T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ERİŞKİNLERİN BAĞIŞIKLAMA BİLGİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

OSMAN OFLAZ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ

İZMİR

TEMMUZ 2023

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ERİŞKİNLERİN BAĞIŞIKLAMA BİLGİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

OSMAN OFLAZ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ

Bu tez İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından …..…….. proje numarası ile desteklenmiştir.

İZMİR

TEMMUZ 2023

TEZ ONAY SAYFASI

Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Erişkinlerin Bağışıklama Bilgi ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi

TEZİ HAZIRLAYAN

OSMAN OFLAZ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma tarafımızca incelenerek her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üye: …….. (Ünvanı-Adı SoyadıÇalıştığı Üniversite/Kurum) Üye: …….. …...(Ünvanı-Adı SoyadıÇalıştığı Üniversite/Kurum) Üye: …….. (Ünvanı-Adı SoyadıÇalıştığı Üniversite/Kurum)

Prof.Dr.Fatih Esad TOPAL Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca bana emek veren ve yol gösteren başta değerli Ana Bilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL'e, değerli tez danışmanım Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ'a, değerli hocalarımız Doç. Dr. Gülseren PAMUK'a ve Doc. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN'e ve asistan arkadaşlarıma

Hayatımın her döneminde beni destekleyen ve varlığıyla bana güç veren sevgili eşim SEHER NUR OFLAZ 'A

Teşekkürlerimle.

DR Osman OFLAZ

TEMMUZ 2023

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI ..... **I**

TEŞEKKÜR ..... **II**

İÇİNDEKİLER ..... **III**

KISALTMALAR ..... **V**

ŞEKİLLER ..... **VI**

TABLOLAR ..... **VII**

1.GİRİŞ VE AMAÇ **1**

1.1. GIRIŞ 1

1.2. AMAÇ 3

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1. ERIŞKIN BAĞIŞIKLAMASI 4

2.1.1. Bağışıklamanın Tarihçesi 4

2.1.2. Genişletilmiş Bağışıklama Programı 5

2.1.3. Ülkemizde erişkin bağışıklama uygulamaları 6

2.1.4. Erişkin dönemde uygulanması önerilen aşılar 6

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI 12

2.2.1. Sağlık okuryazarlığı tanımı 12

2.2.2. Sağlık okuryazarlığı önemi 12

2.2.3. Dünyada Ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı 13

2.2.4. Sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması 14

2.2.5. Sağlık okuryazarlığını değerlendiren ölçekler 14

2.2.6. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32/ TSOY- 32 16

3. GEREÇ VE YÖNTEM **18**

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ 18

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENI VE ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ 18

3.3 ARAŞTIRMA İZINLERI 18

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHIL EDILME VE EDILMEME KRITERLERI 19

3.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri: 19

3.4.2. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri: 19

3.5. VERI TOPLAMA YÖNTEMI VE ULAŞMA ORANI 19

3.6. İSTATISTIKSEL ANALIZ 20

3.7. ÇIKAR ÇATIŞMASI 20

4. BULGULAR 22

5. TARTIŞMA 34

6. SONUÇ 35

ÖZET 45

ABSTRACT 47

KAYNAKLAR 48

EKLER 55

KISALTMALAR

ABD **:** Amerika Birleşik devletleri

ACIP **:**Advisory Committee on Immunization Practices (Amerika Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi)

AIN **:** Anal İntraepitelyal Neoplazi

AIS **:** Adenokarsinoma İn Situ

BCG : Bacillus Garmette Gualin

BOS : Beyin Omurilik Sıvısı

CDC : Center For Disease Control(Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi)

CIN **:** Serviks İntraepitelyal Neoplazileri

DBT **:** Difteri-Boğmaca-Tetanoz

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

FDA **:** Food and Drug Administration (Amerika Gıda ve İlaç Dairesi)

GBP **:** Genişletilmiş Bağışıklama Programı

HIV **:** Human Immunodeficiency Virus

Hib **:** Haemophilus İnfluenzae Tip b

HLS-EU **:** Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği (Instrument for Assessment of Health Literacy)

HPV **:** Human Papilloma Virüs

KKK **:** Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak

PCV13 **:** 13 valanlı Pnömokokal Konjuge aşı

PPSV23 **:** 23 valanlı Pnömokokal Polisakkarit aşı

SOY : Sağlık Okuryazarlığı

Td : Tetanoz-difteri

Tdap **:** Tetanoz- Difteri-asellüler Boğmaca

TSOY-32 **:** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – 32

ŞEKİLLER

ŞEKIL 1. BIREYLERIN EĞITIM DURUMLARININ DAĞILIMI 23

ŞEKIL 2. KIŞILERIN AŞILAR HAKKINDA BILGI EDINME DURUMU. 24

ŞEKIL 3. KATILIMCILARIN YAŞ ARALIĞI 24

ŞEKIL 4. KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERI 25

TABLOLAR

TABLO 1. TSOY-32 ÖLÇEĞİNİN 2X4'LÜK MATRIS BILEŞENLERI VE BU BILEŞENLERE DENK GELEN MADDE NUMARALARI 16

TABLO 2. SOSYODEMOGRAFIK VERILERIN DAĞILIMI 22

TABLO 3. ERIŞKIN BAĞIŞIKLAMA HAKKINDA BILGI IÇERIKLI SORULARA VERILEN CEVAPLARIN DAĞILIMI 25

TABLO 4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ORTALAMALARININ CINSIYET DEĞIŞKENINE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI 27

TABLO 5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ORTALAMALARININ 5 YAŞ ALTI ÇOCUK SAHIBI OLMA DURUM DEĞIŞKENINE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI 28

TABLO 6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ORTALAMALARININ MEDENI DURUM DEĞIŞKENINE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI 28

TABLO 7. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ORTALAMALARININ ÇALIŞMA DURUM DEĞIŞKENINE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI 29

TABLO 9. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ORTALAMALARININ AŞILAR HAKKINDA BILGI EDINME DURUM DEĞIŞKENINE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI 30

TABLO 10. KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIK ORTALAMALARININ YAŞADIKLARI YERE İLIŞKIN BETIMSEL ANALIZ BULGULARI 30

TABLO 11. YAŞADIKLARI YER DEĞIŞKENINE GÖRE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ORTALAMALARINA İLIŞKIN TEK YÖNLÜ ANOVA TESTI SONUÇLARI 31

TABLO 12. KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIK ORTALAMALARININ ÖĞRENIM DURUMUNA İLIŞKIN BETIMSEL ANALIZ BULGULARI 31

TABLO 13. ÖĞRENIM DURUM DEĞIŞKENINE GÖRE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ORTALAMALARINA İLIŞKIN TEK YÖNLÜ ANOVA TESTI SONUÇLARI 32

TABLO 14. KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIK ORTALAMALARININ AILE YAPI DURUMUNA İLIŞKIN BETIMSEL ANALIZ BULGULARI 32

TABLO 15. AILE YAPI DURUM DEĞIŞKENINE GÖRE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ORTALAMALARINA İLIŞKIN TEK YÖNLÜ ANOVA TESTI SONUÇLARI 33

TABLO 16. KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIK ORTALAMALARININ AILE GELIR DURUMUNA İLIŞKIN BETIMSEL ANALIZ BULGULARI 33

TABLO 17. AILE GELIR DURUM DEĞIŞKENINE GÖRE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ORTALAMALARINA İLIŞKIN TEK YÖNLÜ ANOVA TESTI SONUÇLARI 34

TABLO 18. TSOY 32 PUAN ORTALAMASI 34

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Günümüzde önemi giderek artan sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramı; kişiye tıbbi bir bilgi aktarıldığında, kişinin bu bilgiyi anlayıp yorumlayabilmesi ve buna uygun davranabilmesi olarak kısaca tanımlanabilir. SOY, kişinin sağlıkla ilgili bilgiyi kavrayabilmesiyle sınırlı değildir; bireyin sağlık durumunu ifade edebilmesini, varsa hastalığına dair bilgiye sahip olmasını, sağlığıyla ilgili yerinde bilinçli kararlar alabilmesini, sağlık sistemini etkin bir şekilde kullanabilmesini ve sağlık sisteminden ne şekilde faydalanabileceğini bilmesini gerektiren bütüncül bir kavramdır(1).

SOY; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, "bireyin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiye ulaşabilme, bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme yeteneği" olarak tanımlanmıştır(2).

"T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" nün yayınladığı "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü" nde ise "bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecek şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder"şeklinde tanımlanmaktadır(3).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (The European Health Literacy Survey, HLSEU) çalıştayında geliştirilen tanıma göre ise; sağlık okuryazarlığı eğitim durumu düzeyi ile bağlantılıdır ve hayat kalitesini arttırmaya yönelik sağlık hizmetlerinden yararlanma, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önüne geçilmesiyle ilgili olarak bireylerin bilgi düzeyini, yeterliliklerini ve motivasyonunu ölçen bir kavramdır(4). Bu bağlamda incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı bireyin sağlık durumunu korumaya, geliştirmeye ve bozulan sağlık durumunu iyileştirmeye yarayan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, kavrayabilme ve yorumlayabilme becerisi olarak ifade edilebilir(5).

Hastalar genel olarak sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, fayda zarar oranını karşılaştırabilme, tahlilleri yorumlayabilme, ilaç dozlarını hesaplama, sağlıkla ilgili

bilgiye ne şekilde ulaşabilecekleri gibi karışık durumlarla karşı karşıya kalırlar(6). Yeterli seviyede SOY ise, bireylerin sağlıkla ilgili doğru bilgi ve hizmete ulaşabilmesini, bu hizmeti alabilmesini, sağlık hizmetleri talimatlarını doğru anlayabilmesini ve okuyabilmesini arttırır. Kaynakların uygun şekilde kullanılabilmesini, sağlık sunumunda kalitenin yükseltilmesini ve bireyin kendi sağlığı ve toplum sağlığıyla ilgili söz sahibi olmasının önünü açar(7).

Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması Ulusal Değerlendirmesi (National Assesment of Adult Literacy Survey, NAAL) çalışmasında, Amerika Birleşik Devletleri ekonomisine düşük SOY'un maliyetinin milyarlarca dolar değerinde olduğu raporlanmıştır(8).

Son zamanlarda koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazanması, bireysel bazda sağlık hizmetinin önemsenmesi, genel olarak SOY düzeyinin düşük olması, sağlıkla ilgili bilgilerin topluma yeterince aksettirilmemesi ve sağlık harcamalarındaki artış gibi sebepler SOY'nin önemini artırmıştır(9,10).

Aşılarla önlenebilen hastalıklardan korunmada tüm yaşam boyunca aşı yapılması önerilir(1). Bağışıklama, en başarılı küresel halk sağlığı müdahalelerinden birisidir. 1974 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programının (GBP) kurulmasından bu yana, hedeflenen altı hastalık (kızamık, difteri, polio, boğmaca, tetanoz ve verem) nedeniyle milyonlarca ölüm ve sakatlık engellenmiştir(2).

Yetişkinler hastalık, hastaneye yatış, sakatlık ve bazı durumlarda özellikle grip ve pnömokok hastalığı gibi aşıyla önlenebilir hastalıklardan ölüm riski altındadır. Yetişkinlerin yaşlarına, altta yatan tıbbi koşullara, yaşam tarzlarına, önceki aşılara ve diğer hususlara göre aşı olmaları önerilir. CDC (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)'den güncellenmiş aşı önerileri, ABD Yetişkin Bağışıklama Programı'nda yıllık olarak yayınlanmaktadır. Birçok aşının kullanımı için uzun süredir devam eden önerilere rağmen, ABD'li yetişkinler arasında aşı yaptırma oranları düşüktür(3). CDC, ABD'li yetişkinler arasında her yıl invaziv pnömokok hastalığına atfedilen yaklaşık 40.000 vaka ve 4.000 ölüm olduğunu tahmin etmektedir. Mevsimsel grip nedeniyle 3.000 ila 49.000 arasında ölüm, 9.000 Boğmaca, yaklaşık 3.000 akut Hepatit B ve

yaklaşık 1 milyon Herpes Zoster vakası rapor edilmiştir. Bu hastalıklar ve sekelleri ile ilişkili maliyetler önemlidir. Tek başına influenzanın sağlık ve üretkenlik maliyetlerinin yılda 87 milyar dolar kadar yüksek olduğu tahmin edilmektedir(4). Çocuklukta bağışıklama konusunda çok sayıda araştırma yapılmış ve Genişletilmiş Bağışıklama Programı'na dahil edilmiş olmasına rağmen, özellikle gelişmekte olan ülkelerde erişkin bağışıklaması ve etkileyen faktörler hakkında sınırlı veri bulunmaktadır(5).

İlerleyen yaşla birlikte çocukluk çağı aşılarına karşı oluşan antikor yanıtının azalması, aşıların hatırlatma dozlarının yapılması gerekliliği, kronik hastalıkların artışına bağlı immün sistemin zayıflaması, günümüzde küresel hareketlilik nedeniyle enfeksiyon hastalıklarının kolay yayılımı gibi nedenlerle erişkin bağışıklaması önem arz eder duruma gelmiştir(6).

Bağışıklama Uygulama Danışma Komitesi (ACIP), Amerika Birleşik Devletleri'nin sivil nüfusunda aşı ile önlenebilir hastalıkların kontrolü için aşıların ve ilgili ajanların kullanımına ilişkin olarak CDC Direktörüne tavsiye ve rehberlik sağlar. ACIP tarafından yapılan tavsiyeler, CDC Direktörü tarafından gözden geçirilir ve benimsenirse, Morbidite ve Mortalite Haftalık Raporu'nda (MMWR) resmi CDC tavsiyeleri olarak yayınlanır(7). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve ACIP erişkin aşı önerilerini her yıl güncellemektedir; erişkin aşı programındaki aşılar(8); Haemophilus influenzae tip b, Tetanoz- Difteri Toksoid aşısı, Boğmaca, Suçiçeği, Mevsimsel grip, Human papilloma virüs, Zona, Kızamıkçık-kızamık-kabakulak, Zatürre, Meninjit, Hepatit B ve Hepatit A aşılarıdır. Ayrıca tifo, sarıhumma, Japon ensefaliti gibi seyahat edilen yere göre değişen aşılar da önerilmektedir(9).

1.2. Amaç

Bu çalışmanın amacı aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerin bağışıklama bilgi ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi; aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Erişkin Bağışıklaması

2.1.1. Bağışıklamanın Tarihçesi

Hintli Budistler 7. yüzyılda yılan sokmasından, yılan zehri içme yoluyla bağışıklık kazanarak korunmaya çalışmışlardır. Çinliler10. yüzyılda çiçek hastalığından, bu hastalığı hafif geçiren kişilerden aldıkları püstül materyalini hastalığı geçirmemiş kişilerin derisini çizerek ve onları enfekte ederek korunmuşlar, bağışık hale gelmişlerdir (variolasyon)(11). Türkler Çinlilerden öğrendikleri bu yöntemi göç ettikleri yerlerde uygulamışlardır. Variolasyon, Kafkaslarda kız çocuklarına güzellikleri bozulmasın diye, görünmeyen bir vücut bölgesine uygulanmaktaydı. Kafkas tüccarlarla bu yöntem İstanbul'a getirilmiştir

Variolasyon Avrupa'ya 18. yüzyılın başlarında gelmiştir. İngiltere'nin Osmanlı büyükelçisinin eşi, bu yöntemi İstanbul'da gözlemlemiş, çocuklarını İngiliz hekimlerinin önünde bu yöntemle aşılatmıştır. Bu uygulamadan sonra variolasyon İngiltere'de yaygınlaşmış, Avrupa ve Amerika'da uygulanmaya başlamıştır(12).

Edward Jenner, 1796'da 13 yaşındaki bir çocuğa aşı virüsü (sığır çiçeği) aşıladıktan ve çiçek hastalığına karşı bağışıklığı gösterdikten sonra Batı'da aşı biliminin kurucusu olarak kabul edilmiştir. 1798'de ilk çiçek aşısı geliştirildi. 18. ve 19. yüzyıllar boyunca, toplu çiçek hastalığı aşısının sistematik olarak uygulanması, 1979'da küresel olarak ortadan kaldırılmasıyla sonuçlandı(13). Osmanlı devleti döneminde çiçek aşısı 1839 tarihli Çiçek Aşısı Nizamnamesi ile zorunlu hale getirilmiştir [4]. Louis Pasteur'ün 26 Ekim 1885'te bulduğu Kuduz aşısı İstanbul'da ilgi topladı. II. Abdulhamit bu aşıyı öğrenmeleri için Tıp Okulu Dahiliye hocası Zoeros Paşa, veteriner hekimler Hüseyin Remzi Bey ve Hüsnü Bey'den oluşan bir heyeti Paris'e gönderdi. Heyetin verdiği rapora göre 1887'de Dersaadet Daülkelp ve Bakteriyoloji Ameliyathanesi açıldı. Böylece dünyada üçüncü, doğuda ilk kuduz enstitüsü açılmış oldu. Bir sene içinde enstitüde 2521 kişi tedavi edildi(14).

Ardından difteri, sığır vebası, kızıl serumları üretildi. Bunları, tifo, kolera, dizanteri, veba ve verem aşılarının üretimi izledi. 1931'den 1996'ya kadar Tetanoz ve

Difteri aşıları, 1937'de Kuduz serumu üretildi. 1940 yılında Çin'e kolera salgınında aşı gönderildi. 1942'de Tifüs aşısı ve akrep serumu üretildi. 1947'de Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kuruldu. 1950'de İnfluenza laboratuvarı Dünya Sağlık Örgütü tarafından Uluslararası Bölgesel İnfluenza Merkezi seçildi ve influenza aşısı üretildi. 1983'te BCG aşısı üretilmeye başlandı(15).

1928'de Hıfzısıhha Enstütüsü ile aşı üretimi merkezileştirildi. 1940'lı yıllara kadar tifo, tifüs, difteri, BCG, kolera, boğmaca, tetanoz, kuduz aşıları seri üretim şeklinde yapıldı. 1968'de tetanoz, gazlı gangren, difteri, kuduz, şarbon akrep serumları üretildi. Hastalıkların bitmesini takiben 1971'de tifüs, 1980'de çiçek aşısı artık üretilmedi. 1996'da DBT ve kuduz aşısı, 1997'de BCG aşısının artık üretilmemesi üzerine ülkemizdeki aşı üretimi sona erdi. Akrep ve yılan antiserumları ise yerli bir firma tarafından üretilmeye devam etmektedir(16).

2.1.2. Genişletilmiş Bağışıklama Programı

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP), Tetanoz, Boğmaca, Difteri, Kabakulak, Kızamık, Kızamıkçık, Poliomyelit, Tüberküloz, Hepatit B ve Haemophilus influenza tip b (Hib)'nin yol açtığı mortalite ve morbiditeleri azaltıp, bu hastalıkları ortadan kaldırmak amacıyla hassas yaştaki bireylerin aşılanmasını sağlayan bağışıklama hizmetlerdir(16).

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2009 yılında yayınlanan Genişletilmiş Bağışıklama Programı genelgesinde "temel amaç, doğan her bebeğin aşı takvimine uygun olarak yukarıda sayılan on hastalığa karşı bağışık kılınması" olarak belirlenmiştir. "Genişletilmiş deyimi ise aşısız veya eksik aşılı bebek ve çocukların tespit edildiği anda aşılanmasının sağlanması ve bu uygulamanın ülke genelinde her yerde eşit olarak yapılması anlamını vurgulamak için kullanılmaktadır."(16). Genelgede "aşı takvimi, aşı uygulamalarında genel kurallar, aşı kayıt ve bildirim sistemi, aşı kontrendikasyonları, uygulama yöntemleri, aşı lojistiği, aşı sonrası istenmeyen etki" konularına yer verilmiştir.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamındaki programlar şunlardır: Kızamık Eliminasyon Programı, Polio Eradikasyon Programı, Neonatal ve Maternal Tetanoz Eliminasyon Programı, Hepatit B Kontrol Programı, Diğer Hastalık Kontrol

Programları (Boğmaca, Difteri, Kızamıkçık ve Konjenital Rubella Sendromu, Kabakulak, Haemophilus influenza tip b, Verem)(16).

2.1.3. Ülkemizde erişkin bağışıklama uygulamaları

Ülkemizde 1985 yılından beri uygulanan Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında aile hekimlerince erişkin bireylere; erişkin tip tetanoz aşısı, doğurganlık çağı kadınların ve gebelerin aşıları (Tetanoz ve grip aşıları), KKK aşısı, pnömokok aşısı, grip aşısı, asker aşılamaları, seyahat aşılamaları ve hac- umre aşılamaları yapılmaktadır (17).

Altta yatan hastalığı olan ve diğer riskler sahip olan kişilere; hepatit A, hepatit B, KKK, meningokok, pnömokok, suçiçeği, inaktif polio, Hib ve mevsimsel grip aşıları önerilmektedir. Sağlık çalışanları için önerilen aşılar ise; Td, KKK, grip, hepatit A, hepatit B, suçiçeği, meningokok aşılarıdır(18).

2.1.4. Erişkin dönemde uygulanması önerilen aşılar

2.1.4.1. Difteri, Tetanoz, Boğmaca Aşılar

Difteri ve tetanoz toksoid; boğmaca ise inaktif aşıdır. Erişkin difteri-tetanoz (Td) ve erişkin tetanoz-difteri-asellüler boğmaca (Tdap) formları vardır. Primer aşılanması tamamlanmamış ya da daha önceden hiç aşılanmamış bireylere aşı şeması başlatılmalıdır. Erişkin bireylere ilk iki doz aralığı 4 hafta, ikinci ve üçüncü doz aralığı 6 ay olacak şekilde Td aşısı uygulanır (0,1 ve 7. Aylarda). Primer aşı şemasını tamamlamış bireylerin her 10 yılda bir rapel Td aşısı yaptırması önerilir (19).

Gebelere, önceki aşılanma durumuna bakılmaksızın her gebeliklerinde 27-36. gebelik haftasında Tdap aşısı önerilir. Bunun sebebi annede oluşan maternal antikorların fetüse geçmesi; böylece yenidoğan ve küçük bebekleri boğmaca hastalığına karşı korumasıdır(20).

Aşılama sonrası ciddi alerjik reaksiyon ve nörolojik semptomlar gelişirse, bu durum aşı için kesin kontrendikasyondur. Aşı sonrası yan etki olarak en sık ağrı, eritem ve şişlik gibi lokal reaksiyonlar görülür(19).

2.1.4.2. Mevsimsel grip (influenza) aşısı

ACIP ve CDC 6 aylıktan itibaren tüm bireylere yıllık grip aşısı önermektedir [21]. FDA onaylı trivalan ve kuadrivalan inaktif, canlı ve rekombinan grip aşıları mevcuttur. İnaktif aşı saf yumurtada virüs üretilerek yapılır.

Ülkemizde 2015 yılı itibariyle trivalan ve kuadrivalan inaktif aşılar kullanılmaktadır. Grip aşısı için öncelikli gruplar; gebeler, sağlık çalışanları, 65 yaş üstü bireyler, kronik hastalığı olanlar, immünsüpresif kişiler, bakım evinde kalanlar ve morbid obezlerdir(21). Aşıyı uygulamak için en uygun zaman, gribin en sık görüldüğü aylardan hemen önceki aylar olan Ekim ve Kasım aylarıdır. Fakat salgın başlamadığı sürece her zaman aşı yapılabilir.

Yumurtaya ve aşı içeriğindeki herhangi bir maddeye karşı ciddi alerji olması ve daha önce aşı yapıldıktan sonra ağır alerjik reaksiyon gelişmesi, aşı için kontrendikasyondur. Aşı sonrası yan etkiler nadirdir. Kolda ağrı ve kızarıklık, halsizlik, kırgınlık durumu ve hafif ateş görülebilmektedir (22).

2.1.4.3. Pnömokok aşısı

Pnömokok aşıları; polisakkarit aşı olan PPSV23 ve konjuge aşı olan PCV13 olmak üzere 2 çeşittir. Konjuge aşı T lenfosite bağlı immün hafıza oluştururken, polisakkarit aşı B lenfositleri uyardığından, bu durum gerçekleşmez. İmmün yanıtın daha güçlü olması için konjuge aşının peşine polisakkarit aşının yapılması en etkili yöntemdir.

Aşılama için risk grupları; kronik hastalığı olanlar, bakım evinde kalanlar, anatomik veya fonksiyonel aspleni durumu, immünsüpresif durumlar, beyin-omurilik sıvısı (BOS) kaçağı, koklear implant ve HİV enfeksiyonudur(22).

Pnömokok aşılarının gebelikte uygulanmasıyla ilgili yeterli veri olmadığından, gebelikte bu aşılar, açıkça bir gereklilik olmadıkça kullanılmamalıdır(22).

Konjuge ve polisakkarit aşıların ikisi de erişkinlere tavsiye edilir. Polisakkarit aşı en az 5 yıl aralarla en fazla 3 kere yapılırken, konjuge aşı erişkinde 1 kez yapılır.

Ağır immünsüpresyon gibi antikor yanıtının hızlı olmasının istendiği durumlarda iki aşı arasındaki süre 8 hafta iken; diğer durumlarda en az 1 yıl olmalıdır.

Her iki pnömokok aşısı için de kontrendikasyon, aşıların daha önceki dozlarına ve içeriğindeki maddelere karşı gelişen anaflaksi reaksiyonudur. Aşı sonrası ağrı, kızarıklık ve şişlik gibi lokal yan etkilerin yanı sıra nadiren hafif ateş, kırgınlık, titreme, iştahsızlık görülebilir(19).

2.1.4.4. Hepatit A aşısı

Günümüzde inaktif ve kombine aşı türleri vardır. Hepatit A ve B aşılarından oluşan kombine aşının yanı sıra S. Typhi Vi antijeni ile Hepatit A aşısı kombinasyonu da mevcuttur. Hepatit A aşıları 0 ve 6. aylarda olacak şekilde 2 doz şeklinde uygulanır(19).

Hepatit A'nın endemik olduğu bölgelere seyahat edecek olanlar, riskli meslek grubundakiler (kreşte çalışanlar, kanalizasyon işçileri, temizlik ve gıda sektöründe çalışanlar vs.), kronik karaciğer hastalığı olanlar, uyuşturucu bağımlıları, solid organ ve kemik iliği transplant adayları ve alıcıları, pıhtılaşma faktör konsantreleri alanlar, Hepatit A riski açısından aşılanması önerilen kişilerdir.

Aşının önceki dozlarına karşı gelişen anaflaksi, aşı için kontrendikasyon oluşturur. Aşı sonrası ağrı, kızarıklık gibi lokal yan etkilerin yanı sıra nadiren baş ağrısı, halsizlik, gastrointestinal sistem semptomları gibi sistemik yan etkiler de gelişebilir(19).

2.1.4.5. Hepatit B aşısı

İlk üretilen hepatit B aşısı plazma kökenli iken, günümüzde memeli hücresinde üretilmiş rekombinant hepatit B aşısı kullanılmaktadır. Hepatit B aşısı erişkinlerde 0, 1 ve 6 ay aralıkla önerilir. Alternatif olarak 0, 1, 2, 12. aylarda 4 doz da yapılabilir(23).

Sağlık çalışanları, tıp ve diş hekimliği fakültesi öğrencileri, damardan uyuşturucu kullanan kişiler, sık kan transfüzyonu yapılan hastalar, hepatit B taşıyıcı aile üyesi bulunan bireyler, birden fazla cinsel partneri olan kişiler, homoseksüeller, mahkumlar, hepatit B harici kronik karaciğer hastalığı olanlar, kuaför ve berberler hepatit B aşının yapılması önerilen bireylerdir. Aşının koruyuculuğu yüksektir. Son 8 doz aşıdan sonra 10 mIU/ml veya daha fazla antikor yanıtı oluşmuşsa uzun süreli bağışıklık gelişmiştir. İmmün sistemi sağlam olan kişilere rapel doza gerek yoktur(19).

Aşının içeriğindeki maddelere karşı anafilaksi öyküsü aşı için kontrendikasyondur. Aşı yapılan yerde lokal yan etkilere neden olabildiği gibi, nadiren üşüme, titreme, halsizlik gibi sistemik yan etkiler de yapabilmektedir(19).

2.1.4.6. Kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşıları

Canlı, atenue bir aşıdır. Daha önceden bağışık olmayan ve aşısız bireylerin tek doz KKK aşısı olması önerilir.

Sağlık çalışanlarının, yakın zamanda kızamık, kızamıkçık ya da kabakulak hastasına ya da salgınına maruziyet öyküsü olanların, yüksek riskli bölgelere seyahat edenlerin en az 4 hafta ara ile KKK aşının 2. dozunu da yaptırması önerilir(19).

Gebelerde, gebelik planlayanlarda, immünsüpresif kişilerde KKK aşısı kontrendikedir. Aşı içeriğindeki jelatin ve neomisine anafilaksi öyküsü olanlara aşı uygulanmamalıdır. Aşı yapılan yerde kızarıklık, ağrı, şişlik gibi lokal yan etkiler görülebilir. Ateş, döküntü, lenfadenopati, artralji, artrit de nadiren görülebilmektedir [19].

2.1.4.7. Suçiçeği (Varicella Zoster) aşısı

Suçiçeği aşısı enfekte vezikül sıvısından alınmış Oka suşundan üretilen canlı, atenue bir aşıdır. Daha önceden suçiçeği enfeksiyonu geçirmemiş ve aşısız kişilere 4-8 hafta arayla 2 doz aşı yapılmaktadır.

Bakımevi ve sağlık çalışanları, immünsüpresif kişilerle aynı evi paylaşanlar, doğurganlık çağındaki kadınlar risk gruplarıdır(24).

Doğuştan veya edinilmiş immünsüpresyon durumları, malignensiler, HİV enfeksiyonu ve gebelik suçiçeği aşısı için kontrendikasyonlardır. Aşılamadan sonra bir ay içinde nadiren makülopapüler döküntü yan etkisi gelişebilir(19).

2.1.4.8. Zona aşısı

Zona aşısı ACIP tarafından 60 yaş ve üzeri, bağışıklığı yeterli bireylere tavsiye edilmektedir. Canlı atenue bir aşıdır ve tek doz şeklinde uygulanır(25).

Ülkemizde zona aşısı ruhsat almıştır; fakat geri ödeme kapsamında değildir(26).

Aşı postherpetik nevraljiyi %5-55 oranında azaltmaktadır. Aşının bileşenlerinden birine karşı alerji durumu, immün yetmezlik, uzun süre kortikosteroid kullanımı, aktif tüberküloz, gebelik aşıya kontrendikasyon oluşturan durumlardır(19).

Aşı yapılan yerde kızarıklık, ağrı, şişlik gibi lokal etkilerin yanı sıra, nadiren ateş, üşüme, baş ağrısı, halsizlik gibi yan etkiler de görülebilmektedir(19).

2.1.4.9. Human Papillomavirüs Aşısı

HPV aşısı, rekombinant bir aşıdır. HPV 16 ve 18'e etkili bivalan, HPV 6,11,16,18' e etkili kuadrivalan ve HPV 6,11,16,18,31,33,45,52,58'e etkili 9 valanlı aşı (Gardasil 9) mevcuttur. Dört ve 9 valanlı aşı 0, 2 ve 6. aylarda; 2 valanlı aşı 0, 1 ve 6. aylarda uygulanır. Koruyuculuk süresi tam bilinmez; fakat en az 5 yıldır(19).

HPV aşısı, 9 -13 yaş arası rutin aşılama için önerilir. ACIP ayrıca, gençken yeterince aşılanmamışsa, 26 yaşına kadar herkese aşı yapılmasını önerir.

Tüm HPV aşıları, HPV'ye bağlı kalıcı enfeksiyon, servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) 2/3 ve adenokarsinoma in situ (AIS) önlenmesinde yüksek etkinliğe sahiptir. Kuadrivalan aşının anal intraepitelyal neoplaziye (AIN) 2/3 karşı yüksek etkinliği vardır(27).

Bir aşı bileşenine karşı veya önceki HPV aşısı dozunu takiben ciddi alerjik reaksiyon, HPV aşısı için kontrendikasyondur. HPV aşısının hamilelikte kullanılması önerilmez. Hamile olduğu bilinen kişiler aşı serisinin başlamasını hamilelik sonrasına kadar geciktirmelidir. Ancak aşı öncesi gebelik testi yapılmasına gerek yoktur.

Aşı yan etkisi olarak enjeksiyon bölgesinde ağrı, kızarıklık, şişlik gibi lokal reaksiyonlar gelişebilmektedir(27).

2.1.4.10. Haemophilus influenzae tip b (Hib) Aşısı

Erişkinlerde rutin önerilen bir aşı değildir. Fonksiyonel ya da anatomik aspleni hastalarına, malignitesi olup kemoterapi ve/veya radyoterapi alanlara, immün sistem yetersizlikleri olanlara ve kök hücre transplantasyonu yapılacak kişilere uygulanır(19).

Kemik iliği nakli adayları ve alıcılarına 3 doz, orak hücreli anemi hastalarına tek doz, splenektomi yapılacak bireylere tek doz aşı yapılır(28).

Aşının içeriğindeki bir maddeye karşı alerji ve önceki doza karşı bir anaflaksi öyküsü aşı için kontrendikasyondur. Aşı yapılan yerde kızarıklık, kaşıntı gibi lokal yan etkileri görülebilmektedir(19).

2.1.4.11. Meningokok Aşısı

Neisseria meningitidis A, C, Y ve W-135 serogruplarından oluşan tetravalan ve A ve C serogruplarından oluşan bivalan polisakkarit aşı mevcuttur. Aynı zamanda difteri toksoidine bağlanarak üretilen konjuge aşı mevcuttur. Son yıllarda serogrup B aşısı FDA tarafından 15-25 yaş bireyler için kullanıma sunulmuştur.

Tetravalan polisakkarit aşının, uygulandıktan sonra immünite geliştirme süresi yaklaşık 10 gündür. Ülkemizde hac ziyaretine gidecek kişilere, gitmeden yaklaşık bir ay önce bu aşı uygulanmaktadır. Herhangi bir risk faktörü olmasa dahi 55 yaş ve altı bireylere meningokok aşısı tek doz uygulanabilir. 10 yıldan uzun süre bağışıklık sağlar; fakat risk grubundaki kişilere rapel doz uygulanabilir(19).

Gebelere rutin olarak meningokok aşısı önerilmez, gerekli olduğu durumlarda kullanılabilir(28).

Anatomik veya fonksiyonel aspleni, kompleman yetmezlikleri, toplu alanlarda yaşayanlar (yurt, bakımevleri vs.), askeri birlikler, meningokokun endemik olduğu bölgelere seyahat edenler, laboratuvarda meningokokla çalışan bireyler risk altındaki bireylerdir.

Aşı için kontrendikasyon yoktur. Aşı yan etkisi olarak lokal etkiler görülebilir, sistemik yan etki nadirdir(19).

2.1.4.12. Kuduz Aşısı

Laboratuvarda kuduz ile ilgili çalışanlar, veteriner hekimler, doğa sporlarıyla ilgilenenler, hayvan barınağı çalışanları, kuduz enfeksiyonunun sık görüldüğü yerlere seyahat edenler kuduz açısından risklidir ve temas öncesi profilaksi gerekmektedir. Bu, 0, 7 ve 21 veya 28. günlerde olmak üzere 3 doz yapılan kuduz aşısıyla sağlanır.

Temas sonrası profilaksi ise yara temizliği, pasif bağışıklama ve 0, 3, 7, 14 ve 28. günlerde birer doz olacak şekilde toplam 5 doz aşı uygulamasını içerir. Önceden tam doz aşılaması mevcut olan kişilere ise 0 ve 3. günlerde aşı yapılır(19).

2.1.4.13. Sarı Humma Aşısı

Yüksek riskli bölgelere seyahat edecek olan kişilere tek doz uygulanmaktadır. İmmünizasyon 10 gün içinde başlar ve ömür boyu koruyuculuk sürer. Fakat yine de 10 yılda bir hatırlatma doz önerilir(19).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

2.2.1. Sağlık okuryazarlığı tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) adına 1998'de Nutbeam'in hazırladığı Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü'nde (Health Promotion Glossary) sağlık okuryazarlığı"Bireylerin sağlığını sürdürmek ve geliştirmek için sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyon ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler." olarak belirtmiştir(29).

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanmış olan "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü" ise sağlık okuryazarlığını "Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecek şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma istek ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder." şeklinde tanımlamıştır(30).

2.2.2. Sağlık okuryazarlığı önemi

Sağlık okuryazarlığının gelişmesi, doğru sağlık bilgisine ve kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşmayı, alınan hizmeti verimli kullanabilme becerisini, sosyal becerilerin artmasını ve kişisel gelişimi destekler. Sağlık okuryazarlığı seviyesi artırılarak bireylerin yaşam kalitesi ve sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmaları artar, sağlık hizmeti maliyetleri azalır. Bireyin kendi sağlığı ve toplum sağlığı üzerinde daha fazla söz sahibi olması sağlanmış olur. Sağlık okuryazarlığı; sağlık hizmeti sunanlar için iletişim becerileri ve klinik becerilere sahip olmada, sağlık hizmeti alanlar için ise daha anlaşılabilir olma ve karar alırken dahil olabilmede yardımcı olur(31).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olmaması, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri yanlış anlamasına ve değerlendirmesine yol açacağından hastalıklarda artışa, sağlık hizmetlerini etkin kullanamamaya, zaman ve kaynak israfına yol açacaktır. Sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olması ise kişinin, sağlığı ile ilgili doğru tercihler yapıp, hayat kalitesini artırmada, sağlık kaynaklarını etkin kullanarak zaman ve maliyet tasarrufunu sağlamada yardımcı olacaktır(31).

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireyler sağlık sistemine ulaşmada ve sistemi kullanmada birçok sorunla karşılaşmaktadırlar. Doktor muayenehanesine giden talimatları takip edememelerinden dolayı randevularına gitmeleri engellenebilir. Doktorun verdiği tıbbi formları doldurmakta zorluk yaşayabilirler. Anlamadıkları konu hakkında sağlık sunucularına, özgüven yetersizliğinden dolayı soru sormaya çekinebilirler. Randevu sona erdiğinde düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler bir sonraki muayeneye ne zaman gelmeleri gerektiğini bilemeyebilirler(32).

Düşük sağlık okuryazarlığı olan hastaların çoğu reçetedeki yönergeleri takip edemez. İlaçlarını yanlış zaman aralıklarıyla, yanlış dozda ve sürede kullanma eğiliminde olabilirler. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan hastalar aynı zamanda kronik hastalıklarının takibinde zorlanırlar. Sağlık okuryazarlığı sorununda, kişiler koruyucu sağlık hizmetlerinden az oranda yararlanmaktadırlar. Bundan dolayı bu bireylerin, sağlık okuryazarlığı yeterli kişilere göre hastaneye yatırılma olasılıkları daha yüksektir. Bu durum da sağlık hizmeti maliyetlerinde artışa yol açacaktır(32).

2.2.3. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı

Türkiye'de Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçeği temelinde Tanrıöver ve ark. tarafından yapılan, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda 12 bölge ve 23 ilden toplam beş bine yakın kişiden veri toplanmıştır. Ülkemizde yapılan en geniş kapsamlı sağlık okuryazarlığı çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre ülke genelinde erişkinlerin yalnızca üçte biri yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde tespit edilmiştir. Toplumun %64,6'sı ise yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyindedir(33).

ABD'deki sağlık okuryazarlığı ile ilgili veriler, 2003 NAAL (National Assessment of Adult Literacy/ Ulusal Erişkin Okuryazarlığı Değerlendirilmesi)

çalışmasından elde edilmiştir. On dokuz binden fazla erişkin bireyin %12'sinde 13 yeterli, %53'ünde orta seviye, %22'sinde temel seviye, %14'ünde ise temel altı seviye sağlık okuryazarlığı tespit edilmiştir(34).

Avrupa'daki sekiz ülkeyi (Avusturya, Bulgaristan, Yunanistan, Almanya, İrlanda, Hollanda, İspanya, Polonya) kapsayan geniş çaplı Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi (HLS-EU) çalışmasında ise totalde %47,6 sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi tespit edilmiştir(35).

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Nutbeam(36), sağlık okuryazarlığını 3 farklı başlık altında sınıflandırmıştır. Bunlar temel /işlevsel, iletişimsel/ interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığıdır.

1. Temel (Fonksiyonel) Sağlık Okuryazarlığı: Bireyin günlük işlevlerini gerçekleştirebilmesi için sahip olması gereken, sağlıkla ilgili temel okuma, yazma ve iletişim becerileridir (36).

2. İletişimsel (İnteraktif) Sağlık Okuryazarlığı: Sosyal etkileşim kurabilecek, sağlık sunucularıyla iletişim kurabilecek, farklı iletişim biçimlerini yorumlayabilecek ve değişen koşullara uyum sağlayabilecek sağlık bilgisi ve becerileridir(36).

3. Eleştirel (Kritik) Sağlık Okuryazarlığı: Sağlık riskleri ve sorunlarıyla ilgili bilgileri, sağlık haberlerini eleştirel olarak analiz edebilmek, sağlık bilgilerini toplumsal, ekonomik ve politik anlamda yorumlayabilecek ileri seviye bilişsel becerilerdir(36).

2.2.5. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendiren Ölçekler

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler şunlardır:

1. Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi (The Test of Functional Health Literacy in Adults/ TOFHLA): Parker ve ark. tarafından 1995'te geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Üçpunar ve Piyal tarafından 2014'te yapılmıştır. Sayısal ve okuduğunu anlama becerileri test edilmektedir. Uygulanması yaklaşık 20 dakika sürmektedir(37,38).

2. Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/ REALM): Davis ve ark. tarafından 1991'de geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özdemir ve ark. tarafından 2010'da yapılan testtir. Birinci basamak sağlık merkezine başvuran kişilere yönelik yapılan, tıbbi terimleri tanıma ve doğru telaffuz edebilmeyi ölçmeye dayalı bir testtir(38,39).

3. En Yeni Hayati İşaret Ölçeği (Newest Vital Sign/ NVS): Weiss ve ark. tarafından 2005'te geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özdemir ve ark. tarafından 2010'da yapılan testtir. Gıda maddesi etiketinden alınan bilgileri okuma ve uygulama becerisini ölçen 6 maddeden oluşan bir testtir. Yaklaşık 3 dakika sürer(40,41).

4. Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Aktivite Testi Kısa Formu (Parental Health Literacy Activities Test/ PHLAT): Kumar ve ark. tarafından 2010'da geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ayşe Topuz tarafından 2016'da yapılan testtir. İlk 1 yaş bebek sahibi ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı seviyesini değerlendirmek için uygulanır. 20 maddeden oluşmaktadır(42,43).

5. Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği (Instrument for Assessment of Health Literacy/ HLS-EU): Sorenson ve ark. tarafından 2012'de geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çimen ve Bayık Temel tarafından 2015'te yapılan testtir. Ölçek 47 sorudan oluşur. Sorular sağlıkta hizmet sunumu, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma şeklinde 3 sağlık süreci ve bilgiye ulaşma, bilgiyi değerlendirme, uygulama ve anlama şeklinde 4 bilgiyi işleme sürecinden meydana gelmiştir(44,45).

6. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Index/SOYÖ): HLS-EU'nun sadeleştirilmiş şeklidir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aras ve Bayık Temel tarafından 2017'de yapılmıştır. 25 maddeden meydana gelmiştir(46).

7. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ): Sezer ve Kadıoğlu tarafından 2012'de geliştirilen test 23 maddeden oluşur. Sağlık bilgileri ve ilaç kullanımını sorgulayan 22 soru ve vücuttaki organların yeri ile ilgili 1 adet şekil içeren bir ölçektir(47).

8. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (The E-health Literacy Scale/ e-HEALS): Norman ve Skinner tarafından 2006'da geliştirilen, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Coşkun ve Bebiş tarafından 2015'te yapılan ölçek; elektronik sağlık bilgilerini bulma, değerlendirme ve uygulama konusundaki becerileri ölçmek için geliştirilmiştir. 8 maddeden oluşur(48,49).

9. Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN): Abacıgil, Harlak ve Okyay tarafından 2016'da geliştirilmiştir. Ölçek, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma başlıkları altında her biri 4 sorudan oluşan 4 senaryo içermektedir(50).

10. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR): Abacıgil, Harlak ve Okyay tarafından 2016'da geliştirilmiştir. 'Hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi ve tedavi' şeklindeki sağlığın üç boyutu ve bilgiyi edinmenin dört sürecinden (ulaşma, karar verme, anlama ve kullanma) meydana gelen 47 sorudan oluşmuştur(50).

2.2.6. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32/ TSOY- 32

Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Geliştirme Çalıştayı ve ASOY-TR Çalışmasında elde edilen tecrübelere göre orijinal ölçekten (HLS-EU–Instrument for Assessment of Health Literacy / Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği) farklı olarak "hastalıklardan korunma" ve "sağlığın geliştirilmesi" boyutları birleştirilip birlikte değerlendirilmiştir. Ölçek, üç yerine iki boyuttan ('Tedavi ve hizmet' ve 'Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi') ve dört süreçten (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme, kullanma) oluşur ve 32 sorudan meydana gelmiştir. Bu bileşenlere denk gelen madde numaraları Tablo 1'de gösterildiği gibidir(51).

Tablo 1. TSOY-32 Ölçeğinin 2x4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili Bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili Bilgiyi değerlendrime	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

Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

İndeks = (ortalama-1) x (50/3)

Ortalama: Bir kişinin cevaplandırdığı her maddenin ortalamasına denk gelir.

Bu formüle göre hesaplanan indeks HLS-EU çalışmasında olduğu gibi dört kategoride sınıflandırılır:

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

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

(>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı

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

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı türde bir çalışmadır

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Örneklem büyüklüğü, 'Openepi Sample Size Calculator' ile hesaplanmıştır. 2022 Ekim ayında AtatürkEğitim ve Araştırma hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği verilerine göre ayda polikliniğe başvuran hasta sayısı ortalama 850 olarak alındığında çalışmanın yapılacağı 1 Aralık 2022- 28 Şubat 2023 tarihlerinde yaklaşık 2450 hasta başvurusu olacağı öngörülerek Çam ve arkadaşlarının çalışmasında bağışıklama bilgi düzeyi yetersizlik sıklığı %34,03 olarak alındığında ve %95 güven aralığı, %5 hata payı, %5 sapmayla en az 303 kişilik örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır.

01.12.2022-28.02.2023 tarihleri arasında anketler yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanamıştır.

Çalışmada araştırmacılar tarafından gerekli literatür taraması yapılarak hazırlanmış. 75 sorudan oluşan anket ve TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır. Anket 3 ana bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümü sosyodemografik veriler,ikinci bölümü bağışıklama,üçüncü bölümü sağlık okuryazarlığı ile ilgili soruları içermektedir

Çalışmaya 18 yaş üzeri erişkin gönüllü bireyler alınacaktır. Katılımcılara anket başlangıcında çalışma hakkında bilgi verilmiştir.Daha sonra çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerle anket yüzyüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur.

3.3 Araştırma İzinleri

Araştırma için İ.K.Ç.Ü Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik kurulundan ve hastane başhekimliğinden gerekli izinler alınmıştır .Gerekli izinler eklerde sunulmaktadır (EK 1- 2)Araştırma Helsinki Deklarasyonu, İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygundur ve denek araştırma etik kuralları ile çelişmemektedir

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

3.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

1.Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve gönüllü katılmış olma

2.Soruları eksiksiz olarak cevaplamış olma

3.18 yaş üzeri olma

4.Çalışmaya katılmayı engelleyecek mental ve iletişim probleminin olmaması

3.4.2. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

1.Çalışmaya katılmayı kabul etmeme

2.Anket formunu eksik doldurma

3.Mental veya iletişim probleminin olması

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Anket 75 sorudan oluşmaktadır ilk bölümü sosyodemografik özellikler ,ikinci bölüm bağışıklama ile ilgili soruları üçüncü bölüm ise TSOY-32 ölçeğinin sağlık okuyazarlığı sorularını içermektedir

Ölçek Sağlık Bakanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından HLS-EU temel alınarak 2013 yılında geliştirilmiştir .TSOY-32 ölçeği orijinal ölçekten farklı olarak 3 değil iki temel boyut alınarak 2x4'lük bir matris alınarak yapılandırılmıştır. Buna göre matris iki boyut (tedavi ve hizmet ;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.

Ölçeğin Türkçe'de güvenirliği; iç tutarlık (Cronbach Alfa) ile incelenmiştir. Ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı ;0.927 olarak hesaplanmıştır .

Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

İndeks = (ortalama-1) x (50/3)

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandırdığı 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 sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

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

(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı

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

3.6. İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı çalışmamız, bireylerin sosyodemografik özelliklerini, erişkin bağışıklama hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirleyen 31 soru ve 32 maddelik Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Bu çalışma nicel araştırma yaklaşımına göre yürütülmüştür. Verilerin analizinde yüzde, ortalama, bağımsız t-testi, Tek yönlü ANOVA kullanılmıştır. Tek yönlü ANOVA testlerinde anlamlı çıkan sonuçlarda farkın kaynağının belirlenmesi için Post-Hoc testler adı verilen çoklu karşılaştırma testlerinden LSD Testi kullanılmıştır.

3.7. Çıkar Çatışması

Tezi yazan, tez danışmanı ve tezin yazılma sürecine katkıda bulunanlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

4. BULGULAR

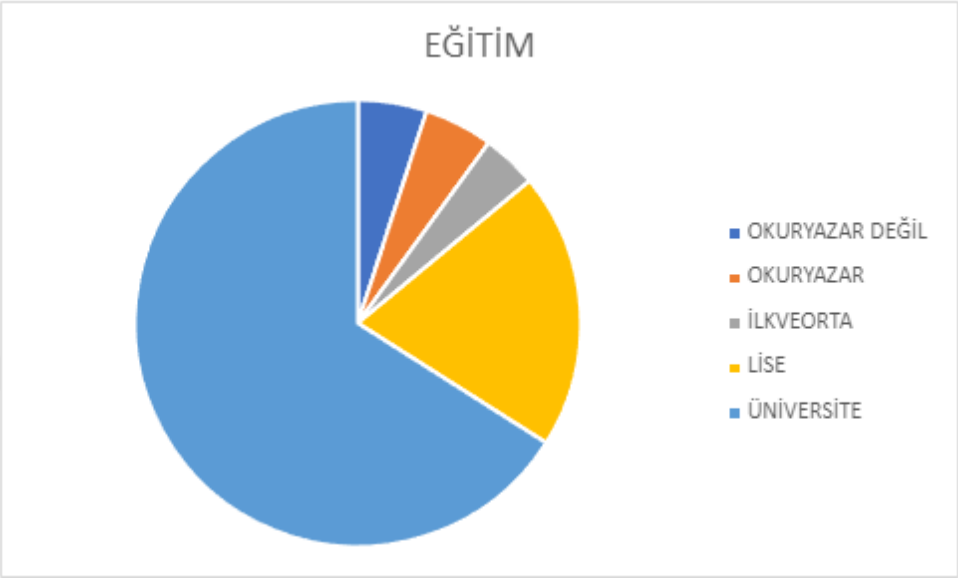
Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan 303 kişinin sosyodemografik verileri incelendiğinde, 190 ‘ı (62,7) kadın, 225 ‘i (74,3) 18-34 yaş aralığında, 228’i (75,2) üniversitede,yüzde 30 u evlidir. Sosyodemografik verilerin dağılımı Tablo 2’de, katılımcıların eğitim durumlarının dağılımı Şekil 1’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Sosyodemografik Verilerin Dağılımı

		N	%
Yaş	18-34	225	74.3
	35-49	47	15.5
	50-64	24	7.9
	65 üstü	7	2.3
Cinsiyet	Kadın	190	62.7
	Erkek	113	37.3
Yaşanılan yer	Köy	29	9.6
	İlçe	81	26.7
	İl merkezi	193	63.7
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	28	9.2
	Ortaokul ve lise	47	15.5
	Üniversite	228	75.2
Medeni durum	Evli	91	30.0
	Evli olmayan	212	70.0
5 yaş altı çocuk sahibi olma durumu	Var	31	10.2
	Yok	272	89.8
Aile durumu	Çekirdek aile	245	80.9
	Geniş aile	41	13.5
	Parçalanmış aile	17	5.6
Aile gelir durmu	Kötü	22	7.3
	Orta	237	78.2
	İyi	44	14.5
Çalışma durumu	Çalışıyor	112	37.0
	Çalışmıyor	191	63.0
Son 10 yıl içerisinde aşı yaptırma durumu	Evet	271	89.4
	Hayır	32	10.6
	Bilgi edindim	211	69.6

Aşılar hakkında bilgi edinme durumu	Bilgi edinmedim	92	30.4

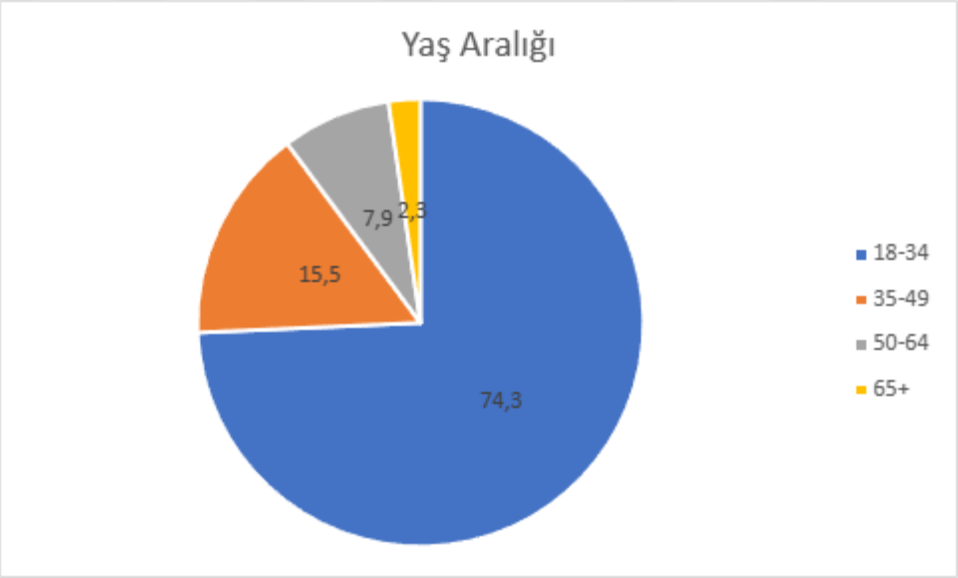


Şekil 1. Bireylerin eğitim durumlarının dağılımı

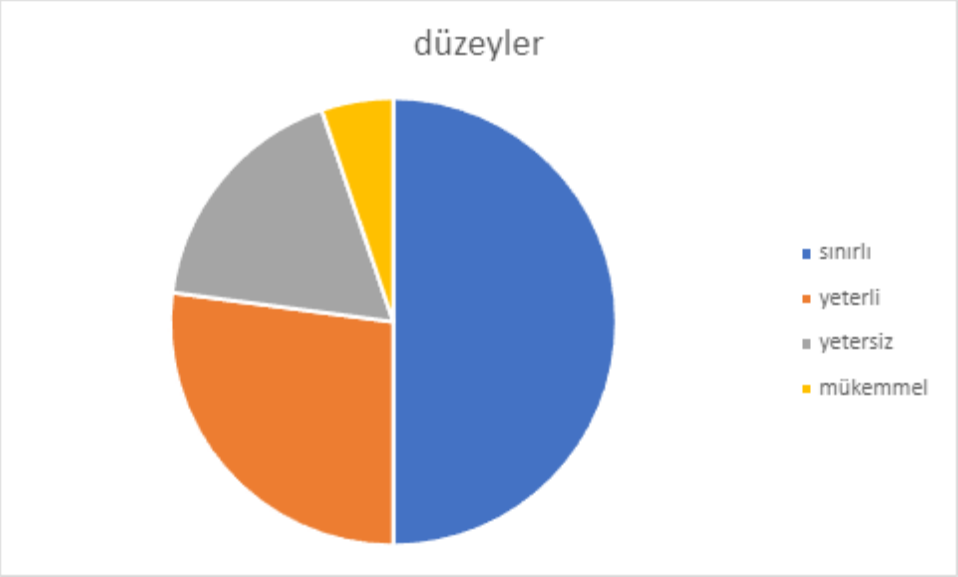
Katılımcıların 42 'si sağlık çalışanıydı. Sağlık çalışanı olmayan meslek gruplarından, memur , serbest meslek/ticaret öğrenci, ev hanımı , işçi , emekli ya da çalışmıyor olan kişiler vardı. Geliri giderine denk olan 169 kişi , geliri giderinden az olan 84 ve fazla olan 50 kişi vardı.

Şekil 2. Kişilerin aşılar hakkında bilgi edinme durumu.

Erişkin dönem aşılar yaptırıldığında, katılımcılara aşı hakkında bilgi sahibi olma durumu sorulduğunda soruya katılımcıların 211 'i (%69,6) bilgi edinilmiş, 92(30,4) kişi de bilgi edinilmemiştir.



Şekil 3. Katılımcıların yaş aralığı



Şekil 4. Katilimcilarin Sağlik Okuryazarlik Düzeyleri

Tablo 3. Erişkin bağışıklama hakkında bilgi içerikli sorulara verilen cevapların dağılımı

	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	N	%	N	%	N	%
Aşı vücuda uygun yolla verildiğinde bağışıklık yanıtı oluşturarak bireylerin bulaşıcı hastalıklardan korunmasını sağlayan biyolojik ürünlere verilen isimdir	58	5.1	8	8	7	2.2
Aşılar zararlı etkisi azaltılmış ya da öldürülmüş mikroganizmalardan hazırlanır	13	0.3	14	4.6	6	5.1
Aşılar bilimsel araştırmalar sonucunda etkinliği ve güvenliği kanıtlandıktan sonra uygulamaya konulur	243	80.2	13	4.3	47	5.5
Aşılama bulaşıcı hastalıkları önlemede ve bulaşıcı hastalıklardan korunmada etkili ve güvenli koruyucu sağlık hizmetlerinden biridir	66	7.8	6	2.0	1	0.2
Genel olarak aşıların içeriğinde etil cıva, alüminyum hidroksit gibi aşıını etkisini arttıracak maddeler bulunur	8	9.1	20	6.6	225	74.3
Aşıların içerisinde bulunan yardımcı maddeler (etil civa	2	27.1	20	6.6	201	66.3

,alüminyum,hidroksit) zarar verecek miktarda değildir.						
Aşılar sadece kas içine yapılır	73	4.1	86	28.4	144	47.5
Aynı anda birden fazla aşı yapılabilir	81	26.7	70	23.1	152	50.2
Bazı aşılar ağız yoluyla uygulanabilir	66	21.8	72	23.8	165	54.5
Aşılama aktif bağışıklık sağlar	203	67.0	25	8.3	75	24.8
Aşılama, bulaşıcı hastalık etkeni ile karşılamadan önce yapılırsa etkin koruma sağlar	242	9.9	11	3.6	50	16.5
Aşı ile bağışıklamanın amacı bulaşıcı hastalıkların sakatlık ve ölüm riskini azaltmaktadır	227	74.9	23	7.6	53	17.5
Aşı sonrası en sık görülen istenmeyen etkiler aşı yerinde ağrı şişlik kızarıklık gibi bölgesel etkilerdir.	255	84.2	9	3.0	39	12.9
Bir aşının geliştirilerek uygulamaya girmesi yıllarca sürmektedir.	210	69.3	30	9.9	63	20.8
Toplumun bir kısmının aşılanması ile toplum bağışıklığı oluşturulabilir.	250	82.5	12	4.0	41	13.5
Toplum bağışıklığı, bulaşıcı hastalık etkenlerinin toplumda dolaşımının önlenmesidir.	236	77.9	19	6.3	48	15.8
Toplum bağışıklığı sağlandığında hastalığa karşı bağışık olmayan kişilerde dolaylı yoldan korunacaktır	160	52.8	45	14.9	98	32.3
Ülkemizde özellikler bebek ve çocuklarda aşı ile korunabilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek amacıyla genişletilmiş bağışıklama programı yürütülmektedir	178	58.7	10	3.3	115	38.0
Aşı takvimi aşıların zamanında uygun aralıklarla ve uygun dozlarda yapılmasını sağlar	252	83.2	15	5.0	36	11.9
Aşılar sadece çocukluk döneminde yapılır	22	7.3	252	83.2	29	9.6
Yapılan tüm aşıların koruyuculuğu ömür boyu sürer	24	7.9	211	69.6	68	22.4
Fare, sincap ve tavşan ısırıklarında kuduz aşısı yapılmasına gerek yoktur	31	10.2	130	42.9	142	46.9
Her yıl ekim kasım aylarında mevsimsel grip aşısı yapılmaktadır	28	42.2	38	12.5	137	45.2
65 yaş üstü bireyler zatürre aşısı yaptırmalıdır	03	34.0	16	5.3	184	60.7
Diyabet,astım,koah gibi kronik hastalıkları olan bireyler bazı aşıları yaptırmalıdır	145	47.9	18	5.9	140	46.2
Seyahat durumunda (hac,umre , turistik) bazı aşıların yapılması önerilir	204	67.3	5	1.7	94	31.0
Seyahat öncesi aşılamada, gezi tarihinden en az 10-14 gün önce aşılar yaptırılmalıdır	150	9.5	13	4.3	140	46.2

Daha önce tetanos aşısı olmamış gebeler, gebelikte 2 doz tetanos aşısı yaptırmalıdır	70	3.1	13	4.3	220	72.6
Aşılama ile bazı kanser etkenlerine karşı koruma sağlanabilir	92	0.4	35	11.6	176	58.1
Tetanos aşısı her 10 yılda bir tekrarlanmalıdır	78	5.7	40	13.2	185	61.1
Çiçek hastalığının yok edilmesi aşılama hizmetlerinin en önemli başarılarındandır	187	1.7	24	7.9	92	30.4

Alt Problemler

1. Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
2. Katılımcıların 5 yaş altı çocuk sahibi olma durum değişkenine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
3. Katılımcıların medeni durum değişkenine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
4. Katılımcıların çalışma durum değişkenine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
5. Katılımcıların aşı yaptırma durum değişkenine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
6. Katılımcıların aşılar hakkında bilgi edinme durum değişkenine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
7. Katılımcıların yaşadıkları yer durum değişkenine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
8. Katılımcıların öğrenim durum değişkenine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
9. Katılımcıların aile yapı durum değişkenine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
10. Katılımcıların aile gelir durum değişkenine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?

Tablo 4. Sağlık Okuryazarlığı Ortalamalarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Cinsiyet	N	$\bar{X}$	SS	sd	t	p
Kadın	190	64.34	17.08	301	-2.859	0.05
Erkek	113	70.25	17.90			

Tablo 4, araştırmaya katılan kadın katılımcıların (N=190) erkeklerden (N=113) daha fazla olduğunu ve kadınların sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının ($\bar{X}$=64.34; SS=17.08) erkeklerden ($\bar{X}$=70.25; SS=17.90) daha düşük olduğunu göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarının cinsiyete göre erkeklerin lehine farklılaştığı tespit edilmiştir ($t_{(301)} = 2.859$; $p = 0.05$).

Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığı Ortalamalarının 5 Yaş Altı Çocuk Sahibi Olma Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Çocuk Sahibi Olma	N	$\bar{X}$	SS	sd	t	p
Evet	31	66.81	17.62	301	.087	0.93
Hayır	272	66.51	17.62			

Tablo 5, araştırmaya katılan çocuk sahibi olma katılımcıların (N=31) çocuk sahibi olmamaya göre (N=272) daha az olduğunu ve çocuk sahibi olma katılımcıların puan ortalamalarının ($\bar{X}$=66.81; SS=17.61) çocuk sahibi olmamadan ($\bar{X}$=66.51; SS=17.62) daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarının çocuk sahibi olmaya göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($t_{(301)}= .087$; $p = .93$).

Tablo 6. Sağlık Okuryazarlığı Ortalamalarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Medeni Durum	N	$\bar{X}$	SS	sd	t	p
Evli	91	68.43	19.45	301	1.222	0.22
Bekar	212	65.74	16.72			

Tablo 6, araştırmaya katılan evli katılımcıların (N=91) bekarlardan (N=212) daha az olduğunu ve evlilerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının ($\bar{X}$=68.43; SS=19.45) bekarlardan ($\bar{X}$=65.74; SS=16.72) daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarının medeni duruma göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir (t (301) = 1.222; p = .22).

Tablo 7. Sağlık Okuryazarlığı Ortalamalarının Çalışma Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Çalışma Durumu	**N**	**$\bar{X}$**	**SS**	**sd**	**t**	**p**
Çalışıyor	112	66.74	21.36	301	149	0.88
Çalışmıyor	191	66.43	15.02			

Tablo 7, araştırmaya katılan çalışan katılımcıların (N=112) çalışmayanlardan (N=191) daha az olduğunu ve çalışanların sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının ($\bar{X}$=66.74; SS=21.36) çalışmayanlardan ($\bar{X}$=66.43; SS=15.02) daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarının çalışma duruma göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir (t (301) = 149; p = .88).

Tablo 8. *Sağlık Okuryazarlığı Ortalamalarının Aşı Yaptırma Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması*

Aşı Yaptırma	N	$\bar{X}$	S	sd	t	p
Evet	271	5.79	20.29	201	3.187	0.02

Hayır	32	5.46	16.97			

Tablo 8, araştırmaya katılan aşı yaptıranların (N=271) aşı yaptırmayanlardan (N=212) daha fazla olduğunu ve aşı yaptıranların sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının ($\bar{X}$=75.79; SS=20.29) aşı yaptırmayanlardan ($\bar{X}$=65.46; SS=16.97) daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarının aşı yaptırma durumuna göre göre aşı yaptıranların lehine farklılaştığı tespit edilmiştir (t (301) = 3.187; p = 0.02).

Tablo 9. Sağlık Okuryazarlığı Ortalamalarının Aşılar Hakkında Bilgi Edinme Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Bilgi Edinme	**N**	**$\bar{X}$**	**SS**	**sd**	**t**	**p**
Evet	211	71.35	17.37	301	3.185	0.02
Hayır	92	64.45	17.32			

Tablo 9, araştırmaya katılan aşılar hakkında bilgi edilenler (N=211) aşılar hakkında bilgi edinmeyenlerden (N=92) daha fazla olduğunu ve aşılar hakkında bilgi edilenlerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının ($\bar{X}$=71.35; SS=17.37) aşılar hakkında bilgi edinmeyenlerden ($\bar{X}$=64.45; SS=17.32) daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarının aşılar hakkında bilgi edinme durumuna göre göre aşılar hakkında bilgi edilenlerin lehine farklılaştığı tespit edilmiştir (t (301) = 3.185; p = 0.02).

Tablo 10. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Ortalamalarının Yaşadıkları Yere İlişkin Betimsel Analiz Bulguları

Yaşadıkları Yer	N	$\bar{X}$	SS

Köy	29	73.69	18.18
İlçe	81	67.23	18.41
İl	193	65.18	16.96

Tablo 10'den, katılımcıların en fazla sırasıyla il (N= 193); ilçe (N= 81); köy (N= 29) katıldıkları anlaşılmaktadır. Ayrıca ortalama ve standart sapmalarına ilişkin ilin ($\bar{X}$=65.18; SS=16.96); ilçenin ($\bar{X}$=67.23; SS=18.41); köyün ($\bar{X}$=73.69; SS=18.18) değerlere sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların yaşadıkları yere göre sağlık okuryazarlık ortalamalarının anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız örneklemler için tek yönlü ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 11. Yaşadıkları Yer Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ortalamalarına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F	p	LSD
Gruplararası	1877,746	2	938,873	3,074	0.048	Köy-İl
Grup İçi	91617,403	300	305,391			
Toplam	93495,149	302				

Yaşadıkları yere göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalamasına ilişkin tek yönlü Anova testi sonuçları Tablo 12'de gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; katılımcıların yaşadıkları yere göre sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($F_{2\text{-}300}$:3.074, p =0,048). Farkın kaynağını bulmak üzere LSD testi yapılmıştır. LSD testi sonuçlarına göre Köy-İl gruplarının sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında fark vardır.

Tablo 12. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Ortalamalarının Öğrenim Durumuna İlişkin Betimsel Analiz Bulguları

Öğrenim Durumu	N	$\bar{X}$	SS
İlkokul ve altı	28	73.32	16.49
Ortaokul ve lise	47	67.36	16.79
Üniversite	228	65.54	17.76

Tablo 12'dan, katılımcıların en fazla sırasıyla üniversite (N= 228); ortaokul ve lise (N= 47); ilkokul ve altı (N= 28) öğrenim durumuna sahip oldukları anlaşılmaktadır. Ayrıca ortalama ve standart sapmalarına ilişkin üniversite ($\bar{X}$=65.54; SS=17.76); ortaokul ve lise ($\bar{X}$=67.36; SS=16.79); ilkokul ve altı ($\bar{X}$=73.32; SS=16.49) değerlere sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların öğrenim durumuna göre sağlık okuryazarlık ortalamalarının anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız örneklemler için tek yönlü ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 13. Öğrenim Durum Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ortalamalarına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F	p
Gruplararası	1545,629	2	772,814	2,521	0.082
Grup İçi	91949,520	300	306,498		
Toplam	93495,149	302			

Öğrenim durumuna göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalamasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi sonuçları Tablo 13'te gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; katılımcıların yaşadıkları yere göre sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasındaki farklılaşmadığı anlaşılmaktadır ($F_{2\text{-}300}$:2.521, p = 0,082).

Tablo 14. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Ortalamalarının Aile Yapı Durumuna İlişkin Betimsel Analiz Bulguları

Aile Yapı Durumu	N	$\bar{X}$	SS
Çekirdek	245	66,37	18,29
Geniş	41	68,09	15,01
Parçalanmış	17	65,29	12,99

Tablo 14'den, katılımcıların en fazla sırasıyla çekirdek (N= 245); geniş (N= 41); parçalanmış (N= 17) aile yapı durumuna sahip oldukları anlaşılmaktadır. Ayrıca ortalama ve standart sapmalarına ilişkin çekirdek aile ($\bar{X}$=66.37; SS=18.29); geniş aile ($\bar{X}$=68.09; SS=15.01); parçalanmış aile ($\bar{X}$=65.29; SS=12.99) değerlerine sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların aile yapı durumuna göre sağlık okuryazarlık ortalamalarının anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız örneklemler için tek yönlü ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 15. Aile Yapı Durum Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ortalamalarına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F	p
Gruplararası	132.809	2	66.405	0.213	0.808
Grup İçi	93362.339	300	311.208		
Toplam	93495.149	302			

Aile yapı durumuna göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalamasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi sonuçları Tablo 15'te gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; katılımcıların aile yapı durumuna yere göre sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasındaki farklılaşmadığı anlaşılmaktadır ($F_{2\text{-}300}$: .213, p= 0,808).

Tablo 16. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Ortalamalarının Aile Gelir Durumuna İlişkin Betimsel Analiz Bulguları

Aile Gelir Durumu	N	$\bar{X}$	SS
Kötü	22	71,68	19,65
Orta	237	66,22	16,95
Fazla	44	65,73	19,82

Tablo 16'den, katılımcıların en fazla sırasıyla orta (N= 237); fazla (N= 44); kötü (N= 22) aile gelir durumuna sahip oldukları anlaşılmaktadır. Ayrıca ortalama ve standart sapmalarına ilişkin orta aile gelir durumu ($\bar{X}$=66.22; SS=16.95); fazla ($\bar{X}$=65.73; SS=19.82); kötü ($\bar{X}$=71.68; SS=19.65) değerlerine sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların aile gelir durumuna göre sağlık okuryazarlık ortalamalarının anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız örneklemler için tek yönlü ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 17. Aile Gelir Durum Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ortalamalarına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F	p
Gruplararası	635.058	2	317.529	1.026	.360
Grup İçi	92860.091	300	309.534		
Toplam	93495.149	302			

Aile gelir durumuna göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalamasına ilişkin tek yönlü ANOVA testi sonuçları Tablo 17'te gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; katılımcıların aile gelir durumuna yere göre sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasındaki farklılaşmadığı anlaşılmaktadır ($F_{2\text{-}300}$: 1.026, p>. 360).

Tablo 18. TSOY 32 Puan Ortalaması

	N	%
Sınırlı	150	47.4
Yeterli	76	25.8
Yetersiz	44	16.1
Mükemmel	33	10.6

Tablo 18' te SOY düzeyinin katılımcılarda yüzde 47,4 sınırlı, yüzde 25,8 yeterli, yüzde 16,1 yetersiz ve yüzde 10,6 mükemmel olduğu görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Çalışmanın amacı aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerin bağışıklama bilgi ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi; aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. 303 kişinin katıldığı çalışmada erişkin bağışıklama sıklığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir

Çalışmadan elde edilen diğer bazı önemli sonuçlar bu bölümde sıralanmıştır. Aile hekimliği polikliniklerine başvuran erişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri cinsiyete göre değişiklik göstermektedir. Çalışma kapsamında ki kadın bireylerin sağlık okuryazarlığı ortalaması ($\bar{X}$=64,34) iken, erkek bireylerde bu değer ($\bar{X}$=70,25) olarak bulunmuştur. Bu cinsiyet bazlı farklılık, literatürde de benzer şekillerde karşımıza çıkmaktadır. Tayyar ve ark. çalışmalarında erişkin dönem aşıları ile ilgili bilgi ve tutumların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisini ele almış ve cinsiyete dayalı tutum ve bilgi farklılıklarına değinmiştir (66). İneli ve ark., erişkin aşıları konusundaki bilgi, tutum ve görüşleri cinsiyet bazında değerlendirerek, erkeklerin bu konuda daha bilgili olduğunu, ancak kadınların aşıya olan tutumlarının daha olumlu olduğunu belirtmiştir (67). Baran Aksakal ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise Ankara ilinde bulunan aile sağlık merkezlerine başvuran 18 yaş üstü bireylerin erişkin aşısı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları cinsiyet açısından incelenmiştir (68). Bu çalışmada da benzer şekilde erkeklerin bilgi düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu, ancak kadınların aşıya olan tutumlarının daha pozitif olduğu tespit edilmiştir. Kadıoğlu ve ark bireylerin erişkin aşıları hakkındaki farkındalıklarını değerlendirdiği çalışmasında kadınların erişkin aşıları hakkında farkındalıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (69). Bu sonuçlardan da görülebileceği üzere ilgili literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların çoğunda erkeklerin sağlık okuryazarlık düzelerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Bunun nedeni ülkemizde kadınların eğitim düzeyinin erkeklerden daha düşük olması olabilir. Ancak diğer taraftan kadınların aşıya yönelik olumlu tutumları ve farkındalık seviyeleri ise dikkate değerdir.

Çalışmamızda, 5 yaş altı çocuğa sahip olan bireylerin sağlık okuryazarlık ortalaması ($\bar{X}$=66.81) iken, çocuk sahibi olmayan bireyler için bu değer ($\bar{X}$=66.51)'dir. ancak bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı değilidr. Grandahl ve ark. yaptıkları çalışmada HPV aşısına yönelik ebeveyn rıza ve reddini inceleyerek aşının kabulünde ebeveyn bilincinin kritik bir rol oynadığını belirtmişlertir (70). Chen ve ark. ise sağlık inanç modelini kullanarak çocukluk çağı influenza aşılamalarıyla ilgili ebeveyn faktörlerini değerlendirmişlerdir (71) Bardak, annelerin aşı tutumları ve bebek sağlığı uygulamaları arasındaki ilişkiyi değerlendirmiş ve annelerin aşıya yönelik olumlu tutumlarının, çocuklarının sağlığına olan ilgi ve bilinç düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğunu bulmuştur (72). Kaydirak ve ark. aşıya karşı tutumlar ve kararsızlık konusunu ele almış ve çocuk sahibi olmanın bireylerin aşıya yönelik tutumları üzerinde belirleyici bir etkisi olduğunu belirtmiştir (73). Bu tez çalışmasından elde edilen söz konusu bulgunun literatürden farklılık göstermesinin sebebi bu çalışmaya katılan bireylerin 5 yaş altında çocuk sahibi olma sıklığının diğer çalışmalardan daha düşük olması olabilir.Ancak, çocuk sahibi olmanın bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere nasıl yaklaştığı üzerinde etkili olabileceği göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle, bu konuda daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu tez çalışmasında evli bireylerin sağlık okuryazarlık ortalaması ($\bar{X}$=68.43) iken, bekar bireyler için bu değer ($\bar{X}$=65.74)'tür. Bu sonuca göre evli bireylerin sağlık okuryazarlık puanları bekar bireylere göre biraz daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır.Medeni durumun sağlıkla ilgili davranışlar ve tutumlar üzerindeki etkisi, birçok araştırmada incelenmiştir. Aşı kararları gibi kritik sağlık konularında bu etki daha da belirginleşebilir. Johri ve ark. tarafından Hindistan'da yapılan çalışmada, annelerin sağlık okuryazarlığının çocuklarının aşılama oranları üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada, evli ya da eşli annelerin, bekar ya da eşsiz annelere göre aşı hakkında daha bilgili olduğu ve aşıya daha olumlu bir tutum sergilediği tespit edilmiştir (74).

Literatürde medeni durumla SOY düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar değerlendirildiğinde birbirinden farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Bu çalışmaların bir kısmında evli bireylerde SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu, diğer bir kısmında ise medeni durumla SOY arasında anlamlı bir

ilişkinin olmadığı gözlemlenmiştir. Bu duruma birçok etkenin neden olduğu söylenebilir. Evli bireylerin SOY düzeylerinin ve puanlarının daha düşük olması evli kişilerin sağlıklarını ve sağlıkla ilgili konuları daha az önemsemelerinden kaynaklanıyor olabilir. Benzer şekilde bekar bireylerde SOY düzey ve puanlarının daha düşük olması bazı nedenlerden kaynaklanabilir. Bu nedenler; bekar bireylerin daha düzensiz hayat sürmeleri, yaşam kalitelerini henüz yükseltmemiş olmaları, hane gelirlerinin düşük olması, daha genç oldukları için eğitim seviyelerinin henüz daha düşük olması vb. olarak sıralanabilir.Literatürde bu konuyla ilgili yapılmış çalışmaların sayısı oldukça azdır ve bu sebeple bu konu araştırmaya değer bir konudur.

Cordina ve Lauri'nin 2021'deki çalışması, toplumun COVID-19 aşısına yönelik tutumlarına ve aşı tereddütüne odaklanmıştır (75). Ayrıca, bu çalışmada, demografik değişkenlerin (yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi gibi) yanı sıra sosyokültürel ve bireysel faktörlerin de bilgi düzeyi ve tutum üzerindeki rolü araştırılmıştır. Bu bağlamda, medeni durumun aşıya olan tutum üzerindeki olası etkisi de incelenmiştir. Analiz sonuçları, evli bireylerin aşıya karşı tutumlarının bekar ya da diğer medeni durumlardaki bireylere göre farklılık gösterebileceğini ortaya koymuştur. Evli bireylerde çocuk kaynaklı ya da aile içi etkileşim nedeniyle bağışıklamaya karşı tutum değişebilmektedir. Evlilik, bireylerin sağlıkla ilgili kararlarında, bilgi arayışlarında ve genel sağlık davranışlarında değişikliklere yol açabilecek bir yaşam olayıdır. Çalışmamızın bu sonucu ise literatür ile benzerlik göstermemiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre çalışan bireyler ile çalışmayan bireylerin sağlık okuryazarlık ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmemektedir. Özdemir ve ark. yaptıkları çalışmada, bireylerin sosyoekonomik durumlarının ve eğitim seviyelerinin sağlık okuryazarlık düzeyleri üzerinde belirleyici bir rol oynadığını belirtmişlerdir (76).Çalışma durumu, genellikle bireylerin sosyoekonomik durumlarıyla doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle, çalışma durumu da sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olabilir. Ancak bu çalışmada, çalışma durumunun sağlık okuryazarlık düzeyi üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı görülmektedir. Tanrıöver ve ark tarafından yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda da benzer bir şekilde, çalışma

durumu ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (77). Ancak bu çalışmada, eğitim seviyesi, yaş ve cinsiyet gibi diğer sosyodemografik faktörlerin sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Kutner ve ark. tarafından Amerika'da yapılan bir çalışmada, yetişkinlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri incelenmiştir. Bu çalışmada, çalışan bireylerin genellikle daha yüksek bir sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (78).

Sonuç olarak, çalışma durumu ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiye ait sonuçlar literatürde değişkenlik göstermektedir. Ancak, bu çalışmada elde edilen bulgular, çalışma durumunun sağlık okuryazarlık düzeyi üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını göstermektedir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığını etkileyen diğer faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir.

Aşılama; toplum sağlığını koruma ve bireylerin hastalıklardan korunmasında kritik bir öneme sahiptir. Özellikle son yıllarda, pandemiler ve bulaşıcı hastalıkların yayılma hızı, aşıların önemini daha da arttırmıştır. Ancak bireylerin aşı yaptırma kararları sadece bilgiye dayalı değil; aynı zamanda tutum, inanç ve sağlık okuryazarlığına da bağlıdır.Uzuner ve ark tarafından yapılan çalışmada da belirtildiği gibi erişkinlerin aşılama konusundaki bilgi, tutum ve davranışları bireylerin aşı kararlarını doğrudan etkileyebilmektedir (71). Bu, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ne kadar değer verdiği, bu bilgilere nasıl eriştiği ve bu bilgileri nasıl değerlendirdiği ile doğrudan ilgili olabilir. Benzer olarak Tayyar ve ark. yaptıkları çalışmada erişkin dönemi aşıları ile ilgili bilgi ve tutumların, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisini incelemişlerdir (80).

Elde edilen sonuçlara göre sağlık okuryazarlığının, aşı kararları üzerinde belirleyici bir rol oynayabileceği saptanmıştır.

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere erişebilme, bu bilgileri değerlendirebilme ve bu bilgilere dayanarak bilinçli kararlar alabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Lorini ve ark. sistemli incelemesinde de belirtildiği gibi, sağlık okuryazarlığının aşılama ile nasıl ilişkilendirildiği önemli bir araştırma konusudur (81). Yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, aşıların toplum sağlığı için önemini daha iyi anlayabilir ve bu bilgilere dayanarak bilinçli kararlar alabilirler. Borga ve ark. yaptıkları çalışmada, özellikle COVID-19 aşısı tereddüdü ile ilişkilendirilen

karakteristikleri araştırmıştırlardır (82). Pandemi döneminde, bireylerin aşıya nasıl tepki verdikleri ve bu tepkilerin hangi faktörlere bağlı olduğu büyük bir öneme sahiptir. Aynı şekilde, Hersh ve ark. çalışmalarında, birincil bakım pratiğinde sağlık okuryazarlığını ele almışlardır (83). Bu çalışma, hastaların sağlık kararlarına sağlık okuryazarlığının nasıl etki edebileceği konusunda değerli bilgiler sunmaktadır.

Sonuç olarak aşı yaptırma kararlarının bireylerin sağlık okuryazarlığı, bilgi, tutum ve inançlarına bağlı olarak şekillendiği söylenebilir. Yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, aşının faydalarını ve risklerini daha iyi değerlendirebilir ve bu bilgilere dayanarak daha bilinçli kararlar alabilirler. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığının artırılması, aşılama oranlarını artırmada kilit bir rol oynayabilir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların büyük bir çoğunluğu (n=211, %69,9) erişkin bağışıklama konusunda bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Ancak, literatürle karşılaştırıldığında bu oranın farklı çalışmalarda değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Tayyar ve ark. gerçekleştirdiği çalışma sonuçlarına göre, bu oran %74,9 ile oldukça benzerlik göstermektedir (84). Bununla birlikte, İneli ve ark gtarafında yapılan çalışmada bu oran %47,2 iken; Aksakal ve arkadaşlarının çalışmasında ise %43,5 olarak belirlenmiştir (85,86).

Bu durum konuyla ilgili farkındalığın ve bilgilendirmenin toplum veya gruplara göre değişkenlik gösterebildiğini ortaya koymaktadır. Farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlardaki farklılığın; demografik özellikler, eğitim düzeyleri, erişim olanakları ve toplumsal farkındalık gibi birçok faktörden kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri yaşadıkları yerlere göre değişkenlik göstermektedir. Köyde yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlık ortalaması ($\bar{X}$=73.69) ile en yüksek iken, ilde yaşayanların ortalaması ($\bar{X}$=65.18) ile en düşük seviyede belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Bu sonuç bireylerin yaşadıkları yerin, sağlıkla ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerini etkileyebileceğini göstermektedir. Literatürdeki çalışmalarda bu çalışma ile benzer bulguları desteklemektedir. Coşkun ve Bebiş çalışmalarında sağlık okuryazarlığının bölgelere göre farklılık gösterebileceğini belirtmişlerdir (87).

Aşık ve ark. araştırmasında, kırsal bölgelerde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde sınırlılıklar yaşamasına rağmen, topluluk içinde bilgi paylaşımının daha yoğun olabileceği ve bu nedenle yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olabileceğini ifade etmişlerdir(88). İneli'nin çalışmasında, erişkinlerin erişkin aşıları hakkında bilgi, tutum ve görüşleri ile aşı yaptırma oranları arasında, bireylerin yaşadığı bölgenin etkili olduğu sonucuna varılmıştır (89).

Bu sonuçlar, köyde yaşayan bireylerin yüksek sağlık okuryazarlık seviyelerinin, sağlık bilgisi ve uygulamalarında daha bilinçli kararlar almalarına olanak tanıdığını göstermektedir. Kadıoğlu ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada, bireylerin yaşadığı yerin aşı bilincini ve aşı yaptırma davranışını etkilediği belirtilmiştir (90). Özellikle, kırsal bölgelerde yaşayan bireylerin topluluk içinde bilgi paylaşımı ve dayanışma nedeniyle aşılama konusunda daha bilinçli olabileceği vurgulanmıştır. Buna karşın, metropol bölgelerde yaşayan bireylerin daha geniş bilgi kaynaklarına erişimleri olmasına rağmen, yoğun yaşam temposu ve kentsel yaşamın getirdiği faktörler nedeniyle sağlık okuryazarlıklarının düşük olabileceği belirtilmiştir (91).

Sonuç olarak bu bulgular bireylerin yaşadıkları yerlerin sağlık okuryazarlığı üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik stratejilerin ve eğitimlerin, bireylerin yaşadıkları yerlere özgü olarak özelleştirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada, aile hekimliği polikliniğine başvuran erişkin bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin öğrenim durumlarına göre anlamlı farklılık saptanmamıştır. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, ilkokul mezunu ve altı seviyesindekilerin ($\bar{X}$=73.32), üniversite mezunlarından ($\bar{X}$=65.54) ve ortaokul/lise mezunlarından ($\bar{X}$=67.36) daha yüksek ortalamalara sahip olmaları dikkat çekicidir. Bu sonuçlar, literatürdeki önceki çalışmalarla parerel değildir. Baker ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığının eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu ve daha düşük eğitim seviyelerine sahip bireylerin daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (91). Benzer şekilde, Schillinger ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada, düşük eğitim düzeyinin düşük sağlık okur yazarlık ile ilişkili olduğu bulunmuştur (93). Her ne kadar bu tez çalışmasının sonuçları sağlık okur yazarlığı ve eğitim ile ilişkili bulunmamış olsa da literatürdeki bulgular; sağlık okuryazarlığının

öğrenim düzeyi ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Çalışma sonuçlarındaki bu farklılığın örneklem büyüklüğünden kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlarda aile yapısına göre sağlık okuryazarlığı yönünden anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuç literatür ile benzerlik göstermemektedir. Aile yapısı, bireylerin sağlıkla ilgili kararlarında önemli bir rol oynayabilir. Bu bağlamda, aile yapısının çocukluk çağı aşılamalarına yönelik tutumlar üzerindeki etkisi üzerine yapılan çalışmalar, bu konuda önemli bilgiler sunmaktadır.

Büyükkarakurt ve ark. tarafından 2018 yılında yapılan "Kırsal bölge toplumunun çocukluk çağı aşılamalarına yönelik tutumlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi" adlı çalışmada kırsal bölgelerdeki ailelerin çocukluk çağı aşılamalarına nasıl yaklaştıkları incelenmiştir.(94). Benzer bir çalışma Canbolat tarafından kentsel bölgelerde gerçekleştirilmiştir (79). Her iki çalışma da aile yapısının, çocukluk çağı aşılamalarına yönelik tutumlar üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, Yalman ve ark tarafından yapılan "Toplum sağlığının yönetimi: sağlık okuryazarlığı ve aşıya ilişkin tutum arasındaki ilişki" adlı çalışmada sağlık okuryazarlığının ve aşıya ilişkin tutumların toplum sağlığının yönetiminde nasıl bir rol oynadığını incelemiştir.(85).

Bu çalışma, ailenin sağlık okuryazarlığı düzeyinin, aşıya karşı tutumlarını doğrudan etkilediğini ve bu durumun toplum sağlığı üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, aile yapısının çocukluk çağı aşılamalarına yönelik tutumlar üzerindeki etkisi, birçok çalışma tarafından doğrulanmıştır. Ailelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, aşıya karşı tutumlarını doğrudan etkilemekte ve bu durum toplum sağlığının yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, ailelerin sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik politikaların ve eğitim programlarının geliştirilmesi, çocukluk çağı aşılamalarının başarı için büyük önem arzetmektedir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, aile gelir durumu ve sağlık okuryazarlığı arasında belirgin bir fark saptanmamıştır. Literatürde gelir durumu ile sağlık okur yazarlığı arasında farklı ilişkiler olduğu bildirilmiştir. Ulusoy ve ark. tarafından yapılan çalışmada "kötü" gelir seviyesine sahip bireylerin sağlık

okuryazarlık ortalamasının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (86).

Bu çalışmada, düşük gelir seviyesine sahip bireylerin, sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları zorluklar nedeniyle sağlıkla ilgili konularda daha fazla bilgi edinme eğiliminde oldukları belirtilmiştir. Sarıgül ve Arıcan tarafından yapılan çalışmalarda ise bu tez çalışmasının sonuçlarına benzer sonuçlar saptanmıştır (93,94).Bu çalışmalarda, orta ve yüksek gelir seviyesindeki bireylerin, sağlık okuryazarlık seviyelerinin benzer olduğu gözlemlenmiştir. Ancak, Degarege ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışma, yüksek gelir seviyesine sahip bireylerin, sağlık okuryazarlığında daha yüksek puanlara sahip olduğunu belirtmektedir (88). Aile gelir durumu ve sağlık okuryazarlığı arasında farklı ilişkiler bulunmaktadır. Gelir düzeyinin artmasının bilgiye ve sağlık hizmetine erişimi arttırdığı düşünülebilir.

Çalışmaların sonuçlarındaki farklılıkların kullanılan ölçüm araçlarının farklı olmasından kaynaklı olabildiği söylenebilir. Bu tür araştırmalar, toplum sağlığını geliştirme ve eşitsizlikleri azaltma hedefleri için önem arz etmekte olup, elde edilen sonuçlar politika yapıcılar için önemli bilgiler sunmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonucunda erişkin bağışıklama sıklığı ve sağlık okuryazarlığı seviyesinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Başta bu aşılar olmak üzere erişkin bağışıklama ile ilgili daha fazla bilgilenme ve farkındalık oluşturma çalışmalarıyla, toplumda aşılanmanın yaygınlaşması sağlanabilir.

Sağlık okuryazarlığının artırılması için eğitimin yanında medya ve tüm iletişim araçları kullanılmalıdır. Bireyler sağlık alanında doğru bilgilere, güvenilir bilgilendirme yollarıyla ulaşabilmelidir. Ayrıca kaynakların doğru kullanılması bireyin kendi sağlığı üzerinde yetkin olmasını güçlendirir. Sağlık okuryazarlığının gelişmesiyle, bireyler kendi sağlığının önemini daha iyi kavrayacak, sağlığı ile ilgili süreçlerde doğru kararlar alabilecek, koruyucu sağlık uygulamalarından daha etkin yararlanabileceklerdir. Kaliteli bir sağlık hizmeti verebilmek için öncelikle hastaların şikayetlerini doğru anlatabilmeleri ve semptomlarını net bir şekilde ifade edebilmeleri gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalarda ilaç kullanım yönergelerini izlemenin önemli bir sorun olduğu bununla birlikte yanlış ölçekte kullanıldığı da vurgulanmaktadır. Yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığın; öz bakım yetersizliğine, koruyucu sağlık hizmetlerinin düşük oranlarda kullanımına, kişinin sağlık durumunun kötü olduğunu anlamasında yetersizliğe neden olduğunu belirtmek mümkündür. Bağışıklama bilgi seviyesini arttırmak için sağlık eğitimi ve bilgilendirme hizmetleri verilebilir. Bilgilendirme hizmetleri bireyinişini, seyahat durumunu, yaşadığı yerin özelliklerini, yaşam tarzını, daha önceki aşı durumunu, kronik hastalık varlığını da dikkate alarak kapsamlı bir şekilde ele alınabilir. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı ile bağışıklama bilgi düzeyi arasındaki ilişkiyi daha iyi açıklamak gerekmektedir. Bu bakımdan,sağlık okuryzarlığının kapsamı geliştirilerek sağlık okuryazarlığı içerisine bağışıklama ile ilgili bir bölümün eklendiği ya da birden fazla ölçüm aracının birlikte kullanıldığı (aşı okuryazarlığına ve genel SOY'a özgü olan) yeni çalışmalar yapılmalıdır. Böylece, SOY 'un daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi sağlanabilir. SOY 'un bu şekilde kapsamlı değerlendirilmesi, bireyler ve sağlık sistemi arasında yeni bir ilişki türü geliştirmek için önemli olabilir. Daha kapsamlı sonuçlar için benzer çalışmaların kırsal ve kentsel bölgeleri kapsayacak şekilde sayı olarak arttırılması da bu konuda faydalı olabilir.

Kısıtlılıklar

Örneklem Kısıtlılığı; Araştırmada kullanılan örneklem, genel popülasyonu tam olarak yansıtmayabilir. Bu, seçilen bölgenin ya da katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin genel toplum yapısından farklı olabileceği anlamına gelir.

Kesitsel Tasarım; Bu bir kesitsel çalışma olduğu için, neden-sonuç ilişkileri hakkında kesin sonuçlara varmak mümkün değildir.

Değişkenlerin Ölçümü; Sağlık okuryazarlığının ölçümünde kullanılan ölçeklerin farklı popülasyonlarda farklı sonuçlar verebileceği bilinmektedir. Bu da çalışmanın sonuçlarının genellenmesini zorlaştırabilir.

ÖZET

Amaç: Çalışmada, Katip çelebi üniversitesi Atatürk eğitim ve araştırma hastanesine herhangi bir sebeple başvuran 18 yaş ve üstü kişilerin erişkin bağışıklama hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları üzerine sağlık okuryazarlığı düzeyinin etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı çalışmamız, bireylerin sosyodemografik özelliklerini, erişkin bağışıklama hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirleyen 31 soru ve 32 maddelik Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Bu çalışma nicel araştırma yaklaşımına göre yürütülmüştür. Verilerin analizinde yüzde, ortalama, bağımsız t-testi, Tek yönlü ANOVA kullanılmıştır. Tek yönlü ANOVA testlerinde anlamlı çıkan sonuçlarda farkın kaynağının belirlenmesi için Post-Hoc testler adı verilen çoklu karşılaştırma testlerinden LSD Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan katılımcılarının %74,3 ünün 18-30 yaş arasında olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan bireyler genel olarak erişkin bağışıklama ile ilgili bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Çalışmanın örneklemini 18-65 yaş arası toplamda 303 katılımcının %62.7'sinin kadın olduğu anlaşılmıştır. Katılımcıların %47,4'ü sınırlı, %16,1'i yetersiz, %25,8'i yeterli, %10,6'sı mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Çalışmada cinsiyet değişkenine göre sağlık okuryazarlık düzeyleri istatistiksel olarak erkelerin lehine anlamlı fark saptamıştır. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarının medeni duruma göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarının aşı yaptırma durumuna göre göre aşı yaptıranların lehine farklılaştığı tespit edilmiştir. Araştırmanın analiz sonuçlarına göre; katılımcıların aile gelir durumuna yere göre sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasındaki farklılaşmadığı anlaşılmaktadır. Bu çalışmada yapılan analiz sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarının çocuk sahibi olmaya göre

farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin en fazla yaptırdığı erişkin aşılarından en çok Tetanoz ve Grip aşıları yaptırılmıştır.

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda erişkin bağışıklama sıklığı ve sağlık okuryazarlığı seviyesinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Başta bu aşılar olmak üzere erişkin bağışıklama ile ilgili daha fazla bilgilenme ve farkındalık oluşturma çalışmalarıyla, toplumda aşılanmanın yaygınlaşması sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Erişkin bağışıklama, bilgi,tutum, sağlık okuryazarlığı,

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to investigate the effect of health literacy level on the knowledge, attitudes and behaviors of people aged 18 years and over who applied to Katip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital for any reason on adult immunization.

Materials and Methods: The observational, analytical, cross-sectional study was conducted by face-to-face interviews using 31 questions and 32-item Turkey Health Literacy (TSOY-32) Scale, which determines the sociodemographic characteristics, knowledge, attitudes and behaviors of individuals about adult immunization. This study was conducted according to the quantitative research approach. Percentage, mean, independent t-test, one-way ANOVA were used to analyze the data..

Results: 303 people participated in the study. The mean age of the participants was 38.3 years (SD: 13.6, min-max: 18-83), 51.2% were in the 27-49 age group and 63.7% were female. The proportion of health workers was 14.1% (n=44) and the proportion of participants with chronic diseases was 26.92% (n=84). 73.08% (n=228) of the individuals stated that they had knowledge about adult immunization and 83.01% (n=259) stated that adult immunization was necessary. The most common source of information about vaccines was 'television-internet' (45.4%, n=105). 71.4% (n=223) of the individuals had received at least one adult vaccine. Tetanus (41.03%, n=128) and Influenza (32.69%, n=102) vaccines were the most common adult vaccines. The rate of pneumococcal vaccination among people with chronic diseases was 15.48% (n=13) and the rate of Hepatitis B vaccination among healthcare workers was 59.09% (n=26). There were no participants aged 60 years and over who received shingles vaccine and the rate of HPV vaccination among women aged 19-26 years was 1.7% (n=1). The most common reason for adult vaccination was 'to protect against diseases' (58.0%, n=130). The most common reason for not having adult vaccination was 'not recommended by the doctor' (42.05%; n=37). 47.4% of the participants had limited health literacy, 16.1% had inadequate health literacy, 25.8% had adequate health literacy and 10.6% had excellent health literacy. It was found that having knowledge about adult immunization and having adult vaccination were positively correlated with TSOY-32 Scale "Treatment and service-evaluation of health-related information" subscale scores (p=0.014, p=0.037).

Conclusion: As a result of our study, it was determined that adult immunization frequency and health literacy level were insufficient. More information and awareness-raising activities about adult immunization, especially these vaccines, can be made widespread in society**.**

Keywords: Adult immunization, knowledge, attitude, health literacy

KAYNAKLAR

1. Mehta, B., et al., Adult immunization: the need to address. Hum Vaccin Immunother, 2014. **10**(2): p. 306-9.
2. Nelson C. Vaccine introduction guidelines. Adding a vaccine to a national immunization programme: decision and implementation. .
3. Williams, W.W., et al., Surveillance of vaccination coverage among adult populations—United States, 2014. Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries, 2016. **65**(1): p. 1-36.
4. Gellin, B.G., et al., The national adult immunization plan: strengthening adult immunization through coordinated action. American journal of preventive medicine, 2016. **51**(6): p. 1079-1083.
5. Zaki, S., et al., Frequency and factors associated with adult immunization in patients visiting family medicine clinics at a Tertiary Care Hospital, Karachi. Cureus, 2018. **10**(1).
6. Toprak, D., et al., Adult vaccination, problems in practice and solution proposals, role of famıly physicians in adult vaccination. Turkish Journal of Family Practice, 2018. **22**(3): p. 166-174.
7. Kim, D.K., et al., Advisory Committee on Immunization Practices Recommended Immunization Schedule for Adults Aged 19 Years or Older - United States, 2017. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2017. **66**(5): p. 136-138.
8. Control, C.f.D. and Prevention, Adult immunization schedule by vaccine and age group. Published February, 2020. **6**.
9. Appendix B: Travel Vaccine Summary Table - Appendices - 2020 Yellow Book | Travelers' Health | CDC [İnternet]. [a.yer 03 Aralık 2022]. Erişim adresi: https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/appendices/appendix-b-travel-vaccine-summary-table
10. Ratzan, S.C., Health literacy: communication for the public good. Health promotion international, 2001. **16**(2): p. 207-214.
11. Ildirim İ. Aşılamanın Dünü, Bugünü, Yarını. Güncel Pediatri. 01 Eylül 2003;1(1):5-9. .
12. AKDENİZ, M. and E. KAVUKCU, Aşılama ve aşıların tarihçesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği, 2016. **8**(2): p. 11-28.
13. brief history of vaccination [Internet]. Immunisation Advisory Centre. 2016 [a.yer 12 Eylül 2022]. Erişim adresi: https://www.immune.org.nz/vaccines/vaccine-development/brief-historyvaccination
14. N. Erol. Aşı ve Serum Üretimi Dosya/Derleme. Savaş Yıllarında. Toplum ve Hekim. EylülEkim Cilt 18 Sayı Nermin EROL - PDF Free Download [İnternet]. [a.yer 12 Eylül 2022]. Erişim adresi: https://docplayer.biz.tr/225017284-Asi-ve-serum-uretimi-dosya-derleme-savas-yillarinda-toplum-vehekim-eylul-ekim-cilt-18-sayi-nermin-erol.html

15. Türkiye'de Aşının Tarihçesi [İnternet]. [a.yer 12 Eylül 2022]. Erişim adresi: https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/33-asinin-tarihcesi

16. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: 13.03.2009/7941 ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi Okul Aşılamaları konulu, 11.10.2010 tarihli B100TSH0110005 no'lu Genelgesi. [İnternet]. [a.yer 18 Eylül 2022]. Erişim adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1117,gbpgenelge2008pdf.pdf?0

17. Yetişkin Aşılama [İnternet]. [a.yer 03 Aralık 2022]. Erişim adresi: https://asi.saglik.gov.tr/asikimlere-yapilir/liste/30-yeti%C5%9Fkin-a%C5%9F%C4%B1lama.html

18. Topaç O. Sağlık Bakanlığı Ulusal Aşılama (GBP) Programı. :51. Ulusal Sosyal Pediatri Sempozyumu

19. Rehberi, E.B., Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Dernegi. 2016.

20. Orhon, F.Ş., Genişletilmiş bağışıklama programına her yönüyle bakış. Osmangazi Tıp Dergisi, 2020: p. 6-14.

21. Murthy, N., et al., Advisory committee on immunization practices recommended immunization schedule for adults aged 19 years or older—United States, 2022. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2022. **71**(7): p. 229.

22. Rehberi, E.B., Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD). İstanbul Mayıs, 2016: p. 17-51.

23. Hepatit-B-Aşısı-Neşe-Saltoğlu.pdf [İnternet]. [a.yer 21 Ekim 2022]. Erişim adresi: https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2018/10/Hepatit-B-A%C5%9EISI-NE%C5%9EESALTO%C4%9ELU.pdf

24. ÖZGÜNEŞ, İ., ERİŞKİNLERDE GÜNCEL AŞILAR.

25. ACIP Zoster Vaccine Recommendations | Shingles | CDC [İnternet]. 2022 [a.yer 22 Ekim 2022]. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/shingles.html

26. Kaya HP. Prof. Dr. Serhat Ünal: Zona hastalığından korunmak için tek doz aşı yeterli! [İnternet]. Medikal Akademi. 2016 [a.yer 22 Ekim 2022]. Erişim adresi: https://www.medikalakademi.com.tr/zona-hastaligindan-korunmak-icin-tek-doz-asi-yeterli/ 66

27. HPV Vaccination | HKM [İnternet]. 2022 [a.yer 22 Ekim 2022]. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/hcp/vaccines.html

28. Erişkin Risk Grubu Bağışıklama Algoritması.pdf [İnternet]. [a.yer 21 Ekim 2022]. Erişim adresi: https://www.tahud.org.tr/file/da040800-2c56-44b1-828d6a1c7a023aa0/ERI%CC%87S%CC%A7KI%CC%87N%20RI%CC%87SK%20GRUBU%20BAG%C C%86IS%CC%A7IKLAMA%20ALGORI%CC%87TMASI.pdf

29. Nutbeam, D., Health promotion glossary. Health promotion, 1986. **1**(1): p. 113-127.

30. Sağlığın Teşviki Sözlük.pdf [İnternet]. [a.yer 23 Ekim 2022]. Erişim adresi: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20 Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf

31. Biçer, E.B. and İ. MALATYALI, Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2018. **17**(2): p. 1-15.

32. Safeer, R.S. and J. Keenan, Health literacy: the gap between physicians and patients. American family physician, 2005. **72**(3): p. 463-468.

33. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Sağlık ve sosyal hizmet çalışanları sendikasi Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları. 2014. :96. .

34. Kutner, M., et al., The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. National Center for education statistics, 2006.

35. Sørensen, K., et al., Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). The European journal of public health, 2015. **25**(6): p. 1053-1058.

36. Nutbeam, D., Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international, 2000. **15**(3): p. 259-267.

37. Parker, R.M., et al., The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. Journal of general internal medicine, 1995. **10**: p. 537-541.

38. Üçpunar, E., Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testinin uyarlama çalışması. 2014, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

39. Davis, T.C., et al., Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. Family medicine, 1991. **23**(6): p. 433-435.

40. Ozdemir, H., et al., Health literacy among adults: a study from Turkey. Health education research, 2010. **25**(3): p. 464-477.

41. Weiss, B.D., et al., Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. The Annals of Family Medicine, 2005. **3**(6): p. 514-522.

42. Topuz, A., Sağlık okur-yazarlığı ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışmasının yapılması ve ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ilaç uygulama hatalarına etkisinin belirlenmesi. 2016, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

43. Kumar, D., et al., Parental understanding of infant health information: health literacy, numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). Academic pediatrics, 2010. **10**(5): p. 309-316.

44. TEMEL, A.B. and Z. ÇİMEN, Kronik hastaliği olan yaşli bireylerde sağlik okuryazarliği, sağlik algisi ve ilişkili faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015. **33**(3): p. 105-125.

45. Sørensen, K., et al., Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health, 2012. **12**: p. 1-13.

46. Aras, Z. and A.T. Bayık, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi. 2017.

47. Sezer, A. and H. KADIOĞLU, Yetişkin Sağlik Okuryazarliği Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014. **17**(3): p. 165-170.

48. Norman, C.D. and H.A. Skinner, eHEALS: the eHealth literacy scale. Journal of medical Internet research, 2006. **8**(4): p. e507.

49. Coşkun, S. and H. Bebiş, Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Gülhane Tıp Dergisi, 2015. **57**(4): p. 378-384.

50. ABACIGİL, F., et al., Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. 2016.

51. Alagöz, C. M. (2013). Aile sağlığı merkezine başvuran 18-65 yaş arası bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler.

52. Bakan, A.B. and M. Yıldız, 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. Sağlık ve Toplum, 2019. **29**(3): p. 33-40.

53. BÜKECİK, N. and F. ADANA, Hastane çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörler: Konya ili örneği. Caucasian Journal of Science, 2021. **8**(1): p. 1-13.

54. Deniz, S., Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. İnsan ve İnsan, 2020. **7**(24): p. 84-96.

55. GÖZLÜ, K., SAĞLIĞIN SOSYAL BİR BELİRLEYİCİSİ: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI A SOCIAL DETERMINANT OF HEALTH: HEALTH LITERACY. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2020. **27**(1): p. 137-144.

56. Öztaş, Ö. and G.A. KORKMAZ, Yaşlı bireylerin ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili ilaç kullanım davranışları ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2019. **6**(3): p. 132-140.

57. SOYLAR, P. and B.U. KADIOĞLU, Yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı ve obeziteyle ilişkili bazı davranışlarının incelenmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 2020. **10**(2): p. 270-276.

58. Şantaş, G., Türkiye'de sağlık okuryazarlığı araştırmaları: Lisansüstü tezlere yönelik bir içerik analizi. Turkish Journal of Science and Health, 2021. **2**(2): p. 54-60.

59. Ergün, S., Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı. 2017.

60. Haun, J.N., et al., Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. BMC health services research, 2015. **15**: p. 1-11.

61. Lee, H.Y., et al., Health literacy as a social determinant of health in Asian American immigrants: findings from a population-based survey in California. Journal of general internal medicine, 2015. **30**: p. 1118-1124.

62. Morrison, A.K., et al., Health literacy affects likelihood of radiology testing in the pediatric emergency department. The Journal of pediatrics, 2015. **166**(4): p. 1037-1041. e1.

63. Efe- Mergen, D (2023). Hasta-hekim iletişiminin, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisi.

64. Çetinkaya, N. R. (2023). Erişkin hastalarda sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

65. Emel, B. (2022). Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile covıd-19 aşısına yönelik tutum arasındaki ilişkinin araştırılması: bir vaka kontrol çalışması.

66. Tayyar T. Erişkin Dönem Aşıları ile İlgili Bilgi ve Tutumların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi. Ankara 2021.

67. İneli B. 18 Yaş Üstü Erişkinlerin, Erişkin Aşıları Konusundaki Bilgi, Tutum ve Görüşleri ile Aşı Yaptırma Oranlarının Değerlendirilmesi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Antalya 2016.

68. Baran Aksakal FN, Koçak C, Uğraş Dikmen A, Altun B, Büyükdemirci E. Investigation of 1. Tayyar T. Erişkin Dönem Aşıları ile İlgili Bilgi ve Tutumların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi. Ankara 2021.

69. İneli B. 18 Yaş Üstü Erişkinlerin, Erişkin Aşıları Konusundaki Bilgi, Tutum ve Görüşleri ile Aşı Yaptırma Oranlarının Değerlendirilmesi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Antalya 2016.

70. Baran Aksakal FN, Koçak C, Uğraş Dikmen A, Altun B, Büyükdemirci E. Investigation of Knowledge, Attitudes and Behaviors Related To Adult Vaccination of People Over 18 Years Old Who Apply To Family Health Centers in Ankara. FLORA. 01 Eylül 2018;23(3):124-34.

71. Kadıoğlu E. Samsun'da bireylerin erişkin aşıları hakkındaki farkındalıklarının mevcut erişkin aşılanma durumlarının tespiti ve değerlendirilmesi. 2011.

72. Grandahl M, Tydén T, Westerling R, Nevéus T, Rosenblad A, Hedin E, et al. To consent or decline HPV vaccination: a pilot study at the start of the national school- based vaccination program in Sweden. Journal of school health. 2017;87(1):62-70.

73. Chen M-F, Wang R-H, Schneider JK, Tsai C-T, Jiang DD-S, Hung M-N, et al. Using the health belief model to understand caregiver factors influencing childhood influenza vaccinations. Journal of Community Health Nursing. 2011;28(1):29-40.

74. Bardak F. Annelerin sağlık inanç modeline göre aşı tutumları ve bazı bebek sağlığı uygulamları ile ilişkisi.Konya, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Yüksek Lisans Tezi

75 Kaydirak MM, Gumusay M, Gulec Y, Sahin NH. Parental opinions and approaches about childhood vaccinations: are anti-vaccination approaches and indecisiveness parental rights? Journal of Community Health Nursing. 2020;37(4):222-32.

76. Johri M, Subramanian S, Sylvestre M-P, Dudeja S, Chandra D, Koné GK, et al. Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study. J Epidemiol Community Health. 2015;69(9):849-57.

77. Cordina M, Lauri MA. Attitudes towards COVID-19 vaccination, vaccine hesitancy and intention to take the vaccine. Pharmacy Practice (Granada). 2021;19(1).

78. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health education research. 2010;25(3):464-77.

79. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FND, Çakır B, Akalın HE. Sağlik okuryazarliği araştirmasi. Sağlık-Sen Yayınları. 2014;6:42-7.

80. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. National Center for education statistics. 2006.

81. Uzuner A, Arabacı Ş, Yüceel Aİ, Kocatürk AC, Kaynar E, Khan A. Knowledge, attitude and behaviors of adults about adulthood immunization. TJFMPC. 2018;12(3):215-25.

82. Lorini C, Santomauro F, Donzellini M, Capecchi L, Bechini A, Boccalini S, et al. Health literacy and vaccination: A systematic review. Human vaccines & immunotherapeutics. 2018;14(2):478-88.

83. Borga LG, Clark AE, D'Ambrosio C, Lepinteur A. Characteristics associated with COVID-19 vaccine hesitancy. Scientific Reports. 2022;12(1):12435.

84. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health literacy in primary care practice. American family physician. 2015;92(2):118-24.

85. Coşkun S, Bebiş H. Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Gülhane Tıp Dergisi. 2015;57(4):378-84.

86. Bilgili P, Çakmak T, Aşık Z. Erişkinlerin erişkinlik dönemi aşıları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2013;17(3):113-8.

87. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J.

Health literacy and mortality among elderly persons. Archives of internal medicine. 2007;167(14):1503-9.

88. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. Jama. 2002;288(4):475-82.
22. Büyükkarakurt Z. Kırsal bölge toplumunun çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

89. Canbolat KS. Kentsel bölge toplumunun çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

90. Yalman F, Sancar T. Toplum Sağlığının Yönetimi: Sağlık Okuryazarlığı Ve Aşıya İlişkin Tutum Arasındaki İlişki. Cumhuriyet Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2021;45(2):259-78.

91. Ulusoy E, Yılmaz TE, Çifci A, Yılmaz T, Kasım İ, Özkara A. Sağlam çocuk takibinde ebeveynlerin rolü ve sağlık okuryazarlığı. Ankara Medical Journal. 2020;20(3):588-604.

92. Sarıgül B. Aile hekimliğine başvuran bireylerin aşı hakkındaki davranış, bilgi vetutumlarının değerlendirilmesi. Çanakkale: Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, AileHekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019.

93. Arıcan MD. Sağlık çalışanları arasında aşılamaya genel bakış, aşı kabulü ve reddini etkileyen faktörler. İzmir: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve AraştırmaHastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019.

94 Degarege A, Krupp K, Srinivas V, Ibrahimou B, Madhivanan P. Structural equation modeling to detect correlates of childhood vaccination: A moderated mediation analysis. Plos one. 2020;15(10):e0240749.