



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE SAğLIK OKURYAZARLIğI
DÜZEYİNİN SAğLIK ANKSİYETESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
ARAşTIRILMASI

Dr. Zehra AKTÜRK OğULLUK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2019



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE SAğLIK OKURYAZARLIğI
DÜZEYİNİN SAğLIK ANKSİYETESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
ARAşTIRILMASI

Dr. Zehra AKTÜRK OğULLUK

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. İsmail ARSLAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve desteklerini esirgmeden eğitime katkı sağlayan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Mustafa ÇELİK ve Doç. Dr. Oğuz TEKİN'e, asistanlığım boyunca bana ve arkadaşlarıma desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACI'ye

Tez çalışmamda desteklerini esirgemeyen saygıdeğer tez danışmanım Uzm. Dr. İsmail ARSLAN'a

Asistanlığım süresi boyunca beraber olduğum tüm asistan arkadaşlarıma, eğitime katkıda bulunan, rotasyonlarım sırasında yardımcı olan tüm değerli hocalarımıza,

Eğitim hayatımın başından itibaren her türlü desteği veren tüm öğretmenlerime ve akrabalığın her zaman kan bağıyla olmayacağını hatırlatan dostlarıma,

Hayatımı güzelleştiren sevgili eşim Mustafa OĞULLUK'a, değerli ailesine ve biricik oğlum Ömer Faruk OĞULLUK'a

Hayatım boyunca desteklerini her an hissettiğim kıymetlilerim; annem Adile AKTÜRK, babam Faruk AKTÜRK kardeşlerim; Mehmet Ali AKTÜRK, Haris Emre AKTÜRK ve Feyzanur AKTÜRK'e ve değerli eşlerine en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Zehra AKTÜRK OĞULLUK

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	4
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Kapsamı	5
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Bileşenleri	7
2.1.2.1. Yazılı Sağlık Okuryazarlığı.....	7
2.1.2.2. Sözlü Sağlık Okuryazarlığı.....	7
2.1.2.3. Sayısal Sağlık Okuryazarlığı	7
2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	8
2.3. BİREY VE TOPLUM İÇİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ.....	8
2.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEKLERİ.....	9
2.4.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32	10
2.5. SAĞLIK ANKSİYETESİ.....	10
2.5.1. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ.....	13
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	13
3.2.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)	13
3.2.2. Sağlık Anksiyetesi Envateri	15
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	15
4. BULGULAR	16
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİ.....	40
7. KAYNAKLAR.....	42
8. ÖZGEÇMİŞ	48

9. EKLER.....	49
EK-1: ETİK KURUL ONAYI.....	49
EK-2: ANKARA HALK SAĞLIĞI KURUMU ARAŞTIRMA İZİNİ.....	58
EK-3: ANKET FORMU.....	59



KISALTMALAR

AMA	: American Medical Association
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ASOY-TR	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAH	: Eğitim ve Araştırma Hastanesi
EMRO	: Eastern Mediterranean Regional Office
HLS-EU	: The European Health Literacy Survey
IOM	: İnternational Organization for Migration
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.	Kategorik Sosyodemografik Verilerin Analizi.....	16
Tablo 4.2.	Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörlerle İlgili Veriler	17
Tablo 4.3.	Uygulanan Testlerin Ortalama Puanları.....	17
Tablo 4.4.	TSOY-32 Kategorik Veriler	17
Tablo 4.5.	Sosyodemografik Verilerin Başvurulan Sağlık Kurumu Basamağı ile İlişkisi.....	18
Tablo 4.6.	Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörler ile Başvurulan Sağlık Kurumu Basamağı İlişkisi	19
Tablo 4.7.	Cinsiyet ile Sosyodemografik Verilerin İlişkisi	20
Tablo 4.8.	Cinsiyet ile Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörlerin İlişkisi.....	21
Tablo 4.9.	Gelir Algısı ile Sosyodemografik Verilerin İlişkisi.....	22
Tablo 4.10.	Gelir Algısı ile Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörlerin İlişkisi.....	23
Tablo 4.11.	Çalışma Durumu ile Sosyodemografik Verilerin İlişkisi.....	24
Tablo 4.12.	Çalışma Durumu ile Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörlerin İlişkisi.....	25
Tablo 4.13.	Sosyodemografik Veriler ile Kronik Hastalık İlişkisi.....	26
Tablo 4.14.	Kronik Hastalık Durumu ile Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörlerin İlişkisi	27
Tablo 4.15.	TSOY-32 Kategorileri ile Sosyodemografik Veriler Arasındaki İlişki	28
Tablo 4.16.	TSOY-32 Kategorileri ile Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörlerin İlişkisi.....	29
Tablo 4.17.	Cinsiyete Göre TSOY-32 Kategorileri.....	30
Tablo 4.18.	Cinsiyet ile TSOY-32 Ortalama puanı ve Sağlık Anksiyetesi Toplam Puanlarının İlişkisi.....	30
Tablo 4.19.	TSOY-32 Kategorileri ile Kronik Hastalık Durumu Arasındaki İlişki	30

Tablo 4.20. Kronik Hastalık ile TSOY-32 Ortalama puanı ve Sağlık Anksiyetesi Toplam Puanlarının İlişkisi	31
Tablo 4.21. TSOY-32 Kategorik Verilerin Başvurulan Sağlık Kurumu Basamağı ile İlişkisi.....	31
Tablo 4.22. Başvurulan Sağlık Kurumu ile TSOY-32 Ortalama puanı ve Sağlık Anksiyetesi Toplam Puanlarının İlişkisi	31
Tablo 4.23. TSOY-32 Kategorileri ile Sosyodemografik Veriler Arasındaki İlişki	32
Tablo 4.24. Gelir Algısı ile TSOY-32 Kategori İlişkisi.....	32
Tablo 4.25. Çalışma Durumuna Göre TSOY-32 Kategorileri.....	32
Tablo 4.26. TSOY-32 ile Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörlerin İlişkisi.....	33
Tablo 4.27. Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Anksiyetesi Arasındaki İlişki.....	33

ÖZET

Amaç: Bu çalışma ile birinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kurumuna başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin saptanması ve sağlık okuryazarlığı ile sosyodemografik verilerin sağlık anksiyetesi üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Bu araştırma kesitsel ve prospektif bir çalışmadır. Çalışma 01.05.2018-01.10.2018 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran ve 06.12.2018-31.01.2019 tarihleri arasında Akyurt 2 no'lu İbni Sina Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerden ankete katılmayı kabul edenlere anket uygulanarak yüzyüze görüşme usulü ile yapılmıştır. Anket yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sağlık güvencesi, aylık ortalama gelir düzeyi, son 1 yıldır yaşadığı yer, çocuk sayısı, evde kaç kişi yaşadığı gibi sosyodemografik özellikleri; okuma alışkanlığı, sağlıkla ilgili konularda bilgi kaynağı, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanımı, sigara kullanımı ve sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığını ve 32 cümleden oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve 18 sorudan oluşan Sağlık Anksiyetesi Envanteri'ni içermekteydi. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 15 yaş ve üzeri kişilere uygulanan bir öz bildirim ölçeğidir. Katılımcıların her cümlede kendilerine en uygun cevabı seçmesi istenir. Sonuçta indeks puan hesaplanır ve kategorik değerlendirme yapılır. Sağlık Anksiyetesi Envanteri'nde her sorunun 4 seçeneği vardır. Katılımcının işaretlediği seçeneklere puan verilir ve toplam puan hesaplanır. Ayrıca görüşme sonunda katılımcıların boy ve kiloları ölçüldü.

Bulgular: Çalışmaya birinci basamaktan 150 (%50) kişi, üçüncü basamaktan 150 (%50) kişi olmak üzere toplam 300 kişi dahil edildi. Katılanların 193'ü (%64,3) kadın, 107'si (%35,7) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması $40,69 \pm 14,42$ 'dir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam indeks puan ortalamasını çalışma grubumuzda $30,31 \pm 9,96$ olarak bulduk. Kadınların toplam Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği indeks puanının erkeklere göre daha düşük olduğunu saptadık. Çalışma grubumuzun %58,4'ü yetersiz ve sınırlı sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisindedir. Birinci basamağa başvuranların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan indeksi üçüncü basamağa başvuranlara göre daha yüksektir.

Eğitim durumu ve okuma alışkanlığının sağlık okuryazarlığı üzerinde olumlu etkisi olduğunu tespit ettik. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin vücut kitle indeksinin daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,087$). Ayrıca sağlık okuryazarlığı düşük olanların çocuk sayısı daha fazla bulundu ($p=0,025$). Kronik hastalığı olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı kronik hastalığı olmayanlardan düşük olarak tespit edildi ($p<0,001$). Sağlık okuryazarlığının yaş artışıyla azaldığı görüldü ($p=0,002$). Sağlık Anksiyetesi Envanteri toplam puan ortalamasını genel grubumuzda $16,51\pm7,44$, kadınlarda $17,32\pm7,390$, erkeklerde ise $15,07\pm7,369$ olarak bulduk. Sağlık anksiyetesi kadınlarda, kronik hastalığı olanlarda ve üçüncü basamak sağlık kurumuna başvuranlarda daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Sağlık anksiyetesi ile sağlık okuryazarlığı, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık durumu ve başvuru sağlık kurumu basamağı arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığına etki eden sosyodemografik etkenler de göz önünde bulundurularak sağlık okuryazarlığı durumunu iyileştirmek amacıyla uygulanan politikaların artırılması ve geliştirilmesi; kronik hastalar gibi özel hasta gruplarına yönelik özel bilgilendirme faaliyetlerinin hazırlanması sağlık anksiyetesini azaltmada etkin yöntemler olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık anksiyetesi, Sağlık okuryazarlığı, Sosyodemografik özellikler

The Investigation of Effect of Level of Sociodemographic Characteristics and Health Literacy on Health Anxiety

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to determine the level of health literacy of patients who are seeking medical advise at primary level and tertiary level health care institutions and to determine the effect of health literacy and sociodemographic data on health anxiety.

Materials and Methods: This investigation is a cross-sectional and prospective study. The study was carried out with the people who applied to Family Medicine Polyclinics of Ankara Training and Research Hospital between the dates 01.05.2018 and 01.10.2018 and with the people who were 18 years old and older applied to the Akyurt İbni Sina Family Health Center 2 between 06.12.2018 - 31.01.2019 who accepted to be participator in the survey were interviewed face to face. The Survey included sociodemographic characteristics such as age, gender, marital status, education status, occupation, working status, health insurance, monthly average income level, place of residence for last one year, number of children, number of people living at home and also reading habits, source of information on health-related issues, chronic diseases, regular medicine usage, smoking, the frequency of application to health facilities, the consisting of 32 sentences of Turkey Health Literacy Scale and the consisting of 18 questions of Health Anxiety Inventory. Turkey Health Literacy Scale is a self-report scale applied to individuals over the age of 15. The participants are asked to choose the most appropriate answer in each sentence. Then the index points are calculated and categorical evaluation is done. Every question in Health Anxiety Inventory has four options. The points marked by the participant are scored and the total score is calculated. In addition, height and weight of the participants were measured at the end of the interview.

Results: Totally 300 cases included to the study. The distrubition of subgroups for comparison; 150 participants of 300 (%50) from primary level and 150 participants of 300 (%50) from tertiary level were designed in the study. Of the

participants, 193 (64.3%) were female and 107 (35.7%) were male. Average age of participants was 40.69 ± 14.42 . Turkey Health Literacy Scale index mean was 30.31 ± 9.96 in the participants. We determined that women's Turkey Health Literacy Scale total index score was lower than men's Turkey Health Literacy Scale total index score. 58.4 % of the participants were in the category of inadequate and limited problem health literacy. Turkey Health Literacy Scale total index score of the people who applied to primary level health care institutions was higher than Turkey Health Literacy Scale total index score of the people who applied to tertiary level health care institutions. We determined that education status and reading habits had a positive effect on health literacy. Body mass index was higher in the participants who had lower health literacy ($p=0.087$). Also, number of children was higher in the same participants ($p=0.025$). Health literacy of participants with chronic disease was lower than those without chronic disease ($p<0.001$). Health literacy was declined with increasing age ($p=0.002$). The mean of health anxiety inventory was 16.51 ± 7.44 in general group, 17.32 ± 7.390 in women and 15.07 ± 7.369 in men. Health anxiety was higher in women, the people with chronic disease and the people who applied to tertiary level health care institutions

Conclusion: A significant relationship has been determined among health anxiety, health literacy, age, gender, educational status, chronic disease status and the level of applied health care institution. Increasing and improving the policies implemented in order to improve health literacy by considering sociodemographic factors that affect health literacy; Preparing specific information activities for specific patient groups such as chronic patients will be effective methods to reduce health anxiety.

Key Words: Health anxiety, Health literacy, Sociodemographic characteristics

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde okuryazarlık kavramı sadece kişinin okuma, yazma, anlama becerisini değil, bunun yanında bazı konularla ilgili bilgisini tanımlamak amacıyla da kullanılmaktadır. Örneğin medya okuryazarlığı, finansal okuryazarlık, bilgisayar okuryazarlığı, beslenme okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı gibi kavramlar tanımlanmıştır (1-3).

Sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerinde gelineen noktada kişilerin sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarını benimsemeleri, bilgilenmeleri, kendi sağlıkları ile ilgili kararlarda etkin olmaları, sorumluluk ve haklarını bilmeleri beklenmektedir. Sürekli gelişen teknoloji, kültürel farklılıklar, sosyal farklılıklar, okuryazarlık düzeyi, yaş gibi etkenler, sağlık ekibi ile iletişimi etkileyebilmektedir. Tüm bu etkenlerle birlikte sağlık bilgilerine ulaşabilme ve anlamada ve sağlık hizmetini sunanlar ile iletişim kurmada bireylerin sağlık okuryazarlığı en önemli etken olarak ortaya çıkmaktadır (4).

Uluslararası literatürde giderek daha çok kullanılan sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez Simond tarafından 1974 yılında “Health Education as Social Policy” adlı bir makalede kullanılmıştır (5) Uzun bir süre kullanımı kısıtlı kalmış olsa da son yıllarda yoğun olarak kullanılmaya başlanmış, konu ile ilgili yapılan çalışmalar artmıştır (6) Amerikan Tıp Derneği (7) ise sağlık okuryazarlığını “bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi” şeklinde tanımlamıştır. Sağlık okuryazarlığı, sağlıklı davranışlar, ilaçların doğru kullanımı, aydınlatılmış onam formlarını anlamak ve imzalamak, özbakım ve hastalık yönetimi hakkında kararlar verebilmek, evdeki tıbbi cihazları doğru kullanabilmek, bakım veren rolünü üstlenebilmek gibi sağlık bilgilerini kavrama ve değerlendirme yetisini kapsamaktadır (8).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve başarısı bireylerin sağlık okuryazarlığı ile yakından ilgilidir. Sağlık okur-yazarlığı üç boyutlu bir kavramdır.

- 1) Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: Sağlık bilgilerini anlama ve kullanmaya yönelik okuma ve yazma becerilerine sahip olma
- 2) İletişimsel sağlık okuryazarlığı: Sağlık sunucuları ile iletişim kurabilme konusunda bilişsel becerilere sahip olma
- 3) Eleştirel sağlık okuryazarlığı: İleri düzeyde bilişsel, sosyal becerilere ve eleştirel düşünebilme kabiliyetine sahip olma. Bu becerilerin düşük olması durumunda hastalar koruyucu hizmetlerden daha az yararlanmakta, sağlık hizmetlerinden daha çok pay almakta buna rağmen tedavi uyumları ve tedavi başarıları düşmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyini artıran ana kaynaklar sağlık profesyonelleri, tıp literatürü, tıp ve sağlık kitapları, dergileri, internet, televizyon gibi kitle iletişim araçlarıdır. Bireylerin doğru sağlık kararları alabilmesi için yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesinde olması gerekmektedir. Sağlıkla ilgili konularda en güvenilir kaynak olan sağlık profesyonellerinin eğitim yapacak kadar vakitlerinin olmaması toplumu internet, televizyon ve gazete gibi kaynaklara yönlendirmektedir. Bu kaynakların içerikleri kontrol edilemediği gibi sağlık profesyoneli olmayan kişilerce hazırlanan güvenilir olmayan bilgiler çok daha fazla kişiye kolaylıkla ulaşmakta ve bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık profesyonelleri güvenilir bilgiye ulaşma konusunda rehber olmalıdır.

Sağlık okur-yazarlığı 1970’li yıllardan beri uluslararası literatürde yer almasına rağmen Türkiye’de sağlık okuryazarlığının önemi son 10 yılda anlaşılmış ve çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.

Sağlık anksiyetesi, herhangi bir hastalık bulunmadığı halde kişinin olağan bedensel duyumları olumsuz yönde aşırı yorumlaması durumudur. Sağlık anksiyetesinin iki ana bileşeni vardır: ciddi bir hastalığı olduğuna ve var olduğunu düşündüğü ciddi hastalığın olumsuz sonuçlara yol açtığına dair algı bulunması (9). Sağlık anksiyetesinin görüldüğü temel psikiyatrik bozukluk hipokondriyazistir ve hatta bu iki durumun birbirlerini izleyen bir süreklilik olduğu düşünülmektedir (10).

Bu alışma ile sağlık uygulamalarındaki önemi tüm dünyada her geçen gün daha çok anlaşılan sağlık okuryazarlığının ve sosyodemografik verilerin sağlık anksiyetesi ile ilişkisi ve etkisinin araştırılması amaçlandı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Okuryazarlık genel manada okuma, yazma ve hesap yapma becerisi olarak bilinmektedir ve sağlık hizmetleri almada, tedaviye uyumda özellikle kronik hastalıkların yönetiminin başarısında çok önemlidir. UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) okuryazarlığı; değişik türdeki yazılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesaplama yeteneği olarak tanımlamıştır (11). Okuryazarlıkta yeterliliğin; interaktif, operasyonel, otonomik, bilgisayarlı, ortama dayalı ve kültürel boyutları vardır. Bu altı boyut sağlık okuryazarlığında da gerekli görülmektedir (12).

- (1) **İnteraktif (etkileşim) yeterlilik**, kişinin öz-yönetiminin geliştirilmesi için başkaları ile işbirliği kurabilmesidir. Öz yönetim, sağlığın geliştirilmesi için birey tarafından alınan kararları ve eylemleri içerir (13).
- (2) **Operasyonel (fonksiyonel) yeterlilik**, günlük temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli fonksiyonel becerileri ve stratejileri içerir. Stratejiler; okuma, yazma, konuşma ve aritmetikte gerekli olan bilginin iletişimde kullanılabilmesidir. Beceriler ise sağlık profesyonelleri tarafından verilen yazılı ve sözlü bilgiyi okuma ve anlama yeteneğini içerir (13).
- (3) **Otonomik yeterlilik**, kişisel güç olarak ifade edilebilir. Bu güç kişinin sağlıkla ilgili kararlarında sorumluluğu üstlenmede kendinin farkında olması ve kendi sağlığı için önerilen bilgiyi analiz etme ve yönetmedeki kişisel bilgi ve becerilerinin düzeyini ifade etmektedir (12).
- (4) **Bilgisel yeterlilik**, sağlık bilgisinin geçerliliğini belirleyebilme yeteneğidir. Geçerlilik, sağlık bilgisinin ve güncel bilginin doğruluğunun belirlenmesinde önemlidir (12).

- (5) **Ortama dayalı yeterlilik**, kişinin bulunduğu ortamda öğrenme ve yorumlama yeteneğidir. Kişilerin rahat oldukları ortamlarda yorumlama ve öğrenme yetenekleri daha iyi duruma gelmektedir (12).
- (6) **Kültürel yeterlilik**, sosyal sistem uygulamalarını yorumlayabilme yeteneğidir. Bu beceri; sağlık bilgisine ulaşmak, yorumlamak için sosyal kimliğin, ortak inanç, gelenek ve dünya görüşünün kullanılmasıdır (12).

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Kapsamı

Sağlık okuryazarlığının birçok değişik tanımı yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (14). Sağlık okuryazarlığı karmaşık okumaları, dinleyip anlamayı, analitik ve karar verici beceriyi ve bu beceriyi sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi de içermektedir (15). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirmesi Sözlüğünde yer alan tanıma göre ise, bireylerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve koşullarını değiştirmede gerekli bilgi, beceri, kendine güven düzeyine ulaşmasıdır (16).

Benzer öğrenim düzeyine sahip kişilerde okuma, yazma, anlama ve hesaplama becerileri farklı olabilmektedir. Bu nedenle sağlıkla ilgili konulardaki değerlendirmenin doğru bir şekilde yapılabilmesi için sağlık okuryazarlık düzeyinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (17). Okuryazarlık durumunun zayıf olması insanların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimini sınırlandırarak ve sağlık okuryazarlığına engel olarak kişilerin sağlığını etkileyebilmektedir (18).

Hastalar sağlık sisteminin en etkili parçalarından biridir ve bireylerin hastalıkları hakkında aldıkları kararlar, sağlık hizmetinin etkinliğini, etkililiğini ve kalitesini bariz şekilde etkilemektedir. Hastaların kararları ise sağlıkla ilgili becerileri ve bilgileri neticesinde oluşmaktadır. Bu durum literatürde “sağlık okuryazarlığı” olarak adlandırılmaktadır (19).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde sağlık okuryazarlığı, "bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri" olarak tanımlamaktadır (18). Bireyin kapasitesi, sağlık okuryazarlığına önemli bir destekçidir. "Kapasite" kavramı olarak hem bireyin doğuştan gelen potansiyelini hem de yeteneklerini içine alır. Bireyin sağlık okuryazarlığı kapasitesi eğitim ile ilgilidir ve kapasitenin yeterliliği kültür, dil ve sağlık sistemi çevresinin özelliklerinden etkilenir (20).

Karmaşık bir kavram olarak bilinen sağlık okuryazarlığı birçok faktöre bağlıdır; bu faktörler arasında 'kişinin iletişim kurma becerisi', 'toplum tarafından dayatılan kurallar' ve 'sağlık sisteminin yapısı' yer almaktadır (21).

Nutbeam (13) sağlık okuryazarlığını üç seviyede değerlendirmiştir:

- 1. Temel/Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı:** Kişinin günlük hayatta kullandığı temel okuma yazma becerileridir. Bu düzeyde sağlık okuryazarlığında sağlık riskleri nedir ve sağlık hizmetleri nasıl kullanılır bilgileri mevcuttur ve geleneksel sağlık eğitimiyle oluşur. Bireysel yarar sağlar (reçeteleri, prospektüsleri ve bakım için gerekli bilgileri okuyup anlayabilirler).
- 2. İletişimsel/İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı:** Daha ileri okuryazarlık; bilişsel ve sosyal becerileri içerir. Bu seviyede kişiler sağlık aktivitelerinde yer alırlar ve değişen sağlık koşullarında bilgilerini kullanabilirler. Bu seviyede de daha çok bireysel yarar vardır.
- 3. Eleştirel/Kritik Sağlık Okuryazarlığı:** İleri düzey bilişsel ve sosyal becerileri ve eleştirel düşünebilme becerilerini gerektirir. Bu seviyede kişi sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine göre davranabilir, politik ve ekonomik boyutlarını değerlendirebilir. Kendi sağlık durumları ile ilgili kararları alabilirler ve sağlık profesyonelleri ile etkin iletişim kurabilirler. Bu seviye sağlık okuryazarlığında daha çok toplumsal yarar vardır.

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Bileşenleri

Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlık sistemine adapte olmasını sağlar ve üç bileşeni vardır (22):

1. Yazılı sağlık okuryazarlığı
2. Sözel sağlık okuryazarlığı
3. Sayısal sağlık okuryazarlığı

2.1.2.1. Yazılı Sağlık Okuryazarlığı

Yazılı sağlık okuryazarlığı, okuma, yazma ve yazı dilini anlama yeteneğidir. Bu tür okuryazarlık sağlık okuryazarlığının en çok araştırılmış boyutudur (23). Yazılı sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler broşür gibi yazılı kaynaklardan daha az faydalanabilmektedir. Bu grupta değerlendirilen insanlar karmaşık tıbbi bilgileri yönlendirmede zorluk yaşamaktadırlar. Yazılı sağlık okuryazarlığı öncelikle kronik hastalıkları olan kişiler için önemlidir (24).

2.1.2.2. Sözlü Sağlık Okuryazarlığı

Sözlü sağlık okuryazarlığı (literatürde işitsel sağlık okuryazarlığı olarak da ifade edilmektedir) sözlü sağlık bilgilerini anlayabilme yeteneğidir (21). Sözlü okuryazarlık basılı kaynaklara göre daha çok tercih edilmektedir. Sözlü sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerde, sağlık bakımı yöntemi açısından hatalı tercih ve hatalı kullanım yüksek oranda görünmektedir (25)

2.1.2.3. Sayısal Sağlık Okuryazarlığı

Sayısal okuryazarlık kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi için önemlidir. Bu tür hastalıklarda risk veya yarar bilgilerini, gıda etiketlerini, ağırlık yönetimini, kan şekerini ve kan basıncı düzeylerini yorumlama sayısal becerilere bağlıdır (26). Sayısal okuryazarlık sayısal, nicel, grafiksel, biyoistatistiksel ve olasılıksal sağlık bilgilerini etkili sağlık kararları için değerlendirme ve yorumlama

derecesidir. Sayısal okuryazarlık, hastaların sayısal bilgileri sağlık hizmetleri açısından kullanmaları ve yorumlamaları için gerekli olan becerileri kapsayan karmaşık bir yapıdır (27).

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yaşlılarda, yoksullarda, öğrenim düzeyi düşük olanlarda, azınlıklarda ve yaşadığı ülkenin dilini iyi kullanamayanlarda daha düşüktür (20). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışması sonuçlarında sağlık okuryazarlığı açısından ülkeler arasında farklılık olduğu gibi ülke içinde de bazı grupların dezavantajlı olduğu saptanmıştır. Sosyal statüsünün düşük olduğunu belirtenler, öğrenim düzeyi ve gelir düzeyi düşük olanlar, sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenler, sağlık problemi nedeniyle sınırlaması olanlar ve yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (28)

2.3. BİREY VE TOPLUM İÇİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ

Sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam yılını ve kalitesini artıran, sağlık profesyonelleri için iletişim ve klinik becerilerin kazanılmasını, sağlık hizmeti alanlar için ise karar mekanizmasına dâhil olmayı sağlayan bir öge olarak belirtilmektedir (29).

Sağlık okuryazarlığı sadece hastalar için değil, sağlıklı bireyler için de temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek amacıyla kazanılması gereken bir yetkinliktir. Literatürde yetersiz sağlık okuryazarlığının yüksek sağlık bakım maliyetlerine neden olduğunu gösteren bir çok araştırma mevcuttur. Düşük sağlık okuryazarlığı sonucunda, sağlıkla ilgili verilen talimatları anlamakta zorlanmak, önemli bir sağlık sorununu yönetmekte zorlanmak, ilaçları önerilen şekilde kullanmamak ve kişinin kendi sağlığına zarar verebilmesi gibi sorunlarla karşılaşmaktadır (30-32). Durusu Tanrıöver ve arkadaşları sınırlı/yetersiz sağlık okuryazarlığının kişi, toplum ve sağlık sistemi üzerindeki etkilerini

- Daha sağlıksız yaşam,
- Kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği, verilen eğitimleri anlamada güçlük,

- Sağlıklı kalma ve koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma ile ilgili bilgi eksikliği ve bu hizmetleri kullanmada sorunlar (tarama, aşılar, egzersiz programları, v.b),
- Artmış acil servis kullanımını ve hastane yatışları,
- Verilen tedaviye uymada güçlük,
- İlaç uygulama hatalarında artma,
- Sağlık harcamalarında artma ve
- Artmış mortalite şeklinde sıralanmışlardır (33).

Sağlık okuryazarlığı ile sağlığın geliştirilmesi programları arasında da doğrudan ilişki bulunmaktadır. Doğu Akdeniz Bölgesel Ofisi (Eastern Mediterranean Regional Office, EMRO) ülkeleri için yayımlanmış literatür, sağlık okuryazarlığının neden toplum sağlığı için önemli olduğuna karar vermeye yardımcı olmak için altı genel başlık tanımlamaktadır: 1. Etkilenen insan sayısının büyüklüğü; 2. Kötü sağlık sonuçları; mortalite hızlarında görüldüğü gibi yetersiz sağlık okuryazarlığı ile açıkça ilişkilidir. 3. Kronik hastalık hızlarında artış. Sağlık okuryazarlığı, kronik hastalıkların öz yönetiminde hayati rol oynar. 4. Sağlık bakım maliyeti. 5. Sağlık bilgilendirme gerekliliği: sağlıkla ilişkili materyallerin okunma seviyesi ve hedef kitlenin okuma yetenekleri arasında uyumsuzluk vardır. Sıklıkla, sağlıkla ilgili kaynaklarda gereksiz yere zor bir teknik dil ve terminoloji kullanımı söz konusudur. 6. Eşitlik; sağlık okuryazarlığının düşük seviyesi; genellikle kişinin kendi sağlığını etkili bir biçimde yönetememesi, sağlık hizmetlerine etkili erişememe ve onlara uygun sunulan bilgilendirmeleri anlayamama ve böylece bilinçli sağlıklı kararları alamama anlamına gelir (34).

2.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEKLERİ

Sağlık okuryazarlığı soyut bir kavram olarak ölçme ve değerlendirmeye uygundur. Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için birçok ölçek geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili ölçeklerde genellikle sağlık kuruluşuna başvuru ve yönlendirmeleri anlama, tıbbi formları okuma, anlama ve doldurma, ilaçlarla ilgili

talimatları ve sağlık çalışanlarını anlama ile kontrole gelme ile ilgili bilgileri anlama konuları sorgulanmaktadır (35).

2.4.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

Onbeş yaş üzeri ve okuryazar olan kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanmaktadır. Katılımcılara 32 cümle verilir ve 1.Çok kolay 2.Kolay 3.Zor 4.Çok zor 5.Fikrim yok seçeneklerinden kendisine en uygun olanı seçmesi istenir. Ölçekte 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilir:

- 0-25 puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı
- 26-33 puan : sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı
- 34-42 : yeterli sağlık okuryazarlığı
- 43-50 : mükemmel sağlık okuryazarlığı

2.5. SAĞLIK ANKSİYETESİ

DSÖ'nün tanımına göre sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir (28). Akıl ile bedenin birbirini etkilediği İlk olarak Hipokrat tarafından etkileşim kuramı ile ortaya atılmış, 1926 yılında Kuzey Afrikalı Dr. Christian Smits, sağlığa “holistik” yaklaşımı getirerek bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal yönleriyle bir bütün olduğunu vurgulamıştır (36).

Kaygı sözcüğünün kökü eski Yunanca “anxietas” olup, endişe, korku, merak anlamına gelmektedir. Freud'a göre kaygının işlevi, olası bir tehdide ve tehlikeye karşı benliği uyarmak ve savunma düzeneklerine işlerlik kazandırmaktır (37). Kaygı iç ve dış dünyadan kaynaklanan tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanan durumlar karşısında yaşanan bir duygudur (38). Bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik sempatik, parasempatik ve endokrin

uyaruların artışına yol açarak bireyi birçok fizyolojik ve psikolojik sorunla karşı karşıya bırakabilir (39). Bu açıdan anksiyetenin erken tanısı ve önlem alınması önem arz etmektedir.

Epidemiyolojik araştırmalara göre kaygı, prevalansı en yüksek psikiyatrik hastalıktır. Genel popülasyondaki prevalansı %2,0-6,4 arasındadır (40).

Sağlık anksiyetesi, herhangi bir bedensel rahatsızlığı olmadığı halde kişinin ciddi bir hastalığı olduğunu düşünmesi ve bu hastalığı, kötü sonuçlara yol açacağına dair olumsuz bir biçimde yorumlaması şeklinde tanımlanmaktadır.

Sağlık kaygısı Anderson ve arkadaşları (41) tarafından bireyin bedensel sağlığının ciddi bir tehlike altında olduğu düşüncesi ile ortaya çıkan ve sonuçta bireyin bedensel ve duygusal kaygı belirtilerini tetikleyen psikolojik bir deneyim olarak tanımlanmıştır. Bu tehlike algısı yoğun kaygıya sebep olur. Sağlık kaygısı, makul sınırlarda çok sık gözlemlenebilen bir durumdur ve patolojik olarak değerlendirilemez, bilakis kişinin beden bütünlüğünü ve sağlığını koruması için yardımcı bir unsurdur

Sağlık anksiyetesi, anksiyete bozukluklarının oluşumunda yer almakta ve bileşenlerinden birisi olarak klinik görünümünü biçimlendirmektedir (42). Bilhassa panik bozuklukta sağlık anksiyetesinin özel bir yeri vardır ve komplikasyonların oluşumunda etkilidir. Sosyal fobi ve obsesif-kompulsif bozuklukta yer alan bedensel belirtiler ve duyularla aşırı uğraş da sağlık anksiyetesinin bir sonucu olarak gelişmektedir (42). Salkovskis ve arkadaşları sağlık anksiyetesini ölçmek amacıyla Sağlık Anksiyetesi Envanteri'ni (SAE) geliştirmişlerdir (43). 2002 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır.

2.5.1. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Onsekiz maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde 4 farklı seçenek içerir ve hastadan kendine en uygun olanı seçmesi beklenir. Ölçeğin puanlaması her bir maddede 0-3 arasındadır ve yüksek puan yüksek düzeyde sağlık

anksiyetesini göstermektedir. SAE sağlık anksiyetesi bulunan bütün hastalık gruplarında bu boyutu ortaya koymak açısından çok kullanışlıdır (43). Psikiyatri dışı kliniklere başvuran tıbbi hastalığı olan hastalarda da sağlık anksiyetesinin araştırılmasında kullanılabilir (44).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Bu araştırma kesitsel ve prospektif bir çalışmadır. Çalışmamıza 01.05.2018-01.10.2018 tarihleri arasında Ankara EAH Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran ve 06.12.2018-31.01.2019 tarihleri arasında Akyurt 2 no'lu İbni Sina ASM'ye başvuran 18 yaş üstü hastalardan ankete katılmayı kabul edenlerin dâhil edilmesi planlandı. Araştırmanın uygulanması için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan (Ek-1) ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden onay alındı (Ek-2).

Ankara EAH Aile Hekimliği Polikliniklerine ve Akyurt 2 no'lu İbni Sina ASM'ye başvuran ve ankete katılmayı kabul eden 18 yaş üstü hastalara Ek-3'te yer alan anket uygulandı. Anket yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sağlık güvencesi, aylık gelir düzeyi, son 1 yıldır yaşadığı yer, çocuk sayısı, evde kaç kişi yaşadığı gibi sosyodemografik özellikleri; okuma alışkanlığı, sağlıkla ilgili konularda bilgi kaynağı, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanımı, sigara kullanımı ve sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığını, 32 cümleden oluşan TSOY-32 ölçeğini ve 18 sorudan oluşan SAE'yi içermekteydi. Anket yüzyüze görüşme esnasında doldurularak uygulandı. Ayrıca görüşme sonunda katılımcıların boy ve kiloları ölçüldü.

Anket ilk etapta 10 kişilik bir hasta grubu üzerinde uygulanmış, bu ilk anketler değerlendirilip eksiklikler giderildikten sonra anketlere son şekli verilerek tüm hastalara uygulanmıştır.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

Onbeş yaş üzeri ve okuryazar olan kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanmaktadır. Ancak, TSOY-32, orijinal ölçekten

farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4'lük bir matrise dayanarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi, hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır (TSOY-32 ölçek geçerlilik çalışması).

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Tedavi ve hizmet	1,4,5,7	2,8,11,13	3,9,12,15	6,10,14,16
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	18,20,22,27	19,21,23,25	24,26,28,32	17,29,30,31

Katılımcılara 32 cümle verilir ve 1.Çok kolay 2.Kolay 3.Zor 4.Çok zor 5.Fikrim yok seçeneklerinden kendisine en uygun olanı seçmesi istenir. Ölçek değerlendirilirken 0. Fikrim yok 1.Çok zor 2.Zor 3.Kolay 4.Çok kolay şeklinde puan verilir. İndeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

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

Bu formülde; indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Yine, HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılır.

0-25 puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

26-33 puan: sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı

34-42: yeterli sağlık okuryazarlığı

43-50: mükemmel sağlık okuryazarlığı

3.2.2. Sağlık Anksiyetesi Envateri

18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde 4 farklı seçenek içerir ve hastadan kendine en uygun olanı seçmesi beklenir. Ölçeğin puanlaması her bir maddede 0-3 arasındadır ve yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Ölçek İki faktörden oluşmaktadır; birinci faktör ölçeğin ilk 14 maddesini içermekte ve bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutunu temsil eden gövde boyut olarak adlandırılmaktadır. İkinci faktör ise ölçeğin son 4 maddesini içermekte ve hastalığın olumsuz sonuçlarıyla ilişkili boyut olarak adlandırılmaktadır.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 21.0 paket programı ile yapıldı. Sayısal parametrelerin normal dağılıma uyup uymadıkları Kolomogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelendi. Sayısal parametrelerin ortalama ve standart sapmaları verilirken, kategorik parametreler ise sayı ve yüzde olarak belirtildi. İki grup arasında sayısal parametrelerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyanlar için Student-T veya Oneway Anova testi, normal dağılıma uymayanlar için ise Mann-Whitney U veya Kruskall Walls testi kullanıldı. Diğer kategorik parametreler ile karşılaştırma için Ki-Kare testi kullanıldı. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza birinci basamaktan 150 (%50) kişi, üçüncü basamaktan 150 (%50) kişi olmak üzere toplam 300 kişi dahil edildi. Katılanların 193'ü (%64,3) kadın, 107'si (%35,7) erkektir, yaş ortalamaları $40,69 \pm 14,42$ 'dir. Çocuk sayısı ortalama $1,69 \pm 1,28$ (min: 0, max: 8), evde yaşayan kişi sayısı ise ortalama $3,57 \pm 1,29$ 'dur (min: 1, max: 9). Katılımcıların aylık gelir ortalaması $2395 \pm 1948,88$ 'dir (min: 0, max: 13000). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de verildi.

Tablo 4.1. Kategorik Sosyodemografik Verilerin Analizi

Sosyodemografik Özellikler (n:300)	N	%	
Cinsiyet	Kadın	193	64,3
	Erkek	107	35,7
Medeni Durumu	Evli	226	75,3
	Bekar	54	18
	Dul veya Boşanmış	20	6,6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	150	50
	Çalışmıyor	113	37,7
	Emekli	37	12,3
Eğitim Durumu	İlkokul	88	29,3
	Lise	86	28,7
	Yüksekokul	48	16
	Üniversite	78	26
Sağlık Güvencesi	Var	290	96,7
	Yok	10	3,3
Son 1 Yılda Yaşadığı Yer	Köy-kasaba	36	12
	Kent merkezi	102	34
	Büyükşehir	162	54
Gelir Algısı	Gelir giderden az	160	53,3
	Gelir gidere denk	115	38,3
	Gelir giderden fazla	25	8,3
Okuma Alışkanlığı	Hiç okumam	43	14,3
	Nadiren okurum	148	49,3
	Düzenli okurum	109	36,3

Çalışmaya katılanlardan sigara kullananlar 73 (%24,3), kullanmayanlar ise 227 (75,7) kişidir. VKİ ortalaması 26,876 ±4,94 olarak bulunmuştur. Sağlık Durumu ve sağlığı etkileyen faktörler ile ilgili veriler Tablo 4.2’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 4.2. Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörler ile İlgili Veriler

(n:300)		N	%
Kronik Hastalık	Evet	95	31,7
	Hayır	205	68,3
Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	110	36,7
	Hayır	190	63,3
Sigara Kullanımı	Evet	73	24,3
	Hayır	227	75,7
Son 1 yılda hastaneye başvuru	2 veya daha az	108	36
	3-5 kez	120	40
	6-8 kez	44	14,7
	9 kez ve üzeri	28	9,3
Son 5 yılda düzenli hastane başvurusu olmuş mu?	Evet	164	54,7
	Hayır	136	45,3
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	6	2
	Normal kilolu	107	35,7
	Fazla kilolu	106	35,3
	Obez	81	27

Katılımcılarımıza uyguladığımız, TSOY-32 ve SAE sonucunda elde ettiğimiz ortalama değerler Tablo 4.3’te verildi.

Tablo 4.3. Uygulanan Testlerin Ortalam Puanları

Uygulanan Anket	Ortalama	Standart Sapma
TSOY-32	30,31	9,96
SAE	16,51	7,44

TSOY-32 ölçeği değerlendirilmesi sonucunda elde edilen kategorilere ait veriler Tablo 4.4’te ayrıntılı olarak verildi

Tablo 4.4. TSOY-32 Kategorik Veriler

(n:300)		N	%
TSOY-32 Kategorileri	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	77	25,7
	Sınırlı sorunlu sağlık okuryazarlığı	98	32,7
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	89	29,7
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	36	12

Katılımcılarımızın başvurduğu sağlık kurumu basamağı ile sosyodemografik verilerini karşılaştırdık ve elde ettiğimiz bulguları Tablo 4.5'te ayrıntılı olarak verdik.

Tablo 4.5. Sosyodemografik Verilerin Başvurulan Sağlık Kurumu Basamağı ile İlişkisi

Sosyodemografik Veriler		Başvurduğu Sağlık Kurumu				p
		1.Basamak		3.basamak		
		Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	80	41,5	113	58,5	<0,001
	Erkek	70	65,4	37	34,6	
Eğitimi	İlköğretim	46	52,3	42	47,7	0,147
	Lise	50	58,1	36	41,9	
	Yüksekokul	19	39,6	29	60,4	
	Üniversite	35	44,9	43	55,1	
Gelir Algısı	Geliri giderden az	76	47,5	84	52,5	0,161
	Geliri gidere denk	57	49,6	58	50,4	
	Geliri giderden fazla	17	68	8	32	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	79	52,7	71	47,3	0,640
	Çalışmıyor	54	47,8	59	52,2	
	Emekli	17	45,9	20	54,1	
Sağlık Güvencesi	Var	141	48,6	149	51,4	0,010
	Yok	9	90	1	10	
Son Bir Yılda Yaşadığı Yer	Köy-Kasaba	35	97,2	1	2,8	<0,001
	Kent merkezi	100	98	2	2	
	Büyükşehir	15	9,3	147	90,7	
Medeni Durumu	Evli	126	55,8	100	44,2	0,003
	Bekar	20	37	34	63	
	Dul/Boşanmış	4	20	16	80	
Okuma Alışkanlığı	Hiç okumam	15	34,9	28	65,1	0,011
	Nadiren okurum	86	58,1	62	41,9	
	Düzenli okurum	49	45	60	55	

Çalışmamıza katılan kronik hastalığı olan kişilerin ve düzenli ilaç kullananların daha çok 3. Basamağı tercih ettiğini bulduk. Sağlık durumu ve sağlığı etkileyen faktörlerle ilgili verilerin başvurulan sağlık kurumu basamağı ile ilişkisi Tablo 4.6’da verildi.

Tablo 4.6. Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörler ile Başvurulan Sağlık Kurumu Basamağı İlişkisi

Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörler		Başvurduğu Sağlık Kurumu				p
		1.basamak		3.basamak		
		Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)	
Kronik hastalığı var mı?	Evet	31	32,6	64	67,4	<0,001
	Hayır	119	58	86	42	
Düzenli ilaç kullanımını var mı?	Evet	40	36,4	70	63,6	<0,001
	Hayır	110	57,9	80	42,1	
Sigara kullanım durumu	Evet	40	54,8	33	45,2	0,346
	Hayır	110	48,5	117	51,5	
Alkol kullanım durumu	Evet	6	35,3	11	64,7	0,212
	Hayır	144	50,9	139	49,1	
Son 1 yılda hastane başvuru sayısı	2 veya daha az	60	55,6	48	44,4	0,062
	3-5 kez	61	50,8	59	49,2	
	6-8 kez	14	31,8	30	68,2	
	9 veya daha fazla	15	53,6	13	46,4	
Son 5 yılda düzenli hastane başvurusu	Evet	77	47	87	53	0,246
	Hayır	73	53,7	63	46,3	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	3	50	3	50	0,328
	Normal kilolu	46	43	61	57	
	Fazla kilolu	56	52,8	50	47,2	
	Obez	45	55,6	36	44,4	

Cinsiyet ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılmasıyla elde edilen bulgular Tablo 4.7’de ayrıntılı olarak verildi.

Tablo 4.7. Cinsiyet ile Sosyodemografik Verilerin İlişkisi

Sosyodemografik Veriler		Cinsiyet				p
		Kadın		Erkek		
		Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)	
Eğitim Durumu	İlköğretim	73	83	15	17	<0,001
	Lise	46	53,5	40	46,5	
	Yüksekokul	28	58,3	20	41,7	
	Üniversite	46	59	32	41	
Gelir Algısı	Geliri giderden az	117	73,1	43	26,9	0,002
	Geliri gidere denk	60	52,2	55	47,8	
	Geliri giderden fazla	16	64	9	36	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	70	46,7	80	53,3	<0,001
	Çalışmıyor	105	92,9	8	7,1	
	Emekli	18	48,6	19	51,4	
Sağlık Güvencesi	Var	184	63,4	106	36,6	0,085
	Yok	9	90	1	10	
Son Bir Yılda Yaşadığı Yer	Köy-kasaba	19	52,8	17	47,2	0,004
	Kent merkezi	56	54,9	46	45,1	
	Büyükşehir	118	72,8	44	27,2	
Medeni Durumu	Evli	139	61,5	87	38,5	0,027
	Bekar	35	64,8	19	35,2	
	Dul/Boşanmış	19	95	1	5	
Okuma Alışkanlığı	Hiç okumam	33	76,7	10	23,3	0,010
	Nadiren okurum	83	56,1	65	43,9	
	Düzenli okurum	77	70,6	32	29,4	

Kronik hastalığı olanların %72,6'sı ve düzenli ilaç kullananların %73,6' sını kadınlardır, son 1 yılda hastaneye başvuru sayısı da kadınlarda daha yüksek bulundu. Cinsiyetin, sağlık durumu ve sağlığı etkileyen faktörlerle karşılaştırılmasında elde edilen bulgular Tablo 4.8'de ayrıntılı olarak verildi.

Tablo 4.8. Cinsiyet ile Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörlerin İlişkisi

Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörler		Cinsiyet				p
		Kadın		Erkek		
		Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)	
Kronik hastalığı var mı?	Evet	69	72,6	26	27,4	0,041
	Hayır	124	60,5	81	39,5	
Düzenli ilaç kullanım var mı?	Evet	81	73,6	29	26,4	0,010
	Hayır	112	58,9	78	41,1	
Sigara kullanıyor mu ?	Evet	31	42,5	42	57,5	<0,001
	Hayır	162	71,4	65	28,6	
Alkol kullanıyor mu ?	Evet	9	52,9	8	47,1	0,313
	Hayır	184	65	99	35	
Son 1 yılda hastane başvuru sayısı	≤ 2	59	54,6	49	45,4	0,003
	3-5 kez	77	64,2	43	35,8	
	6-8 kez	38	86,4	6	13,6	
	≥ 9	19	67,9	9	32,1	
Son beş yılda düzenli hastane başvurusu oldu mu?	Evet	113	68,9	51	31,1	0,070
	Hayır	80	58,8	56	41,2	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	5	83,3	1	16,7	0,131
	Normal kilolu	70	65,4	37	34,6	
	Fazla kilolu	60	56,6	46	43,4	
	Obez	58	71,6	23	29,4	

Çalışma grubumuzda herhangi bir işte çalışanların çoğunluğu (%47,3) gelirini giderine denk, çalışmayanlar (%65,5) ve emekliler (%54,1) ise gelirini giderden az olarak değerlendirdi. Gelir algısı ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişki Tablo 4.9'da ayrıntılı olarak verildi.

Tablo 4.9. Gelir Algısı ile Sosyodemografik Verilerin İlişkisi

Sosyodemografik Veriler		Gelir Algısı						p
		Geliri Giderden Az		Geliri Gidere Denk		Geliri Giderden Fazla		
		Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)	
Eğitim Durumu	İlköğretim	58	65,9	22	25	8	9,1	0,045
	Lise	47	54,7	34	39,5	5	5,8	
	Yüksekokul	23	47,9	21	43,8	4	8,3	
	Üniversite	32	41	38	48,7	8	10,3	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	66	44	71	47,3	13	8,7	0,007
	Çalışmıyor	74	65,5	29	25,7	10	8,8	
	Emekli	20	54,1	15	40,5	2	5,4	
Sağlık Güvencesi	Var	153	52,8	113	39	24	8,3	0,477
	Yok	7	70	2	20	1	10	
Son 1 yılda yaşadığı yer	Köy-Kasaba	18	50	14	38,9	4	11,1	0,697
	Kent merkezi	53	52	38	37,3	11	10,8	
	Büyükşehir	89	38,9	63	38,9	10	6,2	
Medeni Durum	Evli	120	53,1	85	37,6	21	9,3	0,549
	Bekar	27	50	23	42,6	4	7,4	
	Dul/Boşanmış	13	65	7	35	0	0	
Okuma Alışkanlığı	Hiç okumam	27	62,8	13	30,2	3	7	0,340
	Nadiren okurum	83	56,1	53	35,8	12	8,1	
	Düzenli okurum	50	45,9	49	45	10	9,2	

Gelir algısına göre sağlık durumu ve sağlığı etkileyen faktörler arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı, bulgular Tablo 4.10'da verildi.

Tablo 4.10. Gelir Algısı ile Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörlerin İlişkisi

Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörler		Gelir Algısı						p
		Geliri Giderden Az		Geliri Gidere Denk		Geliri Giderden Fazla		
		Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	
Kronik hastalık	Evet	50	52,6	37	38,9	8	8,4	0,986
	Hayır	110	53,7	78	38	17	8,3	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	59	53,6	41	37,3	10	9,1	0,917
	Hayır	101	53,2	74	38,9	15	7,9	
Sigara kullanımı	Evet	39	53,4	30	41,1	4	5,5	0,567
	Hayır	121	53,3	85	37,4	21	9,3	
Alkol kullanımı	Evet	10	58,8	4	23,5	3	17,6	0,222
	Hayır	150	53	111	39,2	22	7,8	
Son 1 yılda hastaneye başvuru sayısı	≤ 2	51	47,2	47	43,5	10	9,3	0,461
	3-5 kez	63	52,5	46	38,3	11	9,2	
	6-8 kez	29	65,9	12	27,3	3	6,8	
	≥ 9	17	60,7	10	35,7	1	3,6	
Son 5 yılda düzenli hastane başvurusu oldu mu?	Evet	91	55,5	60	36,6	13	7,9	0,714
	Hayır	69	50,7	55	40,4	12	8,8	
VKİ	Zayıf	3	50	2	33,3	1	16,7	0,729
	Normal kilolu	62	57,9	39	36,4	6	5,6	
	Fazla kilolu	57	53,8	39	36,8	10	9,4	
	Obez	38	46,9	35	43,2	8	9,9	

Sosyodemografi veriler ile çalışma durumunun ilişkisini incelediğimizde hiç okumam diyenlerin %58,1'inin çalışmayanlardan, nadiren okurum (52,7) ya da düzenli okurum (53,2) diyenlerin ise çoğunluğunun çalışan katılımcılardan oluştuğunu bulduk. Veriler Tablo 4.11'de verildi.

Tablo 4.11. Çalışma Durumu ile Sosyodemografik Verilerin İlişkisi

Sosyodemografik Veriler		Çalışma Durumu						p
		Çalışıyor		Çalışmıyor		Emekli		
		Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	
Eğitim Durumu	İlköğretim	21	23,9	58	65,9	9	10,2	<0,001
	Lise	41	47,7	31	36	14	16,3	
	Yüksekokul	29	60,4	8	16,7	11	22,9	
	Üniversite	59	75,6	16	20,5	3	3,8	
Son 1 yılda yaşadığı yer	Köy-Kasaba	17	47,2	14	38,9	5	13,9	0,990
	Kent merkezi	50	49	39	38,2	13	12,7	
	Büyükşehir	83	51,2	60	37	19	11,7	
Medeni Durum	Evli	113	50	83	36,7	30	13,3	0,019
	Bekar	30	55,6	22	40,7	2	3,7	
	Dul/Boşanmış	7	35	8	40	5	25	
Okuma Alışkanlığı	Hiç okumam	14	32,6	25	58,1	4	9,3	0,009
	Nadiren okurum	78	52,7	56	37,8	14	9,5	
	Düzenli okurum	58	53,2	32	29,4	19	17,4	

Kronik hastalığı olanlar (%38,9) ve düzenli ilaç kullananların (%40,9) çoğunluğu çalışmayan grupta bulunmaktadır. Ayrıca normal kilolu (63,6) ve fazla kiloluların (47,2) büyük çoğunluğu çalışan grupta, obezlerin (48,1) ise çoğunluğu çalışmayan grupta yer almaktadır. Çalışma durumu ile sağlık durumu ve sağlığı etkileyen faktörler arasındaki ilişki Tablo 4.12’de verildi.

Tablo 4.12. Çalışma Durumu ile Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörlerin İlişkisi

Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörler		Çalışma Durumu						p
		Çalışıyor		Çalışmıyor		Emekli		
		Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	
Kronik hastalık	Evet	31	32,6	37	38,9	27	28,4	<0,001
	Hayır	119	58	76	37,1	10	4,9	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	38	34,5	45	40,9	27	24,5	<0,001
	Hayır	112	58,8	68	35,8	10	5,3	
Sigara kullanımı	Evet	48	65,8	14	19,2	11	15,1	0,001
	Hayır	102	44,9	99	43,6	26	11,5	
Alkol kullanımı	Evet	12	70,6	2	11,8	3	17,6	0,076
	Hayır	138	48,8	111	39,2	34	12	
Son 1 yılda hastaneye başvuru sayısı	≤ 2	67	62	34	31,5	7	6,5	0,021
	3-5 kez	56	46,7	44	36,7	20	16,7	
	6-8 kez	18	40,9	21	47,7	5	11,4	
	≥ 9	9	32,1	14	50	5	17,9	
Son 5 yılda düzenli hastane başvurusu	Evet	80	48,8	58	35,4	26	15,9	0,119
	Hayır	70	51,5	55	40,4	11	8,1	
VKİ	Zayıf	3	50	3	50	0	0	0,001
	Normal kilolu	68	63,6	35	32,7	4	3,7	
	Fazla kilolu	50	47,2	36	34	20	18,9	
	Obez	29	35,8	39	48,1	13	16	

İlköğretim mezunu olanlar arasında kronik hastalığa sahip olma oranı %45,5 iken üniversite mezunu olanlarda bu oran %21,8 olarak bulundu. Sosyodemografik veriler ile kronik hastalığa sahip olma durumu arasındaki ilişki Tablo 4.13'te ayrıntılı olarak gösterildi.

Tablo 4.13. Sosyodemografik Veriler ile Kronik Hastalık İlişkisi

Sosyodemografik Veriler		Kronik Hastalık				P
		Evet		Hayır		
		Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)	
Eğitim Durumu	İlköğretim	40	45,5	48	54,5	0,005
	Lise	22	25,6	64	74,4	
	Yüksekokul	16	33,3	32	66,7	
	Üniversite	17	21,8	61	78,2	
Sağlık Güvencesi	Var	91	31,4	199	68,6	0,564
	Yok	4	40	6	60	
Son Bir Yılda Yaşadığı Yer	Köy-kasaba	13	36,1	23	63,9	<0,001
	Kent merkezi	17	16,7	85	83,3	
	Büyükşehir	65	40,1	97	59,9	
Medeni Durumu	Evli	72	31,9	154	68,1	0,002
	Bekar	10	18,5	44	81,5	
	Dul/Boşanmış	13	65	7	35	
Okuma Alışkanlığı	Hiç okumam	26	60,5	17	39,5	<0,001
	Nadiren okurum	36	24,3	112	75,7	
	Düzenli okurum	33	30,3	76	69,7	

VKİ'ye göre zayıf olarak değerlendirilen katılımcıların %16,7'sinde, obez olarak değerlendirilen katılımcıların ise %49,6'sında kronik hastalık olduğunu saptadık. Sağlık durumu ve sağlığı etkileyen faktörler ile kronik hastalık durumu arasındaki ilişki Tablo 4.14'te ayrıntılı olarak verildi.

Tablo 4.14. Kronik Hastalık Durumu ile Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörlerin İlişkisi

Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörler		Kronik Hastalık				P
		Evet		Hayır		
		Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)	
Düzenli ilaç kullanım var mı?	Evet	91	82,7	19	17,3	<0,001
	Hayır	4	2,1	186	97,9	
Sigara kullanıyor mu_?	Evet	18	24,7	55	75,3	0,139
	Hayır	77	33,9	150	66,1	
Alkol kullanıyor mu ?	Evet	4	23,5	13	76,5	0,458
	Hayır	91	32,2	192	67,8	
Son 1 yılda hastane başvuru sayısı	≤ 2	14	13	94	87	<0,001
	3-5 kez	46	38,3	74	61,7	
	6-8 kez	21	47,7	23	52,3	
	≥ 9	14	50	14	50	
Son beş yılda düzenli hastane başvurusu oldu mu?	Evet	71	43,3	93	56,7	<0,001
	Hayır	24	17,6	112	82,4	
VKİ	Zayıf	1	16,7	5	83,3	<0,001
	Normal kilolu	21	19,6	86	80,4	
	Fazla kilolu	33	31,1	73	68,9	
	Obez	40	49,4	41	50,6	

İlköğretim mezunlarının %43,2'si yetersiz, lise mezunlarının %32,6'sı sınırlı-sorunlu, yüksekokul mezunlarının %45,8'i sınırlı-sorunlu, üniversite mezunlarının ise %37,2'si yeterli sağlık okuryazarlığı grubundadır. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili karşılaştırmalı veriler Tablo 4.15'te ayrıntılı olarak verildi.

Tablo 4.15. TSOY-32 Kategorileri ile Sosyodemografik Veriler Arasındaki İlişki

Sosyodemografik Veriler		TSOY-32 Kategorileri								p
		Yetersiz		Sınırlı-Sorunlu		Yeterli		Mükemmel		
		Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	
Eğitim Durumu	İlköğretim	38	43,2	23	26,1	19	21,6	8	9,1	0,001
	Lise	21	24,4	28	32,6	24	27,9	13	15,1	
	Yüksekokul	6	12,5	22	45,8	17	35,4	3	6,3	
	Üniversite	12	15,4	25	32,1	29	37,2	12	15,4	
Sağlık güvencesi	Evet	76	26,2	97	33,4	82	28,3	35	12,1	0,040
	Hayır	1	10	1	10	7	70	1	10	
Son 1 yılda yaşadığı yer	Köy-Kasaba	12	33,3	12	33,3	8	22,2	4	11,1	0,209
	Kent merkezi	17	16,7	35	34,3	38	37,3	12	11,8	
	Büyükşehir	48	29,6	51	31,5	43	26,5	20	12,3	
Medeni Durum	Evli	59	26,1	76	33,6	70	31	21	9,3	0,008
	Bekar	8	14,8	16	29,6	16	29,6	14	25,9	
	Dul/Boşanmış	10	50	6	30	3	15	1	5	
Okuma Alışkanlığı	Hiç okumam	32	74,4	7	16,3	3	7	1	2,3	<0,001
	Nadiren okurum	30	20,3	53	35,8	50	33,8	15	10,1	
	Düzenli okurum	15	13,8	38	34,9	36	33	20	18,3	

Düzenli ilaç kullananların sağlık okuryazarlığının düşük olduğunu bulduk; %39,1'i yetersiz, %30,9'u sorunlu-sınırlı, %23,6'sı yeterli, %4,6'sı ise mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisindedir. TSOY-32 kategorileri ile sağlık durumu ve sağlığı etkileyen faktörler arasındaki ilişki Tablo 4.16'da ayrıntılı olarak verildi.

Tablo 4.16. TSOY-32 Kategorileri ile Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörlerin İlişkisi

Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörler		TSOY-32 Kategorileri								p
		Yetersiz		Sorunlu-Sınırlı		Yeterli		Mükemmel		
		Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	43	39,1	34	30,9	26	23,6	7	6,4	<0,001
	Hayır	34	17,9	64	33,7	63	33,2	29	15,3	
Sigara kullanımı	Evet	17	23,3	30	41,1	18	24,7	8	11	0,360
	Hayır	60	26,4	68	30	71	31,3	28	12,3	
Alkol kullanımı	Evet	2	11,8	7	41,2	5	29,4	3	17,6	0,525
	Hayır	75	26,5	91	32,2	84	29,7	33	11,7	
Son 1 yılda hastane başvuru sayısı	≤ 2	21	19,4	39	36,1	32	29,6	16	14,8	0,290
	3-5 kez	30	25	41	34,2	34	28,3	15	12,5	
	6-8 kez	18	40,9	11	25	12	27,3	3	6,8	
	≥ 9	8	28,6	7	25	11	39,3	2	7,1	
Son 5 yılda düzenli hastane başvurusu oldu mu?	Evet	49	29,9	49	29,9	50	30,5	16	9,8	0,175
	Hayır	28	20,6	49	36	39	28,7	20	14,7	
VKİ	Zayıf	0	0	2	33,3	3	50	1	16,7	0,087
	Normal kilolu	24	22,4	35	32,7	30	28	18	16,8	
	Fazla kilolu	22	20,8	39	36,8	36	34	9	8,5	
	Obez	31	38,3	22	27,2	20	24,7	8	9,9	

Sağlık okuryazarlığı kategorileri ile cinsiyet arasında anlamlı bir bağlantı bulunamadı. Yapılan karşılaştırma Tablo 4.17’de verildi.

Tablo 4.17. Cinsiyete Göre TSOY-32 Kategorileri

TSOY-32 Kategorileri	Cinsiyet				P
	Kadın		Erkek		
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	57	74	20	26	0,236
Sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı	60	61,2	38	38,8	
Yeterli sağlık okuryazarlığı	54	60,7	35	39,3	
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	22	61,1	14	38,9	

Erkeklerin TSOY-32 ortalama puanları, kadınların ise SAE toplam puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Cinsiyet ile yapılan karşılaştırma Tablo 4.18’de verildi.

Tablo 4.18. Cinsiyet ile TSOY-32 Ortalama puanı ve Sağlık Anksiyetesi Toplam Puanlarının İlişkisi

n=300		Cinsiyet		
		Kadın	Erkek	p*
TSOY-32	TSOY 32 Ortalama \pm S.s	29,4 \pm 10,605	31,95 \pm 8,480	0,034
SAE	SAE Ortalama \pm S.s	17,32 \pm 7,390	15,07 \pm 7,369	0,012

*Student-t testi kullanılmıştır.

Kronik hastalığı olma durumuna göre sağlık okuryazarlığı kategorileri Tablo 4.19’da verildi.

Tablo 4.19. TSOY-32 Kategorileri ile Kronik Hastalık Durumu Arasındaki İlişki

TSOY-32 Kategorileri	Kronik Hastalık				P
	Evet		Hayır		
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)	
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	37	48,1	40	51,9	0,001
Sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı	31	31,6	67	68,4	
Yeterli sağlık okuryazarlığı	20	22,5	69	77,5	
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	7	19,4	29	80,6	

Kronik hastalığı olanlarda sağlık okuryazarlığı daha düşük, sağlık anksiyetesi daha yüksek bulundu, ortalama puanlar Tablo 4.20’de verildi.

Tablo 4.20. Kronik Hastalık Durumu ile TSOY-32 Ortalama puanı ve Sağlık Anksiyetesi Toplam Puanlarının İlişkisi

n=300		Kronik Hastalık		
		Evet	Hayır	p
TSOY-32	TSOY 32 Ortalama \pm S.s	26,42 \pm 11,017	32,11 \pm 8,898	<0,001
SAE	SAE Ortalama \pm S.s	19,23 \pm 8,614	15,25 \pm 6,489	<0,001

Sağlık okuryazarlığı ile başvuru sağlık kurumu basamağını, TSOY-32 kategorik verilerini kullanarak karşılaştırdığımızda anlamlı bir fark bulamadık. TSOY-32 kategorik veriler ile başvuru sağlık kurumu basamağı ilişkisine ait bulgular Tablo 4.21’de verildi.

Tablo 4.21. TSOY-32 Kategorik Verilerin Başvuru Sağlık Kurumu Basamağı ile İlişkisi

TSOY-32 Kategorileri	Başvuru Sağlık Kurumu				p
	1.basamak		3.basamak		
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)	
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	32	41,6	45	58,4	0,240
Sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı	54	55,1	44	44,9	
Yeterli sağlık okuryazarlığı	48	53,9	41	46,1	
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	16	44,4	20	55,6	

TSOY-32 ortalama puanları ile başvuru sağlık kurumu basamağını karşılaştırdığımızda birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ortalama puanının daha yüksek olduğunu tespit ettik. Birinci basamağa başvuranlarda sağlık anksiyetesi ise daha düşük bulundu. Yapılan karşılaştırmalara ait veriler Tablo 4.22’de verildi

Tablo 4.22. Başvuru Sağlık Kurumu ile TSOY-32 ve Sağlık Anksiyetesi Ortalama Puanlarının İlişkisi

n=300		Başvuru Sağlık Kurumu		
		Birinci Basamak	Üçüncü basamak	p*
TSOY-32	TSOY 32 Ortalama \pm S.s	31,44 \pm 8,712	29,17 \pm 10,981	0,048
SAE	SAE Ortalama \pm S.s	15,63 \pm 6,842	17,40 \pm 7,934	0,039

*Student-t testi kullanılmıştır, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Katılımcıların; yaş ortalamaları ve çocuk sayıları arttıkça sağlık okuryazarlık seviyesinin azaldığı bulundu, bulgular Tablo 4.23'te ayrıntılı olarak verildi.

Tablo 4.23. TSOY-32 Kategorileri ile Sosyodemografik Veriler Arasındaki İlişki

Sosyodemografik Veriler	TSOY-32 Kategorileri				p*
	Yetersiz	Sınırlı-Sorunlu	Yeterli	Mükemmel	
Yaş	45,75±16,130	40,04±13,153	38,90±14,845	36,03±14,845	,002
Aylık gelir	2365,27±1754,411	2341,89±1778,086	2542,24±2101,327	2239,44±2410,289	,844
Çocuk sayısı	2,04±1,543	1,65±1,167	1,57±1,127	1,33±1,242	,025
Evde yaşayan kişi sayısı	3,51±1,595	3,51±1,177	3,67±1,085	3,64±1,397	,786

*Anova testi kullanılmıştır, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Gelir algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı, veriler Tablo 4.24'te ayrıntılı olarak verildi.

Tablo 4.24. Gelir Algısı ile TSOY-32 Kategori İlişkisi

TSOY-32 Kategorileri	Gelir Algısı						P
	Geliri Giderden Az		Geliri Gidere Denk		Geliri Giderden Fazla		
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	
Yetersiz	48	62,3	26	33,8	3	3,9	0,229
Sorunlu-sınırlı	49	50	39	39,8	10	10,2	
Yeterli	49	55,1	31	34,8	9	10,1	
Mükemmel	14	38,9	19	52,8	3	8,3	

TSOY-32 kategorileri ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı, bulgular Tablo 4.25'te verildi.

Tablo 4.25. Çalışma Durumuna Göre TSOY-32 Kategorileri

TSOY-32 Kategorileri	Çalışma Durumu						p
	Çalışıyor		Çalışmıyor		Emekli		
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	
Yetersiz	30	39	36	46,8	11	14,3	0,232
Sorunlu-sınırlı	48	49	37	37,8	13	13,3	
Yeterli	54	60,7	27	30,3	8	9	
Mükemmel	18	50	13	36,1	5	13,9	

Sağlık okuryazarlığı arttıkça VKİ'nin azaldığı bulundu, bulgular Tablo 4.26'da verildi.

Tablo 4.26. TSOY-32 ile Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörlerin İlişkisi

Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Faktörler	TSOY-32 Kategorileri				p*
	Yetersiz	Sınırlı-Sorunlu	Yeterli	Mükemmel	
Kullanılan ilaç sayısı	2,48±1,455	1,85±1,209	1,85±1,156	2,57±1,397	,093
Sigara kullanım yılı	14,59±10,654	15,57±9,298	10,59±5,386	10,00±8,976	,185
Günde içilen sigara adeti	10,29±5,966	14,10±7,294	10,82±4,720	10,38±5,317	,134
VKİ	28,154±5,0188	26,850±5,0490	26,508±4,6657	25,127±4,6437	,017

*Anova testi kullanılmıştır, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sağlık okuryazarlık seviyesi arttıkça sağlık anksiyetesi toplam puanlarının azaldığı bulundu, yapılan karşılaştırma Tablo 4.27'de verildi.

Tablo 4.27. Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Anksiyetesi Arasındaki İlişki (n=300)

	TSOY-32 Kategorileri				p*
	Yetersiz	Sınırlı-Sorunlu	Yeterli	Mükemmel	
SAE puan	18,62±8,103	16,65±6,983	15,46±7,018	14,22±7,376	,009

*Anova testi kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışma grubumuzun TSOY-32 ölçeği genel indeks puan ortalaması sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisindedir. Bizim çalışmamızla benzer şekilde TSOY-32 ölçek geçerlilik çalışmasında Okyay ve arkadaşları (45) ile Değerli ve arkadaşları (46) da çalışma gruplarının sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca Sağlık-Sen (47) tarafından Türkiye genelinde yürütülen bir araştırmada da genel sağlık okuryazarlığı sorunlu-sınırlı grupta bulunmuştur. Yine aynı araştırma sonucunda Türkiye genelinde toplumun büyük çoğunluğunun yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir (47). Çalışmamızda ise yetersiz veya sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı oranı Sağlık-Sen çalışmasına göre daha düşük bulundu. Çalışmamız ülkemizdeki sağlık okuryazarlığının giderek yükseldiğini göstermek açısından yol gösterici olabilir.

Kadınların TSOY-32 genel indeks puan ortalamalarını erkeklere göre daha düşük bulduk. Okyay ve arkadaşlarının (45) çalışmasında ise genel indeks puanı ortalamaları kadınlarda, erkeklerle neredeyse aynı seviyede; Özdemir ve arkadaşlarının (48) çalışmasında bizim çalışmamızla benzer şekilde kadınların sağlık okuryazarlığı erkeklere göre daha düşük; Uğurlu'nun (49) tez çalışmasında ve Sorenson ve arkadaşlarının (50) çalışmasında ise kadınların sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun bölgesel farklılıklara ve yapılan testlerin içeriklerindeki farklılıklara bağlı olabileceğini düşündük.

Çalışmamızda, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisindeki katılımcı oranı Okyay ve arkadaşlarının (45) çalışma grubuyla benzer şekilde, yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisindeki katılımcı oranından daha düşük bulunmuştur. Ancak çalışmamızda yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinin oranı Okyay ve arkadaşlarının (45) çalışmasına göre daha yüksektir. Bizim çalışmamızla Okyay ve arkadaşlarının çalışması arasında yaklaşık olarak 3 yıllık bir süre olduğunu göz önünde bulundurarak, ülkemizde sağlık okuryazarlığını geliştirmek amaçlı uygulanan politikaların henüz yeterli olmasa da olumlu etkisinin olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmamızda birinci ve üçüncü basamağa başvuran katılımcıların TSOY-32 kategorik verileri arasında anlamlı bir fark bulunamadı ancak, TSOY-32 toplam indeks puan ortalamasının birinci basamakta üçüncü basamağa göre daha yüksek olduğunu tespit ettik. Toplam indeks puan ortalaması yüksek olan kişilerin birinci basamağı tercih etme nedeninin sağlık okuryazarlığındaki artışla ülkemizdeki mevcut sağlık sisteminin uygun kullanımı olabileceği çıkarımında bulunduk. Aday ve arkadaşlarının (51) çalışmasında toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin, bireyin tıbbi bakım alma kararındaki aşamaları etkilediği gösterilmiştir. Sınırlı ya da yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorilerinde yanlış sağlık kararları, riskli sağlık davranışları, daha kötü sağlık parametreleri ve sağlık sisteminin daha fazla kullanılması sağlık okuryazarlığındaki kısıtlılık ile ilişkilendirilebilir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda, Türk toplumunun Avrupa topluluğundan çok daha fazla acil servis hizmetlerini kullandığının görülmesi, daha düşük sağlık okuryazarlığının daha sık acil servis kullanımı ile ilişkili olduğunu dolaylı olarak göstermektedir. Doktor ve hastane hizmetlerinden yararlanma frekansları Avrupa verilerinden daha yüksek olmakla birlikte; diyetisyen, optisyen v.b. sağlık personelinin hizmet alım sıklığı daha azdır (47).

Eğitim düzeyi sağlık okuryazarlığını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Çalışmamızda eğitim durumuyla sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptadık. Üniversite mezunlarında yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı oranı daha yüksek iken, lise ve ilköğretim mezunlarında yetersiz ve sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı oranı daha yüksek bulundu. Hashempour'un (52) tez çalışmasında, Filiz'in (53) gebe kadınların sağlık okuryazarlığını değerlendirdiği tez çalışmasında ve Furuya ve arkadaşlarının (54) çalışmasında çalışmamızla aynı şekilde düşük öğrenim düzeyinin yetersiz sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Arendt (55) öğrenim düzeyinin yüksek olmasının iyi bir işte çalışmayı dolayısıyla iyi bir gelire sahip olmayı sağladığını; gelir durumu iyi olanların da daha iyi sağlık koşullarına sahip olacağını savunmuştur. Ancak literatürde yüksek eğitim düzeyinde de düşük sağlık okuryazarlığının olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (56,57). Sağlık okuryazarlığı birçok faktörden etkilenen bir kavram olduğundan dolayı beklenenin tersine yüksek eğitim seviyesinde düşük sağlık okuryazarlığı ile karşılaşmak mümkün olabilir. Bu durum çalışma grubunun diğer sosyodemografik

özellikleri ile açıklanabilir. Ayrıca eğitim düzeyi ile okuma oranı doğru orantılı olmakla birlikte kişilerin ilgi alanlarındaki farklılıklar da bu düzeyi etkileyebilir.

Katılımcılarımızın yarısına yakını nadiren okuduğunu, çok az bir kısmı ise hiç okumadığını belirtti. Hiç okumadığını ifade eden grupta yetersiz sağlık okuryazarlığı; nadiren ve düzenli okuyanlarda ise sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı diğer kategorilere göre daha yüksek oranda bulundu. Sağlık okuryazarlığı değerlendirmelerinde çoğunlukla genel okuryazarlık düzeyi üzerinden ölçüm yöntemleri geliştirilmektedir; sonuç olarak da genel okuryazarlığı daha iyi olanların sağlık okuryazarlığı ölçeklerinden daha yüksek puan almaları beklenen bir durum haline gelmektedir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe uyarlamasında (ASOY-TR) Abacıgil ve arkadaşları (58) katılımcıların kitap/gazete/dergi okumaktan hoşlanma düzeylerini incelediklerinde yaklaşık üçte birinin orta düzeyde hoşlandığını, çok az bir kısmının hiç hoşlanmadığını veya düşük düzeyde hoşlandığını tespit etmişlerdir. Abacıgil ve arkadaşlarının (58) çalışma grubunda okumaktan hiç hoşlanmadığını belirten grup çalışmamızdaki hiç okumadığını belirten grupla benzer oranlarda bulunmuştur; her iki çalışmada da en az oran bu gruplardadır. ASOY-TR çalışmasında ara sıra okuduğunu belirten grupta erkekler daha fazla bulunmuştur. Bizim araştırmamızda tüm gruplarda kadınlar erkeklerden daha yüksek oranda bulundu; bu durumun çalışma grubumuzun çoğunluğunun kadınlardan oluşmasıyla alakalı olabileceğini düşündük. Çalışma grubumuzda kadın sayısının erkek sayısına göre fazla olmasını; polikliniğe başvuranların çoğunluğunun kadın olmasına, araştırma bölgelerimizde erkeklerin daha çok çalışan grupta olması sonucunda ankete ayıracak vakit bulamamış olmasına bağladık. Cinsiyetler arasındaki sayı farkı çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Çalışma grubumuzda sağlık okuryazarlığının yaş artıka azaldığını saptadık. Kanberi ve arkadaşlarının (59) çalışmasında da benzer şekilde yaş artıka sağlık okuryazarlığı puanlarının azaldığı bulunmuştur. Yaşla birlikte sağlık okuryazarlığındaki düşüşün ileri yaşlardaki bireylerin eğitim seviyesindeki düşüklük, teknolojik gelişmeleri yakından takip edememe ve bilişsel yetilerde azalmayla alakalı olabileceğini düşündük.

Araştırma grubumuzda kronik hastalığı olanların büyük çoğunluğunun üçüncü basamağa başvurduğunu saptadık. Kronik hastalıkla takip edilen kişilerin üçüncü basamağı daha çok tercih etme nedeninin ayrıntılı tetkik ve birden fazla uzman hekim tarafından değerlendirilme ihtiyacı olabileceğini düşündük. Kronik hastalığı olanların TSOY-32 ortalama indeks puanını, kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük olarak bulduk. Literatürde düşük sağlık durumunun düşük sağlık okuryazarlığı ile doğrudan ilişkili olduğunu gösteren başka yayınlar da vardır (60,61). Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerde özbakım ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine uyumun daha yüksek olması sonucu hastalıkların daha az görülmesi durumu açıklayabilir.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı seviyesi düştükçe çocuk sayısının arttığını tespit ettik. Bu durum çocuk hedefini tamamlamış, ileri yaş bireylerin sağlık okuryazarlığındaki düşüklükle bağlantılı olabileceği gibi düşük sağlık okuryazarlığı seviyesindeki bireylerin kontraseptif yöntemler konusundaki bilgi eksikliğinden de kaynaklanabilir. Literatürde düşük sağlık okuryazarlığı olan kişilerin kontrasepsiyon hakkında daha az bilgiye sahip olduklarını gösteren çalışmalar vardır (62).

Literatürde sağlıklı yaşam tarzı ve sağlığı geliştirici davranışların sağlık okuryazarlığı ile ilişkisini gösteren çalışmalar vardır (63). Biz de araştırmamızda sağlık okuryazarlığı arttıkça VKİ'nin azaldığını tespit ettik. Avrupa ülkeleri sağlık okuryazarlığı araştırmasında (64) sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin daha fazla egzersiz/spor yaptığı bulunmuş ve şişmanlık düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmiştir.

SAE'den alınabilecek en yüksek puanın 54 olduğunu göz önünde bulundurarak katılımcılarımızın sağlık anksiyetesinin yüksek olmadığı söylenebilir. Gül ve arkadaşlarının (65) çalışmasında ve Bozkurt ve arkadaşlarının çalışmasında (66) SAE ortalama puanı çalışmamızla benzer bulunmuştur, her iki çalışmanın sağlıklı kontrol grubunda ise SAE ortalama puanları 3 puan kadar düşük bulunmuştur. Kendisini bir sağlık kurumuna başvuracak kadar hasta hisseden, bireylerde sağlık anksiyetesinin daha yüksek olması beklenen bir durumdur.

Sağlık anksiyetesinin cinsiyetle olan ilişkisini değerlendirdiğimizde kadınlarda sağlık anksiyetesinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu saptadık. MacSwain ve arkadaşları (67) ve Yılmaz ve arkadaşlarının(68) çalışmalarında da benzer şekilde kadınların sağlık anksiyetesi daha yüksek bulunmuştur. Bunların yanında hemşirelerin sağlık kaygısını değerlendiren bir çalışmada sağlık anksiyetesi düzeyinin cinsiyete göre fark göstermediği bulunmuştur (69). Genel anksiyetenin ölçüldüğü çalışmalarda da kadınların genel anksiyetesinin erkeklerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir (70). Tüm bu bilgiler ışığında kadınlardaki sağlık anksiyetesi düzeyini artıran nedenlerin ayrıntılı olarak araştırılması sağlık anksiyetesini azaltmada katkı sağlayabilir.

Sağlık anksiyetesini etkileyen önemli faktörlerden biri de kronik hastalığa sahip olmaktır. Çalışmamızda kronik hastalığı olanların sağlık anksiyete puanını kronik hastalığı olmayanların puanına göre daha yüksek bulduk. Kronik hastalığı olan bireylerde zamanla fiziksel kısıtlılıklar, yaşam kalitesinde düşme gibi nedenler sağlık anksiyetesinin artırabilmektedir (71-73). Multiple Skleroz hastalarıyla ve kronik ağrı yaşayan hastalarla yapılan çalışmalarda da sağlık anksiyetesi, kronik hastalığı olanlarda sağlıklı bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (74,75). Uzun süreli, kesin tedavisi olmayan ve sürekli hastane başvurusu gerektiren hastalıkların kişilerin anksiyetesini artırması beklediğimiz bir durumdu.

Çalışmamızda sağlık anksiyetesi üzerine anlamlı etkisi olduğunu tespit ettiğimiz bir diğer faktör de başvuru yapılan sağlık kurumu basamağıdır. Birinci basamağa başvuranların sağlık anksiyetesi, üçüncü basamağa başvuranlara göre daha düşük bulundu. Japonya’da yapılan bir çalışmada hekim-hasta iletişiminin bazı özelliklerinin hem fiziksel hem psikolojik hastalıkların sonucuna, hastanın tatmini üzerine etkili olduğu ve hatta sağlık giderlerini bile azaltabileceği gösterilmiştir (76). Birinci basamak hekimliğinin temel özelliklerinden biri de hasta ile sürekli ve güvene dayalı bir iletişimde olmaktır, bunun doğal bir sonucu olarak da birinci basamağa başvuran hastalarda sağlık anksiyetesinin düşük olması beklenebilir. Üçüncü basamak hekimliğinde poliklinikte görülen hasta sayısının daha fazla olması ya da hastanın aile hekimliği sistemindeki gibi her yönüyle değerlendirilmesinin mümkün olmaması gibi nedenlerle hasta hekim arasında iletişim daha zayıf olabilmektedir. Bu

zayıf ilişki hastaların zihninde yanıtlanmamış sorulara, tanı ve yapılacak girişimlerle ilgili yetersiz bilgiye sebep olur. Bu da hastalarda anksiyeteye sebep olabilir (77). Bunlarla birlikte üçüncü basamağa başvuran hastaların kronik hastalık oranı da grubumuzda daha fazla bulunmuştur, daha karmaşık sağlık sorunları ve daha karmaşık testlerle takip edilen üçüncü basamak hastalarının sağlık anksiyetesinin daha yüksek olması da beklediğimiz bir sonuçtur.

Sağlık anksiyetesi ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelediğimizde de sağlık okuryazarlık seviyesi arttıkça sağlık anksiyetesinin azaldığını tespit ettik. Yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorisi SAE toplam puan ortalaması en yüksek olan grup iken, mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisi toplam puan ortalaması en düşük olan gruptur. ABD’ de yapılan bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı seviyesi ile yüksek anksiyete arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (78). Sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişilerin sağlık anksiyetesinin daha düşük olmasının, herhangi bir sağlık sorununda sürece aktif olarak dahil olabilmesi ve hekimin açıklamalarını daha doğru algılayabilmesiyle ilişkili olabileceğini düşündük. Literatürde sağlık anksiyetesi ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyle alakalı yeterli çalışma olmadığını gözlemledik. Bu iki kavram arasındaki ilişki ve etkileyen nedenlerle ilgili çalışmaların yapılmasının faydalı olabileceğini düşündük.

6. SONUÇ VE ÖNERİ

DSÖ sağlığı fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlamıştır. Sağlık anksiyetesi günümüzde bir spektrum üzerinde değerlendirilen hafif düzeyde kişiyi koruyan şiddeti arttıkça bireye ve ülke sağlık sistemi ve ekonomisine olumsuz etkileri olabilen bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığı ise kişilerin sağlıkla ilgili bilgi ve becerileri olarak tanımlanabilir ve sağlık okuryazarlığı seviyesi kişinin sağlık durumunu, alacağı sağlık hizmetinin etkinliğini ve kalitesini belirler. Birinci basamak hekimleri toplumun sağlık okuryazarlığını artırmada ve kişiye zarar verecek seviyedeki sağlık anksiyetesini tanıyıp önlem almada önemli bir noktada bulunmaktadır.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığındaki artışla sağlık anksiyetesinin anlamlı oranda azaldığını tespit ettik. Bu bağlamda birinci basamak hekimleri ve yardımcı sağlık çalışanlarının meslek içi eğitimi ve sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalığını artırmak toplum sağlığı ve ülke ekonomisi açısından faydalı olacaktır. Sağlık okuryazarlığının artırılması için sektörler arası işbirliği, ilköğretimden itibaren eğitim müfredatına entegrasyon ve toplu iletişim araçlarının doğru kullanılması da çok önemli etkiler oluşturabilir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düşük, sağlık anksiyetesi ise kronik hastalığı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Grubumuzda kadınlarda da sağlık anksiyetesi yüksek, sağlık okuryazarlığı ise düşük bulunmuştur. Eğitim durumu, okuma alışkanlıkları, yaş, çocuk sayısı ve VKİ ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki olduğunu bulduk. Kronik hastalığı olanlar gibi dezavantajlı toplum grupları için anlaşılır dille hazırlanacak ve değişik algılama stillerine hitap edebilen bilgi materyalleri geliştirilmesi, doğru bilgiye nereden ulaşacakları konusunda kampanyalar hazırlanması bu konuda faydalı olacaktır.

Günümüz şartlarında internet, televizyon yayınları gibi kitle iletişim araçlarından yanlış bilgilerin yayılma hızı çok artmıştır. Sağlıkla ilgili haberlerin kamu kurumları tarafından denetlenmesi ve kar amacı güden, halkı yanlış yönlendiren kaynakların belirlenmesi ve kontrol edilmesi halkın yanlış

bilgilendirilmesini önlemede etkili olabilir. Sağlık profesyonelleri ve toplum arasındaki iletişimin güçlendirilmesi de bu konuda önem arz etmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Kickbusch IS. Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promote Int* 2001; 16(3): 289-97.
2. Diamond JJ. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. *Nutrition J* 2007; 6:5.
3. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int* 2009;24(3):285-96.
4. Akalın E. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Neden Önemlidir? <http://www.saglikpolitikalari.org/images/dosyalar/saglik-okuryazarligi-neden-onemli>. (Erişim Tarihi: 18.01.2019).
5. Simonds SK. Health education as social policy. *Health Education Monograph* 1974;2:1-25.
6. Speros C. Health literacy: concept analysis. *Adv Nurs J* 2005; 50(6): 633-40.
7. Report of the Council on Scientific Affairs, Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1999; 281(6): 552-7.
8. Barrett SE, Sheen PJ. Health literacy: Improving quality of care in primary care settings. *J Health Care Poor Underserved* 2006; 17: 690-7.
9. Abromiwitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health Anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behav Ther* 2007; 38: 86-94.
10. Noyes R Jr, Stuart SP, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Muller BA, et al. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosom Med* 2003; 65: 292-300.
11. International Literacy Statistics: A Review of Concepts, Methodology and Current Data, Unesco Institute for Statistics Montreal, 2008.
12. Mansuco JM. Health Literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Healt Sci* 2008; 10(3): 248-55.
13. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008; 67: 272-8.
14. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promot Int* 2009; 24(3): 285-96
15. Healty people 2010: Understanding and improving health. US Department of Health and Human Services. 2nd Ed. Washington DC: US Government Printing Office 2000.
16. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Bakanlık Yayın No: 814, 2011, Ankara. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/3/9789755903613_tur.pdf. (Erişim Tarihi: 18.01.2019)

17. Berkman ND, Davis TC, Mc Cormack L. Health Literacy: what is it? *J. Health Commun* 2010;15(2): 9-19.
18. World Health Organization. Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. Health Promotion Glossary. Geneva, 1998. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>, (Erişim Tarihi: 20.01.2019)
19. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Consumers, The Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality. Consultation Paper. Sydney, 2013.
20. Institute of Medicine. Health Literacy: A prescription to end confusion. Washington D.C. National Academies Press 2004.
21. Baker WD. The Meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med* 2006; 21(8): 878-883.
22. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health care process. *Health Expect* 2008; 11(2): 113-22.
23. Squiers L, Peinado S, Berkman N, Boudewyns V, McCorack L. The Health Literacy Skills Framework. *J Health Commun* 2012; 17: 30-53.
24. Boxell EM, Smith SG, Morris M, Kummer S, Rowlands G, Waller J, et al. Increasing awareness of gynecological cancer symptoms and reducing barriers to medical help seeking: Does health literacy play a role? *J Health Commun* 2012; 17 (3): 265-79.
25. Giuse NB, Koonce TY, Storrow AB, Kusnoor SV, Ye F. Using health literacy and learning style preferences to optimize the delivery of health information. *J Health Commun* 2012; 17: 136.
26. Huizinga MM, Carlisle AJ, Cavanaugh KL, Davis DL, Gregory RP, Schlundt DG, et al. Literacy, numeracy and portion size estimation skills. *Am J Prev Med* 2009; 36(4): 324-8.
27. Schapire MM, Fletcher KE, Gilligan MA, King TK, Laud PW, Matthews BA, et al. A Framework for Health Numeracy: how patients use quantitative skills in health care. *J Health Commun* 2008; 13(5): 501-17.
28. World Health Statistics, 2013. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_full.pdf, (Erişim Tarihi: 12.02.2019).
29. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259-67.
30. Scott TL, Williams MV, Baker WD, Gazmararian JA. Health literacy and preventive health care use among medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care* 2002; 40(5): 395-404.

31. Amalraj S, Starkweather C, Naeim A. Health literacy, communication and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology (Williston Park)* 2009; 15: 23(4): 369-75.
32. Chin J, Morrow DG, Stine-Morrow EAL, Garcia TC, Graumlich JF, Murray MD. The process-knowledge model of health literacy: evidence from a componential analysis of two commonly used measures. *J Health Commun* 2011; 16: (3) 222-41.
33. Tanrıöver DM, Yıldırım HH, Ready DFN, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. Sağlık-Sen Yayınları 2014; 25: 14-26.
34. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health promotion. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf nternational. 15(3): 259–267. (Erişim tarihi: 10.02.2019).
35. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med* 2004; 36(8): 588-94.
36. Ocağcı A. Sağlıkın korunma ve geliştirilmesinde hemşirelik hizmetlerinin rolü. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2003; 10(2): 20-7.
37. Canbaz S, Sünter T, Aker S, Pekşen Y. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Genel Tıp Derg* 2007; 17(1): 15-9.
38. Alisinanoğlu F, Ulutaş İ, Çocukların kaygı düzeyleri ile annelerinin kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Eğilim ve Bilim* 2003; 128: 65-71.
39. Karakula S. Koroner by-pass ameliyatı geçiren hastalarda bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 1999; İzmir.
40. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H, Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly* 1998; 12: 28-35.
41. Andersson G, Hedman E, Andersson E. Internet based cognitive behavioural therapy for severe health anxiety: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011; 198(3) : 230-6.
42. Norton PJ, Sexton KA, Walker JR, Norton GR. Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: replication and extension with a clinical sample. *Cogn Behav Ther* 2005; 34: 50-63.
43. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med* 2002; 32: 843-53.
44. Tyrer P, Cooper S, Crawford M, Dupont S, Green J, Murphy D, et al. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *J Psychosom Res* 2011; 71: 392-94.
45. Okyay P, Abacıgil F, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. 2016. Ankara.

46. Değerli H, Tüfekçi N. Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi* 2018; 6(15): 467-88.
47. Tanrıöver DM, Yıldırım HH, Ready DFN, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. Sağlık-Sen Yayınları 2014; 25: 14-26.
48. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res* 2010; 25 (3): 464-77.
49. Uğurlu Z. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara, 2011.
50. McCormack L, Haun J, Sorensen K, Valerio M. Recommendations for advancing health literacy measurement. *J Health Commun* 2013; 18(1): 9-14.
51. Philips KA, Aday LA, Morrison KR, Andersen R. Understanding the context of utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Serv Res* 1998; 33(3): 571-96.
52. Hashempour L. Sağlık ve Diyabet Okuryazarlığı: Hacettepe Üniversitesi Hastaneler Örneği, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilgi ve Belge Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, 2018.
53. Filiz E. Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı ile İlişkisi, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Konya, 2015.
54. Furuya Y, Kondo N, Yamagata Z, Hashimoto H. Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promot Int* 2013; 30(3): 505-13.
55. Arendt JN. Does education cause better health? A panel data analysis using school reforms for identification. *Economics of Education Review* 2005; 24(2): 149-160.
56. Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome, *Iranian J Nursing Midwifery Res* 2007; 12(4): 146-52.
57. Cho RN, Plunkett BA, Wolf MS, Simon CE, Grobman WA. Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. *Prenat Diagn* 2007; 27(5): 463-7.
58. Abacıgil F, Okyay P, Harlak H. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın no: 1025: 21-4.
59. Kamberi H, Hysa B, Toçi E, Jerliu N, Qirjako G, Burazeri G. Functional health literacy among primary health care users in transitional Kosovo. *Med Arch* 2013; 67(3): 209-11.

60. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci* 2008; 10(3): 248-55.
61. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Educ Couns* 2009; 75(3): 411-7.
62. Volandes A, Paasche-Orlow M. Health literacy, health inequality and a just health care system. *Am J Bioeth* 2007; 7: 5-10.
63. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K., Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011; 155(2): 97-107.
64. Sorensen K., Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European Health Literacy Survey. *Eur J Public Health* 2015; 25(6): 1053-8.
65. Gül AI, Özdemir T, Börekçi E. Dahiliye polikliniğine birden fazla gelen hastalarda sağlık anksiyetesi düzeyi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2016; 7(4): 437-9.
66. Bozkurt-Zincir S, Sunbul M, Aydın-Sunbul E, et al. Evaluation of alexithymia, somatosensory sensitivity, and health anxiety levels in patient with noncardiac chest pain. *Biomed Research International* 2014; 1-6.
67. MacSwain KLH, Sherry SB, Stewart SH, Watt MC, Hadjistavropoulos HD, Graham AR. Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences* 2009; 47(8): 938-43.
68. Yılmaz BE, Ayvat İ, Şiran B, Hastanede yatan hastalarda sağlık anksiyetesi ile sağlık programlarını izleme motivasyonları arasındaki ilişki. *Firat Tıp Dergisi* 2018; 23(1): (11-17).
69. Şimşekoğlu N, Mayda AS. Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *JDU Health Sci Inst* 2016; 6: 19-29.
70. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Prev. Med. Bull* 2010; 9(3): 209-16.
71. Alberts NM, Sharpe D, Kehler MD, Hadjistavropoulos HD. Health anxiety: comparison of the latent structure in medical and nonmedical samples. *J Anxiety Disord* 2011; 25: 612-4.
72. El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Thibodeau MA, Asmundson GJG, Sareen J. Health anxiety disorders in older adults: conceptualizing complex conditions in late life. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 1096-105.
73. Boston AF, Merrick PL. Health anxiety among older people: an exploratory study of health anxiety and safety behaviors in a cohort of older adults in New Zealand. *Int Psychogeriatr* 2010; 22(4): 549-58.
74. Kehler MD, Hadjistavropoulos HD. Is health anxiety a significant problem for individuals with multiple sclerosis? *J Behav Med* 2009; 32: 150-61.

75. Rode S, Salkovskis P, Dowd H, Hanna M. Health anxiety levels in chronic pain clinic attenders. *J Psychosom Res* 2006; 60: 155-61.
76. Takayama T, Yamazaki Y, Katsumata N. Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. *Soc Sci & Med* 2001; 53(10): 1335-50.
77. Lim L, Chow P, Wong CY, Chung A, Chan YH, Wong WK, et al. Doctor-patient communication, knowledge, and question prompt lists in reducing preoperative anxiety- A randomized control study. *Asian J Surg* 2011; 34(4): 175-80.
78. Smith SG, Curtis LM, Wardle J, von Wagner C, Wolf MS. Skill Set or Mind Set? Associations between health literacy, patient activation and health. *PLoS ONE* 2013; 8(9).



8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Zehra AKTÜRK OĞULLUK
Doğum yeri ve tarihi: Yomra / 21.10.1985
Medeni durumu: Evli
E-posta: akturk2005@hotmail.com
Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2013-2019 Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi,
Ankara
2004-2012 Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon
2000-2003 Gülbaharhatun Lisesi, Trabzon
1997-2000 Trabzon Anadolu İmam Hatip Lisesi, Trabzon
1992-1997 Yomra Merkez İlköğretim Okulu, Trabzon

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

2013-2019 Aile Hekimi Asistani
2012-2013 Pratisyen Hekim

IV- Mesleki Deneyimi

2013-2019 Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği
2012-2013 Çayeli İshakoğlu Devlet Hastanesi, Acil Servis

9. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 24/09/2018-E.25917



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 48865165-020
Konu : Dr. Zehra AKTÜRK OĞULLUK' un
Tez Konusu Onayı

ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hastanenizde Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olan Dr. Zehra AKTÜRK OĞULLUK' un tez konusu uygun bulunmuş olup onay formu ve 2 (iki) adet hakem değerlendirme formu Ek'te sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ali İhsan TAŞÇI
Dekan V.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Adı Soyadı	ZEHRA AKTÜRK OĞULLUK
TC Kimlik No:	
Uzmanlık Dalı(Anadal)	AİLE HEKİMLİĞİ
Uzmanlık Eğitim Kurumu:	ANKARA SUAM

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tez konusu, Akademik Kurulumuzda değerlendirilmiş, alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

Anabilim Dalı Başkanı
Doç Dr Seçil ARICA
e-imzalıdır

Akademik Kurul Karar Tarihi:	28.06.2018
Karar No:	99
Tez Konusu:	(X) Uygundur. () Eleştirilen yönlerin giderilmesi şartıyla uygundur. Tekrar değerlendirmeyegerek yoktur () Eleştirilerin giderilmesi veya cevaplanması sonrası tekrar değerlendirilmesi uygundur. () Uygun değildir.

Ek:
1-Tez konusu onay formu
2-Tez konusu hakem değerlendirme formu

TEZ KONUSU ONAY FORMU (V.3)

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı:	Zehra AKTÜRK OĞULLUK
Telefon:	0538 974 48 57
E-Posta:	akturk2005@hotmail.com
Uzmanlık Dalı:	Aile Hekimliği
Eğitim Kurumu:	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi:	22.07.2013
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi:	10.10.2018
Program Yöneticisinin Adı Soyadı:	Prof. Dr. Mustafa ÇELİK
Tez Danışmanının Adı Soyadı:	Uzm. Dr. İsmail Arslan
Telefon:	0532 230 72 21
E-Posta:	ismail.arslan5@saglik.gov.tr

*Araştırma/Tez Konusu (Study Title)

Sosyodemografik Özellikler İle Sağlık Okur Yazarlığı Düzeyinin Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etkisinin Araştırılması

1-Araştırma Sorusu (Research problem)

Sağlık okur yazarlığı düzeyi ile sağlık anksiyete seviyesi arasında ne tür bir ilişki vardır, sosyodemografik özellikler bu anksiyete düzeyini nasıl etkiler?

2-Arka Plan ve Gerekçe (Background/rationale)

Bu tez konusunu bizim için değerli kılan sağlık okuryazarlığı ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya ulaşamamış olmamız ve bu ilişkinin sosyodemografik verilerle etkileşiminin bizleri önemli sonuçlara ulaştırabileceği öngörümüzdür.

3-Araştırma amacı (Objectives)

Bu çalışma;

- Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi,
- Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık anksiyetesi üzerine etkilerinin belirlenmesi ve

<p>*Sosyodemografik verilerin sağlık anksiyetesi ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisinin belirlenmesi.</p>
<p>4-Hipotez (Hypothesis)</p> <p>Kişilerin sağlık anksiyetelerinin azaltılmasına yönelik çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bunlardan birisi de toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyidir. Bu faktörler kişilerin sosyodemografik özelliklerinden etkilenebildiklerinden bu her iki değişkenin sağlık anksiyetesi üzerine etkilerinin araştırılması gerekmektedir.</p>
<p>5-Araştırma türü/tasarım (Study Design)</p> <p><u>Prospektif çalışma.</u></p> <p>Birinci basamak ve Ankara EAH Aile Hekimliği Birimlerine başvuran 18 yaş üstü hastalara TSOY-32, Sağlık Anksiyetesi Envanteri(Kısa Versiyon) ve tarafımızca hazırlanan Sosyodemografik Veri Anketi uygulanarak ölçek skorları ile anksiyete arasındaki ilişki incelenerek istatistiksel bir sonuç elde edilecektir. Sosyodemografik verilerin elde edilen sonuçlarla ilişkisi irdelenecektir.</p>
<p>6- Araştırma yeri (Study Setting/ Location)</p> <p>Ankara ili Aile Sağlığı Merkezleri ve Ankara EAH Aile Hekimliği Poliklinikleri</p>
<p>7- Araştırmaya katılanlar/denekler (Study Population)</p> <p>Birinci ve üçüncü basamakta Aile Hekimliği Birimine başvuran 18 yaş üstü bireyler çalışmaya dahil edileceklerdir.18 yaş altı olanlar ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler dahil edilmeyecektir.</p>
<p>8- Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (Primary and Secondary Outcome)</p> <p>Bağımsız değişkenler: Çalışmaya katılan 18 yaş üstü bireylerin sosyodemografik verileri</p> <p>Bağımlı değişkenler: 1-Birinci basamak ve Ankara EAH'ne başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, 2- Birinci basamak ve Ankara EAH'ne başvuran hastaların Sağlık Anksiyete Düzeyleri</p>
<p>9- Araştırma Süreçleri (Study procedures)</p> <p>Haziran 2018 ile Ekim 2018 tarihleri arasında Ankara Aile Sağlığı Merkezleri ve Ankara EAH Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü yaklaşık 300 hastaya belirlenmiş anketler uygulanarak sağlık anksiyete düzeyleri ve buna etki eden faktörlerin(demografik veriler ve sağlık okuryazarlığı) istatistiksel olarak değerlendirilmesi gerçekleştirilecektir.</p>
<p>10-Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size and statistical power)</p> <p>Haziran 2018 ile Ekim 2018 tarihleri arasında Ankara Aile Sağlığı Merkezleri ve Ankara EAH Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü yaklaşık 300 hastaya belirlenmiş anketler uygulanarak sağlık anksiyete düzeyleri ve buna etki eden faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.</p>
<p>11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods)</p> <p>Nominal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ki kare testi, grup ortalamaları arasındaki farkın incelenmesinde t testi ve ANOVA varyans analizi, normal dağılmayan veriler için mann whitney u testi ve kruskal willis testi, sayısal değişkenlerin ilişki derecesinin incelenmesinde ise Pearson Korelasyon testi kullanılması planlanmıştır. Tüm testlerde önem düzeyi 0.05 olarak alındı (p<0.05 anlamlı olarak kabul edildi).</p>
<p>12-Etik Öngörü (Ethical Considerations)</p> <p>Sağlık okuryazarlığı çoğunlukla kişilerin öğrenim düzeyinden bağımsız olabilmektedir. Çünkü kişilerin</p>



okuma, yazma, hesaplama ve anlama becerileri farklı olabilmektedir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı öğrenim düzeyinden bağımsız olarak değerlendirilmesi gereken ve bu yönüyle de toplumda tüm kesimleri ilgilendiren güncel bir konudur. Bilgiye erişimin çok kolay hale geldiği dünyamızda, edinilen bilgiler insanların sağlık anksiyetelerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı giderek önem kazanmaktadır. Biz de sağlık okuryazarlığı düzeyinin sosyodemografik verilerle birlikte bireylerin sağlık anksiyeteleri üzerine olumlu veya olumsuz etkilerinin olabileceğini düşünmekteyiz. Amacımız bu ilişkilerin belirlenmesidir. Bu haliyle çalışmamız Helsinki Deklerasyonu ve İyi Klinik Uygulama İlkelerine uygun olup, Denek Araştırma Etik Kuralları ile çalışmamaktadır.

13- Anahtar kelimeler (Key words)

Sağlık Okuryazarlığı, Sosyodemografik Veriler, Sağlık Anksiyetesi

Tez konusu onay formu açıklamalar:

*Araştırma/Tez Konusu (Study Title): Araştırmayı yeterince tanımlayıcı olmalı. Yapılacak çalışmanın tanımlayıcı özellikleri yer almalıdır.

1-Araştırma sorusu (Research problem): Araştırmanın yapılmasına neden olacak soru cümlesi yazılmalıdır. Sorular "neden ve nasıl" içermelidir, hedefe odaklanmış ve özgün olmalıdır. Soru basit bir evet/hayır ile açıklanamamalıdır.

2-Arka Plan ve Gerekçe (Background/rationale): Araştırma sorusuna yönelik özet literatür bilgisi ve bu araştırmanın yapılmasını haklı kılayacak gerekçe yazılmalıdır.

3-Araştırma amacı (Objectives): Spesifik amaçlar ve ve hedefler belirlenmelidir. Bunlar tanımlama, karşılaştırma, uyum/benzerlik kontrolü yapmak, ilişkileri açıklamak veya benzeri amaçlar olabilir. Amaçlar bu gibi kelimelerle bitirilmelidir.

4-Hipotez (Hypothesis): Araştırma sorusuna varsayım önermesidir. Araştırmada doğruluğu test edilecektir. Bir varsayım içermeli, probleme çözüm önermeli, deney ve gözlemlere sınanmaya açık olmalı, eldeki verilerle uyumlu ve bunları açıklayıcı olmalıdır. Yeni gerçeklerin ön görüşüne olanak sağlamalıdır.

5-Araştırma türü/tasarım (Study Design): Gözlemsel/deneysel, tanımlayıcı/analitik, vaka serisi/kohort/olgu-kontrol/kesitsel, kontrollü/kontrolsüz, randomize/randomize olmayan, prospektif/retrospektif vb. araştırma türü tanımlanmalıdır.

6- Çalışmanın yeri (Study Setting/ Location): Araştırmanın yapıldığı yer yazılmalıdır. Hastane tabanlı/toplum tabanlı, tek merkez/çok merkez, laboratuvar çalışması gibi.

7-Çalışmaya katılanlar/denekler (Study Population): Üzerinde araştırma yapılacak deney ve kontrol gruplarının özellikleri, nereden bulunacakları, nasıl seçilecekleri belirtilmelidir. Gruplar yapılacaksa grupların eşleştirilme ve seçim kriterlerini belirtiniz. Keza dahil edilme ve hariç tutulma kriterleri yazılmalıdır.

8-Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (Primary and Secondary Outcome): Birincil sonuç değişkeni araştırma sorusuna cevap aranılacak, sonuç göstergesidir/ölçüttür. Bu aynı zamanda örnek/popülasyon büyüklüğü, güç hesabı ve hipotezi test etmede kullanılacaktır. Bir adet veya en fazla iki adet önceden belirlenmiş olmalıdır. Birincil sonuç değişkeni çeşitli şekillerde ölçülebilir. Örnek: iki seçeneğe sahip değişken (caesarean/no caesarean, blood loss \geq 500mL/blood loss $<$ 500mL); sürekli değişken (e.g. weight - kg, blood loss - mL); skor (pain - mild, moderate, severe); olayın ortaya çıkışı (survival), and sayılar (number of infections, number of events occurring). Daha sonra ikincil sonuç değişkenleri yazılmalıdır. İkincil sonuç değişkeni, birincil sonuç değişkenleri içinde gruplanmış unsurlardan biri olabilir ya da tamamlayıcı bilgi sağlayabilecek bir başka değişken olabilir.

9-Araştırma Süreçleri (Study procedures): Araştırmanın nasıl olacağı, aşama aşama belirtilmelidir. Katılımcıların çalışmaya alınma yöntemi, grupların oluşturulması, randomizasyon yapıp yapılmayacağı, randomizasyon yapılacak ise detaylı açıklaması yazılmalıdır. Katılımcılara/deneklere hangi müdahalelerin, incelemelerin ve testlerin yapılacağı, tam anlaşılır detayda belirtilmelidir. Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenlerini ölçmek için hangi araçların (anket formları, tıbbi cihazlar, göstergeler, skalalar, vb.) kullanılacağı açık bir şekilde belirtilmeli ve bu araçların geçerliliği (validity) hakkında bilgi verilmelidir.

10-Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size and statistical power): Araştırmada örnek büyüklüğü hesaplanmalıdır. Örnek büyüklüğü, kabul edilen bir istatistiksel güçte, hipotezin test edilmesi için gerekli asgari sayıdır.

11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods): Araştırma sorusu cevaplandırılmalı, hipotez test edilmeli ve değerlendirmeler için kullanılacak istatistiksel yöntemler belirtilmelidir.

12-Etik Öngörü (Ethical Considerations): Araştırmanın Helsinki deklarasyonu, İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygunluğu ve denek araştırma etik kuralları ile çelişmeyeceği belirtilmelidir.

13- Anahtar kelimeler (Key words): MesH (Medical Subject Heading) uyumlu olmalıdır. En az 3, en fazla 5 kelimedenden oluşmalıdır.

5 B. Ankara E. A. Hastanesi
Prof. Dr. Mustafa ÇELİK
Aile Hekimliği Kliniği
Ulusal Tıp Fak. No: 31782

TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı	Zehra AKTÜRK OĞULLUK
Kurumu	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzmanlık Alanı	Aile Hekimliği
DEĞERLENDİRME	
1- Tez Başlığı/Konusu:	Sosyodemografik Özellikler İle Sağlık Okur Yazarlığı Düzeyinin Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etkisinin Araştırılması
2- Araştırma sorusu:	UYGUN
3- Araştırmanın amacı:	UYGUN
4- Araştırma materyalleri, popülasyonu:	UYGUN
5- Dahil etme ve hariç tutma kriterleri:	UYGUN
6- Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri:	UYGUN
7- Araştırmanın türü ve tasarımı:	UYGUN
8- Araştırma hipotezi:	Araştırma hipotez(ler)inin Tez Konusu Onay Formu'nun en altında yer alan "Açıklamalar"ın 4. maddesinde belirtildiği üzere; "Araştırmada doğruluğu test edilmek üzere araştırma sorusuna varsayım önermesi içermesi" uygun olacaktır.
9- Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi:	Tez Konusu Onay Formu'nun en altında yer alan "Açıklamalar"ın 10. maddesinde belirtildiği üzere; hedeflenen 300 denek sayısına hangi ölçütlere göre karar verildiğinin ve hangi hesaplama formülünün kullanıldığının belirtilmesi uygun olacaktır.
10- Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler:	UYGUN
11- Araştırmanın orijinalliği ve bilime katkısının açıklaması:	UYGUN
12- Açıklamak istediğiniz diğer konular:	ÖNERİ: Araştırma hipotez(ler); "Bir varsayım içermeli, probleme çözüm önermeli, deney ve gözlemlerle sınanmaya açık olmalı eldeki verilerle uyumlu ve bunları açıklayıcı olmalıdır. Yeni gerçeklerin öngörüsüne olanak sağlamalıdır." Başvuru formundaki ifadelerin bu açıklama doğrultusunda düzenlenmesi önerilir. Örneklem sayısı belirleme yöntemi ve kriterleri açıklanmalıdır.
Hakemin kararı	(...) Tez konusu uygundur. (X) TEZ KONUSU AÇIKLANAN EKSİKLİKLER GİDERİLMESİ ŞARTI İLE UYGUNDUR. TEKRAR DEĞERLENDİRMEYE GEREK YOKTUR. (.....) Açıklanan eksiklikler giderildikten sonra tez konusu tekrar değerlendirilmelidir. (.....) Tez konusu uygun değildir. Yeni tez konusu önerisi gönderilmelidir.
HAKEM ADI SOYADI: KURUMU: TARİH:	Uzm. Dr. Mehmet ÖZEN S.B.Ü. Antalya EAH, Aile Hekimliği Kliniği Başasistanı; Eğitim ve İdari Sorumlusu 13.06.2018

*Bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.

**Lütfen değerlendirmelerinizi açıklayınız.

TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı	Zehra AKTÜRK OĞULLUK
Kurumu	Ankara SUAM
Uzmanlık Alanı	Aile Hekimliği
	DEĞERLENDİRME
1-Tez Başlığı/Konusu:	Uygundur
2-Araştırma sorusu:	Uygundur
3-Araştırmanın amacı:	Uygundur
4-Araştırma materyalleri, popülasyonu:	SOY-AB 47 soruluk beynelmînel formun uygulanması önerilir. Kısa form 32 soruluk versiyon yurt dışı yayın ihtimalini azaltabilir.
5-Dahil etme ve hariç tutma kriterleri:	Uygundur
6-Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri:	Uygundur
7-Araştırmanın türü ve tasarımı:	Uygundur
8- Araştırma hipotezi:	Uygundur
9-Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi:	Uygundur
10-Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler:	Uygundur
11-Araştırmanın orijinalliği ve bilime katkısının açıklaması:	Uygundur
12-Açıklamak istediğiniz diğer konular:	Yok
Hakemin kararı	(.....X....) Tez konusu uygundur. (.....) Tez konusu açıklanan eksiklikler giderilmesi şartı ile uygundur. Tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. (.....) Açıklanan eksiklikler giderildikten sonra tez konusu tekrar değerlendirilmelidir. (.....) Tez konusu uygun değildir. Yeni tez konusu önerisi gönderilmelidir.
HAKEM ADI SOYADI:	Hakan Demirci
KURUMU:	SBU Bursa Yüksek İhtisas SAUM
TARİH:	09.06.2018

*Bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.

**Lütfen değerlendirmelerinizi açıklayınız.

EK-2: ANKARA HALK SAĞLIĞI KURUMU ARAŞTIRMA İZİNİ



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ANKARA HALK
SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI EĞİTİM ALT BİRİMİ
14/12/2018 15:49 - 62693856 - 604.02 - E.541



00082894132

Sayı : 62693856-604.02
Konu : Araştırma İzni (Uzm.Dr.İsmail
ARSLAN)

SBÜ ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 16/11/2018 tarihli ve 36198255 sayılı yazı.

Hastaneniz Öğretim Üyesi Uzm.Dr.İsmail ARSLAN'ın sorumluluğunda Dr.Zehra AKTÜRK OĞULLUK ve Uzm.Dr.Mustafa OĞULLUK tarafından yapılmak istenen "Sosyodemografik Özellikler ile Sağlık Okur Yazarlığı Düzeyinin Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etkisinin Araştırılması" başlıklı ve ilgi kayıtlı araştırma izin talebi Başkanlığımız "AHSHB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından 06/12/2018 tarihinde düzenlenen toplantıda değerlendirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi 5. fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verinin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşamaz. Bununla birlikte aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalar için bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması ile aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması ve araştırmacının personel desteği almadan kendi imkânları ile araştırmayı yapabilemesi esastır.

Söz konusu araştırmanın yapılması, yukarıda belirtilen ilkelere bağlı kalınması koşulları ile Komisyonumuzca uygun bulunmuştur. Ayrıca araştırmanın tamamlandığı tarihten sonraki 1 (bir) yıl içerisinde sorumlu araştırmacı tarafından hazırlanan araştırma sonuç raporunun Başkanlığımıza 2 (iki) nüsha halinde sunulması gerekmektedir. Sorumlu Araştırmacı Uzm.Dr.İsmail ARSLAN'a tebliğ edilmesi hususunda,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.

Dr.Adem KUCUR

Müdür a.

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Eğitim Alt Birimi
Rüzgarlı Cd. İbrahim Müteferrika Sk. No:9 Kat:1 Ulus Altındağ/ANKARA
Faks No:0312 309 54 32

e-Posta:emel.kilic1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.asm.gov.tr

Bilgi için:Emel KILIÇ

Unvan:ÇEVRE SAĞ. TEKN.

Telefon No:0312 302 53 23

EK-3: ANKET FORMU

Bu anket çalışmamız “**SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN SAĞLIK ANKSİYETESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**” konusunda değişik sorular içermektedir. Sizden gelecek cevaplar toplumda yapılacak sosyal rehberlik hizmetleri ile ilgili bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır.

Dr. Zehra AKTÜRK OĞULLUK, Uzm. Dr. İsmail ARSLAN, Prof.Dr. Mustafa ÇELİK

Ankara EAH

Uzm. Dr. Mustafa OĞULLUK

İki Nolu İbn-i Sina ASM

Anket Katılımcısı Onay Formu

Araştırmacılar tarafından “**SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN SAĞLIK ANKSİYETESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**” konulu anket çalışmasında bilgi verilerek çalışmaya katılımcı olarak davet edildim.

Bu çalışmaya katılırsam bana ait bilgilerin gerek araştırma sırasında gerekse sonuçların bilimsel amaçla kullanılması sırasında gizliliğinin korunacağına ve özenle yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırmada bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır ve finansal sorumluluk almıyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmam konusunda da zorlanmadım. Yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunuyorum. Kendi irademle adı geçen araştırma projesinde katılımcı olmayı kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı,

Soyadı:

.....

Tarih:

İmza:

VA:.....kg, BOY:..... cm, VKİ:.....

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

1- Cinsiyetiniz? Kadın, Erkek

2- Yaşınız? (Bitirmiş olduğunuz yaşı belirtiniz):

3- Öğrenim durumunuz? Okur yazar değil, İlkokul, Ortaokul, Lise, Yüksekokul, Fakülte

4- Aylık geliriniz ne kadardır?TL

5- Aylık gelirinizi giderinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?

Gelir giderden az, Gelir gidere denk, Gelir giderden fazla

7- Çalışıyor musunuz? Evet Hayır Emekli

8- Mesleğiniz neydi/nedir?

9- Sağlık güvencesine sahip misiniz? Evet, Hayır

10- Son bir yıldır yaşadığınız yer? Köy- kasaba, Kent Merkezi, Büyükşehir(metropol)

11- Medeni durumunuz? Evli, Bekar, Dul, Boşanmış

12- Kaç çocuğunuz var?

13- Evinizde toplam kaç kişi yaşıyorsunuz?.....

14- Okuma alışkanlığınızı nasıl tariflersiniz? Hiç okumam, Nadiren okurum, Düzenli okurum

15- Sağlıkla ilgili konularda bilgi edinme kaynağı olarak hangisini tercih edersiniz?

Yazılı Kaynaklar(Kitap,Gazete,Dergi...), İnternet, Televizyon, Sağlık Çalışmanı Diğer.....

16-Kronik Hastalığınız var mı? Evet, Hayır (Cevabınız hayır ise 18.soruya geçiniz)

17- Kronik Hastalığınız veya Hastalıklarınız nelerdir, tanıları ne kadar zaman önce konuldu?

18- Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı? Evet, Hayır,Adet

19- Sigara kullanıyor musunuz? Evet, Hayır Cevabınız evet ise kaç yıldır:.....
ve günde kaç tane.....

20- Alkol kullanıyor musunuz? Evet, Hayır Cevabınız evet ise kaç yıldır:
..... ne sıklıkta:..... ne miktarda:.....

21-Hastaneye hangi sıklıkta başvurursunuz?

2 veya daha az, 3-5 Kez, 6-8 Kez, 9 veya daha fazla

22-Son beş yılda kendiniz veya herhangi bir yakınınız için düzenli hastane
başvurunuz oldu mu? Evet, Hayır

23-Herhangi bir sağlık kurumunda çalıştınız mı/çalışıyor musunuz? Evet, Hayır



TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32
(TSOY-32)

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

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Günlük davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetsiyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
(b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
(c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
(d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağır/ acı hissederim
(b) Yaşıtlarım kadar ağır/acı hissederim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağır/acı hissederim
(d) Bedenimde sürekli ağır/acı hissederim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
(b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
(d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7. (a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
10. (a) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON) DEVAMI

11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.
14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c) Ailem ve dostlarım sağlığımla fazla endişelendiğimi söyler.
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.
16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.
17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın bir çok alanını bozardı.
(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.
18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.