lifestyle behaviors scores and their health literacy total scores ( $r=.530$ ;  $p<0.001$ ). As the education level, income level, and health perception increase, the level of health literacy and healthy lifestyle behaviors also increase.

One of the important steps to be carried out to strengthen and improve public health is to plan and carry out health literacy studies. Studies to be organized with appropriate national programs and institutional cooperation; priority groups such as women, children and the elderly should be considered. On the other hand; The need for in-service training to increase the awareness of health professionals providing health services on health literacy is also important.

**Keywords:** Healthy life center, healthy lifestyle behaviors, health literacy

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşviki Simgesi .....	6
Şekil.2.2. Bohlman ve arkadaşları tarafından geliştirilen Etkileşim Modeli.....	9
Şekil 2.3. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması – Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli .....	10



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b> Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması: Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modelde Tanımlanan 12 alt boyut .....	10
<b>Tablo 3.1.</b> Katılımcıların ölçeklerden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar, puan aralıkları ve çarpıklık-basıklık değerleri .....	20
<b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı .....	22
<b>Tablo 4.2.</b> Katılımcıların kronik hastalıklarına ilişkin dağılımlar .....	23
<b>Tablo 4.3.</b> Katılımcıların bazı klinik özelliklerine dağılımlar ... ..	24
<b>Tablo 4.4.</b> Katılımcıların sağlıklı beslenme davranışlarına ilişkin dağılımlar .....	25
<b>Tablo 4.5.</b> Katılımcıların fiziksel aktivite durumlarına ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri .....	26
<b>Tablo 4.6.</b> Katılımcıların son bir yıl içinde sağlıklı olmak için yaptıkları davranışlara ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri .....	26
<b>Tablo 4.7.</b> Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri .....	27
<b>Tablo 4.8.</b> Katılımcıların sağlık sorunu yaşadıklarında tercih ettikleri ilk kuruma ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri .....	28
<b>Tablo 4.9.</b> Katılımcıların Sağlıkla Hayat Merkezi'nde aldıkları hizmetlere ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri .....	28
<b>Tablo 4.10.</b> Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerine ilişkin dağılımlar .....	29
<b>Tablo 4.11.</b> Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden ve Sağlıkla Yaşam Biçimi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları .....	30
<b>Tablo 4.12.</b> Katılımcıların yaşları, eğitim düzeyleri ve gelir algıları ile sağlık okuryazarlığı ve sağlıkla yaşam biçimi davranışları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları .....	31

<b>Tablo 4.13.</b> Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi bulguları .....	31
<b>Tablo 4.14.</b> Katılımcıların sigara içme durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları, standart sapmaları ve tek yönlü varyans analizi bulguları .....	33
<b>Tablo 4.15.</b> Katılımcıların kilo algıları, sağlık algıları, kilo, boy, beden kitle indeksi ve sağlık kurumlarına başvuru sayıları ile sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları .....	34
<b>Tablo 4.16.</b> Katılımcıların kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi bulguları .....	34

## 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'na göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir ve ulaşılabilir en yüksek standarttaki sağlık seviyesine ulaşmak, etnik grup, siyasi görüş, ekonomik ve sosyal konumu ne olursa olsun tüm bireylerin temel hakkıdır (1). Sağlığın geliştirilmesi kavramı ise; yine DSÖ tarafından “İnsanların, kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü arttıran süreç” olarak tanımlanmaktadır (2).

Sağlıklı olmak, en temel insan haklarından biridir ve bir toplumun gelişmişlik göstergeleri içinde mevcut olan ve vazgeçilmez bir kavramdır. Bireyin kendi sağlığını koruma adına veya sağlıklarını kaybettiklerinde sergiledikleri davranış örüntüleri, “sağlık davranışı” olarak ifade edilmektedir (3). Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin kendi sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını değerlendirmesi, riskli sağlık davranışlarını tanıması, kendi sağlık durumuna uygun sağlık davranışı geliştirmesi, günlük hayatını düzenleme becerisi olarak tanımlanmaktadır (4). Sağlık okuryazarlığı ise; sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bilgiye erişme, eriştiği bilgiyi anlama ve sahip olduğu bilgiyi kullanma için bireyin ihtiyaç duyduğu motivasyon ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlanmaktadır (5).

Sağlık okuryazarlığı sadece sağlıkla ilgili bilgileri okuyup anlamak değil, kişinin kendi sağlığı ile ilgili karar alması ve o kararı uygulaması, sağlık sisteminden ihtiyacını karşılayacak şekilde nasıl faydalanacağını bilmesini gerektiren bütüncül bir kavramdır (6).

Ülkemizdeki sağlık politikalarının ve sağlık hizmet sunumunun temel amacı, her yönden sağlıklı nesiller yetiştirmektir. Bu amaca yönelik olarak atılan her adımın

amacı doğrudan bireylerin, dolaylı olarak da toplumun sağlığını geliştirmektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin niteliğinin ve kapsamının artması, sağlık hizmetlerine erişimin randevu almak gibi dijitalleşme kanallarıyla kolaylaşması, dđnyada ve dđlkemizde de ortalama yaşam sđresinin yđkselmesi, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin gelişmesiyle anne ve bebek dđlđmlerinin azaltılması gibi faktdrlere, birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin dđnemi gđnden gđne artmakta ve bdylece toplum sağlığı hizmetlerinin kalitesi de yđkselmektedir (7).

Bu dđliřmada, Sağlık Bakanlığının toplum sağlığını geliştirmek için yapısal bir dđzenlemeyle oluşturduğu ve birinci basamak sağlık kuruluğu olarak hizmet veren Sağlıklı Hayat Merkezi'ne başvuran 18-65 yaş arası kadınlar seçilmiştir. anakkale il merkezinde bulunan Çanakkale Merkez Sağlıklı Hayat Merkezi'ne herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş arası kadınların sağlık okuryazarlığı dđzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirilmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Sağlık Okuryazarlığı ve Kavramsal Çerçeve

Halk sağlığı bakış açısı, toplumun tümünün sağlığını korumayı ve geliştirmeyi amaçlar. Dr. Charles-Edward Amory Winslow, 1923 yılında halk sağlığı tanımını şöyle yapmıştır: “Halk sağlığı; iyi çevre koşullarının sağlanması, toplumun doğru sağlık bilgisine ulaşımın sağlanması, bulaşıcı hastalıkları önlemek amacıyla programlar geliştirilmesi, önlenebilecek hastalıkların erken tanıyla belirlenmesi, ve bu çalışmaların toplumda yer alan her bir bireye temas etmesini sağlayarak yaşam süresini arttırılmasını, yaşam kalitesinin yükseltilmesini, fiziksel ve ruhsal sağlık birliği ile çalışma gücünü arttıran bilim ve sanattır” ve halk sağlığı bakış açısının günümüzdeki en vurucu diskuru “sağlığın korunması ve hastalıkların iyileştirilmesinde fırsat eşitliği” doktrindir (8).

Sağlığın geliştirilmesi ise; kökeni “toplum sağlığı bakış açısı”nın ortaya çıkışına dek uzanan bir kavramdır (9). 1977 yılında Cenevre’de yapılan Dünya Sağlık Asamblesi’nde, “sağlığın geliştirilmesi için sosyal adaletin gerekliliği” ise ilk kez ortaya konmuştur. Halk sağlığı için önemli dönüm noktalarından biri ise; 1978’de Alma-Ata’da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri Birinci Konferansı’nda bildirilen Alma-Ata Bildirgesi’dir. DSÖ bu konferansta, “temel sağlık hizmetleri kavramının evrensel bir insan hakkı olduğunu deklare etmiştir (10). Alma-Ata Bildirgesi, temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin sağlanmasıyla, değişen dünyanın sağlık ihtiyaçlarına daha etkin yanıtlar veren bir sağlık sisteminin oluşturulabileceğini, diğer taraftan, insan merkezli bir sağlık anlayışının “Herkes için Sağlık Hedefi”ne ulaşmanın önemli bir basamağı oluşturduğunu vurgulamaktadır. DSÖ’nün açıkladığı “Herkes için Sağlık Hedefleri” ile sağlığın geliştirilmesi önem kazanmaya başlamıştır. Konferans sonunda, “Herkes İçin Sağlık” başlığında 15 maddeden oluşan ilkeler bütünü oluşturulmuştur. Bu ilkeler bütünü:

1. Toplumsal Eşitlik: Sosyal adalet kavramıyla sağlık hizmetlerine erişim bir insan hakkıdır.

2. Çevreyle Bütünlük: Sağlığı etkileyen çevre etmenleri göz ardı edilemez.
3. Yaşamın Bütünlüğü: Sağlık, doğum öncesinden ölüme dek olan süreci kapsar.
4. Toplumsal Etmenler: Hastalıklar; sadece fiziksel ve biyolojik faktörlerle değil, sosyokültürel faktörler nedeniyle de oluşur.
5. Hizmetin Boyutu: Sağlık, eğitim, ulaşım, tarım ve sanayiye de kapsayan çok sektörlü bir kavramdır.
6. Korumaya Öncelik: Bir hastalığın ortaya çıkmasını engellemek, o hastalığı tedavi etmekten daha kolaydır ve maliyeti daha düşüktür.
7. Risk Gruplarına Öncelik: Sınırlı kaynaklar söz konusu olduğunda, risk gruplarındaki bireyler öncelikli olmalıdır.
8. Önemli Hastalıklara Öncelik: Toplumda en sık görülen, ölüme ve sakatlanmalara en çok yol açan hastalıklar, önemli hastalıklardır.
9. Entegre Hizmet: Sağlık hizmetleri birbirinden ayıramayan bir bütündür.
10. Ekip Hizmeti: Sağlık hizmetleri, ekip çalışmasıyla bütüncüllüğe ulaşabilir.
11. Sağlık-Kalkınma İlişkisi: Ekonomik kalkınma sağlığı, sağlık ekonomik kalkınmayı destekler.
12. Öz Sorumluluk: Bireyler, kendi sağlıkları hakkında sorumluluk almalıdırlar.
13. Halkın Katılımı: Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda, halkın katılımı önem arz etmektedir.
14. Evrensellik: Ülkelerin farklı sağlık sorunları ve farklı sağlık hizmeti sunum sistemleri farklı olabilir ancak; bilimsel birikimler tüm ulusları kapsar.
15. Koşullara Uygunluk: Fiziksel ve kültürel farklılıkların olduğu durumlarda temel ilke, koşullara uygun sağlık hizmeti vermektir (11).

Alma-Ata Bildirgesi'nde, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için sağlık eğitiminin, özbakım ve kişisel hijyenin, sağlık için bireysel

sorumluluk almanın önemi vurgulanmıştır. Kişisel sağlık sorumluluğu, tam bir iyilik hali için bireyin üzerine düşen görevleri yerine getirmesidir (12). Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı'nda, "Toplumu oluşturan her bir kişinin, bireysel sağlık sorumluluğunu alacağı ve aldığı sorumluluğu yerine getirmesini sağlayacak bilgi ve desteğin sunulması" temel bir amaç; "Bireyin kendi sağlığını geliştirme konusunda sorumluluk sahibi olması ve sağlık sorumluluğunu yerine getirebilmesi için bireylere her türlü kamu desteğinin sağlanarak bireyden topluma uzanan bir düzenin oluşturulması" ise bu amaca ulaşılacak bir hedef olarak yer almaktadır (13). Buradan da anlaşılacağı üzere; sağlık davranışı kişilerin sağlıklarını korumaları, kendi sağlıklarını geliştirmeleri yönündeki anahtar kavramlardan biridir ve kültür, sağlık okuryazarlığı düzeyi, medya, sağlık sistemi gibi birçok faktörden etkilenir.

Alma-Ata Bildirgesinin yanında, halk sağlığının dönüm noktalarından biri diğeri ise, 1986 yılında Ottawa'da yapılan 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'dır. Konferansın sonunda deklare edilen Ottawa Bildirgesi'nde sağlığı geliştirme; "kişilerin bireysel sağlıklarını geliştirmelerinin ve kendi sağlıkları üzerindeki otokontrolün oluşturulmasını sağlayacak süreç" olarak tanımlanmıştır. Ottawa Sözleşmesi'nde öncelikli eylemler aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

1. Gıda, barış, barınma, gelir, iklim, toplumsal adalet ve eşitlik gibi kavramları "sağlığın ön koşulu" olarak belirlemiştir.

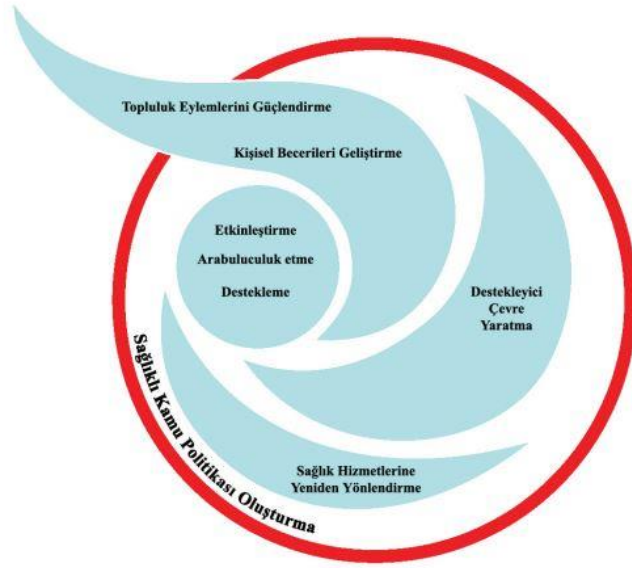
2. Sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı yaşam biçiminden farklı bir zemine, sağlığın "iyi olma hali"ne dayandırılmıştır.

3. Sağlığın geliştirilmesi için 5 ana strateji oluşturulmuştur:

- a. Kamu politikaları geliştirilmesi
- b. Sağlığı destekleyen çevrelerin oluşturulması
- c. Toplumsal eylemlerin kuvvetlendirilmesi
- d. Kişisel sağlık becerilerinin geliştirilmesi
- e. Sağlık hizmetlerinin yapılandırılması

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlıkta eşitliğe ulaşılmasına odaklanır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin primer amacı, var olan sağlık durumundaki farkların azaltılması ve her bireyin olabilecek en yüksek sağlık potansiyelinin tamamına ulaşması için fırsat eşitliği ve gereken kaynağın sağlanmasıdır. Bu amaç, sağlığı destekleyen çevre, bilgiye erişim kolaylığı, yaşam becerileri ve sağlıklı seçimler yapmaya yönelik eşit fırsatlar üzerinde oluşturulmasını kapsar. İnsanlar, kendi sağlıkları üzerinde, bireysel kontrol sağlayamazlarsa var olabilecek yüksek sağlık potansiyellerinin tamamına ulaşamazlar (14).

1986 yılında düzenlenen Birinci Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı'nda imzalanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi için bir sembol tasarlanmıştır. Tasarlanan sembol Şekil-1'de yer almaktadır (15):



1988 yılında gerçekleştirilen Adelaide Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda ise; devletlerin sağlığı bir insan hakkı olarak kabul edip, sosyal politikalar ve sağlık politikaları geliştirmelerinin önemi vurgulanarak 4 öncelikli alan belirlenmiştir. Bu 4 öncelikli alan;

1. Kadın sağlığının geliştirilmesi
2. Gıda ve beslenme
3. Tütün ve alkol
4. Destekleyici çevrelerin sağlanmasıdır (16).

## **2.2.Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Kavramsal Modeller**

Sağlık okuryazarlığı ile okuryazarlık kavramı birbiriyle ilişkili iki kavramdır (17). İlk kez 1974 yılında S.K. Simonds tarafından Health Education as Social Policy adlı kitapta kullanılmış olan ‘‘Sağlık Okuryazarlığı’’ teriminin geçen yıllar içinde halk sağlığı ve sağlık hizmetleri alanında kullanımı hızla yayılmaya başlamıştır (18).

DSÖ; sağlık okuryazarlığını, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bilgiye erişme, erişilen bilgiyi anlama ve sahip olunan bilgiyi kullanma için bireyin sosyal ve bilişsel yeteneklerini saptayacak sosyal beceriler olarak tanımlamaktadır (19).

Sağlık okuryazarlığı, kişinin bireysel yaşam tarzı değişiklikleri ile bireysel sağlık ve toplum sağlığını geliştirmek amacıyla edinilen bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşması anlamına gelir (15).

Sağlık okuryazarlığı, Amerikan Tıp Derneği [The American Medical Assosication (AMA-1999)] tarafından ‘‘sağlığı ile ilgili kişisel karar almak için gereken bilgiye ulaşma, gereken sağlık hizmetlerini elde etme ve bu bilgileri anlama kapasitesinin düzeyi olarak tanımlanır (20). Başka bir tanıma göre sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla doğrudan bağlantılı olarak, bireylerin sağlıklarıyla ilgili karar verme mekanizmasına sahip olması, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sahip olduğu kalitenin varlığını korumak için sağlığın teşvikinin sağlanması ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişmesi, eriştiği bilgiyi anlaması, o bilgiye değer biçmesi ve sahip olduğu bilgiyi en verimli şekilde kullanmasını sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik olarak tanımlanmaktadır (21).

Tıp Enstitüsü Uzman Paneli sağlık okuryazarlığını dört kategoriye ayırmıştır. Bu kategoriler:

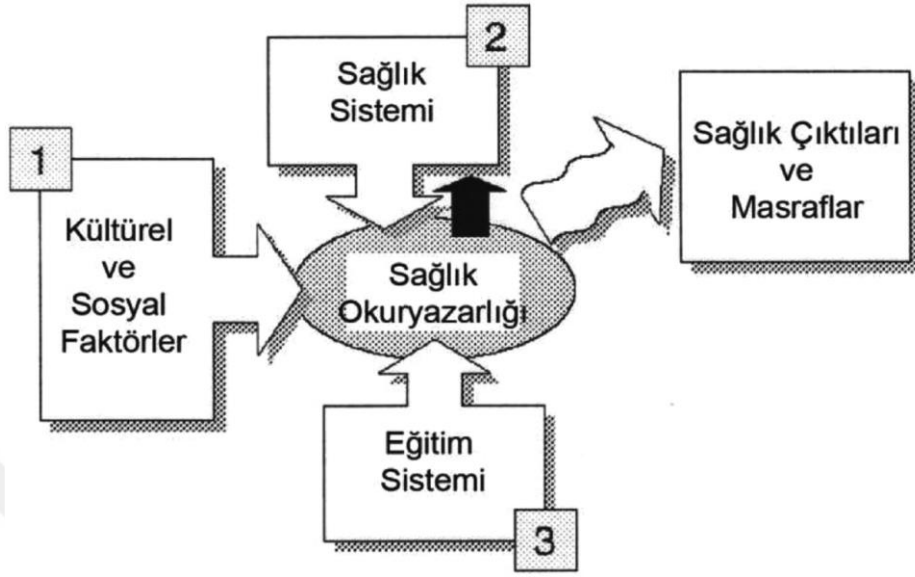
- Kültürel ve kavramsal bilgi
- Sözel okuryazarlık
- Yazılı okuryazarlık
- İşlemsel becerilerdir (22).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti alanlar için sağlıklı yaşam yılını uzatan ve hayatın kalitesini artıran, sağlık hizmeti sunan sağlık sunucuları için sağlık iletişimi becerilerinin kazanılmasını sağlayan bir öge olarak belirtilmektedir (23). Bu açıdan bakıldığında, sağlık okuryazarlığı, bireyin kendi sağlığı ile ilgili doğru ve etkili kararlar alabilmesi adına önem arz etmektedir (24).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin artmasıyla, sağlık okuryazarlığının da önemi gün geçtikçe arttırmaktadır. Hem bu nedenle hem de sağlık okuryazarlığının bireysel ve toplumsal birçok faktörden etkilenmesi sebebiyle, sağlık profesyonelleri tarafından sağlık okuryazarlığı ile ilgili çok sayıda kavramsal modelleme üretilmiştir.

Von Wagner ve arkadaşları tarafından geliştirilen modelde; sağlık sistemine erişim ve hizmeti kullanım, sağlık hizmeti sunucuları ve etkileşim, sağlığın ve sağlık sorunlarının yönetimi olmak üzere 3 bileşen tarafından incelenmiştir (25). Geliştirilen bu modelde sağlık okuryazarlığı, yaş gibi bireysel faktörlerin, sağlık güvencesine sahip olma gibi dış faktörlerin, sağlık bilgisinin ve inançların, hastalıklarla ve sağlıkla ilgili bilginin sağlanması ve bireylerin sağlık bakım sunucuları ile etkileşimi neticesinde gelişir.

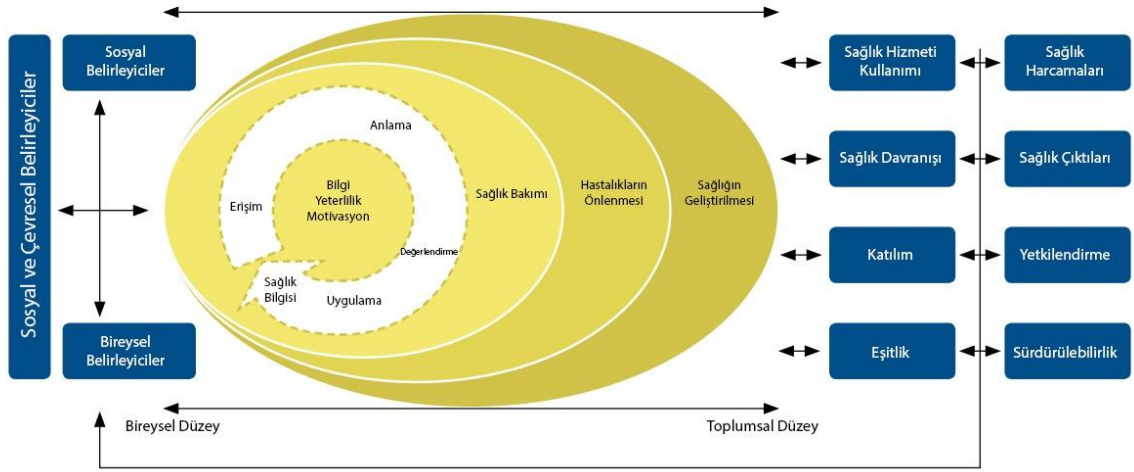
Bohlman ve arkadaşları tarafından geliştirilen Etkileşim Modeli'nde ise sağlık okuryazarlığı; kültürel ve sosyal faktörler, sağlık sistemi, eğitim sistemi ile sağlık ıktıları ve masraflar bileşenlerinden oluşur (şekil2.2) (26).



Şekil 2.2. Bohlman ve arkadaşları tarafından geliştirilen Etkileşim Modeli

Nutbeam'in geliştirdiği Kavramsal Süreç Modeli'nde (27) ise; gelişmiş sağlık okuryazarlığı birçok değişken faktörün birbiriyle etkileşime girmesiyle oluşur. Modelde, bireyin var olan kapasitesi, bilgisi ve iletişimle birlikte bir yeteneğe dönüşür. Bireylerin sosyal organizasyonlara ve sağlık için toplumsal eylemlere katılımı da sağlık sonuçlarında gelişime, sağlıklı seçimler yapmasına ve fırsatlara ulaşmasına zemin oluşturur. Bunların sonucu olarak, bireyin gelişmiş bir sağlık okuryazarlığı düzeyine ulaşması beklenir.

Geliştirilen çok sayıda kavramsal modelden biri de Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması – Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli'dir (Şekil 2.3) (28). Sorensen ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve sağlık okuryazarlığının tıbbi ve halk sağlığı bakış açılarını entegre eden modelde, sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetlerine erişim yetkinliği, sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve değerlendirme, hastalıkları ve önleme ve sağlığının geliştirilmesi gibi 12 alt boyutu bulunmaktadır (Tablo 2.1) (28).



Şekil 2.3. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması – Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

Tablo 2.1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması: Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modelde Tanımlanan 12 alt boyut

Sağlık Okuryazarlığı	Sağlıkla ilgili bilgilere erişim ya da edinme	Sağlıkla ilgili bilgileri anlama	Sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgileri uygulama veya kullanma
Sağlık Hizmeti	1)Tıbbi bilgiye erişim becerisi	2)Tıbbi bilgileri anlama becerisi	3)Tıbbi bilgileri yorumlama eleştirme becerisi	4)Tıbbi konular hakkında bilgilendirilmiş karar verme becerisi
Hastalıkları Önleme	5)Risk faktörleri ile ilgili bilgiye erişim becerisi	6) Risk faktörleri ile ilgili faktörleri anlama becerisi	7)Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi yorumlama eleştirme becerisi	8) Risk faktörleri ile ilgili bilgilerin uygunluğunu yargılama becerisi
Sağlığın Geliştirilmesi	9)Kendini, sağlık konuları hakkında güncelleme yeteneği	10)Sağlıkla ilişkili bilgileri anlama yeteneği	11)Sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve yorumlama yeteneği	12)Sağlıkla ilgili konularda fikir oluşturma yeteneği

### 2.3.Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin, ailelerin ve toplulukların ihtiyaç ve tercihlerine odaklanan, tüm toplum sağlığı ve refah yaklaşımıdır. Sağlığın sosyal

belirleyicilerini de kapsar ve fiziksel, bilişsel ve sosyal iyilik halinin de sağlıkla ilişkili etkilerine odaklanır (29).

Gillis ve arkadaşları; sağlık okuryazarlığının önemini, halk sağlığı bakış açısıyla şu şekilde tanımlamıştır (30):

- 1.Etkilediği insan sayısı
- 2.Olumsuz sağlık sonuçları
- 3.Kronik hastalık oranlarında artış
- 4.Sağlık bakım maliyetleri
- 5.Sağlık bilgisi talepleri
- 6.Eşitlikçilik

Toplumdaki bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin iyi düzeyde olması, sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonelleri ile sağlık hizmetini alan bireyler arasındaki sorumlulukların paylaşılmasına ve her iki grupta da gelişmiş sağlık iletişiminin kurulmasına zemin oluşturur. Sağlık okuryazarlığı yüksek ve geliştirilmiş olan bireyler, kendi sağlıklarıyla ilgili daha iyi kararlar alabilir. Aynı şekilde sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirebilir, sağlık hizmetlerini etkin ve etkili şekilde kullanabilir. (31). Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireyler ise, sağlık hizmetlerine ulaşmada ve sağlık hizmetlerini etkili bir biçimde kullanmada birçok sorunla baş başa kalmaktadır. Bu sorunlar hastayı olumsuz etkilediği gibi, sağlık çalışanlarını ve sağlık sistemini de olumsuz olarak etkilemektedir (23). Bu açıdan bakıldığında düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler, hem bireysel sağlık, hem toplum sağlığı hem de sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerinin yönetimi açısından birtakım maliyetlerin oluşmasına neden olmaktadır. (32).

DSÖ'ye göre; yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi toplum için yüksek fayda sağlar ama sınırlı ve sorunlu sağlık okuryazarlığı, toplum sağlığını önemli ölçüde olumsuz olarak etkiler. Sınırlı sağlık okuryazarlığı; sağlığı geliştirme davranışlarında kısıtlılık, ulusal taramalara katılımında düşüklük, sigara içme gibi riskli sağlık

davranışlarının gösterilmesi, daha fazla iş kazası oluşması, diyabet, HIV, astım gibi daha çok kronik hastalık varlığı, daha fazla hastaneye yatış, yüksek morbidite ve mortaliteye neden olur. Ayrıca sınırlı sağlık okuryazarlığı, yüksek sağlık sistemi maliyetleriyle bire bir ilişkilidir (33). Genel olarak bahsedecek olursak sağlık okuryazarlığı, bulaşıcı olmayan, yaşam tarzına bağlı gelişebilecek hastalıkların önlenmesinde önemli bir faktördür.

## **2.4.Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri**

Nutbeam, sağlık okuryazarlığını 3 temel düzeyde ele almıştır. Bunlar; temel/fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, iletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel/kritik sağlık okuryazarlığıdır.

### **2.4.1. Temel/Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı**

Nutbeam, temel/fonksiyonel sağlık okuryazarlığını, reçeteleri okuyabilme, randevu kartlarını anlayabilme, yazılı sağlık talimatlarını anlayabilme becerilerini gösteren düzey olarak belirtmektedir (34). Temel sağlık okuryazarlığı, bireyin günlük hayatını idame ettirebilmesi için ihtiyaç duyduğu temel okuma, yazma becerilerini gösterir. Temel sağlık okuryazarlığı, genellikle bireysel yarar sağlar (35). Yetersiz düzeydeki temel/işlevsel sağlık okuryazarlığı, eğitim düzeyi düşük olan hastalarda, kronik hastalığa sahip bireylerde, yaşlılarda, farklı etnisiteye sahip bireyler arasında yaygın şekilde görülebilir. Temel işlevsel sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan hastalar, sadece okuma ve yazma gibi bilişsel faaliyetlerin yanı sıra, sözel iletişim becerilerinde de güçlükler yaşayabilir (36).

### **2.4.2. İletişimsel / İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı**

İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı ise, gelişmiş bilişsel ve sosyal becerileri kapsamaktadır (36). İnteraktif sağlık okuryazarlığı temel sağlık okuryazarlığı düzeyine göre daha komplike sağlık bilgi kaynaklarına ulaşmasına

zemin oluşturur. Önemli hususlardan biri ise, bireyin ulaştığı bilgiyi değerlendirme becerisi, iletişimsel/interaktif düzeyde bir sağlık okuryazarlığı becerisidir. (37).

### **2.4.3. Eleştirel / Kritik Sağlık Okuryazarlığı**

Eleştirel / kritik sağlık okuryazarlığı ise; sosyal becerileri gelişmiş bireyin elde ettiği bilgiyi eleştirel olarak değerlendirmesi ve bu bilgiyi sağlık üzerindeki otokontrolünü arttırması amacıyla kullanabilme durumudur (34). Eleştirel sağlık okuryazarlığına sahip olan birey, edindiği ve sahip olduğu sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz edebilir, bireysel kapasitesini güçlendirebilir, önemli halk sağlığı kavramlarından olan sağlığın sosyal, ekonomik ve politik belirleyicilerine göre davranış geliştirebilir. (37).

### **2.5.Sağlık Okuryazarlığının Ölçümünde Kullanılan Araçlar**

Literatürde, sağlık okuryazarlığını ölçmek için çok sayıda ölçüm aracı bulunmaktadır. Bu araçlar, sözcük okuyabilme becerisinden sağlık okuryazarlığının bir bütün olarak değerlendirilmesine dek, çok geniş bir yelpazede ölçüm gerçekleştirilmesini sağlamaktadır. Literatürde karşımıza çıkan en yaygın ölçekler; Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – REALM), Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçümü (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA), En Yeni Yaşamsal Bulgu (New Vital Sign-NVS), Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketi (Health Literacy Survey-HLS-EU) olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde ise; Sağlık Bakanlığı tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN) çalışmaları da gerçekleştirilmiştir (39). Bu çalışmada, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılmıştır.

## 2.6.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kavramsal Çerçeve

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık okuryazarlığı gibi sağlığın önemli belirleyicilerindedir. Kişilerin, sağlığı geliştirme davranışları ve karşılaştıkları herhangi bir sağlık sorunu durumunda gösterdikleri eylemler sağlık davranışı olarak ifade edilir (3). Sağlık davranışı bireyin kendisinden, ailesinden, yaşadığı toplumun inanç ve geleneklerinden etkilenir. DSÖ, bireyin yaşam kalitesinin %60'ının bireyin sergilediği yaşam biçimine bağlı olduğunu belirtmiştir (39). Tip 2 diyabet, kanser, obezite, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar gibi bulaşıcı olmayan birçok kronik hastalık yaşam biçimi davranışlarıyla gelişir. Sağlıklı yaşam biçimi oluşturmak, sağlığı geri kazanmanın ya da korumanın en iyi yollarından biridir (40). Kişiler, sağlık okuryazarlığında olduğu gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirdiklerinde de kendi sağlıkları üzerindeki kontrolleri artar.

2017 yılında DSÖ ve Sağlık Bakanlığı tarafından, Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıkların prevalans çalışması ve risk faktörlerini saptamak amacıyla gerçekleştirilen insidans çalışmasında, bulaşıcı olmayan hastalıkların Türkiye’deki tüm ölümlerin %87.5' inden sorumlu olduğu ve bulaşıcı olmayan hastalıkların birinden kaynaklanan erken ölüm olasılığının 2015 yılında %16.8 olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre; katılımcıların yarısının (%51.2) bulaşıcı olmayan hastalıklar için 3 veya daha fazla risk faktörüne sahip olduğu, %31.5'i aktif tütün, %8'inin aktif alkol tüketicisi olduğu, %87.8'i günde 5 porsiyondan daha az meyve ve/veya sebze tükettiği, %40'ının yeterli fiziksel aktivitede bulunmadığı, %64,4'ünün aşırı kilolu olduğu, %27.7'sinin yüksek kan basıncına sahip olduğu belirtilmiştir (41). Bu veriler, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kaynaklanan bulaşıcı olmayan hastalıkların, ülkemiz için ne denli ciddi bir sağlık konusu olduğunu göstermektedir.

Parsons ve ark. (2011) göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme, fiziksel aktivite ve egzersiz, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, bireysel sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi olmak üzere altı bileşenden oluşmaktadır (42).

**Beslenme:** Yaşamın devamını sağlamak için vücudun ihtiyaç duyduğu gıdaları tüketmesi, bu beslenmenin yeterli ve dengeli bir şekilde sürdürülmesi önemli bir sağlıklı yaşam biçimi davranışıdır.

**Fiziksel Aktivite:** Fiziksel aktivite, sadece spor faaliyetlerini değil, yürüme, koşma, merdiven çıkma gibi aktiviteleri de kapsamaları ve günlük yaşam pratiğinin bir haline getirilmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bir bileşenidir.

**Manevi Gelişim:** Yeterli fiziksel sağlığın olmadığı durumlarda, ruh sağlığının da sekteye uğraması gerçeği, yaşamın bir amacı olduğunun kabulü önemli bir sağlıklı yaşam biçimi davranışıdır.

**Kişilerarası İlişkiler:** Nitelikli kişisel ilişkiler ve iletişimin sağlanması ve bunların sonucunda oluşan etkileşim, kişinin sağlıklı yaşam biçimine katkı sağlayan bir dinamiktir.

**Sağlık Sorumluluğu:** Kişinin sağlık kontrollerini ve taramalarını düzenli yaptırması, alkol ve sigara gibi ürünlerin kullanımından kaçınması, ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini hangi sağlık kurumundan alacağını bilmesi, hekimin yönlendirdiği şekilde tedavisini sürdürmesi gibi davranışlar sağlık sorumluluğudur ve göz ardı edilemeyecek ölçüde önemli bir sağlıklı yaşam biçimi davranışıdır.

Stres Yönetimi: Günlük hayatın kişiyi maruz bıraktığı fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik yüklerle baş edebilme becerisi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında yer alan bir bileşendir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık okuryazarlığı, birbirini besleyen, birbirinden net çizgilerle ayrılamayan kavramlardır ve her ikisi de sağlığın geliştirilmesinin önemli bileşenlerindedir. Literatürde; sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki olağan ilişkiyi pekiştiren pek çok çalışma bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek olan bireylerin, sağlığı geliştirme konusunda daha aktif olduğu, sağlıklı yaşam için daha çok fiziksel aktiviteye önem verdiği, sağlığa zararlı madde, sigara ve alkol tüketimlerinin daha az olduğu ve daha düzenli beslenme davranışı sergilediği belirlenmiştir (43, 44).

Sağlıklı bireylerin sağlıklı toplum oluşturduğu gerçeğinden hareketle, toplum sağlığını geliştirmek için sağlık okuryazarlığının yükseltilmesinin önemi, kişilerin davranışlarında istendik ve kalıcı davranış değişikliği ile mümkün olmaktadır.

### **3. MATERYAL VE YÖNTEM**

Bu çalışma, tanımlayıcı tipte bir çalışma olup, çalışmanın yürütülmesi için gerekli etik ve yasal izinler Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu 27.12.2019 tarihli kararı 500 no'lu araştırma sayısı ve Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü 13/02/2020 tarihinde 97769597-604.02 no'lu sayısı ile alınmıştır.

#### **3.1.Araştırmanın Kapsamı**

Araştırmanın kapsamı 18-65 yaş arasındaki kadınlardır. Katılımcılar Çanakkale İli Sağlıklı Hayat Merkezi'ne başvuran 18-65 yaş arası kadınlardan oluşmuştur. Katılımcılar, Çanakkale Merkez Sağlıklı Hayat Merkezi'nde herhangi bir sebeple 14/02/2020 – 05/02/2021 tarihleri arasında şahsen başvuran ve çalışmaya gönüllü olan bireyler arasından seçilmiştir. Anadili Türkçe olmayan ve okuryazar olmayan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

#### **3.2.Veri Toplama Araçları**

##### **3.2.1. Kişisel Bilgi Formu**

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, katılımcılara yaşları, eğitim durumları, medeni durumları, meslekleri, gelir düzeyi algıları gibi demografik bilgileri hakkında sorular sorulmuş, araştırmacı tarafından boy ve kilo ölçümü yapılmış, beden kitle endeksleri hesaplanmış, sistolik ve diastolik kan basıncı ölçümü gibi klinik değerleri belirlenmiş akabinde ise; sağlık bilgileri hakkında sorular sorulmuştur. Katılımcıların kan basıncı ölçümler, araştırmacı tarafından Panasonic EW3006 marka ve modele sahip tansiyon ölçüm cihazı tarafından ölçülmüştür.

### 3.2.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), The European Health Literacy Survey (HLS-EU)'nun standardizasyonu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı işbirliği ile Prof. Dr. Pınar OKYAY ve Prof. Dr. Filiz ABACIGİL koordinatörlüğünde 2016 yılında, ISBN: 978-975-590-594-5 Sağlık Bakanlığı 1025 Yayın numarasıyla gerçekleştirilmiştir. TSOY-32, standardizasyonunda 32 sorudan oluşturulan, 15 yaş üzerinde ve okuryazar kişiler dahil edilerek geliştirilerek oluşturulan likert tipi ölçektir. Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı (Cronbach Alfa); 0.927 olarak saptanmıştır ve kabul edilebilir değer olan 0,80'inin üzerindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 50'dir ve elde edilen indeks aşağıdaki şekilde kategorize edilmiştir:

(0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) puan: Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) puan: Mükemmel sağlık okuryazarlığı

### 3.2.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ-II)

Walker tarafından 1987 yılında geliştirilen sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktayken, 1996 yılında revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ismini almıştır ve 52 sorudan oluşmaktadır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği – II (SYDBÖ-II), Walker ve Arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilen Healthy Life Style Behavior Scale-II isimli ölçeğin standardizasyonu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı bünyesinde Prof. Dr. Zuhal BAHAR, Yard. Doç. Dr. Ayşe BEŞER tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 52 sorudan ve 6 alt bileşenden oluşmaktadır. Bu 6 alt bileşen; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alpha) 0.92 olup yüksek

güvenirlilik derecesine sahiptir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir.

### **3.3.Verilerin Toplanması İşlemi**

Veriler, Çanakkale Merkez Sağlıklı Hayat Merkezi'nde, araştırmacılar ve katılımcılar tarafından yüz yüze görüşmeyle elde edilmiştir. Çalışmanın, tez çalışması kapsamında olduğu, katılımın gönüllü olduğu katılımcılara sözel olarak bildirilmiş ve yazılı olarak aydınlatılmış onam imzalanarak araştırmacı tarafından alınmıştır. Tüm soru kağıdı, araştırmacı tarafından seçenekleri ile birlikte katılımcılara okunmuş ve araştırmacı tarafından işaretlenmiştir. Aydınlatılmış onamın alınmasıyla birlikte, katılımcıların boy, kilo, beden kitle endeksi, sistolik ve diastolik kan basıncı araştırmacı tarafından ölçülüp soru kağıdına işlenmiştir. Tek bir katılımcının ölçümlerinin alınması ve soru kağıdının tamamlanması yaklaşık 45-60 dakika arasında sürmüştür.

### **3.4.Verilerin Analizi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS v.21 istatistik analiz programı kullanılarak istatistiksel analize tabi tutulmuşlardır. İstatistiksel analizlere geçilmeden önce araştırmada kullanılan ölçeklerden alınan puanların dağılımları ele alınmıştır. Bunun için Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov normallik testleri uygulanmış ancak ölçeklerden alınan puanların normal dağılım sergilemediği görülmüştür. Bu nedenle x-y eksenini üzerindeki çarpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) değerleri incelenerek alan yazımında normal dağılım için kabul edilebilecek standartları karşılayıp karşılamadıkları incelenmiştir.

Tablo 3.1'de katılımcıların ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar, minimum ve maksimum puan aralıkları ve çarpıklık-basıklık değerleri verilmiştir.

**Tablo 3.1.** Katılımcıların ölçeklerden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar, puan aralıkları ve çarpıklık-basıklık değerleri

	n	Puan Aralıkları	Ortanca	ORT	SS	Skewness	Kurtosis
Sağlık Okuryazarlığı	211	4-50	34.38	32.42	8.425	-.283	.135
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	211	52-208	149.00	149.48	30.037	-.073	-.672

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, ölçeklerden alınan puanların x-y ekseninde normal dağılım sergiledikleri kabul edilmiştir.

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların normal dağılım göstermesi nedeniyle bu çalışmanın örnekleminin evreni yansıtabileceği, dolayısıyla parametrik testlerle yapılan istatistiksel analizlerin sonuçlarının evrene genellenebileceği söylenebilir. Çalışmada korelasyon analizi için Pearson korelasyon analizi, gruplararası karşılaştırma için bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Katılımcıların kişisel bilgi formundaki sağlık kurumlarına bir ayda başvurma sayısı dışındaki sürekli değişken niteliğindeki değişkenlerden elde edilen puanlar ve ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişkiler için Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür. Ayrıca katılımcıların eğitim, gelir algısı, kilo algısı, sağlık algısı değişkenleri kategorik değişken niteliği de taşımaktadırlar. Bu değişkenlerle gruplararası karşılaştırma yapmak yerine bunlar dummy (kukla) değişken olarak korelasyon analizine sokulmuşlardır. Bu şekilde korelasyon analizi yürütülmesinin bulguların anlaşılmasını ve alan yazını açısından tartışılmasını kolaylaştırabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların kategorik özellikteki demografik, klinik ve sağlık değişkenleri bakımından ölçeklerden alınan puanların karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi ve çok yönlü varyans analizi yürütülmüştür. Ancak gruplararası

karşılaştırmalarda bağımsız değişken kategorilerine dağılan katılımcı sayılarının dengeli olmadığı durumlarda, yeniden kategorize edilebilecek değişkenler yeniden kategorize edilmiş, kategorize edilemeyecek ancak araştırma için önemli bağımsız değişkenlerle de nonparametrik Mann Whitney U testi ya da Kruskal Wallis testi yürütülmüştür.

Araştırmanın istatistiksel analizleri yapılırken ilk olarak, katılımcıların demografik, klinik ve sağlık davranışlarına ilişkin kişisel bilgi formunda verdikleri yanıtların frekans dağılımları ve yüzdeleri ile ortalama ve standart sapmalar verilmiştir. İkinci olarak katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık okuryazarlığı puanları arasındaki ilişkilerin ele alındığı Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Üçüncü olarak katılımcıların demografik, klinik ve sağlık davranışları bakımından sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ele alındığı gruplararası karşılaştırma ve korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Araştırmada; yaş, eğitim, gelir düzeyi, medeni durum, sigara içme durumu gibi değişkenler bağımsız, sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise bağımlı değişkenlerdir.

## 4. BULGULAR

### 4.1.Katılımcıların Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular

#### 4.1.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcıların yaşlarının 18-63 arasında değiştiği ve yaş ortalamalarının 34.18 yaş (ss=11.673) olduğu, eğitim düzeyleri incelendiğinde; %63'ünün lise ve altı düzeyde, %37'sinin ön lisans ve üzeri düzeyde eğitim aldıkları, %76,3'ünün medeni durumunun evli olduğu, %67.3'ünün aktif iş hayatında yer almadığı, %60.2'sinin de geliniri giderine denk algıladığı bulgulanmıştır.

Tablo 4.1'de katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, iş durumu, algılanan gelir düzeyi gibi değişkenlerine yer verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı

Değişken	Değişken Kategorisi	Sayı	Yüzde	
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	3	1.4	
	İlkokul Mezunu	25	11.8	
	Ortaokul Mezunu	27	12.8	
	Lise Mezunu	78	37.0	
	Önlisans Mezunu	25	11.8	
	Lisans Mezunu	50	23.8	
	Lisansüstü Mezunu	3	1.4	
Medeni Durum	Evli	161	76.3	
	Bekar	50	23.7	
İş Durumu	Ev Hanımı	117	55.5	
	Memur	50	23.7	
	İşçi	16	7.6	
	İşsiz	6	2.8	
	Kendi İş	3	1.4	
	Emekli	10	4.7	
	Öğrenci	9	4.3	
Algılanan Gelir Düzeyi	Az	45	21.3	
	Denk	127	60.2	
	Çok	39	18.5	
Yaş	Değer Aralıkları	Ortalama	Ortanca	SS
	18-63	34.18	30.00	11.673

#### 4.1.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri

Katılımcıların kronik hastalık durumları incelendiğinde, %31.8'inin kronik hastalığının bulunduğu bu hastalıkların %15.6'sının astım/KOAH, %9.5'inin diyabet olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2'de katılımcıların kronik hastalıklarına ilişkin dağılımlara yer verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Katılımcıların kronik hastalıklarına ilişkin dağılımlar

Değişken	Değişken Kategorisi	Sayı	Yüzde
Kronik Hastalık	Evet	67	31.8
	Hayır	144	68.2
Kanser	Evet	2	0.9
	Hayır	209	99.1
Diyabet	Evet	20	9.5
	Hayır	191	90.5
Obezite	Evet	11	5.2
	Hayır	200	94.8
Astım / KOAH	Evet	33	15.6
	Hayır	178	84.4
Böbrek Hastalıkları	Evet	3	1.4
	Hayır	208	98.6
Kalp ve Damar Hastalıkları	Evet	10	4.7
	Hayır	201	95.3
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	Evet	4	1.9
	Hayır	207	98.1
Hipertansiyon	Evet	20	9.5
	Hayır	191	90.5
Romatizma	Evet	4	1.9
	Hayır	207	98.1
Tüberküloz	Hayır	211	100.0
Yüksek Kolesterol	Evet	12	5.7
	Hayır	199	94.3
Diğer Kronik Hastalıklar	Evet	22	10.4
	Hayır	189	89.6

Katılımcıların kilo algıları incelendiğinde %42.2'sinin normal bulduğu, %37'sinin biraz şişman bulduğu, sağlık algıları incelendiğinde %87.6'sının kendi sağlıklarını iyi ve çok iyi olarak algıladıkları belirlenmiştir.

Katılımcıların sistolik tansiyon kategorileri incelendiğinde, %73'ünün normotansif, %14.2'sinde prehipertansiyon olduğu, %12.8'inde hipertansiyon olduğu bulunmuştur. Diastolik tansiyon kategorileri incelendiğinde, %85.3'ünün normotansif, %9.5'inde prehipertansiyon olduğu, %5.2'sinde hipertansiyon olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların sigara kullanımları incelendiğinde, %61.6'sının hiç içmediği, sağlık kurumlarına bir ayda ortalama başvurma sayıları incelendiğinde, %79.1'inin ayda bir kez başvurduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3'te katılımcıların kilo algısı, sağlık algısı, sistolik ve diastolik kan basınç değerleri, sigara kullanma durumları ve sağlık kurumuna başvuru sıklığı yer almaktadır.

**Tablo 4.3.** Katılımcıların bazı klinik özelliklerine ilişkin dağılımları

Değişken	Değişken Kategorisi	Sayı	Yüzde
Kilo Algısı	Zayıf	15	7.1
	Normal	89	42.2
	Biraz Şişman	78	37.0
	Çok Şişman	29	13.7
Sağlık Algısı	Çok kötü	5	2.4
	Kötü	21	10.0
	İyi	89	42.1
	Çok iyi	96	45.5
Sistolik Grup(Kan basıncı)	Normotansif	154	73.0
	Prehipertansiyon	30	14.2
	Hipertansiyon	27	12.8
Diastolik Grup(Kan basıncı)	Normotansif	180	85.3
	Prehipertansiyon	20	9.5
	Hipertansiyon	11	5.2
Sigara Kullanımı	Hiç içmedim	130	61.6
	İçtim Bıraktım	39	18.5
	İçiyorum	39	18.5
	Bir yılda bırakmayı düşünüyorum	3	1.4
Sağlık kurumlarına bir ayda ortalama başvurma sayısı	≤1 kez	167	79.1
	2 kez	35	16.6
	3 kez	5	2.4
	≥4 kez	4	1.9

### 4.1.3. Katılımcıların Sağlık Davranışlarına İlişkin Özellikleri

Katılımcıların %83.9'unun sağlıklı beslendiklerini düşündükleri, %84.4'ünün günde üç öğün beslendikleri, %81.5'inin her gün sebze ve meyve yedikleri, %77.7'sinin her gün süt ve süt ürünleri tükettikleri, %82.9'unun her gün et ve et ürünleri tükettikleri, %83.4'ünün her gün tahıl grubu tükettikleri bulunmuştur.

Tablo 4.4'te katılımcıların sağlıklı beslenme davranışlarına ilişkin dağılımlar verilmiştir.

**Tablo 4.4.** Katılımcıların sağlıklı beslenme davranışlarına ilişkin dağılımlar

Değişken	Değişken Kategorisi	Sayı	Yüzde
Kendi beslenme şeklini sağlıklı olarak algılama	Evet	177	83.9
	Hayır	34	16.1
Günde üç öğün yeme	Evet	178	84.4
	Hayır	33	15.6
Her gün sebze ve meyve yeme	Evet	172	81.5
	Hayır	39	18.5
Her gün süt ve süt ürünleri tüketme	Evet	164	77.7
	Hayır	47	22.3
Her gün et ve et ürünleri tüketme	Evet	175	82.9
	Hayır	36	17.1
Her gün tahıl grubu tüketme	Evet	176	83.4
	Hayır	35	16.6

Katılımcıların %71.1'i haftada en az üç gün 30'ar dakika fiziksel aktivite yapıyor olduklarını, %48.8 ile en sık ev işleri ve devamında ise %46.9 oranıyla yürüyüş olduğu bulgulanmıştır.

Tablo 4.5'te katılımcıların fiziksel aktivite durumlarına ilişkin frekans dağılımları verilmiştir.

**Tablo 4.5.** Katılımcıların fiziksel aktivite durumlarına ilişkin frekans dağılımları

Değişken	Değişken Kategorisi	Sayı	Yüzde
Haftada an az üç gün 30'ar dakika fiziksel aktivite	Evet	150	71.1
	Hayır	61	28.9
Yürüyüş	Evet	99	46.9
	Hayır	112	53.1
Bahçe işleri	Evet	33	15.6
	Hayır	178	84.4
Koşu	Evet	8	3.8
	Hayır	203	96.2
Ev işleri	Evet	103	48.8
	Hayır	108	51.2
Diğer fiziksel aktiviteler	Evet	73	34.6
	Hayır	138	65.4

Katılımcıların son bir yıl içinde sağlıklı olmak için yaptıkları davranışlar incelendiğinde %74.9'unun beslenme alışkanlıklarını değiştirdikleri, %68.7'sinin stresten uzak kalmaya çalıştıkları, %66.8'inin doktor tarafından uygulanan tedaviyi alıyor oldukları belirlenmiştir. Tablo 4.6'da katılımcıların son 1 yıl içerisinde daha sağlıklı olmak adına gösterdikleri davranışları dağılımlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.6.** Katılımcıların son bir yıl içinde sağlıklı olmak için yaptıkları davranışlara ilişkin frekans dağılımları

Değişken	Değişken Kategorisi	Sayı	Yüzde
Sağlık için fiziksel aktivite/spor yapma	Evet	112	53.1
	Hayır	99	46.9
Beslenme alışkanlıklarını değiştirme	Evet	158	74.9
	Hayır	53	25.1
Sigarayı azaltma/bırakma	Evet	51	24.2
	Hayır	160	75.8
Alkolü azaltma/bırakma	Evet	57	27.0
	Hayır	154	73.0
Stresten uzak kalmaya çalışma	Evet	145	68.7
	Hayır	66	31.3
Doktor tarafından uygulanan tedaviyi alma	Evet	141	66.8
	Hayır	70	33.2
Sağlık için diğer davranışlar	Evet	3	1.4
	Hayır	208	98.6
Hiçbir şey	Evet	15	7.1
	Hayır	196	92.9

Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynakları incelendiğinde, %0.5'inin gazetelerin, %13.3'ünün kitapların, %75.8'i internetin, %30.8'i TV-Radyonun, %24.2'sinin broşürlerin, %67.3'ünün aile, akraba, arkadaşların, %95.7'si sağlıkçıların sağlıkla ilgili bilgi kaynakları olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7'de, katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına ilişkin frekans dağılımları yer almaktadır.

**Tablo 4.7.** Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına ilişkin frekans dağılımları

Değişken	Değişken Kategorisi	Sayı	Yüzde
Gazete	Evet	1	0.5
	Hayır	210	99.5
Kitap	Evet	28	13.3
	Hayır	183	86.7
İnternet	Evet	160	75.8
	Hayır	51	24.2
TV-Radyo	Evet	65	30.8
	Hayır	146	69.2
Broşür	Evet	51	24.2
	Hayır	160	75.8
Aile, akraba, arkadaş	Evet	142	67.3
	Hayır	69	32.7
Sağlıkçılar	Evet	202	95.7
	Hayır	9	4.3

Katılımcıların sağlık sorunu yaşadıklarında tercih ettikleri ilk kuruma ilişkin dağılımlar incelendiğinde, %22.8'i aile hekimini, %62.1'i devlet hastanesini, %10.4'ü üniversite hastanesini, %4.7'si özel hastaneyi tercih ettiklerini bildirmişlerdir.

Tablo 4.8'de katılımcıların, bir sağlık sorunu yaşama durumunda tercih ettikleri ilk sağlık kurumuna ilişkin frekans dağılımları yer almaktadır.

**Tablo 4.8.** Katılımcıların sağlık sorunu yaşadıklarında tercih ettikleri ilk kuruma ilişkin frekans dağılımları

Sağlık sorunu yaşandığında tercih edilen ilk kurum	Sayı	Yüzde
Aile Hekimi	48	22.8
Devlet Hastanesi	131	62.1
Üniversite Hastanesi	22	10.4
Özel Hastane	10	4.7

Katılımcıların Sağlıklı Hayat Merkezi'nde aldıkları hizmetler incelendiğinde, en yüksek oranda %35.1'inin KETEM hizmetlerinin, %27'sinin kadın ve üreme sağlığı danışmanlığı hizmeti, %28.4'ünün gebe okulu/sınıfı hizmeti, %26.1'inin evlilik öncesi danışmanlık hizmeti, %19.4'ünün beslenme danışmanlığı hizmeti aldığı bulgulanmıştır.

Tablo 4.9'da katılımcıların Sağlıklı Hayat Merkezi'nden aldıkları hizmetlere ilişkin frekans dağılımları yer almaktadır.

**Tablo 4.9.** Katılımcıların Sağlıklı Hayat Merkezi'nde aldıkları hizmetlere ilişkin frekans dağılımları

Değişken	Değişken Kategorisi	Sayı	Yüzde
Beslenme danışmanlığı	Evet	41	19.4
	Hayır	170	80.6
Fiziksel aktivite	Evet	1	0.5
	Hayır	210	99.5
Kronik hastalıkla yaşam	Evet	0	0.0
	Hayır	211	100.0
Kanser tarama	Evet	74	35.1
	Hayır	137	64.9
Sigara bırakma polikliniği	Evet	14	6.6
	Hayır	197	93.4
Okul sağlığı hizmetleri	Evet	0	0.0
	Hayır	211	100.0
Gebe okulu/sınıfı	Evet	60	28.4
	Hayır	151	71.6
Çocuk ve ergen sağlığı danışmanlığı	Evet	22	10.4
	Hayır	189	89.6
Görüntüleme hizmetleri	Evet	4	1.9
	Hayır	207	98.1
Evlilik öncesi danışmanlık	Evet	55	26.1
	Hayır	156	73.9
Tansiyon ölçümleri	Evet	1	0.5

	Hayır	210	99.5
Tıbbi laboratuvar hizmetleri	Evet	0	0.0
	Hayır	211	100.0
Sağlıklı yaşlanma danışmanlığı	Evet	1	0.5
	Hayır	210	99.5
Bireysel psikolojik destek / aile danışmanlığı	Evet	17	8.1
	Hayır	194	91.9
Koruyucu ağız ve diş sağlığı	Evet	0	0.0
	Hayır	211	100.0
Enjeksiyon ve pansuman hizmetleri	Evet	1	0.5
	Hayır	210	99.5
Kadın ve üreme sağlığı danışmanlığı	Evet	57	27.0
	Hayır	154	73.0

#### 4.2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri hesaplandığında, %13.7'sinin yetersiz düzeyde, %20.4'ünün sorunlu-sınırlı düzeyde, %48.8'inin yeterli düzeyde, %17.1'inin mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığının bulunduğu belirlenmiştir ve Tablo 4.10'da sunulmuştur.

**Tablo 4.10.** Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerine ilişkin dağılımları

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	Sayı	Yüzde
Yetersiz	29	13.7
Sorunlu-Sınırlı	43	20.4
Yeterli	103	48,8
Mükemmel	36	17.1
Toplam	211	100.0

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ile sağlık okuryazarlığı toplam puanları ( $r=.530$ ;  $p<0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları artmaktadır.

Tablo 4.11'de katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden ve SYDB-II Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson Korelasyon Analizi bulgusu yer almaktadır.

**Tablo 4.11.** Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları

	Sağlık Okuryazarlığı Toplam
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	$r= 0.530^{**}$

\* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$

### 4.3. Katılımcıların Çeşitli Değişkenler Bakımından Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Katılımcıların yaşları ile sağlık okuryazarlığı puanları ( $r=-.335$ ;  $p<0,001$ ) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ( $r=-.224$ ;  $p<0,001$ ) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların yaşları arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları azalmaktadır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı puanları ( $r=.606$ ;  $p<0,001$ ) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ( $r=.575$ ;  $p<0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları artmaktadır.

Katılımcıların algıladıkları gelir düzeyi ile sağlık okuryazarlığı puanları ( $r=.509$ ;  $p<0,001$ ) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ( $r=.466$ ;  $p<0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların algıladıkları gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları artmaktadır.

Tablo 4.12’de katılımcıların yaşları, eğitim düzeyleri ve gelir algıları ile sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulgularına yer verilmiştir.

**Tablo 4.12.** Katılımcıların yaşları, eğitim düzeyleri ve gelir algıları ile sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları

	Sağlık Okuryazarlığı	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
Yaş	$r=-.335^{**}$	$r=-.224^{**}$
Eğitim Düzeyi	$r=.606^{**}$	$r=.575^{**}$
Algılanan Gelir Düzeyi	$r=.509^{**}$	$r=.466^{**}$

\* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$

Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $t=-2.336$ ;  $p=.020$ ). Bekarların sağlık okuryazarlığı ortalamaları ( $ort=36.87$ ;  $ss=7.785$ ) evlilerin ortalamalarından ( $ort=33.67$ ;  $ss=8.499$ ) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.13'te Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi bulgularına yer verilmiştir.

**Tablo 4.13.** Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi bulguları

	Medeni Durum	n	ORT	SS	t	p
Sağlık Okuryazarlığı	Evli	161	33.67	8.499	-2.336	.020*
	Bekar	50	36.87	7.785		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Evli	161	150.98	28.804	1.302	.194
	Bekar	50	144.66	33.561		

\* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$

Katılımcıların kilo algıları ile sağlık okuryazarlığı puanları ( $r=-.396$ ;  $p<0,001$ ) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ( $r=-.352$ ;  $p<0,001$ ) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların kendilerini kilolu algılama düzeyleri

arttikça sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri azalmaktadır.

Katılımcıların sağlık algıları ile sağlık okuryazarlığı puanları ( $r=.418$ ;  $p<0,001$ ) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ( $r=.366$ ;  $p<0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların kendilerini sağlıklı algılama düzeyleri arttikça sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyleri artmaktadır.

Katılımcıların llen kiloları ile sağlık okuryazarlığı toplam puanları ( $r=-.396$ ;  $p<0,001$ ) ve sağlıklı yaşam biçim davranışları puanları ( $r=-.282$ ;  $p<0,001$ ) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların llen kiloları arttikça sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyleri azalmaktadır.

Katılımcıların llen boy uzunlukları ile sağlık okuryazarlığı toplam puanları ( $r=.348$ ;  $p<0,001$ ) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ( $r=.329$ ;  $p<0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların llen boy uzunlukları arttikça sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyleri artmaktadır.

Katılımcıların BKİ'leri ile sağlık okuryazarlığı toplam puanları ( $r=-.479$ ;  $p<0,001$ ) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ( $r=-.400$ ;  $p<0,001$ ) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların BKİ'leri arttikça sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyleri azalmaktadır.

Katılımcıların sigara içme durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [ $F(2-208)=1.903$ ;  $p=.152$ ]. Katılımcıların sigara içme durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(2-208)=5.428$ ;  $p=.005$ ]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yrtlen Tukey posthoc test sonucunda sigarayı bırakanların sağlıklı yaşam biçimi

davranışları ortalamaları (ort=161.18; ss=26.188) halen sigara içenlerin ortalamalarından (ort=139.67; ss=35.593) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer ortalamalar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.14'te, katılımcıların sigara içme durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları, standart sapmaları ve tek yönlü varyans analizi bulguları yer almaktadır.

**Tablo 4.14.** Katılımcıların sigara içme durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları, standart sapmaları ve tek yönlü varyans analizi bulguları

	Sigara İçme	n	ORT	SS	F	p	Tukey
Sağlık Okuryazarlığı	Hiç içmedim	130	33.58	8.700	1.903	.152	
	Bıraktım	39	36.40	7.756			
	İçiyorum	42	35.16	7.945			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Hiç içmedim	130	149.15	28.899	5.428	.005*	Bıraktım > İçiyorum p=.003
	Bıraktım	39	161.18	26.188			
	İçiyorum	42	139.67	33.593			

\*p<.0.05

Katılımcıların sağlık kurumlarına başvurma sayısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ( $r=-.153$ ;  $p=.026$ ) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ancak sağlık kurumlarına başvurma sayısı ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Katılımcıların sağlık kurumlarına başvurma sayısı arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyleri azalmaktadır.

Tablo 4.15'te katılımcıların kilo algıları, sağlık algıları, kilo, boy, beden kitle indeksi ve sağlık kurumlarına başvuru sayıları ile sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulgularına yer verilmiştir.

**Tablo 4.15.** Katılımcıların kilo algıları, sağlık algıları, kilo, boy, beden kitle indeksi ve sağlık kurumlarına başvuru sayıları ile sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları

	Sağlık Okuryazarlığı	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
Kilo Algısı	-.396**	-.352**
Sağlık Algısı	.418**	.366**
Kilo	-.396**	-.282**
Boy	.348**	.329**
BKİ	-.479**	-.400**
Sağlık kurumu başvuru sayısı	-0.121	-.153*

\*p<.0.05; \*\*p<.01

Katılımcıların kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (t=-3.323; p=.001). Kronik hastalığı bulunmayanların sağlık okuryazarlığı ortalamaları (ort=35.84; ss=7.277) bulunanların ortalamalarından (ort=31.36; ss=9.859) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (t=-2.825; p=.005). Kronik hastalığı bulunmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları (ort=153.40; ss=29.952) bulunanların ortalamalarından (ort=141.06; ss=28.659) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Tablo 4.16’da Katılımcıların kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

**Tablo 4.16.** Katılımcıların kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi bulguları

	Kronik Hastalık	n	ORT	SS	t	p
Sağlık Okuryazarlığı	Var	67	31.36	9.859	-	.001*
	Yok	144	35.84	7.277	3.323	
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Var	67	141.06	28.659	-	.005*
	Yok	144	153.40	29.952	2.825	

\*p<.0.05; \*\*p<.01

## 5. TARTIŞMA

Son yıllarda, sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çok sayıda ulusal ve uluslararası çalışma vardır. Bu çalışmaların sonuçları, sağlık okuryazarlığının önemini ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin toplum sağlığına olumlu etkilerini ortaya çıkarmaktadır. Bu çalışmanın temel amacı, sağlık sistemi içinde yer alan ve aile hekimliği dışında yapılandırılan birinci basamak sağlık hizmetleri kurumu olan Sağlıklı Hayat Merkezi'ne başvuran belirli bir yaş aralığındaki kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek ve bununla birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesidir. Yapılan çalışmalar, kadın sağlığını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve kadın sağlığının, böylelikle çocuk sağlığının geliştirilmesi için sağlık okuryazarlığı çalışmalarının planlanmasının ve uygulanmasının önemini ortaya koymaktadır (45).

Mancusa'nın (2008) yaptığı bir araştırmanın sonuçlarına göre; yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin temel sağlık bilgilerinde yetersizlik, kronik hastalıklar konusunda tedaviye uyumda eksiklik, sağlık hizmetlerinde ulaşmada güçlük, sağlık maliyetlerinde ve ilaç kullanma hatalarının yaygınlığında artma olduğu belirtilmiştir (46). Diğer taraftan, düşük sağlık bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade, acil sağlık hizmetlerine başvurduğu da ortaya konmuştur (27).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 7334 kişi ile yapılan ve sonuçları 2017 yılında yayımlanan bir çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin de düşük olduğu belirlenmiştir (47). Aynı çalışmanın verileri arasında yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmadığı ve daha fazla sağlık harcaması yaptığı belirlenmiştir.

Uluslararası çalışmalardan bir diğeri ise; Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması'dır. Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya

ve Yunanistan'ın yer aldığı 8 Avrupa ülkesinde 2011 yılında yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması sonucunda, Hollanda'daki katılımcıların ¼'i, Bulgaristan'da ise yarısından fazlasının yetersiz ve sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunmuştur. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre; yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyleri birlikte değerlendirildiğinde, oranların yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinden daha fazla olduğu görülmektedir (48). Yine Amerika Birleşik Devletleri'nde 2003 yılında yapılan Ulusal Yetişkin Okuryazarlığını Değerlendirme" araştırmasında yetişkinlerin, %88'inin yetersiz sağlık okuryazarı olduğu, yani toplumda her 10 kişiden 1'inin yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu bulgulanmıştır (49).

Ülkemizde yürütülmüş ulusal bir çalışmada, toplumun sadece %30'luk orandaki bir kesimin yeterli veya iyi düzeyde sağlık okuryazarı olduğu belirtilmiştir (32). Ülkemizde yapılmış başka bir çalışmada, çalışmaya katılan kişilerin %58.7'sinin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu bildirilmiştir (50).

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen ve sonuçları 2018 yılında yayımlanan ve değerlendirme aracı olarak TSOY-32'nin kullanıldığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması'nda; yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyi birlikte değerlendirildiğinde, oran %68,9 olarak bulgulanmıştır (51).

Çalışma; 211 kişi ile tamamlanmış, katılımcıların demografik özellikleri yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, iş durumu, algılanan gelir düzeyi sorgulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların yaşlarının 18-63 arasında değiştiği ve yaş ortalamasının 34.18 olduğu, yaş değişkeni ile sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yaşları yükseldikçe, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları azalmaktadır. Aktan ve Özdemir'in 2019 yılında yaptıkları çalışmanın verilerine göre 45 yaş altında olan kadınların, 46 yaş ve 56 yaş üzeri olan kadınlara nazaran, daha iyi düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları belirlenmiştir (52). Akpınar ve Arıca'nın, erişkin hastaların 1. Basamak sağlık

hizmetlerini kullanma ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlediği çalışmada, 18-40 yaş arasındaki bireylerde yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi %45.5 olarak belirlenmişken, 41-65 yaş arası bireylerde yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi %11.9 olarak tespit edilmiştir (53). Tamamlanan bu çalışma ile, literatürde incelenen diğer çalışmaların sonuçlarının birbiri ile örtüştüğü görülmüştür. Genç bireylerin, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması ve eğitim sürecinin içinde daha uzun süre kalması gibi faktörlerin, yaş ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki korelasyonu açıkladığı düşünölmektedir.

Diğer taraftan, katılımcıların %63'ünün lise ve altı düzeyde eğitim hayatına katılmış oldukları, %36.9'unun ön lisans, lisans ve yüksek lisans gibi yüksek öğrenim hayatına katılmış oldukları bulunmuş olup; eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Sonuçlarımıza göre ve beklendiği şekilde, eğitim düzeyi arttıķa, sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirme düzeyi artmaktadır. Yaprak ve aylan'ın Edirne ilinde yürüttükleri çalışmanın sonucuna göre; eğitim düzeyi arttıķa sağlık okuryazarlığı düzeyi de paralel olarak artmaktadır (54). Aynı şekilde, Tiraki ve Yılmaz'ın birlikte yürüttüğü çalışmanın sonuçlarına göre; kadınların yaşı ilerledikçe, sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşmektedir (55). Uluslararası literatürde ise; Paasche Orlow tarafından yürütölen sağlık okuryazarlığı çalışmasında, okul seviyeleri ile düşük sağlık okuryazarlığı seviyeleri arasında bağlantı bulunmuştur (56). Sağlık okuryazarlığının, okuryazarlıkla ve bilişsel becerilerle birebir ilişkili bir kavram olduğu düşünöldüğünde, eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yükselmesi beklenen bir sonuçtur.

Katılımcıların %76.3'ünün evli, %23.7'sinin bekar olduğu tespit edilmiş olup, medeni duruma göre sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bekarların sağlık okuryazarlığı ortalamaları, evlilerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kaya'nın yürüttüğü çalışmanın sonucuna göre; bekar bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, evli olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinden daha yüksek bulunmuştur (57). Aynı şekilde, Beyoğlu ve Koçak tarafından kadınlarda sağlık okuryazarlığı hakkında yürütölen bir diğer çalışmada, bekar olan kadınların soy düzeylerinin, evli olanlara

nazaran daha yüksek bulunduğu da tespit edilmiştir (58). Diğer taraftan, medeni duruma göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Evliliğin, hayatın ilerleyen yaşlarında gerçekleşmesinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili olduğu dşunlmektedir. Tamamlanan bu çalışma ile, literatürde incelenen diğer çalışmaların sonuçlarının birbiri ile örtüştüğü grlmştir.

Çalışma sonucunda katılımcıların iş durumları değerlendirildiğinde; aktif olarak iş hayatında bulunan katılımcıların oranı %32.7, aktif olarak iş hayatında bulunmayan katılımcıların oranı %67.3 olarak bulgulanmıştır. Beyoğlu tarafından yrtlen çalışmanın sonucunda ise; çalışan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, çalışmayan bireylere nazara daha yüksek seviyede tespit edilmiştir (58). Demiröz’n yürüttüğü çalışmanın sonucu da çalışan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğunu ortaya koymuştur (59). Kadının iş hayatında aktif katılımla yer etmesinin, kendi sağlığı üzerinde de karar alma mekanizmasını işleteceği bir gerçektir. Bu durumun; sağlık okuryazarlığı ve iş hayatında aktif katılım arasındaki korelasyonu açıklayacağı dşunlmektedir.

Katılımcıların algıladığı gelir düzeylerine bakıldığında; gelirini giderine denk bulanların oranı %60.2, gelirinin giderine göre az olduğunu ifade edenlerin oranı %21.3, gelirinin giderlerinin üzerinde kaldığını ifade edenlerin oranı ise %18.5 olarak bulunmuştur. Bu verilere göre, katılımcıların algıladıkları gelir düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların gelir düzeyi algıları arttıka, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları da artmaktadır. Uluslararası literatürde, Khorasani tarafından yrtlen çalışmada, kadınların gelir seviyelerinin, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile paralel şekilde arttığı belirlenmiştir (60). Ülkemizde Beşir Mahsun ve Demirci tarafından Bursa ilinde yrtlen başka bir çalışmanın sonucu da, gelir durumunu “iyi” olarak ifade edenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin, gelir durumu iyi olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (61). Gelir düzeyinin artmasıyla sağlıklı beslenme davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesi, fiziksel aktivite farkındalığının yüksek olması, sosyal ve ekonomik iyilik halinin de kazanılmasının kolay olduğu göz önünde bulundurulduğunda; sağlık

okuryazarlığının algılanan gelir düzeyi ile pozitif ilişki içinde olmasının olağan olduğu düşünülmektedir.

Diğer taraftan, katılımcıların hekim tarafından tanısı konulan ve düzenli ilaç kullanmasını gerektiren kronik hastalıklarının varlığı sorgulanmış ve %31.8'inin kronik hastalığa sahip olduğu bulunmuştur. Katılımcıların kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu durumda, kronik hastalığı bulunmayanların sağlık okuryazarlığı ortalamaları, kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık okuryazarlığı ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde, katılımcıların kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Kronik hastalığı bulunmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamaları bulunanların ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kronik hastalıkların bulunmasıyla sağlık okuryazarlığı sonuçları ile ilgili çok sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, Kıraç ve Öztürk de, yaptıkları çalışmanın sonucunda herhangi bir kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir (62). Yaprak ve Çaylan'ın Edirne ilinde yürüttükleri çalışmada; kronik hastalık sayısının artmasıyla, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğü bulgulamıştır (54). Uluslararası literatürde ise, Davis'in yürüttüğü çalışmada düşük sağlık okuryazarlığının kronik hastalıklarla ilişkili olduğu, Sadeghi tarafından yürütülen çalışmada ise; kronik hastalığa sahip olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir (63, 64). Yaşam tarzına bağlı gelişen, önlenebilir kronik hastalıkların, doğru sağlık bilgisine ulaşma ve ulaştığı bilgiyi kullanma, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişmesiyle önlenebileceği göz önünde bulundurulduğunda, kronik hastalık varlığıyla gelişmiş sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki olağan ilişkiyi ortaya koyduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların kilo algıları değerlendirildiğinde ise; %7.1'inin kendisini zayıf bulduğu, %42.2'sinin normal bulduğu, %50.7'sinin biraz ve çok şişman bulduğu göze çarpmaktadır. Katılımcıların kilo algıları ile sağlık okuryazarlığı puanları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Bu demektir ki; katılımcıların kendilerini kilolu algılama düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri azalmaktadır. Çalışmada, katılımcıların boy ve kilo ölçümleri araştırmacı tarafından ölçülmüş ve yine aynı şekilde BKİ'leri araştırmacı tarafından hesaplanmıştır. Katılımcıların kiloları ile sağlık okuryazarlığı toplam puanları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. BKİ hesaplamalarına göre ise; Katılımcıların BKİ'leri ile sağlık okuryazarlığı toplam puanları ve BKİ'leri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcıların kilosu ve dolayısıyla BKİ'leri arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları azalmaktadır. Soylar ve Kadioğlu'nun yetişkin bireylerle yaptıkları çalışmanın sonucuna göre; BKİ ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında belirgin bir ilişki mevcut olup, yetersiz düzeydeki sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireylerin BKİ'leri hafif kilolu ve obez olarak tespit edilmiştir (65). Başka bir çalışmada, kişilerin beden kütle endekslerinin, o kişinin sağlık davranışlarını direkt etkilediği bildirilmiştir (66). Sağlıksız beslenme ve sedanter yaşam tarzının sonuçlarından biri olan obezite ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki, bu çalışma dahil, birçok çalışmayla ortaya konulmuştur.

Katılımcıların sağlık algıları incelendiğinde %2.4'ünün sağlık durumlarını çok kötü bulduğu, %10'unun kötü bulduğu, %42.2'sinin iyi bulduğu, %45.5'inin çok iyi bulduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ve sonuçları 2018 yılında yayımlanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri çalışmasının sağlık algısı sonuçlarına göre; katılımcıların %11.7'si çok iyi, %57.7'si iyi, %21.4'ü ne iyi ne kötü, %7.8'i kötü, %1.1'i çok kötü olarak tespit edilmiştir (51). Her iki çalışmanın sonuçlarına bakıldığında, bireysel sağlık algısı her iki çalışmada da iyi düzeydedir.

Katılımcıların sistolik kan basıncı kategorisine bakıldığında; %73'ünün normotansif, %14.2'sinin prehipertansiyon, %12.8'inde hipertansiyon olduğu, diastolik kan basıncına bakıldığında, %85.3'ünün normotansif, %9.5'inin prehipertansiyon, %5.2'sinde hipertansiyon olduğu bulgulanmıştır. Öncü ve ark tarafından yürütülen çalışmanın bulgularına göre; düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi,

yüksek kan basıncıyla ilişkilidir. (67). Yine Öncü ve arkadaşları tarafından yürütülen başka bir çalışmanın sonucuna göre, çalışmaya katılanların %61.2'sinin sistolik/diastolik kan basıncı değerleri normal sınırların üzerinde olarak tespit edilmiştir (68). Sağlık okuryazarlığı yükseldikçe tansiyon ölçümlerinin doğru yapıldığı ya da antihipertansif ilaçların akılcı ve doğru şekilde kullanıldığı düşünüldüğünde, sağlık okuryazarlığı ile kan basıncı arasında doğrusal bir ilişki olması mümkündür.

Katılımcıların sigara kullanımları incelendiğinde, %61.6'sının hiç içmediği, %18.5'inin içip bıraktığı, %18.5'inin halen içtiği, %1.4'ünün bir yılda bırakmayı düşündüğü belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı seviyesi düştükçe, riskli sağlık davranışı sergileme olasılığı artmaktadır. Yapılan bir çalışmada, tütün ürünlerinin kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkide; sigara kullanan bireylerin, kullanmayan bireylere nazaran daha yüksek olduğu belirlenmiştir (69). Karagöz ve Yengil Taci'nin çalışmasının sonuçlarına göre; sigara kullanan bireyler arasında, Tütün Bağımlılığı Tedavi Polikliniği'ne başvurma ile SOY düzeyi artışının ilişkili olduğunu saptanmıştır (70). Bir sağlıklı yaşam biçimi davranışı olan tütün ürünlerini kullanmama, aynı zamanda bir sağlık okuryazarlığı becerisidir. Haliyle, tütün ve tütün ürünlerini kullanma ile sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında doğrudan bir ilişki vardır.

Katılımcıların sağlık kurumlarına başvuru sayılarına bakıldığında; %79.1'inin ayda 1 kez herhangi bir sağlık kurumuna başvurduğu, bunu sırasıyla %16.6 oranında 2 kez başvuru, %2.4 oranında 3 kez başvuru ve %1.9 oranında 4 kez başvuru sayılarının izlediği saptanmıştır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin koruyucu sağlık hizmetlerine katılımın düşmesine, bunun yanında tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımında artışa ve dolayısıyla hem sağlık sisteminde gereksiz yüke, diğer taraftan da sağlık bakım maliyetlerinin artmasına neden olduğu bilinen bir gerçektir (71).

Katılımcıların gösterdikleri sağlık davranışlarına ilişkin veriler de mevcuttur. Şu durumda, katılımcıların %83.9'unun sağlıklı beslendiklerini düşündüğü,

%84.4'ünün günde 3 öğün beslendiği, %81.5'inin her gün sebze ve meyve tükettiği, %77.7'sinin her gün süt ve süt ürünü tükettiği, %82.9'unun her gün et ve et ürünü tükettiği, %83.4'ünün ise her gün tahıl grubundan tüketim yaptığı belirlenmiştir. Gül ve Erci'nün yürüttüğü çalışmanın sonuçlarına göre; sağlık okuryazarlığı düzeyi ve yeme davranışları arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişki saptanmıştır (72). Sağlıklı beslenme, önemli bir sağlıklı yaşam biçimi davranışıdır ve bireylerin sağlık sorumluluğu konusunda belirleyici bir faktördür. Literatürde de görüldüğü üzere, sağlıklı beslenme davranışı ile sağlık okuryazarlığı konusunda doğrudan bir korelasyon bulunmaktadır.

Katılımcıların sağlık davranışlarından fiziksel aktivite durumları incelendiğinde; %71.1'inin haftada en az 3 gün 30 dakikalık fiziksel aktivitede buldukları; bunların %46.9'unun yürüyüş, %48.8'inin ev işleri, %15.6'sının bahçe işleri, %3.8'inin koşu, %65.4'ünün diğer şekilde fizikse aktivite yaptıkları tespit edilmiştir. Yaprak ve Çaylan tarafından tamamlanan çalışmanın sonuçlarına göre; fiziksel aktivite bulunan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bulunmuştur (54). Tatar'ın yürüttüğü çalışmanın sonuçlarına göre ise; fiziksel aktivite arttıkça, sağlık okuryazarlığı düzeyi de artmaktadır (73).

Katılımcıların son 1 yılda daha sağlıklı olmak adına yaptıkları davranışların değerlendirilmesine göre %53.1'nin fiziksel aktivite yaptığı, %74.9'unun beslenme alışkanlıklarını değiştirdiği, %24.2'sinin sigara kullanmayı azalttığı ya da bıraktığı, %27'sinin alkol kullanmayı azalttığı ya da bıraktığı, %68.7'sinin stresten uzak kalmaya çalıştığı, %66.8'inin hekim tarafından kendisine uygulanan tedaviyi sürdürdüğü, %7.1'inin ise herhangi bir davranış değişikliği yapmadığı saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından tamamlanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması'nın son 1 yıl içinde sağlıklı olmak adına yapılan aktivitelerin sonuçlarına göre; fiziksel aktivite yapma ve beslenme düzenini değiştirme davranışlarının yüksekliğinin yanı sıra, hiçbir davranış değişikliğine gitmeyen katılımcıların oranının da yüksekliği dikkat çekmiştir (51).

Katılımcıların sağlık sorunu yaşadıklarında tercih ettikleri ilk kuruma ilişkin dağılımlar incelendiğinde, %22.7'si aile hekimini, %62.1'i devlet hastanesini, %10.4'ü üniversite hastanesini, %4.7'si özel hastaneyi tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ve sonuçları 2018 yılında yayımlanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri çalışmasının herhangi bir sağlık hizmeti almak amacıyla genellikle ilk başvuru sağlık kurumlarının sonuçlarına göre; %45.2 aile hekimi, %41 devlet hastanesi, %7.8'i özel hastane, %4.7 ile üniversite ve eğitim hastaneleri bulgulanmıştır (51). Akpınar'ın çalışmasının sonuçlarına göre; sağlık sorunu olduğunda acile başvurma oranı ile düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişki saptanmıştır (53). Hem tamamlanan bu çalışma ile, hem de ulusal çalışmanın sonuçlarına odaklanıldığında; 2. Basamak sağlık kuruluşlarına başvurunun yüksekliği dikkat çekmektedir. Bu; sağlık politikalarının, 1. Basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlığının ve ulaşılabilirliğinin önemini göstermesi açısından önemli bir veridir.

Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynakları incelendiğinde, %0.5'inin gazetelerin, %13.3'ünün kitapların, %75.8'i internetin, %30.8'i TV-Radyonun, %24.2'sinin broşürlerin, %67.3'ünün aile, akraba, arkadaşların, %95.7'si sağlıkçıların sağlıkla ilgili bilgi kaynakları olduğu belirlenmiştir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması'nın sağlık bilgisi arama davranışlarının sonuçlarına göre; kitle iletişim aracı olarak %48.6 oranında internet bulgulanmış olup; diğer taraftan sağlık bilgi kaynağının sağlıkçı nosyonu olan bireyler arasında ise %72.4 ile aile hekimi, %45.5 ise aile hekimi dışındaki hekimler olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmanın sonucuna göre; aile, arkadaş veya akraba seçenlerin yüzdesi ise %11.1 olarak belirlenmiştir (51). Önemli bir eleştirel sağlık okuryazarlığı becerisi de; "güvenilir bilgi kaynağını" seçmektir. Her iki çalışmada hekim ve hekim dışı sağlık çalışanları ilk bilgi kaynağı olarak görülse de; internet ve diğer basın yayın organlarının yaygınlığı ve haliyle sorumluluğu da göze çarpmaktadır.

Katılımcıların Sağlıklı Hayat Merkezi'nde aldıkları hizmetler incelendiğinde, %19.4'ünün beslenme danışmanlığı, %0.5'inin fiziksel aktivite, %35.1'inin kanser tarama, %6.6'sının sigara bırakma polikliniği, %28.4'ünün gebe okulu/sınıfı, %10.4'ünün çocuk ve ergen sağlığı danışmanlığı, %1.9'unun görüntüleme hizmetleri,

%26.1'inin evlilik öncesi danışmanlık, %0.5'inin tansiyon ölçümleri, %0.5'inin sağlıklı yaşlanma danışmanlığı, %8.1'inin bireysel psikolojik destek / aile danışmanlığı, %0.5'inin enjeksiyon ve pansuman hizmetleri, %27'sinin kadın ve üretme sağlığı danışmanlığı hizmeti aldıkları; kronik hastalıkla yaşam, okul sağlığı, tıbbi laboratuvar hizmetleri, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini hiç almadıkları belirlenmiştir. Sağlıklı hayat merkezleri; birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve toplumdaki bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmak amacıyla organize edilmiş, multidisipliner bir hizmet anlayışıyla faaliyet gösteren bir halk sağlığı uygulamasıdır. Norveç'te sağlıklı hayat merkezleri bünyesinde, 524 kişi ile gerçekleştirilen bir çalışmanın sonuçlarına göre, merkezlerdeki müdahalelerin sonucunda, katılımcıların yaşam niteliğinin artmış olduğu tespit edilmiştir (74). Ünüvar ve Acar'ın Karaman ilinde gerçekleştirdiği çalışmanın sonuçlarına göre; Sağlıklı Hayat Merkezleri'ne başvuran bireylerin çoğunlukla kadın olduğu ve bireylerin %75.5 gibi büyük bir oranının KETEM ve diyetisyen polikliniği hizmeti alma amacıyla Sağlıklı Hayat Merkezi'nde başvurduğu bulgulanmıştır (75). Kılınçkaya ve Özkan'ın yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre; sağlık okuryazarlığı yeterli mükemmel olan bireylerin %36,6'sı KETEM'e daha önce başvurduğu saptanmıştır (76). Diğer taraftan; Yaprak ve Çaylan tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların %32'sinin birinci basamakta verilen hizmetlere ilişkin bilgi sahibi olmadığı, %35'inin bilgi sahibi olduğu, %33'ünün ise kararsız olduğu belirlenmiştir (54). Harbi ve Sur'un yaptığı çalışmanın sonucuna göre, sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça, kişinin koruyucu sağlık hizmeti alma verimliliğinin de artacağı saptanmıştır (77). Ancak, Literatürde sağlıklı hayat merkezlerinde hizmet alma ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi saptayan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

### **5.1.Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları**

Çalışma; sağlık okuryazarlığının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzeyini saptamak, halk sağlığı hizmetlerinden faydalanma durumu ile arasındaki bağlantı varlığını tespit etmek üzere kurgulanmıştır. Araştırmanın katılımcıları, Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Merkez Sağlıklı Hayat Merkezi'ne herhangi bir

hizmet almak amacıyla başvuran ve örneklem kapsamına alınan 18-65 yaş arasındaki kadınlardır.

COVID-19 Pandemisi'nin 2020 yılında ülkemizde de görülmesi sebebiyle, Çanakkale Merkez Sağlıklı Hayat Merkezi'nde 1. basamak sağlık hizmetleri geçici süreyle durdurulmuştur. Hizmetlerin tekrar verilmeye başlanmasıyla veri toplama işlemine geçilmiş; ancak kişilerin pandemi nedeniyle sağlık kurumlarına başvuru azlığı, kurumlarda geçirdiği süreyi en azda tutma ve sosyal mesafeyi koruma çabaları, çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır.

Araştırmanın kesitsel yönünün kısıtlılığı dikkate alındığında ve koruyucu sağlık hizmeti almanın bir sağlık okuryazarlığı becerisi olduğu düşünüldüğünde, bu çalışmanın sonuçları sadece bu gruba genellenebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çanakkale Merkez Sağlıklı Hayat Merkezi'ne Başvuran 18-65 Yaş Arası Kadınların Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi başlıklı çalışmanın sonucunda;

1. Katılımcıların yaş aralığı 18-63 arasında değişmektedir.
2. Katılımcıların %73.9'u lise ve üstü eğitim düzeyine sahiptir.
3. Katılımcıların %76.3'ü evlidir.
4. Katılımcıların %32.7'si aktif iş hayatındadır.
5. Katılımcıların %31.8'inin kronik hastalığı vardır.
6. Katılımcıların %79.1'i sağlık kurumuna ayda 1 kez başvurmaktadır.
7. Katılımcıların %95.7'sinin sağlıkla ilgili ihtiyaç duyduğu bilgiyi sağlık çalışanlarından almaktadır.
8. Katılımcıların %62.1'inin herhangi bir sağlık sorunu yaşamaması durumunda tercih ettiği ilk kurum devlet hastanesidir.
9. Katılımcılar, Sağlıklı Hayat Merkezi'nden beslenme danışmanlığı, kanser tarama, gebe bilgilendirme sınıfı, çocuk gelişimi danışma polikliniği, evlilik öncesi danışmanlık, psikolojik destek ünitesi ve üreme sağlığı hizmetleri almaktadır.
10. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirme özellikleri de artmaktadır.
11. Katılımcıların %48.8'inde yeterli düzey, %17.1'inin mükemmel düzey sağlık okuryazarlığı seviyeleri tespit edilmiştir.
12. Katılımcıların yaşları arttıkça, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları azalmaktadır.
13. Katılımcıların eğitim düzeyi yükseldikçe, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçim davranışları da yükselmektedir.
14. Katılımcıların gelir düzeyi arttıkça, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçim davranışları da artmaktadır.
15. Bekar katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi, evli katılımcıların düzeyinden yüksektir.

16. Katılımcıların sağlık kurumuna başvuru sayısı arttikça, sağlıklı yaşam biçimi davranışları azalmaktadır.

Bu sonuçlardan yola çıkararak;

- Toplumun diğer kesimlerinde de sağlık okuryazarlığı düzeyini belirleyecek çalışmalar yürütülmelidir.
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için ulusal politikalar geliştirilmelidir.
- Yerel uygulayıcıların ve sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı konusundaki farkındalıklarını arttırmaya yönelik çalışmalar planlanmalıdır. Bu alışmalar, nitelikli sağlık iletişimi çalışmalarını kapsamalıdır.
- Sağlık okuryazarlığı için çok sektörlü paydaşlar oluşturulmalıdır.
- Sağlık bakanlığı yapılanmasında Birinci basamak sağlık kuruluşu olarak hizmet veren Sağlıklı Hayat Merkez'lerinin yaygınlaştırılması, kapasitesinin güçlendirilmesi ve bu merkezlerde sunulan hizmetlerle ilgili toplumun bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası. <https://www.who.int/about/governance/constitution>. 07 Ocak 2020.
2. Dünya Sağlık Örgütü. Sağlığın Geliştirilmesi Programları. <https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/programmes/health-promotion>. 07 Ocak 2020.
3. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6(2): 112-122.
4. Kulbok PA, Cox CL. Dimensions of adolescent health behaviour, *Journal Of Adolescent Health*, 2002, 31:394-400.
5. Dünya Sağlık Örgütü. Sağlık Okuryazarlığını Geliştirme Eylemleri. <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>. 10 Ocak 2020.
6. Nutbeam D. Health promotion glossory. *Health Promotion International*, 1998, 13(4):349-367. doi:10.93/Heapro/13.4.349.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar/turkey-risk-factors-tur\\_STEPS-2017.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar/turkey-risk-factors-tur_STEPS-2017.pdf). 22 Ocak 2020.
8. Öztekin Z, Üner S, Eren N. Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi. İçinde: Güler Ç, Akın L (editör). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, I.Cilt. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012: 2-24.
9. Özvarış ŞB. *Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi*, 1. Baskı. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2011: 72.

10. Özvarış ŞB. Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı. İçinde: Aslan D (edirtör). *Halk Sağlığı ile İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar*. Ankara, Grafker Matbaası, 2009: 10-15.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi*, 1. Baskı. Ankara, Anıl Reklam Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti., 2011: 12
12. Avcı Y. Personal health responsibility. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016, 15:259-266. doi:10.5455/pmb.1-1445494881.
13. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023*. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cevre-sagligi/1-suguvenligi/Kitaplar/CokPaydaslisaglsorgelisProOzet\\_Kitap.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cevre-sagligi/1-suguvenligi/Kitaplar/CokPaydaslisaglsorgelisProOzet_Kitap.pdf). 15 Mart 2020
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşvikine Yönelik Dönüm Noktaları, Global Konferanslardan Bildiriler*, 1. Baskı. Ankara, Anıl Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti., 2011: 1-5
15. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. 1. Baskı. Ankara, Anıl Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti., 2011: 7
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi*. 1. Baskı. Ankara, Deniz Matbaacılık., 2011: 28-33
17. Sorensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health*, 2012, doi:10.1186/1471-2458-12-80.

18. Simonds SK. Health education as a social policy, *Health Education Monographs*, 1974, doi: 10.1177/10901981740020S102
19. Nutbeam D, Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel, Agis D. Health promotion glossary, *Health Promot Int.*, 1998, doi: /10.1093/heapro/13.4.349.
20. Aydın D, Aba YA. Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile emzirme öz-yeterlilikleri arasındaki ilişki. *DEUHFED*, 2019, 12(1):31-39.
21. Gillis DE, Gray NJ, Murphy E. Multiple domains of health literacy as reflected in breastfeeding promotion practice: a canadian case study. *Journal Of Health Psychology*, 2012, 18(8):1023-1035. doi:10.1177/1359105312454041.
22. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016, 15(1):69-74. doi:10.5455/Pmb.1-1448870518.
23. Paasche-Orlow MK. Bridging the international divide for health literacy research. *Patient Education And Counseling*, 2009, 75(3):293-294, doi:10.1016/J.Pec.2009.05.001.
24. Çopurlar K, Kartal CM. Sağlık okuryazarlığı nedir, nasıl değerlendirilir, neden önemli? *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 2016, doi:10.5455/Tjfmpe.193796.
25. Wagner V, Steptoe A, Wolf, MS, Wardle J. Health literacy and health actions: a review and framework form health psychology. *Health Education And Behaviour*, 2009, 36(5):860-877.
26. Nielsen-Bohlman L, Panzer Allison M, Kindig D. Health Literacy: A Prescription To End Confusion. 2nd ed. Washington DC, The National Academies Press, 2004:65-81

27. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science And Medicine*, 2008, 67(12):2072-2078.
28. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A. *European Health Literacy Survey. Health Literacy The Solid Facts*, 1st ed. Copenhagen, WHO Regional Office of Europe, 2013: 5.
29. Dünya Sağlık Örgütü. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>. 13 Ağustos 2020.
30. 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. <http://en.copian.ca/library/research/takngoff/takngoff.pdf>. 6 Nisan 2020.
31. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak, *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 2013, 3:73-92.
32. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. <https://www.saglikxen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf>. 7 Nisan 2020.
33. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A. *European Health Literacy Survey. Health Literacy The Solid Facts*, 1st ed. Copenhagen, WHO Regional Office of Europe, 2013: 6.
34. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*, 2000, 15(3):259-267.
35. Avcı E, Özkan S. Dünyada ve türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler, *Türkiye Klinikleri*, 2019, 16-21.

36. Bilişli Y. Medya ve sağlık arasındaki sınırları keşfetmek: eleştirel medya sağlığı okuryazarlığı bağlamında sağlık haberlerine yaklaşım, *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 2019, 5(2):197-219.
37. Rubin LD, Parmer J, Freimuth V, Kaley T, Okundaye M. Associations between older adults spoken interactive health literacy and selected health care and health communication outcomes, *Journal Of Health Communication*, 2011, 16(3):191-204.
38. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9F1%C4%B1k%20Okur%20Yazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>. 22 Mayıs 2022
39. Wang SM, Zou JL, Gifford M, Dalal K. Young students knowledge and perception of health and fitness: a study in shanghai, china. *Health Education Journal*, 2013, 73(1):20-27. [doi:10.1177/0017896912469565](https://doi.org/10.1177/0017896912469565).
40. Paudel S, Bahadur K, Bhandari DB, Bhandari L, Arjyal A. Health related lifestyle behaviors among undergraduate medical students in patan academy of health sciences in nepal. *Journal Of Biosciences And Medicines*, 2017, 5(9):43-53.
41. Dünya Sağlık Örgütü. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörlerini İzleme Raporu. <https://www.who.int/europe/news/item/10-10-2018-turkey-monitors-noncommunicable-disease-risk-factors-among-its-population>. 03 Mart 2020.
42. Parsons MA, Pender NJ, Murdaugh CL. *Health Promotion In Nursing Practice*, 8th Ed. New York, Pearson Higher Education, 2011: 30-63.

43. Baker D, W Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J, Peel J. Health literacy and use of outpatient physician services by medicaremanaged care enrollees. *J Gen Intern Med*, 2004, 9:215–220.
44. Wagner V, Knight C, Steptoe KA, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of british adults. *J Epidemiol Community Health*, 2007, 61:1086–1090.
45. Gönenç İM. Kadın Sağlığı Açısından Sağlık Okuryazarlığı. [https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/114967/mod\\_resource/content/1/Sa%C4%9F1%C4%B1k%20Okuryazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf](https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/114967/mod_resource/content/1/Sa%C4%9F1%C4%B1k%20Okuryazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf). 11 Haziran 2020.
46. Mancusa MJ. Health literacy: a concept / dimensional analysis, *Nursing And Health Science*, 2008, 10:248-255.
47. Macleod S, Musich S, Gulyas S, Cheng Y, Tkatchr Cempellin D. The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing*. 2017, 38:334-341.
48. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G. Health literacy in europe: comparative results of the european health literacy survey, *European Journal Of Public Health*, 2015, doi:10.1093/eurpub/ckv043.
49. U.S. Department Of Health And Human Services Office Of Disease Prevention and Health Promotion. National Action Plan To Improve Health Literacy. [https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Health\\_Literacy\\_Action\\_Plan.pdf](https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Health_Literacy_Action_Plan.pdf). 14 Haziran 2020.
50. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. *Health literacy among adults: a study from turkey*. Published By Oxford University Press, 2010, 25(3):464-77.
51. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması.

Mayıs 2020.

52. Aktan G, Özdemir F. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi. *Cukurova Medical Journal*, 2020:352-361. doi:10.17826/cumj.641709.

53. Akpınar ÖF, Arıca S. Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanımı Üzerine Etkisi, Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2019.

54. Yaprak B, Çaylan A. Üçüncü Basamağa Başvuran Hastaların Birinci Basamak Hizmetlerinden Haberdarlığına Sağlık Okuryazarlığının Etkisi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2020.

55. Tiraki Z, Yılmaz M. Cervical cancer knowledge, self-efficacy, and health literacy levels of married women, *Journal Of Cancer Education*, 2018, doi:10.1007/S13187-017-1242-3.

56. Paasche-Orlow, Michael K, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav*, 2007, 31(1):19-26.

57. Kaya ŞD, Uludağ A. Relationship between the health and media literacy-sağlık ve medya okuryazarlık arasındaki ilişki. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2017, 9(22):194-206.

58. Beyoğlu S, Koçak HS. Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığının Beslenme Bilgi Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2021.

59. Demiröz HE, Türten Kaymaz H. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalığı Kabul ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Düzce: Düzce Üniversitesi, 2021.
60. Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Esmaily H. Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the healthcare centers of mashhad. *Journal Of Midwifery And Reproductive Health*, 2015, 6:1157–1162.
61. Beşir Mahsun E, Demirci H. Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Üreme Çağındaki Kadınların Sağlık Okuryazarlığının Obstetrik Kararları Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.
62. Kıraç R, Öztürk YE. Halkın sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkisi, *Dergipark Sosyoloji Araştırma Dergisi*, 23:214-243, 2020.
63. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*. 1993, 25(6):391-5.
64. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *COPD J Chronic Obstr Pulm Dis*. 2013, 10(1):72-8.
65. Soylar P, Kadioğlu BU. Yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı ve obeziteyle ilişkili bazı davranışlarının incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi / Sakarya Med J.*, 2020, doi:10.31832 smj.700979
66. Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2010.

67. Öncü E. Bir il örneğinde hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal Public Health*, 2020, doi:10.20518/Tjph.555354.
68. Öncü E. Hipertansiyonu olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve sağlık okur-yazarlığı ile ilişkisi. *The Anatolian Journal Of Family Medicine*, 2018, doi:10.5505/Anatoljfm.2018.92486.
69. Kaya Şenol D, Düzalan Ö, Sarıkaya, S, Özen B. Kronik hastalığı olan menopoz dönemindeki kadınların sağlık okur-yazarlık durumlarının belirlenmesi, *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 2019, doi: 10.21763/Tjfm.428217.
70. Karagöz SA, Yengil Tavi D. Tütün Bağımlılığı Tedavi Polikliniğine Başvuran Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Durumu, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2019.
71. Baran Aksakal FN. Sağlık okuryazarlığı halk sağlığının temeli. *Türkiye Klinikleri*, 2019:1-5.
72. Gül E, Erci B. Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı İle İlişkisinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2018.
73. Tatar M, Saygun M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi, 2020.
74. Blom EE, Aadland E, Skrove GK, Solbraa AK, Oldervoll LM. Health-related quality of life and physical activity level after a behavior change program at norwegian healthy life centers: 15-month follow-up, *Quality Of Life Research*, 2020, 29(11):3031-3041.

75. Ünüvar B, Acar F. Sağlıklı hayat merkezine başvuran hastaların tercih sebeplerinin araştırılması: karaman örneği. *USAYSAD Dergisi*, 2020, 6(2):317-327.

76. Kılınçkaya A, Özkan S. Gölbaşı İlçesindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlgili Bilgilerinin ve Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2018.

77. Harbi İA, Sur H. Toplumun Sağlık Okuryazarlığının Yükseltilmesinin Hizmet Verimliliğine Potansiyel Katkıları, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2019.