T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ERZURUM İL MERKEZİNDE YETİŞKİNLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE ETKİLİ FAKTÖRLER

DR. DUYGU KAVUNCUOĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. ZAHİDE KOŞAN

ERZURUM-2020

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi: 13.03.2020 tarih ve 42190979-302.14.05-E.2000083004 sayılı yazınız

TIPTA UZMANLIK TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencisi **Arş. Gör. Dr. Duygu KAVUNCUOĞLU'nun** " **Erzurum İl Merkezinde Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Etkili Faktörler**" konulu tezini incelemek üzere oluşturulan tez jürisine üye olarak seçildiğimizin ilgi yazınızla bildirilmesi üzerine jüri üyeleri, **17.03.2020** tarihinde toplanmış ve ilgili öğrenci tez savunmasına alınmıştır.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunmasının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezi jüri üyelerince **oy birliği ile kabul edilmiştir.**

Bilgilerinize arz ederiz.

Prof. Dr. Serhat VANÇELİK
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Zahide KOŞAN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.D Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Talat EZMECİ
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.D Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER I
TABLOLAR LİSTESİ III
ŞEKİLLER LİSTESİ V
KISALTMALAR VI
TEŞEKKÜR VII
ÖZET VIII
ABSTRACT X
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Sağlığın Geliştirilmesi 4
2.2. Sağlık Okuryazarlığı 14
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi 19
2.2.2. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı 21
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri 22
2.2.3.1 Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı 22
2.2.3.2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı 22
2.2.3.3. Kritik Sağlık Okuryazarlığı 23
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Ölçümü 23
2.2.5. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) Ve Sağlık Okuryazarlığı 25
2.2.6. Sağlık Okuryazarlığı İçin Eylem Alanları 27
3. GEREÇ VE YÖNTEM 29
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı 29
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 29
3.3. Araştırmanın Hipotezleri 30
3.4. Araştırmanının Değişkenleri 30
3. 5. İzinler 31
3. 6. Verilerin Toplama Araçları ve Yöntemi 31
3. 6. 1. Anket Formunun Oluşturulması ve Düzenlenmesi 31
3.6.2. Anket Formunun Uygulanması 32
3.6.3. Verilerin Analizi 33

3.7. Araştırmanın süresi 34
4. BULGULAR 35
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin 35
4.2. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği sorularına verdikleri cevapların dağılımı 40
4.3. Katılımcıların TSOY-32 puanları ve SOY düzeyleri 44
4.4. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOY Düzeyleri Karşılaştırmaları 47
5. TARTIŞMA 77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 91
7. KAYNAKLAR 94
8. EKLER 105

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık okuryazarlığının kavramsal 12 alt boyutu (HLS-EU model) 19
Tablo 2. TSOY-32 ölçeği indeks puanlarına göre SOY düzeyleri..... 32
Tablo 3. TSOY-32'nin 2X4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları..... 32
Tablo 4. Araştırma düzenleme planı ve zaman çizelgesi..... 34
Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı..... 36
Tablo 6. Katılımcıların doğdukları ve en uzun yaşadıkları yerleşim yerinin özelliklerine göre dağılımları 37
Tablo 7. Katılımcıların aile yapılarına ilişkin özellikler ve sosyoekonomik özelliklerinin dağılımı 38
Tablo 8. Katılımcıların kendileri ve birici derecede yakınlarının sağlıkla ilişkili bazı özelliklerinin dağılımı 39
Tablo 9. Katılımcıların okuma alışkanlıkları 40
Tablo 10. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu sorularına verdikleri cevapların dağılımı 41
Tablo 11. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu sorularına verdikleri cevapların dağılımı 43
Tablo 12. Katılımcıların TSOY-32 kategori puanları 45
Tablo 13. Katılımcıların TSOY-32 kategorilerine göre SOY düzeyleri 46
Tablo 14. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre SOY düzeylerinin karşılaştırılması 48
Tablo 15. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeylerinin karşılaştırılması 52
Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeylerinin karşılaştırılması 53
Tablo 17. Katılımcıların doğdukların yerin özelliklerine göre SOY düzeylerinin karşılaştırılması 55
Tablo 18. Katılımcıların aileleri ile ilgili özeliklerine göre SOY düzeylerinin karşılaştırılması 56
Tablo 19. Katılımcıların aileleri ile ilgili özeliklerine göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyleri..... 58

Tablo 20. Katılımcıların aileleri ile ilgili özeliklerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi SOY düzeyleri 59
Tablo 21. Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerin özelliklerine göre SOY düzeylerinin karşılaştırılması 59
Tablo 22. Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerin özelliklerine göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeylerinin karşılaştırılması..... 61
Tablo 23. Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerin özelliklerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi SOY düzeylerinin karşılaştırılması 61
Tablo 24. Katılımcıların bazı sosyoekonomik özelliklerine göre SOY düzeylerinin karşılaştırılması 62
Tablo 25. Katılımcıların bazı sosyoekonomik özelliklerine göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeylerinin karşılaştırılması 65
Tablo 26. Katılımcıların bazı sosyoekonomik özelliklerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeylerinin karşılaştırılması..... 66
Tablo 27. Katılımcıların sağlıkla ilişkili bazı özelliklerine göre SOY düzeylerinin karşılaştırılması 67
Tablo 28. Katılımcıların sağlıkla ilişkili bazı özelliklerine göre tedavi ve hizmet SOY alt boyut düzeylerinin karşılaştırılması 71
Tablo 29. Katılımcıların sağlıkla ilişkili bazı özelliklerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi SOY düzeylerinin karşılaştırılması..... 73
Tablo 30. Katılımcıların okuma alışkanlıklarına göre SOY düzeylerinin karşılaştırılması 74
Tablo 31. Katılımcıların okuma alışkanlıklarına göre tedavi ve hizmet SOY düzeylerinin karşılaştırılması 75
Tablo 32. Katılımcıların okuma alışkanlıklarına göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi SOY düzeylerinin karşılaşılaştırılması 75
Tablo 33. Lojistik regresyon analizi sonucu elde edilen final modeline ait bulgular 76

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık okuryazarlığı modeli 18
Şekil 2. Katılımcıların TSOY-32 kategorilerine göre SOY düzeyleri 47
Şekil 3. Katılımcıların yaş gruplarına göre SOY düzeylerinin dağılımı 49
Şekil 4. Katılımcıların cinsiyetlerine göre SOY düzeylerinin dağılımı 49
Şekil 5. Katılımcıların eğitim durumlarına göre SOY düzeylerinin dağılımı 50
Şekil 6. Katılımcıların medeni durumlarına göre SOY düzeylerinin dağılımı 50
Şekil 7. Katılımcıların doğdukları yerleşim birimine göre SOY düzeylerinin dağılımı 55
Şekil 8. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre SOY düzeylerinin dağılımı 57
Şekil 9. Katılımcıların aile tipine göre SOY düzeylerinin dağılımı 57
Şekil 10. Katılımcıların en uzun süre yaşadığı yerleşim birimine göre SOY düzeylerinin dağılımı 60
Şekil 11. Katılımcıların çalışma durumuna göre SOY düzeylerinin dağılımı 63
Şekil 12. Katılımcıların gelir durumuna göre SOY düzeylerinin dağılımı 63
Şekil 13. Katılımcıların sosyal güvencelerinin olma durumuna göre SOY düzeylerinin dağılımı 64
Şekil 14. Katılımcıların ailelerinde sağlık çalışanı olma durumuna göre SOY düzeylerinin dağılımı 68
Şekil 15. Katılımcılarda kronik hastalık varlığına göre SOY düzeylerinin dağılımı 68
Şekil 16. Katılımcıların birinci derece yakınlarında kronik hastalık varlığına göre SOY düzeylerinin dağılımı 69
Şekil 17. Katılımcıların hastanede yatış öykülerinin olması durumuna göre SOY düzeylerinin dağılımı 69
Şekil 18. Katılımcıların herhangi bir sağlık eğitimi almış olma durumuna göre SOY düzeylerinin dağılımı 70
Şekil 19. Katılımcıların düzenli gazete/kitap okuma durumuna göre SOY düzeylerinin dağılımı 74

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

TPS: Tüm Politikalarda Sağlık

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

IOM: Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü

REALM: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini

TOFHLA: Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi

HLS 47: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (European Health Literacy Survey-Questionnarie 47)

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

SKH: Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ASOY TR: Avrupa Sağlık Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve çalışmalarım süresince desteklerini esirgemeyen, değerli bilgi ve deneyimlerini her zaman paylaşarak rehberim olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Serhat Vançelik, Doç. Dr. Zahide Koşan ve Dr. Öğr. Üyesi Sinan Yılmaz'a saygı ve teşekkürlerimi sunarım. Çalışmalarımın her anında yardımını esirgemeyen çalışma arkadaşım bölüm sektererimiz Yeliz Hararlı'ya ayrıca teşekkür ederim.

Dr. Duygu Kavuncuoğlu

ÖZET

Erzurum İl Merkezinde Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Etkili Faktörler

Amaç: Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmek ve karar verebilmek, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, bu bilgileri ve mesajları doğru olarak algılama ve anlama konularındaki istekleri ve kapasiteleridir. Bu çalışma, Erzurum il merkezinde yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeyi ve etkileyen faktörleri incelemeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel nitelikteki bu çalışma büyükşehir statüsünde olan Erzurum ilinin merkez ilçeleri olan Yakutiye, Palandöken ve Aziziye ilçelerinde yaşayan 15-65 yaş arası popülasyonda 864 kişi ile gerçekleştirildi. Araştırmada kullanılan anket formu; kişisel bilgi formu ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 olmak üzere iki bölümden oluşmaktaydı. Anket formu katılımcıların onamları alındıktan sonra gözlem altında uygulandı. Verilerin girişinde ve istatistiksel değerlendirmesinde SPSSv24 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak sunuldu. Analizlerde Ki kare testi, Spearman korelasyon analizi ve regresyon analizi yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 35.6±13.0 yıldı ve %55.8'i kadındı. Katılımcıların %23.6'sı (n=204) ilkokul düzeyinde eğitime sahip ya da eğitim almamış, %66.6'sı evli, %37.8'i çocuk sahibiydi ve %56.0'sı gelir getiren bir işte çalışmadığını belirtmişti. TSOY-32 ölçek genel indeks puanı ortalamaları 31.9±9.5'ti. Araştırmaya katılan bireylerin %24.1'i yetersiz, %31.6'sı sorunlu, %27.7'si yeterli, %16.6'sı mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. Katılımcıların yaş grupları ($p<0.001$), cinsiyetleri ($p=0.007$), eğitim seviyeleri ($p<0.001$), medeni durumları ($p<0.001$), sosyal güvenceye sahip olmaları ($p<0.001$), kendilerinde ve birinci derece yakınlarında kronik hastalık bulunma durumları (sırasıyla $p=0.002$ ve $p<0.001$), hastanede 15 günden daha uzun süre yatma öykülerine ($p=0.026$) göre genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Araştırmaya

katılanların doğdukları yerleşim birimi (p=0.136), aile tipleri (p=0.480), en uzun süre yaşadıkları yer (p=0.590), çalışma durumu (p=0.053) ve gelir durumuna (p=0.074) göre SOY düzeyleri benzerdi.

Sonuç: Erzurum ilinde yetişkinlerin yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyi (%55.7) yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin anlaşılması; sağlığı geliştirme, sağlık hizmet planlamaları ve bu alanda yapılacak müdahale çalışmaları açısından önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, TSOY-32, Sağlığın Geliştirilmesi

ABSTRACT

Adults Health Literacy Level and Effective Factors in Erzurum City Center

Objective: Health literacy related to general literacy is requests and capacities of individuals about accessing health-related information sources, to perceive and understand these information and messages correctly in order to develop and decide on health-related issues, to protect, maintain and improve their health, and to improve the quality of life. In this study, it was aimed to determine the level of health literacy of adults in Erzurum city center and to examine the influencing factors.

Method: This descriptive cross-sectional study was carried out with 864 people in the population between 15 and 65 years of age living in the central districts of Erzurum, Yakutiye, Palandöken and Aziziye. The questionnaire used in the research consisted of two parts, including personal information form and Turkey Health Literacy Scale-32. The questionnaire was applied under observation after obtaining the consent of the participants. SPSSv24 package program was used for data entry and statistical evaluation. Descriptive statistics were presented as percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum values. In the analysis, Chi-square test, Spearman correlation analysis and regression analysis were performed. $p < 0.05$ was regarded as statistically significant.

Results: The mean age of the participants was 35.6 ± 13.0 years and 55.8% of them were female. Of the participants 23.6% (n = 204) stated that they had or did not receive education at primary school level, 66.6% were married, 37.8% had children and 56.0% stated that they did not work in an income-generating job. The average of TSOY-32 scale general index score was 31.9 ± 9.5. 24.1% of the individuals participating in the study were insufficient, 31.6% were problematic, 27.7% were adequate, 16.6% had excellent health literacy. Participants' health literacy levels were significantly affected by their age groups ($p <0.001$), gender ($p = 0.007$), education levels ($p <0.001$), marital status ($p <0.001$), having social security ($p <0.001$), and having chronic disease in their own or first degree relatives ($p = 0.002$ and $p <0.001$ respectively), and hospitalization stories for more than 15 days ($p = 0.026$). SOY

levels were similar in terms of they're living in urban or rural region (p = 0.136), their family types (p = 0.480), longest living place (p = 0.590), working status (p = 0.053) and income (p = 0.074).

Conclusion: In Erzurum province, the level of inadequate-problematic health literacy of adults (55.7%) is a common public health problem. Understanding the factors affecting health literacy; is important in terms of health promotion, health service planning and intervention studies in this field.

Keywords: Health literacy, TSOY-32, Health Promotion

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmek ve karar verebilmek, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, bu bilgileri ve mesajları doğru olarak algılama ve anlama konularındaki istekleri ve kapasiteleridir (1, 2).

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın geliştirilmesi çerçevesinde tanımlanmış bir kavramdır. İlk kez Scott Simonds tarafından 1974 yılında "Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi" başlıklı makalede yer almıştır (3). Sağlığın geliştirilmesi kavramı 1986 yılında Kanada'da yapılan Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı sırasında "bireylerin sağlıkları üzerinde kontrol ve sağlıklarını geliştirme olanağı olması" şeklinde tanımlanmıştır. Sağlık üzerinde etkili olan faktörlerin (sağlığın belirleyicileri), diğer taraftan sosyal, politik ve ekonomik koşulların da öğrenilmesi ve algılanması konularını içerecek şekilde "sağlık okuryazarlığı" kavramı ortaya konmuştur (4). Ancak literatürde yaygın şekilde kullanımı, Amerika'da 2003 yılında gerçekleştirilen "Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi" çalışmasından sonra başlamıştır (5). Sağlık araştırmacıları ve klinisyenler tarafından yapılan çalışmalar neticesinde, öncelikle sağlık okuryazarlığının tanımı geliştirilmiş ve ardından "tıbbi okuryazarlık", "hasta sağlık okuryazarlığı" ve "klinik sağlık okuryazarlığı" gibi alternatif terimler de eklenerek kavramın kapsamı genişletilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı, bireyin hayat tarzını ve yaşam şartlarını değiştirerek onun hem birey, hem de toplum sağlığını iyileştirecek olan davranışa sevk edecek bilgi, bireysel beceri ve özgüven düzeyini elde etmesini sağlar (6). Sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerilerini, bu hizmeti kullanabilme yeteneğini destekler ve geliştirir (6, 7). Mevcut sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını, bireyin kendi sağlığı ve toplum sağlığının üzerinde yetkin olmasını güçlendirir (8, 9).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yüksek okuryazarlık düzeyi oranları toplumlara yarar sağlar. Sınırlı sağlık okuryazarlığı sağlığı önemli derecede etkiler ve sınırlı sağlık okuryazarlığı sosyal bir eğilim izler, mevcut eşitsizlikleri daha da arttırır. Sağlık okuryazarlığı becerileri ve yeteneklerini geliştirmek yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili kapasite ve yeterlilik; durum, kültür ve ortamlara göre değişir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı, yüksek sağlık sistemi maliyetleri ile ilişkilidir (10). Araştırmalar yetersiz sağlık okuryazarlığı olan kişilerin sağlık bilgilerini kavramakta zorlandıklarını göstermektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığının daha fazla hastaneye yatma, acil servis hizmetlerini daha fazla kullanma, daha az koruyucu sağlık hizmeti alma, ilaçları düzgün kullanamama, sağlıkla ilgili mesajları iyi anlayamama, özellikle yaşlılarda daha kötü bir sağlık düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (11, 12).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yetişkinlerin sadece %12'sinin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmiştir (5). 2009 yılında yapılan, 10 uluslararası çalışmanın dahil edildiği sistematik bir derlemede, yetersiz sağlık okuryazarlığı prevalansının %34 ile %59 arasında olduğu bildirmiştir (13). Türkiye'de 2017 yılında yapılan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması"nda yetersiz sağlık okuryazarlığı %30.9, sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı %38 olarak saptanmıştır (14).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı, liseden daha az eğitim seviyesine sahip, sosyoekonomik düzeyi düşük, yaşlı, anadili ülkede konuşulandan farklı olan, göçmen bireyler, ırksal ve etnik azınlıklar arasında daha yaygındır (15-18). Düşük sağlık okuryazarlığı dezavantajlı sosyal gruplar ve kronik hastalıkları olan kişiler için sağlık eşitsizliklerinin nedeni olabilir (19-21).

Sağlık okuryazarlığı 1980'lerde tartışılmaya başlanmış olmasına rağmen, son yıllarda önemi daha da belirginleşmiştir. Sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesinin faydaları tüm dünyada iyi bilinmektedir. Sağlık okuryazarlığını ölçen bazı uluslararası ölçekler kısa süre önce Türkçe'ye uyarlanmıştır (15, 22, 23). Ancak Türkiye'de bu alanda bölgesel ve yerel verilerle birlikte daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (15, 24).

Bu çalışma, Erzurum il merkezinde yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeyi ve etkileyen faktörleri incelemeyi amaçlamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlığın Geliştirilmesi

Günümüzde bulaşıcı hastalıkların devam eden hastalık yükünün yanında, yeni ve yeniden ortaya çıkan hastalıkların yanı sıra bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların yükselişi sağlığın geliştirilmesini her zamankinden daha önemli bir noktaya ulaştırmıştır. Ticaretin küreselleşmesi, kentleşme, küresel seyahat kolaylığı, ileri teknolojiler gibi günümüz dünyasında ilerleme ve gelişmeye yardımcı olan faktörler, bir yandan olumlu sağlık sonuçlarına yol açarken bir yandanda kırılganlığı arttırmaktadır. Tütün kullanım prevelansının yüksek olması, sağlıksız beslenme davranışları ve azalan fiziksel aktivite bulaşıcı olmayan hastalıkları arttıran artan biyolojik risk faktörlerine katkıda bulunmaktadır. Küresel iklim değişikliğinin olumsuz etkileri, sedanter yaşam tarzı, doğal afetlerin ortaya çıkma sıklığının artması, finansal krizler, güvenlik tehditleri halk sağlığının bugün karşı karşıya kaldığı zorluklara eklenmektedir (25, 26).

DSÖ'nün tanımladığı gibi sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil; fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir. Ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarından faydalanmak, her bireyin temel haklarından biri olarak kabul edilir (27). Geçtiğimiz yüzyılda tüm dünyada bulaşıcı hastalıklara karşı geliştirilen bir sağlık savaşı olmasına karşın, yaşadığımız yüzyılda insan ömrünün uzaması tüm dünyada ve ülkemizde kronik hastalıkların en önemli mortalite ve morbidite sebebi olması sonucunu doğurmuş; bu epidemiyolojik değişim sağlık alanında da yeni yaklaşımların geliştirilmesini gerektirmiştir (28).

Sağlık; özellikle sosyal, ekonomik ve politik güçler olmak üzere sağlık sektörünün dışında diğer faktörlerden de etkilenmektedir. Bu güçler büyük ölçüde insanların büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullar içinde şekillenmekte, sağlık ihtiyaçlarını karşılamakta olan sistemlerle birlikte ülkeler arasında ve ülke içinde eşitsizliklere yol açmaktadır (29). Bu nedenle, mümkün olan en yüksek sağlık standardının elde edilmesi; toplumları, sağlık hizmet sunucularını ve diğer paydaşları içeren geleneksel tedavi edici hizmetlerin ötesinde kapsamlı ve bütünsel bir yaklaşıma dayanmaktadır. Bu bütünsel yaklaşıma göre bireyler ve toplumlar kendi sağlıkları için harekete geçmeli, halk sağlığı için liderliği teşvik etmeli, sağlıklı kamu

politikaları ve toplumda sürdürülebilir sağlık sistemleri oluşturmak için sektörler arası eylemleri teşvik etmeleri sağlanmalıdır. Bu unsurlar, insanların sağlığı ve belirleyicileri üzerinde kontrol sahibi olmalarını ve böylece sağlıklarını iyileştirmelerini sağlayan "sağlığın geliştirilmesi" kavramının özünü oluşturur. Sağlığın geliştirilmesi kavramı; sağlığı korumak ve iyileştirmek için gerekli olan değişiklikleri (yaşam tarzı, çevresel vb.) kolaylaştırmak amaçlı kişisel, örgütsel, sosyal ve politik düzeydeki müdahaleleri içerir (30).

Sağlığın geliştirilmesi yeni bir kavram değildir. Sağlığın sadece sağlık sektöründeki faktörler tarafından değil, aynı zamanda sağlık sektörü dışındaki faktörler tarafından da belirlendiği gerçeği uzun zaman önce kabul edilmiştir. 19. yüzyıl boyunca, germ teorisi henüz kurulmamışken, çoğu hastalığın kendine özgü nedeni 'miasma' olarak kabul edilmiş; ancak yoksulluk, yoksunluk, kötü yaşam koşulları, eğitim eksikliği, vb. nedenler hastalık ve ölüme katkıda bulunmaya devam etmiştir. William Alison'ın (1827-28) tifüs salgını ve tekrarlayan ateş hakkındaki raporları; Louis Rene Villerme'nin (1840) pamuk, yün ve ipek fabrikalarında çalışan işçilerin fiziksel koşullarının araştırılması hakkındaki raporu (1854); John Snow'un kolera çalışmaları (1854) hastalıkların nedenleri konusundaki farkındalık ağının gelişmesine katkı sağlamıştır. "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi" terimi, 1945 yılında, tıbbın dört ana görevini sağlığın teşviki, hastalıkların önlenmesi, hastaların iyileştirilmesi ve rehabilitasyon olarak tanımlayan tıp tarihçisi Henry E. Sigerist tarafından tanımlanmıştır. İyi bir yaşam standardı, iyi çalışma koşulları, eğitim, kültür ve rekreasyon araçları sağlayarak sağlığın geliştirileceğini ve sağlığın geliştirilmesinin devlet adamları, işçiler, sanayi çalışanları, eğitimciler ve doktorların eşgüdümlü çabalarını gerektirdiğini belirtmiştir (29).

Kanada Hükümeti tarafından 1974'te yayınlanan Lalonde raporu olarak bilinen "Kanadalıların Sağlığına Yeni Bakış" raporu, bireysel riskli davranışlar da dahil olmak üzere sağlık dışı belirleyici faktörlerin rolü üzerine uluslararası bir tartışma için zemin hazırlayarak geleneksel "biyomedikal kavram"a karşı farklı bir yorumu ortaya koymuştur. Raporda kanserlerin, kalp ve damar hastalıklarının, solunum yolu hastalıklarının ve trafik kazalarının önlenmesinde tıbbi modelin yetersiz kaldığı ve biyomedikal konseptin sağlık ve hastalığın belirleyicileri olan yaşam biçimi, çevre, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve insan biyolojisinden

oluşan dört ana faktörlü “Sağlık Alanı Kavramı” ile değiştirilmesinin gerekliliği savunulmuştur. Lalonde raporu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikalarının benimsenmesi amacıyla sağlığın sorumluluğunu yerel yönetimlere ve bireylere yönlendirmek suretiyle sağlık hizmet maliyetlerini artırması açısından eleştirilmiştir. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmalarında sosyal ve ekonomik engelleri göz ardı ettiği gerekçesi Lalonde raporunun eleştirildiği başka bir noktayı oluşturmuştur. Bununla birlikte rapor, benzer raporlar yayınlayan ABD, İngiltere, İsveç vb. ülkeler tarafından uluslararası düzeyde kabul görmüştür (25, 29, 31). Raporun yayınlandığı tarihten itibaren sağlığı geliştirme, bir toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için sağlık politikalarında önemli bir strateji olarak yer almaya başlamıştır. Daha sonra, bilindiği gibi DSÖ tarafından "Herkes İçin Sağlık" politikasına ulaşmak için anahtar bir strateji olarak kabul edilmiştir. Sağlığın geliştirilmesi için sosyal adaletin gerekliliği ilk kez 1977'de Cenevre' de yapılan 13. Dünya Sağlığı Asamblesi'nde ortaya konmuştur. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, 1978'de Alma Ata'nın, insanların sağlığının geliştirilmesi ve korunmasının, ekonomik ve sosyal kalkınmanın sürdürülmesinde, daha iyi bir yaşam kalitesine ve dünya barışına katkıda bulunmasında zorunlu olduğunu kabul etmesiyle büyük bir ivme kazanmıştır (27). Alma-Ata' da yapılan konferansta DSÖ, tüm dünyada sosyal adalet ve gelişmenin bir parçası olarak istenen sağlık düzeyine ulaşmada birinci basamak sağlık hizmetlerinin anahtar rol oynadığını kabul etmiştir. Ayrıca, bu konferansta DSÖ ve üye ülkeler tarafından onaylanmış bulunan ve bir uluslararası sağlık sözleşmesi olan "Alma-Ata Bildirgesi" ile Temel Sağlık Hizmetleri kavramı ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır. Temel Sağlık Hizmetlerinin kapsamı içerisinde, "bir toplumda yaygın olarak görülen sağlık sorunları, bunların önlenmesi ve denetimi ile ilgili konularda halkın eğitilmesi" en önemli hizmetlerden biri olarak yer almıştır (27).

Sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi, bazen birbirlerinin yerine kullanılan iki terimdir. Sağlık eğitimi, bireylere ve topluluklara sağlık bilgisi ve bireylerin sağlıklı davranışları gönüllü olarak benimsemelerine yardımcı olacak beceriler sağlamaktadır. Bireylerin ve toplulukların, bilgilerini artırarak veya tutumlarını etkileyerek sağlıklarını iyileştirmelerine yardımcı olmak için tasarlanmış öğrenme deneyimlerinin bir birleşimidir. Sağlık eğitimi, kişiye ve topluma yönelik koruyucu

hekimlik uygulamalarından biri olduğu kadar, DSÖ tarafından özbakım kavramıyla, bireylerin kendi sağlıkları ve bulundukları toplum sağlığı için sorumluluk almalarını sağlayan bir araç olarak değerlendirilmiştir (32). Dünyanın birçok ülkesinde 1970'lerin sonunda sağlık eğitimi birimleri oluşturulmuştur. Yürütülen etkinlikler gelişmiş ülkelerde yaşam tarzıyla ilgili, gelişmekte olan ülkelerde ise enfeksiyon hastalıklarıyla ilgili "bilgi aktarma" ve "kampanyalar" üzerinde odaklanmıştır. Ancak, o dönemlerde bu alanda bütüncül ve kalıcı bir politika geliştirilmesi öncelikli bir konu sayılmamıştır (33). Sağlık eğitimi ile bireylerin ve grupların kendi sağlıkları ile ilgili konularda karar verme ve sorumluluk almaları sağlanabilse bile, toplumda çok önemli sağlık sorunlarının çözümünde bireysel sorumluluk yeterli olmayabilir. Bu durumlar için yasal ve politik değişikliklerin yapılması çok daha etkili olabilmekte ve daha verimli sonuçlar alınabilmektedir. Bunun yanısıra; sağlıkla ilgili uygulamalarda, kişilerin ve toplumun katılımının sağlanması, toplum yapısında bazı düzenlemelerin yapılması ve değişik sektörlerin aralarında işbirliği yapması gibi desteklere gereksinim duyulabilir. Bu durumda, sağlık eğitiminin de içinde olduğu, daha kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım olan "sağlığı geliştirme" yaklaşımına gereksinim vardır.

Sağlığın geliştirilmesi, çeşitli paydaşları dahil ederek ve çok sektörlü yaklaşımlara odaklanarak sağlığı geliştirmek için daha kapsamlı bir yaklaşımı ortaya koyar. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi daha geniş bir perspektife sahiptir ve eşitsizlikler, tüketim modellerinde değişiklikler, çevre, kültürel faktörler, inançlar vb. gibi sağlık üzerinde doğrudan veya dolaylı etkisi olan etkenlere cevap verecek şekilde tasarlanmıştır (34). Uzun süre sağlığı koruma ve geliştirme denince, insanların aklına ilk olarak doktorlar, hemşireler ve hastaneler gelmiştir. Daha sonra, insanların sağlıklarının yaşam biçimleriyle çok fazla ilişkili olduğu farkedilmeye başlanmıştır. Ancak; bu bireysel faktörlerin yanısıra, hava ve su kirliliği, tarımda kullanılan kimyasal maddeler gibi insanların sağlıklarını etkileyen pek çok çevresel faktör keşfedilmiştir. Bununla birlikte, sosyal çevrenin de sağlığı ne kadar etkilediği görülmeye başlanmıştır. Sosyal grupların sağlık durumları arasındaki farklılıklar, sağlık ve hastalığın bireylerin bilgi, tutum ve alışkanlıkları kadar, yaşama ve çalışma koşullarının da sonucunda belirlendiğini net bir şekilde ortaya konulmuştur. Bu gelişmeler, insan biyolojisi, yaşam biçimleri, sosyal ve fizik çevre gibi sağlığı

etkileyen faktörlerin çoğu hakkında yeterli bilgi birikimini sağlamıştır. Ancak, çoğu toplumda geleneksel tutum nedeniyle sağlık uzun süre sadece sağlıkçıların çalışma alanı olarak görülmüştür. Sağlık dışındaki diğer uzmanlıklar ve örgütlerin de sağlıkta çok önemli rolü olduğunun farkedilmesi ise görece yenidir. Daha sonra sağlığı geliştirme kavramı ile toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla "sağlıklı yaşam biçimleri"ni sağlamak için sadece bireye yönelmek yerine, temel çabanın fizik ve sosyal çevrenin değiştirilmesi ve geliştirilmesi konusunda olması gerektiği vurgulanmaya başlanmıştır. Çünkü gerçekte insanlar yaşam biçimlerini düzenleme konusunda sınırlı seçeneklere sahiptir. Bu nedenle onların yaşam ve çalışma koşulları sağlıklarında temel belirleyici olmaktadır. Sağlıklı seçeneklerin artması; örgütlerde, kurumlarda ve toplumlarda çok önemli görevlerin yerine getirilmesi anlamına gelmektedir. Bu nedenle; sağlığı geliştirme, sosyal sistemler ve onların sağlıklı çevre içinde gelişmesini teşvik için aracılık etme sanatı olarak tanımlanmıştır (25).

Sağlığı geliştirme fikri yeni olmamasına rağmen, 1986 yılında yapılan ilk uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, bu konuya olan ilginin artmasını ve Ottowa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi'nin onaylanmasını sağlamıştır. Böylece sağlığı geliştirme etkinlikleri tüm dünyada kabul görmüştür. Sağlığı geliştirme konusuna ilginin artmasının temelinde pek çok farklı neden söz konusu olmuştur. Anderson, bunları 5 başlık altında toplamıştır (35):

1. Sağlığın olumlu hale getirilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine ilginin artması,
2. Kişilerin kendi yaşamlarını kontrol altına alma isteklerinin artması,
3. Sağlık eğitimiyle ilgili geleneksel stratejilerin etkisinin sınırlı olması,
4. Birçok hastalığın kişilerin yaşam tarzıyla ilişkili olduğunun anlaşılması,
5. Sağlık durumu ve sağlık bakımı arasındaki ilişkinin zayıflığına yönelik artan bilimsel kanıtlar.

Ottawa'da düzenlenen Sağlığı Geliştirme Konferansı sadece “Sağlığı Geliştirmek İçin Ottawa Bildirgesi” onayını sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi üzerine uluslararası konferansların başlangıcı olmuştur. Sağlığı geliştirme konusunda önemli kabul edilen uluslararası gelişmeler ve toplantılar tarih sırasına göre verilmiştir:

Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi 1986 yılında Kanada' da "Birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı" nda yayınlanmıştır. Ottawa Bildirgesinde sağlığın geliştirilmesi, insanların sağlıkları üzerindeki kontrolünü arttırma ve sağlıklarını iyileştirme imkânı sağlama süreci olarak tanımlanmıştır. Fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumuna tam olarak ulaşmak için, birey veya gruplar isteklerini tanımlayabilmeli ve fark edebilmeli, ihtiyaçlarını karşılayabilmeli ve çevreyi değiştirebilmeli veya başa çıkabilmelidir. Bu nedenle sağlık, yaşamın amacı değil, günlük yaşam için bir kaynak olarak görülmektedir. Sağlık için ön koşullar belirtilmiştir: barınak, eğitim, gıda, gelir, devamlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, barış, sosyal adalet ve eşitlik. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda olmakla kalmamakta, aynı zamanda sağlıklı yaşam tarzlarının da ötesine geçmektedir. Genelge, sağlık için olumlu siyasi, ekonomik, sosyal, kültürel, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin sağlanması için sağlık eylemlerinin savunuculuğu çağrısında bulunmuştur ve insanların çok sektörlü eylemler için sağlıklarını etkileyen faktörleri kontrol altına almalarını sağlamıştır. Bildirgede sağlığı geliştirmede üç temel strateji; sağlığın geliştirilmesinde gerekli temel şartların oluşturulması ve savunuculuk, kişilerin kendi sağlıklarını geliştirmesini olanaklı hale getirmek ve sektörlerarası işbirliği şeklinde belirtilmiştir. Ottawa Bildirgesi'nde sağlığı geliştirmede öncelikli beş eylem alanı;

a) Eşitliği destekleyen politikalar oluşturmak için mevzuat, mali önlemler, vergilendirme ve örgütsel değişimi içeren çeşitli fakat tamamlayıcı yaklaşımları birleştiren sağlıklı bir kamu politikası oluşturulması,

b) Destekleyici çevrelerin yaratılması,

c) Toplum katılımının güçlendirilmesi yoluyla toplum hareketini desteklemek,

d) Bireylerin yaşam becerilerinin geliştirilmesi,

e) Sağlık hizmetlerinin klinik ve iyileştirici hizmetler sağlamanın ötesinde sağlığın geliştirilmesi yönünde yeniden düzenlenmesi ve yeni gereksinimlere uyumunun sağlanması olarak belirtilmiştir (36).

Adelaide Sağlıklı Toplum Politikaları Konferansı 1988 yılında Avustralya'da düzenlenmiş, sağlığın geliştirilmesine ilişkin ikinci uluslararası konferanstır. Konferansta sağlığın bir insan hakkı ve sosyal sorumluluk olduğu gerçeğinden yola

çıkarak hükümetlerin ekonomik, sosyal ve sağlık politikaları geliştirmesi gerektiği vurgulanmıştır. Sağlık kamu politikasının temel amacı, insanların yaşamlarını sağlıklı bir biçimde sürdürebilmeleri için destekleyici bir ortam yaratmaktır. Böyle bir politika, sağlık seçimlerini bireyler için mümkün kılar veya kolaylaştırır. Tüm sektörler, politika kararlarının sağlık sonuçlarından sorumlu olmalı, eşitlik ve hesap verebilirlik politikanın temellerini oluşturmalıdır. Sağlıklı toplum politikaları geliştirmede dört öncelikli alan belirlenmiştir:

1. Kadın sağlığının geliştirilmesi: Kadınlar tüm dünyadaki temel sağlık destekleyicileridir. Kadın ağları ve örgütleri sağlığın teşviki ve geliştirilmesi organizasyonunun planlanması ve uygulanması için önemli modellerdir. Kadın ağları, politika yapıcılardan ve yerleşik kurumlardan daha fazla tanınmalı ve desteklenmelidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kadınların etkin katılımı için bilgiye, ağlara ve fonlara erişim gerekir. Tüm kadınlar, özellikle etnik, yerli ve azınlık gruplarından gelenler, sağlıklarını kendileri belirleme hakkına sahiptir ve kültürel ilgi düzeyini sağlamak için sağlıklı kamu politikası oluşturmada tam ortaklar olmalıdır. Toplumda bakım ihtiyaçlarının eşit paylaşımı; kadınların tercihlerine ve ihtiyaçlarına göre doğum uygulamaları; çocuklu annelere destek gibi işle ilgili destekleyici mekanizmalar, ebeveyn izni ve bağımlı sağlık bakımı izni önerilerini içeren ulusal bir kadın sağlığı politikası geliştirilmesi önerilmektedir.

2. Gıda ve beslenme (herkes için yeterli ve uygun, sağlıklı gıda): Açlığın ve yetersiz beslenmenin ortadan kaldırılması, halk sağlığı politikasının temel amaçlarındandır. Kültürel olarak kabul edilebilir şekilde yeterli miktarda sağlıklı gıdaya evrensel erişim güvence altına alınmalıdır. Gıda ve beslenme politikalarının, adil fiyatlarla gıdaya erişim için hem özel hem de kamu gıda üretim ve dağıtım yöntemlerini bütünleştirmesi gerekir. Ulusal ve uluslararası anlamda beklenen sağlık etkilerini elde edebilmek için tarımsal, ekonomik ve çevresel faktörleri birleştiren bir gıda ve beslenme politikası tüm hükümetler için bir öncelik olmalıdır. Böyle bir politikanın ilk aşaması beslenme ve diyet için hedeflerin oluşturulması olacaktır. Vergilendirme ve sübvansiyonlar, herkes için sağlıklı gıdaya ve gelişmiş bir diyete kolay erişim lehine olmalıdır.

3. Tütün ve alkol: Tütün kullanımı ve alkolün kötüye kullanılması, sağlıklı kamu politikalarının geliştirilmesi yoluyla acil eylemi hak eden iki büyük sağlık tehlikesidir. Tütün sadece sigara içenlerin sağlığına doğrudan zarar vermekle kalmamaktadır. Pasif içiciliğin, özellikle de bebeklerin sağlığına etkileri, geçmişte olduğundan daha net bir şekilde bilinmektedir. Alkol; sosyal uyumsuzluğa, fiziksel ve zihinsel travmaya neden olmaktadır. Ek olarak, tütünün ticari meta olarak kullanılmasının ciddi ekolojik sonuçları mevcut dünya gıda üretim ve dağıtım krizlerine katkıda bulunmaktadır. Bu konferans; tüm hükümetleri, tütün, sigara ve alkol kullanımının yol açtığı yaşam yılı kayıpları, hastalık nedenli kayıplar ve iş gücü kayıplarını ortadan kaldırmaya ve tüm bunlar için ödedikleri bedeli dikkate almaya çağırmaktadır.

4. Destekleyici çevrelerin sağlanması: İnsanların çoğunluğu sağlıkları için tehlikeli ve potansiyel olarak tehlikeli durumlara maruz kaldığı koşullarda yaşar ve çalışırlar. Bu tür problemler genellikle ulusal sınırları aşar. Çevre yönetimi insan sağlığını biyolojik, kimyasal ve fiziksel faktörlerin doğrudan ve dolaylı olumsuz etkilerinden korumalı; kadınların ve erkeklerin karmaşık bir ekosistemin parçası olduğunu kabul etmelidir. Hayatı zenginleştiren çok çeşitli fakat sınırlı doğal kaynaklar insanlar için çok önemlidir. Sağlığı destekleyen politikalar yalnızca küresel, bölgesel ve yerel ekolojik stratejilerle kaynakları koruyan bir ortamda sağlanabilir. Uluslararası düzeyde, DSÖ bu ilkeleri kabul etmede büyük bir rol oynamalı ve sürdürülebilir kalkınma kavramını desteklemelidir. Bu konferans, öncelikli olarak halk sağlığı ve ekolojik hareketlerin, sosyoekonomik gelişme ve mevcut sınırlı kaynakların korunması için stratejiler geliştirmek adına bir araya gelmek olduğunu savunmaktadır (37).

Sundsvall Sağlığı Geliştirme Konferansı (Üçüncü Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı) 1991 yılında Sundsvall'da gerçekleştirilmiş, "Destekleyici Çevreler Konferans"ı olarak da bilinen bu konferansta sağlık ve fizik çevre arasındaki ilişkiye açıklık getirilmesi sağlanmıştır. Günümüzün sağlık ve çevre sorunlarını birlikte inceleyen konferansta, milyonlarca insanın sağlıklarını tehdit eden ve giderek bozulmakta olan bir ortamda aşırı yoksulluk ve yoksunluk içinde yaşadıkları belirtilmiştir. İlerlemenin yolunun, çevreye - fiziksel çevre, sosyal ve ekonomik çevre ve siyasi çevre - destek olmak olduğu belirtilmiştir. Sağlık için

destekleyici ortamlar yaratmada eşitlik tüm insanları bu eşsiz çabaya dahil ederek temel bir öncelik olmalıdır. Sürdürülebilir kalkınmayı amaçlayan tüm politikalar, sorumlulukların ve kaynakların adil bir şekilde dağıtılmasını sağlamalıdır. Sağlık için destekleyici ortamlara yönelik kamuoyu eylemi, tüm canlıların birbirine bağımlılığını kabul etmeli ve gelecek nesillerin ihtiyaçlarını dikkate alarak tüm doğal kaynakları yönetmelidir. Yerli halklar, dünyanın geri kalanı için değerli dersler verebilecek fiziksel çevre ile eşsiz bir manevi ve kültürel ilişkiye sahiptir. Bu nedenle, yerli halkların sürdürülebilir kalkınma faaliyetlerine katılmaları, toprak ve kültürel miras hakları konusunda müzakereler yapması esastır. Konferansa katılanlar, bilhassa, eğitimin, tüm bireylerin sağlığı için bir olanak yaratmakta gerekli olan politik, ekonomik ve sosyal değişimlerin sağlanmasında temel bir insan hakkı ve kilit bir unsur olduğunu kabul etmiştir. Eğitim, yaşam boyunca erişilebilir olmalı ve özellikle kültür, sosyal sınıf ve cinsiyet açısından eşitlik ilkesi üzerine inşa edilmelidir (38).

Dördüncü Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, "Yeni Bir Alanda Yeni Oyuncular: Sağlığı Geliştirmeyi 21. Yüzyıla Taşımak" ana teması ile 1997 yılında Endonezya'nın Jakarta kentinde yapılmıştır. Bu bildirgede sağlık için ön koşullar gibi bazı konuların önemi tekrar vurgulanmıştır. Yoksulluk sağlık için en büyük tehdit olarak belirtilmiştir. Kentleşme, yaşlı insan sayısındaki artış ve kronik hastalıkların yüksek prevalansı gibi demografik eğilimler tüm ülkelerde yeni sorunlar doğurmaktadır. Artan hareketsiz yaşam, antibiyotiklere direnç ve diğer yaygın ilaçlara karşı direnç, artan uyuşturucu kullanımı, sivil ve aile içi şiddet gibi diğer sosyal, davranışsal ve biyolojik değişiklikler, yüz milyonlarca insanın sağlığını ve refahını tehdit etmektedir. Yeni ve yeniden ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar ve ruh sağlığı sorunlarının daha iyi tanınması acil bir müdahale gerektirmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımları sağlığın belirleyicileri üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. Küresel faktörlerin sağlık üzerinde önemli etkileri vardır. Bunlar arasında küresel ekonominin entegrasyonu, finansal piyasalar ve ticaret, medya ve iletişim teknolojisine geniş erişim ve kaynakların sorumsuzca kullanılması sonucu çevresel bozulma yer almaktadır. Bu değişiklikler insanların değerlerini, yaşam tarzlarını ve dünyadaki yaşam koşullarını şekillendirir. Bazıları, iletişim teknolojisinin geliştirilmesi gibi sağlık için büyük bir potansiyele sahipken, tütündeki uluslararası ticaret gibi diğerleri de önemli bir olumsuz etkiye sahiptir (39).

Mexico City'de 2000 yılında "Sağlığı Geliştirme: Eşitsizlik Uçurumuna Köprü Kurmak" adıyla yapılan beşinci Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda; ülkeler arasında ve ülkelerde de bölgeler arasında eşitsizliği gidermenin gerekliliği üzerine odaklanılmıştır. Konferansta ele alınan ana temalar: sağlığı geliştirmenin kanıta dayalı olarak güçlendirilmesi; sağlık için yatırımların artırılması; sağlık için sosyal sorumluluğun teşvik edilmesi; toplum kapasitesinin artırılması, toplum ve bireylerin güçlendirilmesi; sağlığı geliştirmek için alt yapının güvence altına alınması; sağlık sistemlerinin yeniden gözden geçirilmesi ve sağlığı geliştirme kriterleriyle hizmet verme olmuştur (40).

"Küreselleşmiş Bir Dünyada Bangkok Sağlığı Geliştirme Bildirgesi" 2005 yılında Tayland'da yapılan Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda kabul edilmiştir. Bildirgede küreselleşmiş bir dünyada sağlığın belirleyicilerini saptamak için gerekli eylemler ve öneriler tanımlanmıştır. Bu eylemler: insan haklarını gözeterek sağlık için savunuculuk yapmak; sağlığın belirleyicilerini tanımlamak için gerekli altyapıyı oluşturmak, eylemleri planlamak ve yatırım yapmak; sağlık bilgisi, araştırma, bilginin paylaşımı, sağlığı geliştirme uygulamaları, liderlik ve politika geliştirme konusunda kapasite geliştirmek; insanların iyilik haline ve eşit sağlık koşullarına ulaşmasını olanaklı kılan en yüksek korumayı sağlamak için gerekli yasaları düzenlemek; uygulanabilir eylemler için yerel, özel ve uluslararası örgütlerle işbirliği yapmaktır (41).

Nairobi Sağlığı Geliştirme Konferansı 2009 yılında 100 ülke temsilcisinin katılımıyla Nairobi'de gerçekleştirilen 7. uluslararası sağlığı geliştirme konferansıdır. Bu konferansta, sağlığı geliştirme ile ilgili o güne kadar yapılan altı konferans, bildirge ve sözleşmelerde ele alınan konuların henüz uygulamaya geçirilmemiş olduğu belirtilmiştir. Ekonomik kriz, küresel ısınma, iklim değişikliği ve çevre sorunları açısından tehdit altında olan dünya ülkeleri arasında ve ülkelerde de bölgeler arasında, sağlıkta var olan uçurumların yok edilmesi için hemen harekete geçilmesi konusunda eylem çağrısında bulunulmuştur. Bu uçurumun kapatılmasında sağlığı geliştirmenin önemli rolü olduğu belirtilmiş ve şu ana temalar üzerinde durulmuştur: toplumun güçlendirilmesi, sağlık okuryazarlığının arttırılması ve olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması, sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi,

işbirliği ve sektörler arası eylemin güçlendirilmesi, sağlığı geliştirme konusunda kapasite geliştirilmesi (30).

Sağlığın geliştirilmesine yönelik 8. küresel konferans Helsinki'de 2013 yılında gerçekleştirilmiştir. Konferansın ana teması "Tüm Politikalarda Sağlık" (TPS) ve odak noktası "nasıl yapılır" uygulaması olmuştur. Altı tema etrafında yapılandırılmış olan konferansın hedefleri: öğrenilen deneyim ve derslerin değişimini kolaylaştırmak ve sektörler arası eylemi desteklemek için etkili mekanizmalar hakkında rehberlik etmek; TPS'ın uygulanması için engelleri aşma ve kapasiteyi geliştirme yaklaşımlarını gözden geçirmek; TPS yoluyla Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun önerilerini uygulama fırsatlarını belirlemek; TPS'a yatırım yapmak için ekonomik, gelişimsel ve sosyal durum oluşturmak ve gözden geçirmek; sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin birinci basamak sağlık hizmetinin yenilenmesine ve reformuna katkısını ele almak; Ottawa Konferansı'ndan bu yana sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusundaki ilerleme, etki ve başarıları gözden geçirmektir (42).

Sağlığı geliştirme konferanslarının 9.'su 2016 yılında Şangay'da gerçekleştirilmiştir. Şangay Konferansı'nda; sağlık, belirleyicileri ve bireylerin güçlendirilmesi arasındaki dinamiklere odaklanılmıştır. Kanıta dayalı sağlığı geliştirme yaklaşımlarının gücüne dayanarak, önümüzdeki 15 yıl boyunca, sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin geliştirilmesinde ve uygulanmasında (küresel, ulusal ve yerel seviyelerde) sağlığı geliştirmeye öncelik verilmesi vurgulanmıştır. Bunun, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi eylemine üç alanda öncelik vererek gerçekleştirilmesi planlanmıştır: sağlık için iyi yönetişimin güçlendirilmesi, kentsel sağlığının iyileştirilmesi ile sağlıklı şehirlerin ve toplulukların desteklenmesi, sağlık okuryazarlığını güçlendirilmesi (43).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı (SOY), sağlığın geliştirilmesi konusunda son yıllarda tüm dünyada yükselen bir trend kazanmıştır. Dünyanın dört bir yanından yapılan araştırmalar, sağlık okuryazarlığını optimize etmenin sağlık ve refahı iyileştirmede ve sağlık eşitsizliklerini azaltmada sahip olabileceği büyük potansiyel hakkındaki anlayışı hızla derinleştirmektedir (44). SOY kavramı ilk kez 1974 yılında, Simonds

tarafından yayınlanan “Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi” başlıklı makalede ele alınmıştır. Bu makalede sağlık eğitimi; sağlık sistemlerini, eğitim sistemlerini ve kitle iletişimini etkileyen sosyal bir politika sorunu olarak tartışılmış ve SOY, “her öğrenim düzeyinde asgari standartları karşılayan sağlık eğitimi” olarak tanımlanmıştır (45). Önemi uzun yıllar boyunca anlaşılamayan SOY kavramı 1990’lı yıllarda yeniden ele alınmaya ve kapsamı genişletilerek üzerine yeni tanımlamalar yapılmaya başlanmıştır. Literatürde SOY ile ilgili farklı tanımlamalar bulunmaktadır. Yaygın olarak kullanılan tanımlardan birisi Amerikan Tıp Derneği SOY Konseyi’nin 1999 yılında yayınladığı raporda yapılmış olup, bu raporda SOY, “Sağlık sistemlerinde bireylerin, kendilerine yüklenen rolleri yerine getirebilmeleri için sahip olmaları gereken, temel okuma-yazma ve sayısal işlemlerin yapılabilmesini içeren becerilerin en önemlisi” olarak tanımlanmıştır. Aynı raporda SOY düzeyi yeterli olan kişilerin sağlıkla ilgili bilgileri okuyup anlayabildikleri ve buna göre davranış sergileyebildikleri kabul edilmiştir. Ayrıca yeterli SOY düzeyine sahip olabilmek için gereken okuryazarlık becerileri ile bireylerin mevcut okuryazarlık becerileri arasında farklılıklar olabileceği vurgulanmıştır (46). Her ne kadar sağlık okuryazarlığı içinde yer alan “okuryazarlık” kelimesinin çağrıştırması sonucu uzun süre ağırlıkla tıbbi metinlerin içeriğindeki söz ve rakamları anlamak olarak anlaşılmış ve buna yönelik ölçeklerle ölçülmeye çalışılmış olsa da, sağlık okuryazarlığı günümüzde konsept olarak genişlemiş ve okuduğunu anlama, yazılı sağlık bilgilerine uygun hareket etme, sağlık personeli ile iletişim ve önergelere uyum gibi kompleks ve birbiriyle ilişkili yeterliliklerin aynı zamanda kullanımını kapsar hale gelmiştir (47). Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü’nün (IOM) 2004 yılında yayınladığı “Sağlık Okuryazarlığı: Karışıklığı Sonlandırmak İçin Reçete” adlı raporunda, Ratzan ve Parker tarafından 2000 yılında geliştirilen “Sağlıklı İnsanlar 2010” projesinde yer alan tanım kullanılmıştır. Ratzan ve Parker SOY’u, “Bireyin sağlığı ile ilgili doğru kararlar alabilmesi için gerekli sağlık temel bilgileri ve hizmetleri elde etme, işleme, anlama ve yorumlama kapasitesinin düzeyi” olarak tanımlamıştır (48-50). IOM’un bir başka raporunda, SOY’un sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sağlığın sürdürülmesi ile ilgili politikaların yürütülebilmesi için herkesi ilgilendiren bir konu olduğu vurgusu yapılmıştır. Ayrıca kişilerin SOY düzeylerinin yüksek olması için sahip olmaları gereken becerilerin,

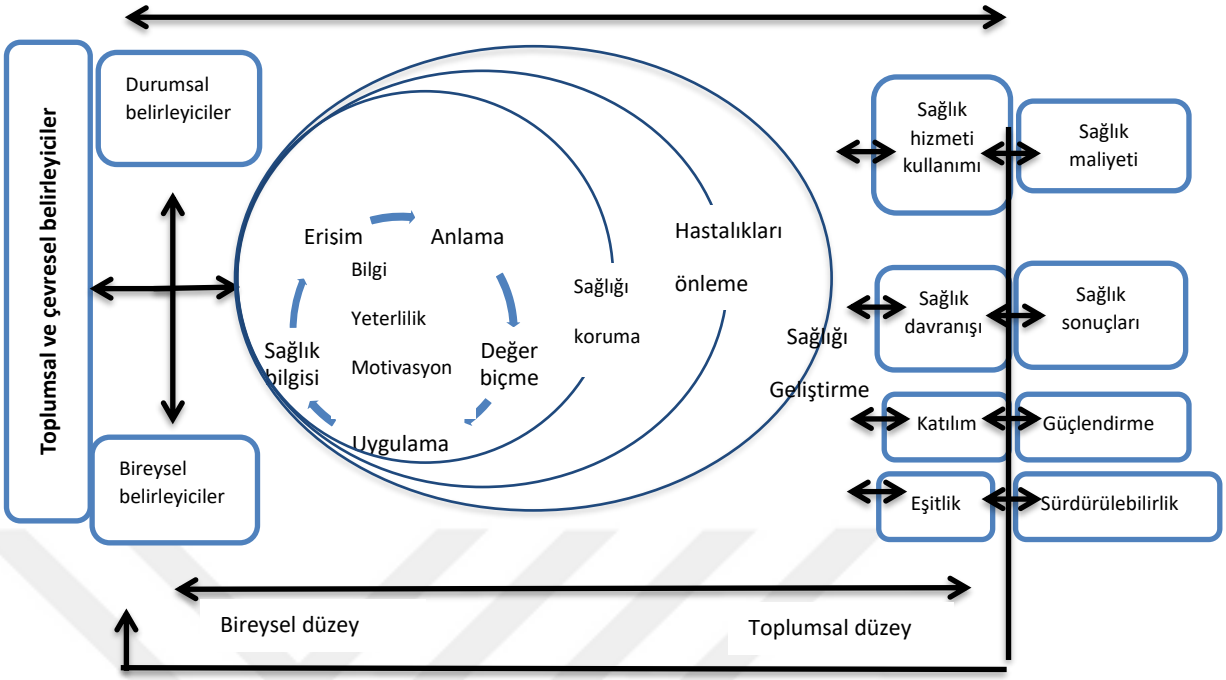
sağlık hizmet sunucuları ile diyalog kurabilmek ve tartışabilmek, sağlık ile ilgili bilgileri okuyabilmek, anlayabilmek ve yorumlayabilmek, tıbbı araştırmalara katılma konusunda karar verebilmek, sağlık bakımı ile ilgili tıbbı cihazları kullanabilmek, ilaçların zamanını ve dozunu hesaplayabilmek, toplum sağlığı ve çevre ile ilgili konularda sorumlulukları yerine getirebilmek için de gerekli olduğu bildirilmiştir (51).

Nutbeam'in DSÖ adına hazırladığı "Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü"nde SOY tanımı daha da genişletilerek, "Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler" şeklinde yerini almıştır. SOY düzeyinin yükseltilmesi sadece bireysel fayda sağlamakla kalmayıp, toplum içindeki SOY düzeyinin yüksek olması, sağlığın sosyoekonomik belirleyicilerinin farkına vararak harekete geçilmesi gibi sosyal yararları da bulunmaktadır. Sağlıkla ilgili broşürleri okumak, gıda etiketlerini anlamak, doktor tarafından verilen talimatları yerine getirmek anlamından daha fazlasını ifade eden SOY, zamanla değişen ve gelişen bir kavramdır (44). SOY kavramı öncelikle ABD ve Kanada'da tartışılmaya başlanmış olmakla birlikte daha sonra uluslararası bir boyut kazanmıştır (52). Avrupa Komisyonu Sağlık Stratejisi 2008-2013'de de sağlık politikalarında sağlık okuryazarlığının önemi vurgulanmış ve öncelikli eylem alanlarından biri olarak belirtilmiştir. Sorensen ve arkadaşları literatürdeki SOY tanımlarını bir araya getirerek kapsamlı bir tanım yapmıştır. Bu tanıma göre; sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla bağlantılıdır ve insanların, hayat boyu yaşam kalitesini korumak veya iyileştirmek için sağlık hizmetine, hastalıklardan korunmaya, sağlığı geliştirmeye ilişkin gündelik yaşamda kararlar almak ve yargıya varmak amacıyla sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmaya, bu bilgileri anlamaya, yorumlamaya ve uygulamaya yönelik bilgi, motivasyon ve yetenekleridir. Bu tanım halk sağlığı perspektifini kapsamakla birlikte, sağlığın üç alanı olan, sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme ile birlikte hasta olma, risk altında olma ve sağlıklı kalma ile ilgili bireysel yaklaşımı da içermektedir (53). Türkçe'de ise bu tanım, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü"nde "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 yerini almıştır (54). SOY düzeyinin önemli belirleyicilerinden birisi kişinin kapasitesidir. Burada kapasite, kişinin doğuştan gelen potansiyelini ve yeteneklerini ifade etmektedir. Bireyin SOY kapasitesi eğitim aracılığıyla sağlanmakta olup; yeterliliği kültür, dil ve sağlık kurumlarının özelliklerinden etkilenmektedir. Sağlık hizmet sunucuları ve medyanın kişilerin sağlıklarıyla ilgili tüm materyalleri temel sağlık bilgilerine uygun bir şekilde sunması SOY düzeyinin yükseltilmesinde bireylerin özellikleri ile aynı derecede öneme sahiptir. SOY düzeyinin yükseltilmesinde sorumluluk sadece bireylere ait değildir. Tüm kitleler için açık, anlaşılır ve doğru sağlık bilgisine erişimde devlet kurumları ve sağlık hizmet sunucuları paydaştır. Bu açıdan bakıldığında, SOY düzeyi sağlık hizmeti verilen ortamlar, sağlık hizmeti sunanlar ve hizmet alanlar arasındaki etkileşim ile değişebilen dinamik bir kavramdır. SOY düzeyinin yeterliliği, okuma, yazma, anlama, yorumlama ve uygulama gibi bireysel özelliklerin yanı sıra, toplumun sosyokültürel yapısı, sağlık ve eğitim sisteminin özelliklerinden etkilenen çok paydaşlı bir kavramdır (51).

Son on yılda sağlık okuryazarlığına birçok kavramsal yaklaşım geliştirilmiştir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen model sağlık hizmetleri, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme alanlarında sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama yetkinlikleri ile ilgili 12 sağlık okuryazarlığı alt boyutunu tanımlamaktadır.

SOY konusunda klinik ve halk sağlığı görüşlerini birleştiren bu model ve tanım, sistematik ve kapsamlı bir literatür taramasında bulunan 17 hakem değerlendirmesi ve 12 kavramsal çerçevenin içerik analizi ile geliştirilmiştir (Şekil 1, Tablo 1). Model, sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesine yönelik müdahalelerin geliştirilmesinde; sağlık hizmetleri, hastalıkları önleme, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konularında sağlık okuryazarlığının boyutlarının ölçümünde araçların geliştirilmesi ve bu araçların işlerliğinin değerlendirilmesi için kavramsal bir temel sağlamaktadır (10, 55).



Şekil 1. Sağlık okuryazarlığı modeli

Tablo 1. Sağlık okuryazarlığının kavramsal 12 alt boyutu (HLS-EU model)

Sağlık Okuryazalığı	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Tedavi ve hizmet	1)Tıbbi veya klinik konularla ilgili bilgiye ulaşma becerisi	2)Tıbbi bilgiyi anlama becerisi	3)Tıbbi bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	4)Tıbbi konularla ilgili (bilgilendirilmiş) karar verebilme becerisi
Hastalıklardan korunma	5)Risk faktörleri ile ilgili bilgiye ulaşma becerisi	6)Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi anlama becerisi	7) Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	8)Risk faktörleri ile ilgili bilginin işe yararlılığını değerlendirme becerisi
Sağlığın geliştirilmesi	9)Sağlıkla ilgili konularda kendini güncelleyebilme becerisi	10)Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama becerisi	11) Sağlıkla ilgili bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	12)Sağlıkla ilgili konularda görüş oluşturabilme becerisi

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Okuryazarlık, bir bireyin sağlık durumunun gelir, istihdam durumu, eğitim düzeyi ve ırk veya etnik gruptan daha güçlü bir belirleyicisidir (56). Dolayısıyla SOY sağlığın belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir.

Yüksek okuryazarlık düzeyi oranları toplumlara yarar sağlar. Okuryazar bireylerin ekonomik refaha daha aktif katılımları söz konusudur. Daha fazla kazanç ve istihdama sahip olurlar, daha eğitimli ve bilgilidirler. Toplum faaliyetlerine daha fazla katkıda bulunurlar. Sağlık ve refah düzeyleri daha iyidir.

Sınırlı sağlık okuryazarlığı sağlığı önemli derecede etkiler. Sınırlı SOY, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme faaliyetlerine daha az katılım, daha riskli

sağlık tercihleri (daha yüksek sigara içme oranları gibi), daha fazla iş kazası, kronik hastalıkların (diyabet, HIV ve astım gibi) zayıf yönetimi, ilaç tedavisi ve hastanede yatış oranlarının artması, artmış morbidite ve erken ölüm için risk faktörü oluşturmaktadır. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı ile bireylerin sağlık durumu algıları arasında bağımsız ve doğrudan bir ilişki olduğu yapılan farklı çalışmalar ile ortaya konmuştur.

Sınırlı sağlık okuryazarlığı sosyal bir eğilim izler ve mevcut eşitsizlikleri daha da arttırır. Sınırlı sağlık okuryazarlığı olan bireyler genellikle daha düşük eğitim seviyelerine sahip bireyler, yaşlı yetişkinler ve göçmenler gibi gruplardan oluşmaktadır. Sınırlı okuryazarlık ile sınırlı sağlık okuryazarlığının insanların sağlığını etkileme durumları her zaman açıkça ayrı tutulamaz. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi, tüm katılımcı ülkelerde eğitim düzeyi yüksek olan kişiler arasında sağlık okuryazarlığının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstererek, bu durumu doğrulamaktadır.

S**ağlık okuryazarlığı becerileri ve yeteneklerini geliştirmek yaşam boyu devam eden bir süreçtir.** Herkesin önemli sağlık bilgilerini anlamada, uygulamada ya da karmaşık bir sistemde gezinmede yardıma ihtiyacı vardır. Yüksek eğitimli bireyler bile, özellikle sağlık durumu onları daha savunmasız hale getirdiğinde sağlık sistemlerini karmaşık bulabilirler.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili kapasite ve yeterlilik; durum, kültür ve bağlama göre değişir. Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri birey ve sistem faktörlerine bağlıdırlar. Bu faktörler arasında iletişim becerileri; sağlık konuları ile ilgili bilgi düzeyi; kültür; sağlık hizmetlerinin, halk sağlığının ve insanların sağlık bilgilerini edindiği ve kullandığı diğer ilgili sistem ve ortamların spesifik özellikleri sayılabilir. Örneğin; bu hizmetler veya sistemler kullanıcı için çok yüksek bir bilgi veya dil seviyesi gerektirdiğinde, sağlık zarar görür.

Sınırlı sağlık okuryazarlığı, yüksek sağlık sistemi maliyetleri ile ilişkilidir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı 2009 yılında Kanada'daki toplam sağlık bakım bütçesinin %3-5'i olduğu tahmin edilen sekiz milyar dolardan fazlaya mal olmuştur. ABD Yaşlanan Toplum Ulusal Akademisi, 1998 yılında sınırlı sağlık okuryazarlığından kaynaklanan ek sağlık masraflarını yaklaşık 73 milyar dolar olarak

hesaplamıştır. Henüz Avrupa sağlık sistemleri için karşılaştırmalı veri bulunmamaktadır; ancak yetersiz sağlık okuryazarlığının, neredeyse evrensel erişim sağlayan Avrupa ülkelerindeki sağlık sistemlerinin kaynaklarını azaltması beklenmektedir (10, 57, 58).

2.2.2. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı

Yetersiz okuryazarlık seviyeleri tüm dünyada yaygın bir sorundur. Ekonomik olarak gelişmiş güçlü eğitim sistemlerine sahip ülkelerde bile pek çok çocuk, ergen ve yetişkinin okuryazarlık düzeyleri yetersizdir. Sınırlı SOY da benzer şekilde çok yaygındır. Genel okuryazarlık gibi, SOY da birey, örgüt, topluluk ve nüfus düzeyinde ölçülebilir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, tüm katılımcıların %12'sinin genel sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğunu ve %35'inin sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu ortaya koymuştur. Yetersiz SOY, sekiz ülkedeki nüfusun %2-27'sini oluşturmakta olup ülkeler arasında önemli farklılıklar görülmektedir. Amerika'da yapılan çalışmalarda ise yetişkin bireylerin %50'sinin temel sağlık okuryazarlığına sahip olmadığı belirtilmiştir (59). Türkiye'de 2017 yılında yapılan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması"nda yetersiz SOY %30.9, sorunlu-sınırlı SOY %38 olarak saptanmıştır (14).

Özel kırılgan gruplar, daha düşük sosyal statüsü (düşük eğitim düzeyi, düşük gelir), daha düşük sağlık statüsü (ölçülen ve beyan edilen düşük sağlık statüsü, kronik hastalıkları olanlar, sağlık sorunları nedeniyle aktiviteleri kısıtlı olanlar) ve görece yaşlı olanlar dahil olmak üzere, genel popülasyonundan daha sınırlı sağlık okuryazarlık oranına sahiptirler. Sağlık okuryazarlığını ölçmek için 20'den fazla araç geliştirilmiştir. Mevcut SOY ölçekleri hala bireylere yöneliktir ve kolektif seviyeyi (topluluklar dahil) içerecek şekilde genişletilmelidir (10, 53, 60).

Yetersiz SOY sağlığı geliştiren tarama, aşı gibi koruyucu sağlık hizmeti ve aktivitelerine daha az katılım, iyileştirici hizmetileri daha fazla kullanma, yetersiz sağlık bilgisi, sağlık hizmetlerine erişimde problemler, verilen mesajları anlamama, hizmet kalitesinin düşmesi, hizmetlerden yararlanamama, hastalanma riskinin yüksek olması, hastaneye yatış hızının artması, sağlık bakım maliyetlerinin artması, yaşam kalitesinin düşmesi, işgücü kayıpları, hasta-hekim iletişimin tam anlamıyla

sağlanamaması, sağlık personeline yönelik şiddet ve mesleki memnuniyetsizlik gibi durumlara yol açmaktadır (54, 61, 62). Aynı zamanda daha riskli sağlık davranışları, daha fazla iş kazası, kronik hastalık kontrolünde sorunlar, ilaçlarla tedaviye uyumsuzluk, morbidite ve erken ölümlerle ilişkilidir (10).

Bütün dünyada SOY ile ilgili artmakta olan çalışmalar ile toplumun SOY düzeyini saptama ve buna yönelik tüm paydaşların katılımı ile sağlığın geliştirilmesine yönelik faaliyetler hedeflenmiştir. Sağlık okuryazarlığında tutum ve davranış değişimi için, tüm sağlık personelinin konunun öneminin farkında olması, doğru ve birçok kaynaktan toplumun farkındalığının arttırılması çalışmaları çok önemlidir ve devam etmelidir.

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı bir sonraki basamağın bir öncekini de içerdiği üç basamağa ayrılır. 1) Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı 2) İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı 3) Kritik Sağlık Okuryazarlığı (63, 64).

2.2.3.1 Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin sağlıkla ilgili okuma ve yazma temel becerilerini gösteren temel sağlık eğitim materyallerini okuyabilme yeteneğidir. Kişi bu basamakta pasiftir ve sağlık risklerini nasıl yöneteceği veya sağlık sistemini nasıl kullanacağı belirlenir (65). Geleneksel sağlık eğitiminin sonucunu yansıtır. Bu tutum sağlık risklerine ve sağlık hizmetlerine ilişkin daha iyi bilgiye yönelik sınırlı amaçları ortaya koyabilir ve kurallarla belirlenmiş eylemlere uygunluk arz eder. Bu düzeyde bireyin karşılaşacağı güçlük, kendi durumu hakkında temel bilgi kaynaklarına erişmesine ve kendi durumunu yönetmesine yardımcı olacak sağlık sistemlerini nasıl kullanacağıdır (66, 67).

2.2.3.2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama, değişen koşullarda sağlık enformasyonunu uygulama gibi gelişmiş bilişsel, okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içerir. Kişi bu basamakta aktiftir (49, 64). Kişisel becerilerin destekleyici bir çevrede geliştirilmesine odaklanır. Bu eğitimsel yaklaşım bilgiye dayalı olarak bağımsız bir şekilde hareket etmede ve özellikle alınan tavsiyeler doğrultusunda

harekete geçmek için motivasyon ve özgüveni geliştirmede kişisel kapasiteyi artırmaya yöneliktir (67).

2.2.3.3. Kritik Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık bilgisini kritik olarak analiz edebilme, kişi ve toplum kapasitesini geliştirebilme, sağlığın sosyal ve ekonomik tanımını görebilme, sağlığın politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilme gibi bir üst gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri içerir. Kişi bu basamakta proaktiftir. Bireysel hareketten çok etkin sosyal ve politik hareketi desteklemeye yönelik bilişsel sonuçları ve beceri geliştirme sonuçlarını yansıtır. Bu yaklaşım çerçevesinde sağlık eğitimi; sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerini ele almak için çeşitli hareket biçimlerinin siyasi geçerliği ve örgütsel olanaklarını soruşturan becerilerin geliştirilmesini ve bilgilerin iletişimini kapsar. Bu durumda eğitim programları sağlığın söz konusu sosyal ve ekonomik belirleyicilerini etkilemek amacıyla bireysel ve toplumsal kapasiteyi artırmaya yönelik olacaktır (67, 68).

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Ölçümü

Sağlık okuryazarlığını ölçmek için dünyada pek çok araç geliştirilmiş ve kullanılmaktadır. Bu araçlar, sağlık okuryazarlığının farklı boyutlarını farklı yöntemler ile değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu ölçüm araçları ilk olarak sözcük okuma ve telaffuz yeterliliğini değerlendirme noktasında ortaya çıkmıştır. Sonrasında sayısal verileri kullanabilme ve anlama eklenmiş; hizmet sürecine daha bütünsel yaklaşılmıştır. Son dönem ölçüm araçları ise, sağlık okuryazarlığının daha iyi anlaşılması, bileşenlerinin kavramsal bir çerçeveye oturtulması sonrasında her bileşenin ve bütünün değerlendirilmesi yönünde geliştirilmiştir (69). Bu ölçeklerden en yaygın olarak kullanılanları Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM), Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA) ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 47 (European Health Literacy Survey-Questionnarie 47-HLS 47)'dir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ölçeği HLS-EU çalışması kavramsal çerçevesi temel alınarak geliştirilmiştir. HLS-EU çalışmasında kullanılan HLS-47, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından, on beş yaş üzeri okuryazar olan kişilerde sağlık okuryazarlık durumunu

değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır. Ölçek 47 sorudan oluşmakta olup üç sağlık boyutunu (hastalıklardan korunma, tedavi, sağlığın geliştirilmesi), sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili dört bilgi edinme sürecini (ulaşma, anlama, karar verme ve kullanma/uygulama) içermektedir. Bu boyut ve süreçlerin oluşturduğu on iki bileşende işlevlerin kolaylık ya da zorluk dereceleri değerlendirilmiştir. Ölçek bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde 1= Çok zor, 2= Zor, 3= Kolay, 4= Çok kolay olacak şekilde 4 derecelidir. "Bilmiyorum" ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 47-188 arasındadır. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde "İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]" formülü aracılığıyla standardize edilmiştir. Ölçekte 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmektedir: (0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı, (>25-33): sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı. Ölçek ve alt ölçekler için belirlenen iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı değeri 0.90 ile 0.94 puanları arasında değişmektedir. Uygulama süresi görece uzundur. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Abacıgil ve ark. tarafından 2016 yılında yapılmıştır (70). Ölçeğe Avrupa Sağlık Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe (ASOY TR) adı verilmiştir. Cronbach alfa kat sayısı ölçeğin geneli için 0.95 olmak üzere üç boyut için 0.86 ile 0.91 arasında değer almıştır. Ölçeğin 47 maddelik bu formu dışında 86 maddelik uzun formu (HLS-EU-Q86) ve 16 madde içeren kısa bir formu (HLS-EU-Q16) bulunmaktadır. Kısa form olan HLS-EU-Q16, Emiral ve ark. tarafından 2018 yılında Türkçeye uyarlanmıştır (71). Türkçe uyarlamada Cronbach alfa değeri katsayısı geneli için 0.86 olmak üzere 0.70 ile 0.89 arasında değer almıştır. Bu ölçeği temel alan benzer bir ölçek de TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'dir (69). TSOY-32 Okyay ve ark. tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanmaktadır. Ancak, TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak 2X4'lük bir matrise dayalı bir şekilde yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi

kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Cronbach alfa katsayısı ölçeğin geneli için 0.93 olmak üzere; birinci boyut için 0.88 ve ikinci boyut için 0.86 olarak belirlenmiştir (69).

2.2.5. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) Ve Sağlık Okuryazarlığı

SKH 1: Yoksulluğa son

Yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip kişilerin daha sağlıklı davranışlar benimsemeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve hizmetleri alma ve bunlar doğrultusunda hareket etme olasılıkları daha yüksektir. Bu şekilde sağlık okuryazarlığı; bireylerin kendilerini, ailelerini ve toplumlarını, örneğin çalışma veya bakım rollerini sürdürememesi nedeniyle yoksulluk riskini artıran çeşitli olumsuz durumlardan ve katastrofik cepten sağlık harcamalarından korumaya olanak sağlar.

Benzer şekilde yoksulların eğitime, sağlık ile ilgili mesajların iletilmesinde çoğunlukla kullanılan internete ve diğer platformlara daha düşük erişim düzeylerine sahip oldukları düşünülürse; yoksulluğun azaltılması; sağlık okuryazarlığını arttıracaktır.

SKH 2: Açlığa son

Yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip kişiler, mevcut beslenme bilgilerini daha iyi anlayabilirler. Az ve aşırı beslenmeyle mücadele edebilecek ve her türlü yetersiz beslenmenin sona ermesine yardımcı olabilecek daha sağlıklı seçimler yapma yetkisine sahiptirler. Bu şekilde yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireyler yaşam boyu ve nesiller arası faydalar sağlayabilir.

Sağlık okuryazarlığı yüksek anneler, emzirmenin yararlarını ve şeker yüklü bebek mamalarının beslenme açısından eksikliklerini anlar; böylece bebek ve çocuk sağlığını iyileştirmeye yardımcı olurlar.

SKH 4: Nitelikli eğitim

Adölesan genç kızların cinsel ve üreme sağlığı bilgilerine erişimleri olduğunda, genellikle akran eğitimi yoluyla, kendilerini HIV'den, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan ve istenmeyen gebeliklerden daha iyi koruyabilirler. Böylelikle eğitimlerinin sürdürülebilirliği artar ve eğitimde cinsiyet farklarını gidermeye yardımcı olur. Öğrencilerin daha sağlıklı diyetleri benimsemeleri ve

fiziksel aktiviteyi arttırmaları için gerekli bilgilere sahip olmaları durumunda; dikkatleri, bilişsel işlevleri ve kazanımları gelişecektir.

Ayrıca eğitim ortamları, riskli, sağlığa zarar veren davranışlar konusunda özel olanak sağlayarak, öğrencilerin eleştirel okuma, yazma ve düşünme yeteneğini geliştirerek dolaylı olarak sağlık okuryazarlığını iyileştirir. Eğitimin; öğrencilere genç yaşta ve toplu halde ulaşma potansiyeli, erken yaşlarda yaşam boyu devam edebilecek sağlıklı davranışlar kazanılmasına yardımcı olur.

SKH 8: İnsana yakışır iş ve ekonomik büyüme

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, çeşitli çalışma ortamlarının (örneğin asbest sanayi, tarımsal sanayi) sağlığı nasıl etkileyebileceğine dair mesajlar da dahil olmak üzere, çalışanlar arasında sağlık okuryazarlığı seviyelerini yükseltmek için uyumlu çabaları içerir. Bu çabalar çalışanları daha iyi, daha güvenli çalışma koşulları talep etme konusunda yetkilendirme potansiyelini sağlar.

Eğitim ortamlarına benzer şekilde, işyerleri, örneğin işyeri sağlık programları ve/veya danışmanlık hizmetleri sağlayarak, sağlık mesajları için güçlü bir iletişim platformu sunar.

SKH 9: Sanayi, yenilikçilik ve altyapı

Bilgiye erişim, iletişim teknolojisi (mobil sağlık teknolojileri dahil) ve internet, sağlık okuryazarlığı çabalarının merkezidir. Bu alandaki gelişmeler, sağlık okuryazarlığını ilerletmeye yardımcıdır. İnternet insanların neredeyse sınırsız bilgiye ulaşmalarını sağlar ve sağlık yanlısı bir reklamın aksine, bireylerin aktif olarak bilgi aramasına da izin verir.

SKH 10: Eşitsizliklerin azaltılması

Düşük ve orta gelirli ülkeler ve tüm ülkelerdeki yoksul insanlar; çoğunlukla tütün, alkol, şeker takviyesi yapılmış gıdalar ve içecekler gibi ürünler için endüstri pazarının hedefi konumundadırlar. Bu durumun bir sonucu olarak, sağlığa zararlı mesajlara oldukça yoğun bir şekilde maruz kalırlar. Yoksul toplumlarda sağlık okuryazarlığının arttırılmasına yönelik yatırımlar, bu baskıya karşı koyucu olacaktır. Böylelikle hem ülke içindeki hem de ülkeler arasındaki eşitsizliklerin artması önlenebilir.

Sağlık okuryazarlığı güçlendirilmediği takdirde, özellikle de en dezavantajlı ve marjinalleşmiş toplumlar arasında, yoksulluk ve eşitsizliğin devam edeceğinden emin olunmalıdır. Sağlık durumunun zayıf olması; bireyleri ve ailelerini tıbbi harcamalar nedeni ile zorlarken, insanların çalışma ve para kazanma yeteneğini ortadan kaldıracak, hatta sağlık bakım hizmetlerinin almaktan kaçmaya zorlayacaktır.

SKH 16: Barış, adalet ve güçlü kurumlar

Sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek olan bireyler, temel ilaçlara erişim, evrensel sağlık sigortası, çevresel hava kirleticilerinin engellenmesi veya ayrımcı yasa ve uygulamaların azaltılması için hükümetlerini sorumlu tutma yetkisine sahiptir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin tedavi ve önleyici hizmetlere eşit erişim talep ederken haklarını bilmelerine yardım eder. Bu durum, bu konuya duyulan ihtiyacın arttığı AIDS konusunda çok iyi bir şekilde kanıtlanmıştır.

Etkili, şeffaf ve hesap verebilir hükümetler, tanım gereği, vatandaşlarının sağlığını desteklemek için güncel, kanıta dayalı bilgi ve hizmetler sunarlar.

Sağlık eşitsizlikleri, dünyanın her bölgesine görülürken, en yoksul ve en dışlanan grupları arasında anlamlı olarak daha yüksektir. Sonuç olarak, hastalıkların çok boyutlu maliyetine dayanıksız gruplar bunlara en fazla maruz kalan gruplardır.

Bu adaletsizlik sadece bir tesadüf değildir. Yoksulların sağlığa zararlı ortamlarda yaşama ve çalışma olasılıkları daha yüksektir. Sağlık okuryazarlığı çabaları, sağlık ve ötesindeki eşitsizlikleri benzersiz şekilde azaltabilir (72).

2.2.6. Sağlık Okuryazarlığı İçin Eylem Alanları

1. Sağlık okuryazarlığına hükümet ve toplumun tüm alanlarını ilgilendiren bir sorun olarak yaklaşılmalıdır. Sağlık okuryazarlığı, sağlık sektöründe sadece bireylerin, politika yapıcıların veya profesyonellerin sorumluluğunda değildir. Çok sayıda alanı, mesleği ve sektörü kapsamaktadır. Bu nedenle bu alanda yapılacak her türlü eylem için birden fazla paydaşın dahil olması gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığını iyileştirme girişimleri, günlük yaşamın düzeninde temellendirilmelidir.

2. Sağlık okuryazarlığı konusunda yapılacak eylemlere birden fazla sağlık paydaşı dahil edilmelidir. Sağlık okuryazarlığı paydaşlarının arasındaki bağlantılar katı bir şekilde doğrusal değildir; daha net bir şekilde çapraz ve kesişirler. Bu ilişkiler her kamu hizmeti düzeyindeki sayısız paydaş arasında çok daha karmaşık ve kompleks durumları barındırır.

3. Dilin sade ve düz biçimde kullanılması geliştirilmeli ve teşvik edilmelidir. Düz dil, dinleyicinin veya okuyucunun ilk duyduğunda veya okuduğunda anlayabileceği iletişim anlamına gelir. Sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesi için anlamlı ve güvenilir bilgi sağlamak gerekir. Sağlık bilgi materyalleri; kültür, cinsiyet, yaş, içerik ve formatlardaki farklılık ve çeşitliliğe karşı duyarlı olmalıdır.

4. Ölçüme ve araştırmaya yatırım yapılmalıdır. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı araştırmalarının sistemlerle uyumlu olması gerekir. Etkili müdahaleyi desteklemek için yapılan araştırmaların fon ihtiyacı vardır. Avrupa düzeyinde bu yönde atılmış ilk önemli adım; Avrupa Birliği, DSÖ Avrupa Bölgesi'nin daha fazla ülkesine uygulanması ve düzenli aralıklarla tekrarlanması gereken Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması olmuştur [60].

Sağlık okuryazarlığı tanımı bireysel sağlığı iyileştirmeyi öncelemekle birlikte toplum sağlığını iyileştirmek için sağlık sektörü dışındaki paydaşları da kapsamakta ve bireysel sağlığın iyileştirilmesi yanında toplum sağlığının iyileştirilmesi için de gerekli görülmektedir [63]. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planında SOY kavramına yer verilmiş olup, sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, bireylerin kendi sağlık durumları üzerindeki sorumluluklarını arttırmak için SOY düzeyinin yükseltilmesinin önemi üzerinde durulmuştur [64].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Tanımlayıcı kesitsel nitelikteki bu çalışma büyükşehir statüsünde olan Erzurum ilinin merkez ilçeleri olan Yakutiye, Palandöken ve Aziziye ilçelerinde yaşayan 15-65 yaş arası popülasyonda 2018 yılı Mayıs-Eylül ayları arasında gerçekleştirildi.

Çalışmamız nüfus yoğunluğu ile orantılı şekilde ağırlıklandırma yapılarak örnekleme çıkan Yakutiye ilçesinde 6; Palandöken ilçesinde 5, Aziziye ilçesinde 2 Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde yürütüldü.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Erzurum il merkezinde yaşayan kişiler oluşturmaktaydı. Erzurum merkez ilçelerinin toplam nüfusu 2017 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 420 172 olup, 193 602 kişi Yakutiye, 169 478 kişi Palandöken ve 57 092 kişi Aziziye ilçesinde ikamet etmekteydi. Evren, TÜİK 2017 il ve yaş gruplarına göre nüfus verileri kullanılarak toplam 348 217 kişi olarak saptandı [24]. Örneklem; yeterli ya da mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi prevelansı %30 alınarak, %95 güven aralığı, %3 hata payı ile Epi Info programında 690 kişi olarak hesaplandı [25]. Öngörülen %25 fire payı eklenerek 890 kişiye ulaşılması hedeflendi.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Çalışmaya katılımcıların dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlendi:

- Okuryazar olmak,
- Türkçe konuşmak,
- İletişim kurabiliyor olmak,
- 15-65 yaşları arasında olmak.

Araştırma dışı bırakılma kriterleri

Araştırmamızda araştırma dışı bırakılma kriterleri şu şekilde belirlenmiştir:

- Dahil edilme kriterlerini karşılamıyor olmak,
- Sağlıkla ilgili alanlarda profesyonel veya meslek sahibi olmak,
- Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle formu dolduramamak.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Erzurum ilinde yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin sosyodemografik özellikler, sağlıkla ilişkili özellikler ve okuma alışkanlıklarına göre farklılık gösterdiği düşünülmektedir. Buna göre geliştirilen hipotezler;

1. Erzurum ilinde yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi Türkiye ortalamasından farklıdır.
2. Erzurum ilinde yaşayan bireylerin sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çocuk sayısı) sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkilemektedir.
3. Erzurum ilinde yaşayan bireylerin sağlıkla ilişkili özellikleri (kronik hastalık varlığı, birinci derece yakınında kronik hastalık varlığı, 15 günden uzun süre hastanede yatış, sağlık eğitimi almış olma) sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkilemektedir.
4. Erzurum ilinde yaşayan bireylerin okuma alışkanlıkları sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilemektedir.

3.4. Araştırmanının Değişkenleri

a. Bağımlı değişkenler;

- Sağlık okuryazarlığı düzeyi,

b. Bağımsız değişkenler;

Yaş, cinsiyet, doğum yeri (il/ ilçe/ köy), eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, (çocuğu var ise) çocuk sayısı, aile tipi, hayatı boyunca en uzun süre yaşanılan yerleşim yeri (il/ ilçe/ köy), gelir getiren bir işte çalışma durumu, meslek, ailede sağlık çalışanı bulunma durumu, sosyal güvence, ailenin aylık gelir durumu, kronik hastalık varlığı, birinci derece yakınlarında kronik hastalık varlığı, 15 gün ya da daha uzun süre hastanede yatmış olma durumu, sağlıkla ilgili konularda eğitim almış olma durumu, düzenli olarak gazete/kitap okuma durumu ve okuma sıklığı olarak belirlendi.

3. 5. İzinler

Araştırma ile ilgili kurul izini Atatürk Üniversitesi Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Kurulu'ndan (Karar No:10.12.2018-6), etik izin Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No:27.12.2018-8/21), uygulamaya dair izinler (22.02.2019-E.177) İl Sağlık Müdürlüğü'nden alındı (Ek 1, 2).

3. 6. Verilerin Toplama Araçları ve Yöntemi

Verilerin toplanması ve analizi üç basamakta gerçekleştirilmiştir; anket formunun oluşturulması ve düzenlenmesi, anket formunun uygulanması ve verilerin analiz edilmesi.

3. 6. 1. Anket Formunun Oluşturulması ve Düzenlenmesi

Araştırma anketi kişisel bilgi formu ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) olmak üzere iki bölümden oluşmaktaydı (Ek 3). Literatür taranarak oluşturulan kişisel bilgi formunda katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla 13 soru yer almaktaydı. Anket formunun ikinci bölümünde katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmek üzere Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanıldı.

Araştırma anketinin ön denemesi Palandöken ilçesi Kayakyolu ASM'de 35 kişi üzerinde yapıldı ve çalışma öncesinde anketin uygulanabilirliği test edildi, sorunlu kısımlar tekrar düzenlendi.

TSOY-32 ölçeği her biri 5'li likert şeklinde (1. Çok kolay, 2. Kolay, 3. Zor, 4. Çok zor, 5. Fikrim yok) olan 32 önermeden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için kullanılan formül: İndeks=(ortalama-1)x(50/3) şeklindedir. 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. Hesaplanan puanlara göre sağlık okuryazarlığı dört kategoride sınıflandırılmaktadır. TSOY-32 ölçeği indeks puanlarına göre SOY düzeyi grupları Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. TSOY-32 ölçeği indeks puanlarına göre SOY düzeyleri

Puan aralığı	SOY düzeyi
0-25	Yetersiz sağlık okuryazarlığı
>25-33	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı
>33-42	Yeterli sağlık okuryazarlığı
>42-50	Mükemmel sağlık okuryazarlığı

TSOY-32 Okyay ve arkadaşları tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU)'nin Türkçe'ye uyarlanması ile geliştirilen bir ölçektir. TSOY-32, iki temel boyut alınarak 2X4'lük bir matris şekilinde yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır (Tablo 3). Abacıgil ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçeğin geneli için Cronbach alfa katsayısı 0.93, birinci boyut için 0.88 ve ikinci boyut için 0.86'dır (70).

Tablo 3. TSOY-32'nin 2X4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları

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

3.6.2. Anket Formunun Uygulanması

Araştırmanın amacına yönelik hazırlanan anket katılımcılara gözlem altında uygulandı. Uygulama öncesinde katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilerek onamları alınmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olup etik kurallara bağlı kalındı. Anket uygulanma süresi ortalama 15 dakika sürdü.

3.6.3. Verilerin Analizi

Verilerin girişinde ve istatistiksel değerlendirmesinde SPSSv24 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak sunuldu. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki kare testi kullanıldı. Numerik değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Smirnov Testi ile araştırıldı. Katılımcıların TSOY 32 puanları ile yaşları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için Spearman korelasyon analizi yapıldı.

Araştırmada bağımsız değişkenlerin SOY düzeyi üzerine olan etkisini ortaya koymak için lojistik regresyon analizi yapıldı. Regresyon analizinde bağımlı değişken olarak genel SOY düzeyi, mükemmel-yeterli olanlar ve yetersiz-sorunlu olmak üzere gruplaranarak kullanıldı. Bağımsız değişken olarak ise tek değişkenli regresyon analizinde anlamlı bulunan değişkenlerden yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, birinci derecede yakınlarında kronik hastalık varlığı, sağlık eğitimi alma durumu, düzenli kitap/gazete okuma durumu kullanıldı. Değişkenlerin modele eklenmesinde Backward LR yöntemi kullanıldı.

Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

3.7. Araştırmanın süresi

Tablo 4. Araştırma düzenleme planı ve zaman çizelgesi

	2018					2019						2020
	Mart - Nisan	Mayıs - Haziran	Temmuz - Ağustos	Eylül - Ekim	Kasım Aralık	Ocak - Şubat	Mart - Nisan	Mayıs - Haziran	Temmuz - Ağustos	Eylül - Ekim	Kasım-Aralık	Ocak-Şubat
KONU İLE İLGİLİ LİTERATÜR TARAMASI												
PLANLAMA AŞAMASI Ön denemenin yapılması, Gerekli izinlerin alınması, Anket formunun hazırlanması												
UYGULAMA AŞAMASI Veri toplama, veri işleme												
ANALİZ AŞAMASI Verilerin analizi, yorumlanması												
YAZIM AŞAMASI Araştırma raporunun yazımı, basımı, raporun ilgili yerlere sunumu												

4. BULGULAR

"Erzurum İl Merkezinde Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkili Faktörler" isimli araştırmanın bulguları dört başlık altında incelenmiştir:

1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular,

2. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği sorularına verdikleri cevapların dağılımına ilişkin bulgular,

3. Katılımcıların TSOY-32 puanları ve SOY düzeylerine ilişkin bulgular,

4. Katılımcıların sosyodemografik ve sağlığa ilişkin özelliklerine göre SOY düzeyleri karşılaştırmaları.

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin

Araştırmaya katılım %97.0 olarak gerçekleşti. Çalışmaya katılan bireylere ait sosyodemografik veriler incelendiğinde, 864 bireyin %55.8'i (n=260) kadın, %44.2'si (n=220) erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması 35.6±13.0 (min. =15, maks.=65) yıldı ve %48.5'i (n=419) 25-44 yaş aralığındaydı. Eğitim düzeylerinin dağılımına bakıldığında %23.6'sı (n=204) ilkokul düzeyinde eğitime sahip ya da eğitim almamıştı. Katılımcılar arasında lise düzeyinde eğitim alanların sıklığı en yüksek (%30.1) yüksek lisans mezunlarının sıklığı (%3.4) en düşüktü. Katılımcıların %66.6'sı (n=575) evliydi. Tablo 5'te katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı sunuldu.

Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Yaş grupları (N=864)		
15-24	214	24.8
25-34	221	25.6
35-44	198	22.9
45-54	133	15.4
55-64	98	11.3
Cinsiyet (N=864)		
Erkek	382	44.2
Kadın	482	55.8
Eğitim durumu (N=864)		
İlkokul ve altı	204	23.6
Ortaokul	135	15.6
Lise	260	30.1
Meslek yüksekokulu	52	6.1
Üniversite/yüksekokul	178	20.6
Yüksek lisans	29	3.4
Medeni durum (N=864)		
Evli	575	66.6
Bekar/ dul/ boşanmış	289	33.4

Araştırmaya katılanların %84.6'sının (n=731) doğum yeri Erzurum'du. Yerleşim birimlerine göre dağılımlara bakıldığında katılımcıların %25.9'u köyde, %57.2'si il merkezinde doğmuştu. Katılımcıların %84.1'inin (n=727) hayatları boyunca en uzun süre yaşadığı il Erzurum'du. Yerleşim birimlerine göre dağılımlar değerlendirildiğinde %76.4'ü (n=660) hayatları boyunca en uzun süre il merkezinde, %10.8'i (n=93) köyde yaşadığını belirtti. Tablo 6'da katılımcıların doğduğu ve en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerinin özelliklerine göre dağılımları sunuldu.

Tablo 6. Katılımcıların doğdukları ve en uzun yaşadıkları yerleşim yerinin özelliklerine göre dağılımları

Özellik	Sayı	Yüzde
Doğduğu yer (N=864)		
İl merkezi	494	57.2
İlçe	146	16.9
Köy	224	25.9
En uzun yaşadığı yer (N=864)		
İl merkezi	660	76.4
İlçe	111	12.8
Köy	93	10.8

Katılımcıların aile yapıları incelendiğinde %75.9'u (n=656) çekirdek aile yapısında, %37.8'i (n=327) çocuk sahibiydi. Araştırmaya katılanların %56.0'sı (n=484) gelir getiren bir işte çalışmadığını belirtmişti. Katılımcıların %33.8'i (292) ev hanımı, %12.7'si memurdu. Araştırmaya katılan bireylerin %88.2'sinin genel sağlık sigortası bulunmaktaydı. Gelir durumunu "gelir gidere denk" şeklinde belirten katılımcıların sıklığı (%44.3) en yüksekti. Katılımcıların aile yapılarına ilişkin tanımlayıcı özellikler ve bazı sosyoekonomik özelliklerinin dağılımı Tablo 7'de sunuldu.

Tablo 7. Katılımcıların aile yapılarına ilişkin özellikler ve sosyoekonomik özelliklerinin dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Aile tipi (N=864)		
Çekirdek aile	656	75.9
Geniş aile	208	24.1
Çocuk sahibi olma durumu (N=864)		
Var	327	37.8
Yok	537	62.2
Meslek (N=864)		
Ev hanımı	292	33.8
İşçi	134	15.5
Emekli	54	6.3
Öğrenci	149	17.2
Memur	110	12.7
Esnaf	45	5.2
Serbest çalışan	63	7.3
Çiftçi	4	0.5
Diğer	13	1.5
Çalışma durumu (N=864)		
Çalışmıyor	484	56.0
Aralıklı çalışıyor	43	5.0
Çalışıyor	337	39.0
Sağlık güvence durumu (N=864)		
Yok	94	10.9
GSS	762	88.2
Diğer	8	0.9
Gelir durumu (N=864)		
Gelir giderden az	337	39.0
Gelir gidere denk	383	44.3
Gelir giderden fazla	144	16.7

Araştırmaya katılanların %22.3'ünün (n=193) kendisinde, %36.1'inin (n=312) birinci derece yakınlarında en az bir kronik hastalık bulunmaktaydı. Katılımcıların %13.3'ü (n= 115) daha önce 15 gün ya da daha uzun süre hastanede yatmıştı. Araştırmaya katılanların %24.0'ü (n=207) sağlıkla ilgili herhangi bir konuda eğitim almış ve %23.5'inin (n=203) ailesinde sağlık çalışanı bulunmaktaydı. Katılımcıların kendileri ve birinci derecede yakınlarının sağlıkla ilişkili bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 8'de sunuldu.

Tablo 8. Katılımcıların kendileri ve birici derecede yakınlarının sağlıkla ilişkili bazı özelliklerinin dağılımı

	Sayı	**Yüzde**
Kronik hastalık varlığı (N=864)		
Evet	193	22.3
Hayır	671	77.7
Birinci derece yakında kronik hastalık varlığı (N=864)		
Evet	312	36.1
Hayır	552	63.9
Hastanede yatış durumu (N=864)		
Evet	115	13.3
Hayır	749	86.7
Sağlık eğitimi alma durumu (N=864)		
Evet	207	24.0
Hayır	657	76.0
Ailede sağlık çalışanı olma durumu (N=864)		
Var	203	23.5
Yok	661	76.5

Düzenli gazete/kitap okuduğunu belirten bireyler araştırmaya katılanların %53.2'sini oluşturmaktaydı ve bunların %41.8'i hergün okuduğunu belirtmişti. Katılımcıların okuma alışkanlıklarının dağılımı Tablo 9'da sunuldu.

Tablo 9. Katılımcıların okuma alışkanlıkları

	Sayı	Yüzde
Düzenli gazete/kitap okuma durumu (N=864)		
Evet	459	53.2
Hayır	404	46.8
Okuma sıklığı (n=459)		
Hergün	192	41.8*
Her hafta	156	34.0*
Ayda bir	81	17.5*
Yılda birkaç kez	26	5.7*

*Düzenli gazete/kitap okuduğunu belirtenlerin içinde yüzde

4.2. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği sorularına verdikleri cevapların dağılımı

Araştırmaya katılan bireylerin ölçeğin hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutuyla ilgili maddelere verdikleri cevaplar incelendi. Katılımcıların çok kolay ya da kolay olarak yanıtladığı maddelerin sıklıkla; "fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak" (%83.6), "gündelik davranışlarınızdan hangilerinin sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek" (%81.6), "sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak" (%81.4) olduğu saptandı. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu maddelerine verdikleri cevapların dağılımı Tablo 10'da sunuldu.

Tablo 10. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu sorularına verdikleri cevapların dağılımı

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu	%/n	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	%	28.4	52.9	15.5	1.9	1.2
	n	245	457	135	16	11
Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	%	29.7	49.2	16.0	1.9	3.2
	n	257	425	138	16	28
Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	%	30.2	53.4	10.0	4.4	2.1
	n	261	461	86	38	18
Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	%	31.5	45.0	16.1	1.4	6.0
	n	272	389	139	12	52
Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	%	29.7	51.7	10.5	4.9	3.1
	n	257	447	91	42	27
Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	%	25.8	47.5	15.7	6.6	4.4
	n	223	410	136	57	38
İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	%	28.4	51.4	13.8	3.6	2.8
	n	245	444	119	31	25
İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	%	22.1	33.6	33.8	6.8	3.7
	n	191	290	292	59	32
Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	%	23.7	37.1	26.0	10.4	2.8
	n	205	320	225	90	24
Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	%	25.6	48.5	15.0	5.7	5.2
	n	221	419	130	49	45
	n	157	332	219	75	81

Tablo 10. (Devamı). Katılımcıların TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu sorularına verdikleri cevapların dağılımı

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu	%/n	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	%	23.0	42.7	20.9	7.1	6.3
	n	199	369	181	61	54
Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek	%	30.0	51.6	14.5	2.2	1.7
	n	259	446	125	19	15
Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	%	25.5	39.5	26.5	6.8	1.7
	n	220	341	229	59	15
Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	%	19.7	34.3	29.3	11.5	5.2
	n	170	296	253	100	45
Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	%	23.7	51.2	19.3	3.0	2.8
	n	205	442	167	26	24
Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	%	18.2	38.4	25.3	8.7	9.4

Araştırmaya katılan bireylerin ölçeğin tedavi ve hizmet boyutuna ilişkin maddelerine verdikleri yanıtların değerlendirilmesinde ise; "gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak" (%91.0), "sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak" (%90.3), "bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak" (%85.3) maddelerinin sıklıkla "çok kolay" ve "kolay" olarak yanıtlandığı görüldü. Katılımcıların ölçeğin tedavi ve hizmet boyutuna ait maddelere yanıtlarının dağılımı Tablo 11'de sunuldu.

Tablo 11. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu sorularına verdikleri cevapların dağılımı

Tedavi ve hizmet boyutu	%/n	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	%	30.2	47.8	16.7	2.7	2.6
	n	262	413	144	23	22
Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	%	26.7	51.0	15.3	3.8	3.2
	n	231	441	131	33	28
Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	%	18.4	41.2	28.8	6.3	5.3
	n	159	356	249	54	46
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	%	39.6	45.8	10.6	2.4	1.6
	n	342	395	92	21	14
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	%	39.6	45.8	10.6	2.4	1.6
	n	342	395	92	21	14
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	%	39.7	41.1	14.0	3.1	2.1
	n	343	355	121	27	18
Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	%	29.6	42.4	21.2	3.4	3.4
	n	256	366	184	29	29
Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	%	26.9	52.0	14.1	5.0	2.0
	n	232	449	123	43	17
Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	%	22.7	41.1	25.8	4.4	6.0
	n	196	355	223	38	52
Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	%	34.7	55.6	6.5	1.8	1.4
	n	300	480	56	16	12
İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	%	33.4	47.1	12.0	5.9	1.6
	n	288	407	104	51	14
Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	%	22.3	42.8	24.3	4.2	6.4
	n	193	370	210	36	55

Tablo 11 (devamı). Katılımcıların TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu sorularına verdikleri cevapların dağılımı

Tedavi ve hizmet boyutu	%/n	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	%	29.6	52.2	9.4	5.1	3.7
	n	256	451	81	44	32
Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	%	31.4	49.1	14.5	3.8	1.2
	n	271	424	125	34	10
Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	%	23.0	43.2	24.1	7.4	2.3
	n	199	373	208	64	20
Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	%	41.9	49.1	6.4	0.9	1.7
	n	362	424	55	8	15

4.3. Katılımcıların TSOY-32 puanları ve SOY düzeyleri

Araştırmada iki ana boyut ve sağlık bilgileri ile ilgili 4 süreçten oluşan TSOY-32 ölçeğinin Cronbach alfa değeri "tedavi ve hizmet" boyutu için 0.90, "hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi" boyutu için 0.91, ölçek geneli için 0,94 olarak saptandı.

Katılımcıların TSOY-32 ölçek genel indeks puanı ortalamaları 31.9±9.5'ti. Tedavi ve hizmet alanı indeks puanı ortalamaları 32.8±10.6, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı indeks puan ortalamaları 30.8±10.5'ti. Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 ölçeği süreçlerine göre indeks puan ortalamaları sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma için 32.8±10.6, bilgiyi anlama için 32.7±10.6, bilgiyi değerlendirme için 28.8±11.0, bilgiyi kullanma/uygulama için 33.2±9.3'tü. Katılımcıların TSOY-32 kategori puanları Tablo 12'de sunuldu.

Tablo 12. Katılımcıların TSOY-32 kategori puanları

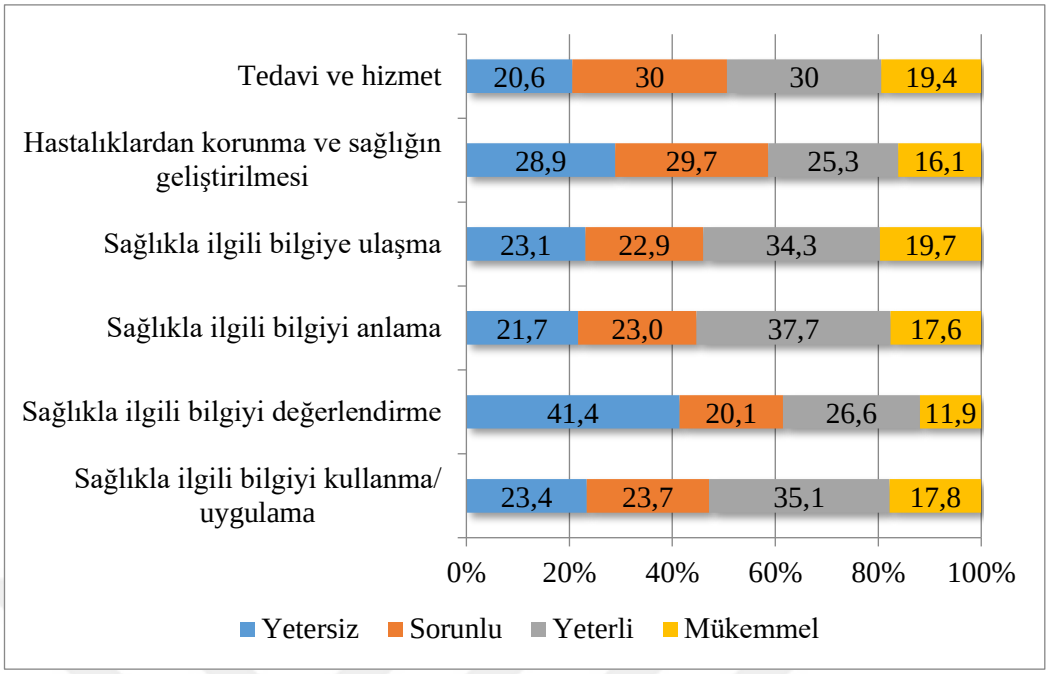
Boyut	Ortalama	SS	Ortanca (min.-maks.)
Genel	31.9	9.5	33.3 (4.6-50)
Tedavi ve hizmet	32.8	10.6	33.3 (7.2-50)
Bilgiye ulaşma	34.4	11.1	33.3 (5.2-50)
Bilgiyi anlama	33.2	11.2	33.3 (4.1-50)
Bilgiyi değerlendirme	28.4	11.7	29.1 (0-50)
Bilgiyi kullanma/ uygulama	36.2	9.7	33.3 (0-50)
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	30.8	10.5	33.3 (0-50)
Bilgiye ulaşma	31.4	11.8	33.3 (0-50)
Bilgiyi anlama	32.3	11.5	33.3 (0-50)
Bilgiyi değerlendirme	29.4	12.3	29.1 (0-50)
Bilgiyi kullanma/ uygulama	30.3	11.3	29.1 (0-50)
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	32.8	10.6	33.3 (0-50)
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	32.7	10.6	33.3 (0-50)
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	28.8	11.0	29.1 (0-50)
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/ uygulama	33.2	9.3	33.3 (4.1-50)

Min.:Minimum
Maks.:Maksimum

Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 genel ölçek puanlarına göre; %24.1'i (n= 209) yetersiz, %31.6'sı (n=273) sorunlu, %27.7'si (n=239) yeterli, %16.6'sı (n=143) mükemmel SOY düzeyine sahipti. Tedavi ve hizmet alanı puanlarına göre katılımcıların %50.6'sı (n=437), hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında %58.5'i (n=506) yetersiz-sorunlu SOY düzeyindeydi. Bilgiyi değerlendirme sürecinde katılımcılarınyetersiz-sorunlu SOY düzeyi oranı diğer süreçler ile karşılaştırıldığında en yüksekti (%61.5). Katılımcıların TSOY-32 kategorilerine göre SOY düzeyleri Tablo 13'te ve Şekil 2'de sunuldu.

Tablo 13. Katılımcıların TSOY-32 kategorilerine göre SOY düzeyleri

Boyut	**Sağlık Okuryazalığı Düzeyi**							
	Yetersiz		**Sorunlu**		**Yeterli**		**Mükemmel**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Genel	209	24.1	273	31.6	239	27.7	143	16.6
Tedavi ve hizmet	178	20.6	259	30.0	259	30.0	168	19.4
Bilgiye ulaşma	218	25.2	96	11.1	337	39.0	213	24.7
Bilgiyi anlama	203	23.5	126	14.6	357	41.3	178	20.6
Bilgiyi değerlendirme	398	45.9	107	12.4	265	30.7	95	11.0
Bilgiyi kullanma/ uygulama	133	15.4	86	10.0	407	47.1	238	27.5
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	249	28.9	257	29.7	219	25.3	139	16.1
Bilgiye ulaşma	258	29.9	130	15.0	329	38.1	147	17.0
Bilgiyi anlama	220	25.5	135	15.6	363	42.0	146	16.9
Bilgiyi değerlendirme	360	41.7	106	12.3	270	31.3	128	14.7
Bilgiyi kullanma/ uygulama	330	38.1	114	13.2	283	32.8	137	15.9
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	200	23.1	198	22.9	296	34.3	170	19.7
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	187	21.7	199	23.0	326	37.7	152	17.6
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	357	41.4	174	20.1	230	26.6	103	11.9
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/ uygulama	202	23.4	205	23.7	303	35.1	154	17.8



Şekil 2. Katılımcıların TSOY-32 kategorilerine göre SOY düzeyleri

4.4. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOY Düzeyleri Karşılaştırmaları

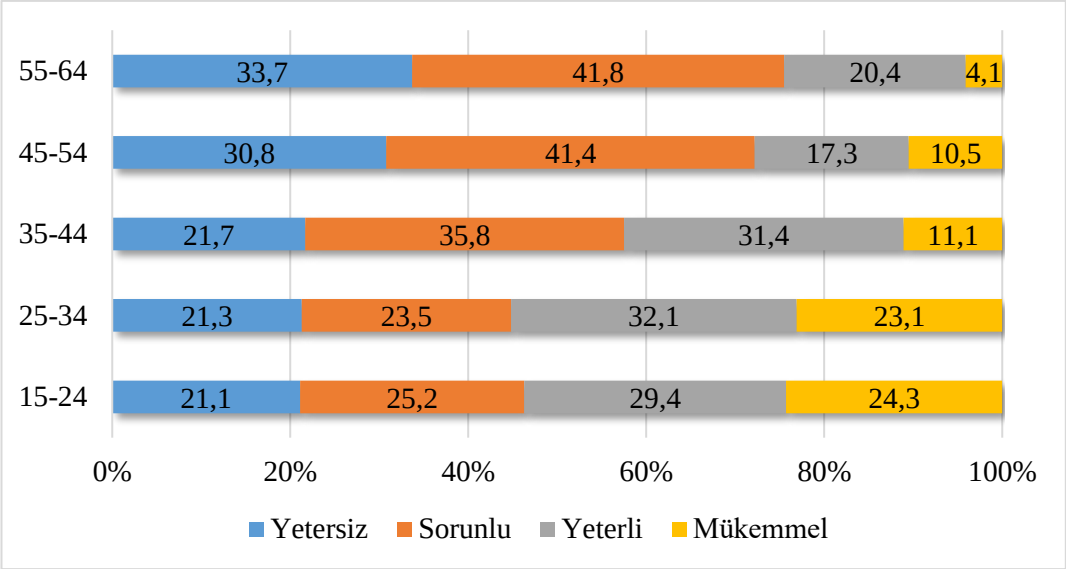
Genel SOY düzeyi yeterli-mükemmel olan katılımcıların sıklığı 25-44 (%55.2) ve 15-24 (%53.7) yaş gruplarında en yüksek olup; yaş grupları arasında genel SOY düzeyleri açısından anlamlı fark vardı (χ^2=62.8, p<0.001). Diğer taraftan katılımcıların yaşları ile genel indeks puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf düzeyli ve negatif yönlü bir ilişki söz konusuydu (r=-0.232, p<0.001). Genel SOY düzeylerinin cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında; mükemmel SOY düzeyine sahip olan kadınların sıklığının (%16.8) erkeklerden (%16.2) daha yüksekti ve cinsiyete göre SOY kategorileri dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü (χ^2=11.9, p=0.007).

Katılımcıların genel SOY düzeyleri eğitim seviyeleri ile de değişmekte idi. Üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip katılımcılar arasında genel SOY düzeyi yeterli/mükemmel olanların sıklığı en yüksekken (%60.0), ilkokul ve daha düşük eğitime sahip katılımcıların arasında ise genel SOY düzeyi yetersiz olanlar en yüksek sıklığa sahipti (%37.3). Genel SOY kategorilerinin katılımcıların eğitim seviyelerine göre dağılımları arasında anlamlı fark vardı (χ^2=73.8, p<0.001).

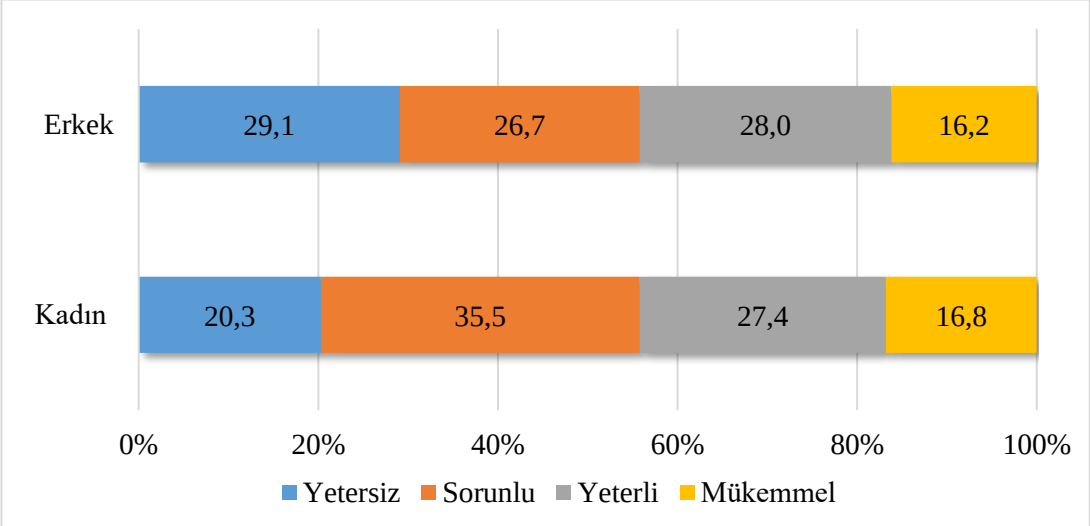
Medeni duruma göre katılımcıların genel SOY düzeyi kategorilerinin dağılımlarına bakıldığında ise; bekarların genel SOY düzeyi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%38.8) evlilere göre yüksek olduğu ve dağılımlar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu görüldü (χ^2=24.3, p<0.001). Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre genel SOY düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 14'te ve Şekil 3-6'da sunuldu.

Tablo 14. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre SOY düzeylerinin karşılaştırılması

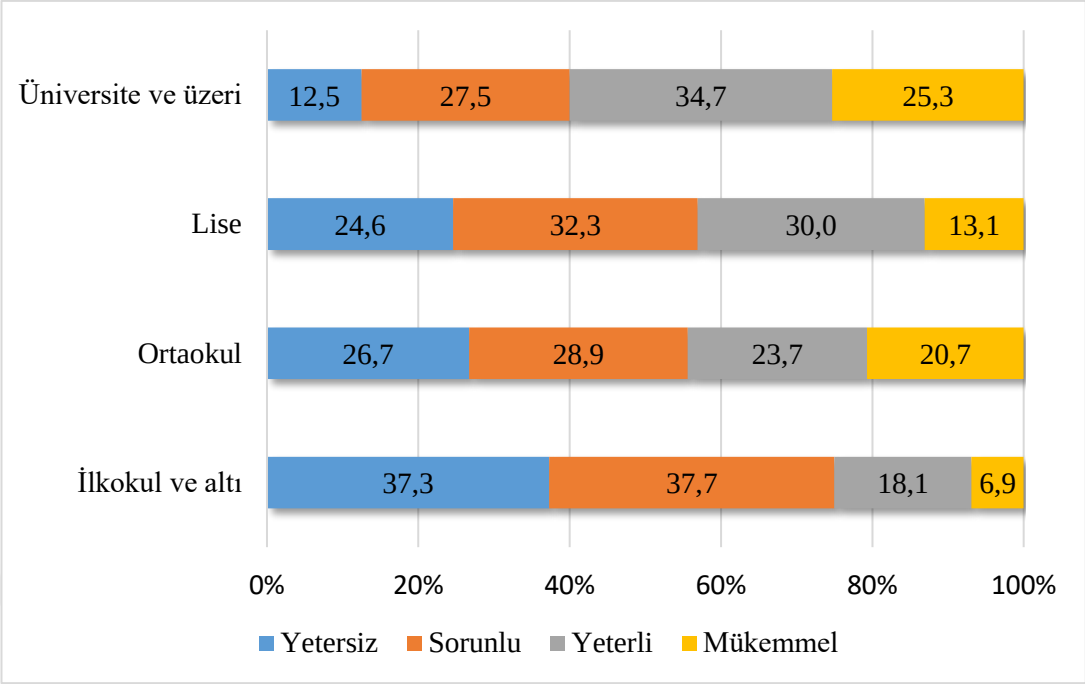
		Yetersiz		**Sorunlu**		**Yeterli**		**Mükemmel**				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
Yaş grupları	15-24	45	21.1	54	25.2	63	29.4	52	24.3	214	100	χ^2=62.8 **p<0.001**
	25-34	47	21.3	52	23.5	71	32.1	51	23.1	221	100	
	35-44	43	21.7	71	35.8	62	31.4	22	11.1	198	100	
	45-54	41	30.8	55	41.4	23	17.3	14	10.5	133	100	
	55-64	33	33.7	41	41.8	20	20.4	4	4.1	98	100	
Cinsiyet	Kadın	98	20.3	171	35.5	132	27.4	81	16.8	382	100	χ^2=11.9 **p=0.007**
	Erkek	111	29.1	102	26.7	107	28.0	62	16.2	482	100	
Eğitim	İlkokul ve altı	76	37.3	77	37.7	37	18.1	14	6.9	204	100	χ^2=73.8 **p<0.001**
	Ortaokul	36	26.7	39	28.9	32	23.7	28	20.7	135	100	
	Lise	64	24.6	84	32.3	78	30.0	34	13.1	260	100	
	Üniversite ve üzeri	33	12.5	73	27.5	92	34.7	67	25.3	265	100	
Medeni durum	Evli	146	25.4	206	35.8	146	25.4	77	13.4	575	100	χ^2=24.3 **p<0.001**
	Bekar/ dul/ boşanmış	63	21.8	67	23.2	93	32.2	66	22.8	289	100	



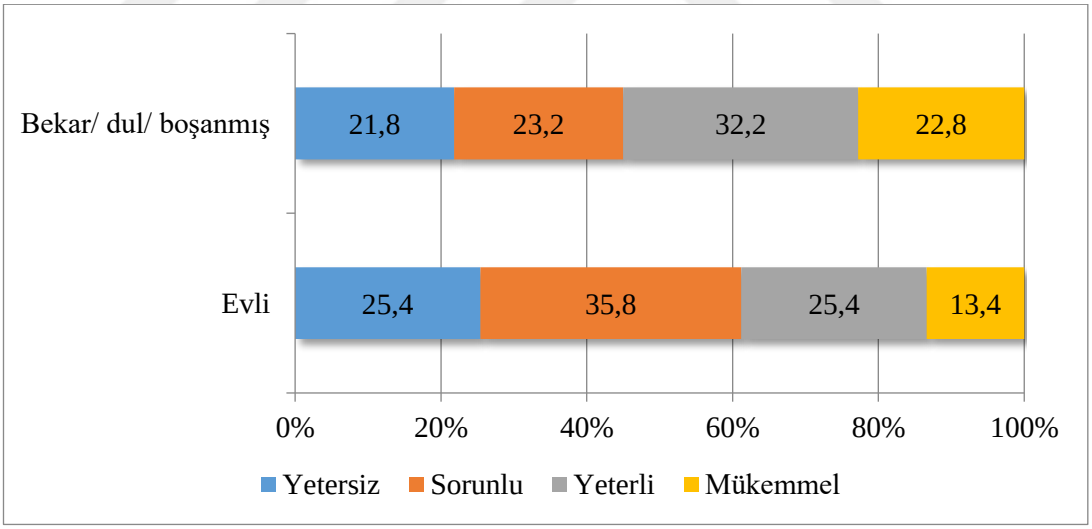
Şekil 3. Katılımcıların yaş gruplarına göre SOY düzeylerinin dağılımı



Şekil 4. Katılımcıların cinsiyetlerine göre SOY düzeylerinin dağılımı



Şekil 5. Katılımcıların eğitim durumlarına göre SOY düzeylerinin dağılımı



Şekil 6. Katılımcıların medeni durumlarına göre SOY düzeylerinin dağılımı

Tedavi ve hizmet alanında yeterli-mükemmel SOY sıklığı 15-24 yaş grubunda (%57.9) yüksek olup katılımcıların yaş gruplarına göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (χ^2=65.5, p<0.001). Ayrıca katılımcıların yaşları tedavi ve hizmet alanı indeks puanı (r=-0.218,

p<0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf düzeyli ve negatif yönlü ilişki vardı. Kadın katılımcılarda tedavi ve hizmet alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%49.8) erkeklere göre (%48.9) daha yüksekti ve cinsiyetlere göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (χ^2=12.4, p=0.006). Tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyleri yeterli-mükemmel (%64.9) olanların sıklığı eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan grupta en yüksekti. Katılımcıların eğitim durumlarına göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyleri dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (χ^2=71.3, p<0.001). Araştırmaya katılan evli bireylerde genel SOY düzeyi yeterli-mükemmel (%44.7) olanların sıklığı bekar bireylere (%58.8) göre daha düşüktü. Medeni durumlarına göre katılımcıların tedavi ve hizmet alanı için SOY düzeyleri (χ^2=20.0, p<0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 15'te sunuldu.

Tablo 15. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeylerinin karşılaştırılması

		Sağlık Okuryazarlığı										
		Yetersiz		**Sorunlu**		**Yeterli**		**Mükemmel**				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
Yaş grupları	15-24	34	15.9	56	26.2	72	33.6	52	24.3	214	100	
	25-34	41	18.5	49	22.2	64	29.0	67	30.3	221	100	χ^2=65.5
	35-44	35	17.7	65	32.8	65	32.8	33	16.7	198	100	**p<0.001**
	45-54	35	26.3	50	37.6	36	27.1	12	9.0	133	100	
	55-64	33	33.7	39	39.8	22	22.4	4	4.1	98	100	
Cinsiyet	Kadın	81	16.8	161	33.4	142	29.5	98	20.3	482	100	χ^2=12.4
	Erkek	97	25.4	98	25.7	117	30.6	70	18.3	382	100	**p=0.006**
Eğitim	İlkokul ve altı	67	32.8	75	36.8	44	21.6	18	8.8	204	100	
	Ortaokul	31	23.0	43	31.9	35	25.8	28	19.3	135	100	χ^2=71.3
	Lise	48	18.5	80	30.8	89	34.2	43	16.5	260	100	**p<0.001**
	Üniversite ve üzeri	32	12.1	61	23.0	91	34.3	81	30.6	265	100	
Medeni durum	Evli	122	21.2	196	34.1	163	28.4	94	16.3	575	100	χ^2=20.0
	Bekar/ dul/ boşanmış	56	19.4	63	21.8	96	33.2	74	25.6	289	100	**p<0.001**

Araştırmada hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için SOY düzeyi yeterli-mükemmel olan katılımcıların sıklığı oranları 15-24 (%54.2) yaş grubunda en yüksekti. Yaş gruplarına göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (χ^2=61.6, p<0.001). Katılımcıların yaşları ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı indeks puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf düzeyli ve negatif yönlü ilişki vardı (r=-0.234, p<0.001). Araştırmada hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahip olan erkeklerin sıklığı %41.3, kadınların %41.5'ti ve cinsiyetler arasında dağılımlar açısından anlamlı fark gözlenmedi (χ^2=6.0, p=0.107). Katılımcıların eğitim durumlarına göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı üniversite ve üzeri eğitim seviyesindeki katılımcılarda en yüksekti (%63.5). Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (χ^2=62.8, p<0.001). Araştırmaya katılan bireylerden evli olanların genel SOY düzeyinin

yeterli-mükemmel olma oranı (%34.5) bekar bireylerden (%55.4) daha düşüktü ve medeni duruma göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi için SOY düzeyi dağılımları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıydı (χ^2=38.2, p<0.001). Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 16'da sunuldu.

Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeylerinin karşılaştırılması

		Sağlık Okuryazarlığı										
		Yetersiz		**Sorunlu**		**Yeterli**		**Mükemmel**				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
Yaş grupları	15-24	48	22.4	50	23.4	63	29.4	53	24.8	214	100	χ^2=61.6 **p<0.001**
	25-34	52	23.5	57	25.8	66	29.9	46	20.8	221	100	
	35-44	55	27.8	71	35.9	49	24.7	23	11.6	198	100	
	45-54	50	37.6	48	36.1	23	17.3	12	9.0	133	100	
	55-64	44	44.9	31	31.6	18	18.4	5	5.1	98	100	
Cinsiyet	Kadın	125	25.9	157	32.6	122	25.3	78	16.2	382	100	χ^2=6.0 p=0.107
	Erkek	124	32.5	100	26.2	97	25.3	62	16.0	482	100	
Eğitim	İlkokul ve altı	90	44.2	67	32.8	31	15.2	16	7.8	204	100	χ^2=62.8 **p<0.001**
	Ortaokul	42	31.1	35	25.9	31	23.0	27	20.0	135	100	
	Lise	73	28.1	76	29.2	75	28.8	36	13.9	260	100	
	Üniversite ve üzeri	44	16.7	79	29.8	82	30.9	60	22.6	265	100	
Medeni durum	Evli	183	31.8	194	33.7	129	22.4	69	12.1	575	100	χ^2=38.2 **p<0.001**
	Bekar/ dul/ boşanmış	66	22.8	63	21.8	90	31.2	70	24.2	289	100	

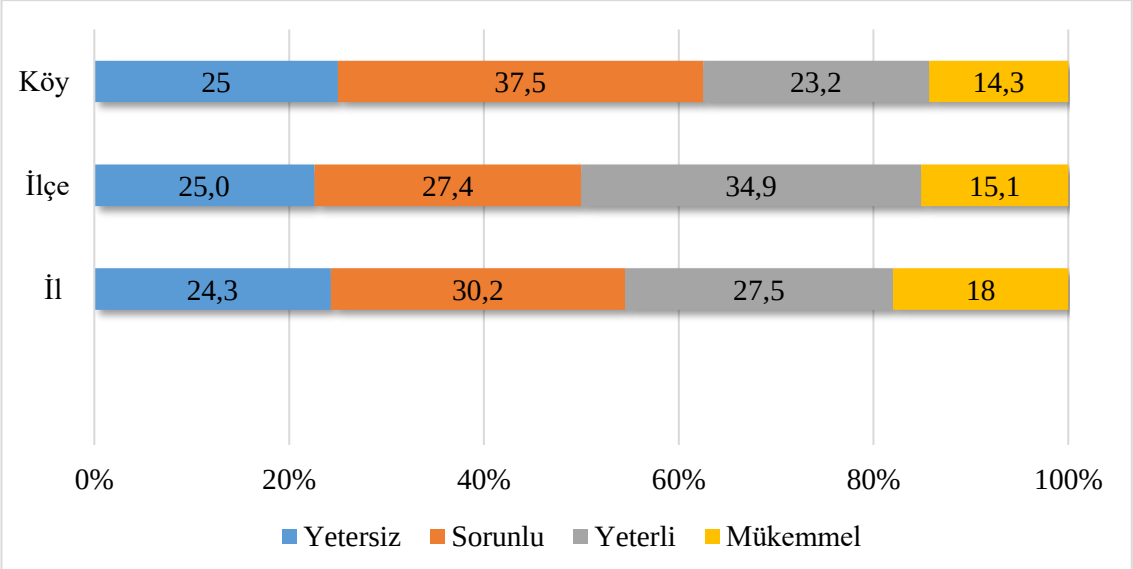
Araştırmaya katılan bireylerden Erzurum'da doğanların genel SOY düzeyinin yeterli-mükemmel olma oranı %44.4, Erzurum dışında bir ilde doğanların %42.8'di ve katılımcıların doğdukları ilin Erzurum veya başka bir il olması durumuna göre genel SOY düzeyi dağılımları benzerdi (χ^2=1.8, p=0.600). İlde ve ilçede doğan katılımcıların yeterli-mükemmel genel SOY düzeyine sahip olanların sıklığı (sırasıyla %45.5 ve %50.0) köyde ve ilçede doğan katılımcılardan (%37.5) daha yüksek olmakla birlikte SOY düzeyi dağılımları benzerdi (χ^2=9.7, p=0.136).

Erzurum doğumlu katılımcılarda tedavi ve hizmet alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı %49.1 iken, Erzurum dışında bir ilde doğanların %51.1'di. Yerleşim birimine göre köyde doğanlarda tedavi ve hizmet boyutu SOY düzeylerinin yeterli-mükemmel olma sıklığı %44.7, ilçede doğanlarda %52.0, ilde doğanlarda %50.8 olup katılımcıların doğdukları yere ve yerleşim birimine göre SOY düzeyi dağılımları benzerdi (χ^2=0.5, p=0.901) (χ^2=6.0, p=0.415).

Erzurum'da doğmuş olan katılımcılarda hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı %51.7, Erzurum dışında bir ilde doğanlarda ise %39.8'di ve SOY düzeyi dağılımları benzerdi (χ^2=0.2, p=0.977). Diğer taraftan köy doğumlu bireylerde hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%33.9), il (%47.3) ve ilçede (%43.1) doğanlardan daha düşük olup, katılımcıların doğdukları yerleşim birimine (il/ilçe/köy) göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için SOY düzeyi dağılımları arasında anlamlı fark mevcuttu (χ^2=14.6, p=0.023). Katılımcıların doğdukları yerin özelliklerine göre SOY düzeyleri Tablo 17 ve Şekil 7'de sunuldu.

Tablo 17. Katılımcıların doğdukların yerin özelliklerine göre SOY düzeylerinin karşılaştırılması

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel		Toplam		
	Doğduğu yer	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	İstatistik
Genel SOY düzeyi	İl	120 (24.3)		149	30.2	136	27.5	89	18.0	494	100	
	İlçe	33	22.6	40	27.4	51	34.9	22	15.1	146	100	χ^2=9.7 p=0.136
	Köy	56	25.0	84	37.5	52	23.2	32	14.3	224	100	
Tedavi ve hizmet SOY düzeyi	İl	105	21.3	138	27.9	149	30.2	102	20.6	494	100	
	İlçe	28	19.2	42	28.8	44	30.1	32	21.9	146	100	χ^2=6.0 p=0.415
	Köy	45	20.1	79	35.2	66	29.5	34	15.2	224	100	
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi SOY düzeyi	İl	150	30.4	131	26.5	129	26.1	84	17.0	494	100	
	İlçe	37	25.3	40	27.4	46	31.5	23	15.8	146	100	χ^2=14.6 **p=0.023**
	Köy	62	27.7	86	38.4	44	19.6	32	14.3	224	100	



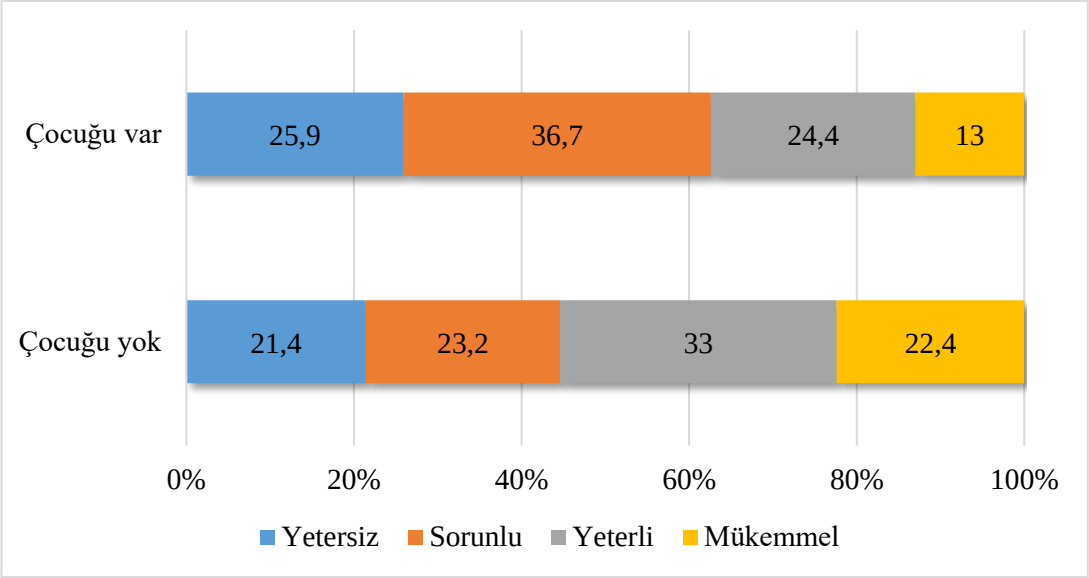
Şekil 7. Katılımcıların doğdukları yerleşim birimine göre SOY düzeylerinin dağılımı

Araştırmada çocuk sahibi olma durumuna göre katılımcıların genel SOY düzeyi kategorilerinin dağılımlarına bakıldığında, çocuk sahibi olanlarda genel SOY

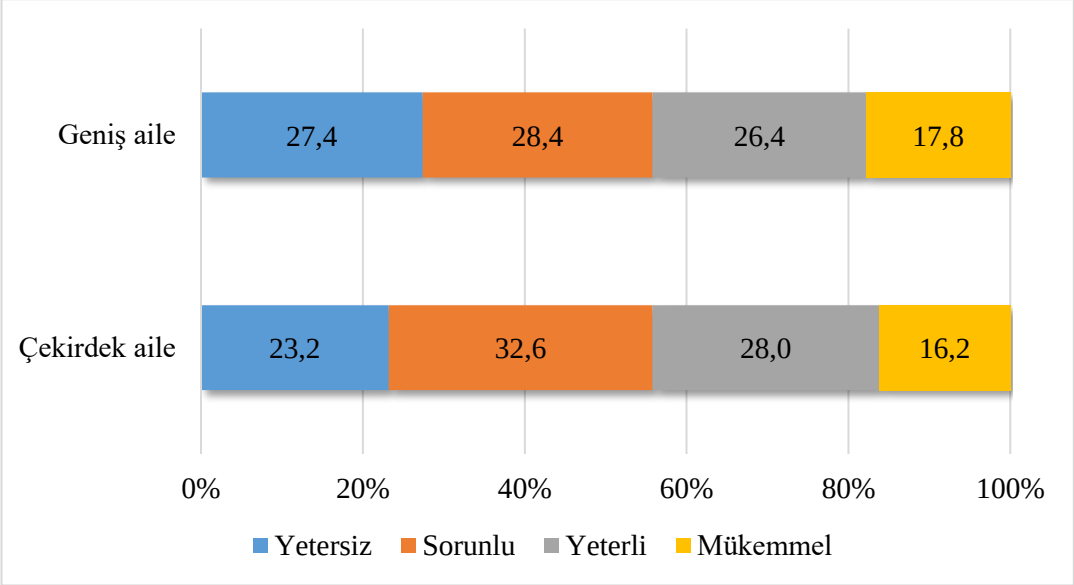
düzeyi yeterli-mükemmel olma sıklığı (%37.4) çocuk sahibi olmayanlara (%55.4) göre daha düşüktü ve dağılımlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (χ^2=29.3, p<0.001). Katılımcıların çocuk sayıları ile genel indeks puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf düzeyli ve negatif yönlü ilişki mevcuttu (r=-0.198, p<0.001). Aile tiplerine göre ise genel SOY düzeyi dağılımları açısından anlamlı fark gözlenmedi (χ^2=2.4, p=0.480). Katılımcıların aileleri ile ilgili özelliklere göre SOY düzeyleri Tablo 18, Şekil 8 ve 9'da sunuldu.

Tablo 18. Katılımcıların aileleri ile ilgili özeliklerine göre SOY düzeylerinin karşılaştırılması

		Yetersiz		**Sorunlu**		**Yeterli**		**Mükemmel**				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
Çocuk sahibi olma durumu	Var	139	25.9	197	36.7	131	24.4	70	13.0	537	100	χ^2=29.3
	Yok	70	21.4	76	23.2	108	33.0	73	22.4	327	100	**p<0.001**
Aile tipi	Çekirdek aile	152	23.2	214	32.6	184	28.0	106	16.2	656	100	χ^2=2.4
	Geniş aile	57	27.4	59	28.4	55	26.4	37	17.8	208	100	p=0.480



Şekil 8. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre SOY düzeylerinin dağılımı



Şekil 9. Katılımcıların aile tipine göre SOY düzeylerinin dağılımı

Tedavi ve hizmet alanı için çocuk sahibi olan katılımcılarda SOY düzeyi yeterli-mükemmel olma sıklığı (%43.5) çocuk sahibi olmayanlardan (%59.0) daha düşüktü ve dağılımlar arasında anlamlı fark vardı (χ^2=21.7, p<0.001). Katılımcıların çocuk sayıları ile tedavi ve hizmet alan indeks puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf düzeyli ve negatif yönlü ilişki olduğu görüldü (r=-0.225, p<0.001).

Aile tiplerine göre ise katılımcıların tedavi ve hizmet alanı için SOY düzeyi dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (χ^2=2.6, p=0.454). Katılımcıların aileleri ile ilgili özelliklere göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyleri Tablo 19'da sunuldu.

Tablo 19. Katılımcıların aileleri ile ilgili özeliklerine göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyleri

		Yetersiz		**Sorunlu**		**Yeterli**		**Mükemmel**				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
Çocuk sahibi olma durumu	Var	119	22.2	184	34.3	148	27.5	86	16.0	537	100	χ^2=21.7
	Yok	59	18.1	75	22.9	111	33.9	82	25.1	327	100	**p<0.001**
Aile tipi	Çekirdek aile	128	19.5	203	30.9	199	30.3	126	19.3	656	100	χ^2=2.6
	Geniş aile	50	24.0	56	26.9	60	28.8	42	20.3	208	100	p=0.454

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için katılımcıların SOY düzeyi dağılımları değerlendirildiğinde; çocuk sahibi olan katılımcılarda yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı %33.5 iken, çocuk sahibi olmayanlarda %54.5 idi ve dağılımlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıydı (χ^2=37.9, p<0.001). Katılımcıların çocuk sayıları ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı indeks puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf düzeyli ve negatif yönlü ilişki bulundu (r=-0,159, p<0.001). Araştırmaya katılan bireylerin aile tiplerine göre değerlendirildiğinde ise hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için SOY düzeyleyi dağılımlarının benzer olduğu görüldü (χ^2=3.1, p=0.374). Katılımcıların aileleri ile ilgili özelliklere göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeyleri Tablo 20'de sunuldu.

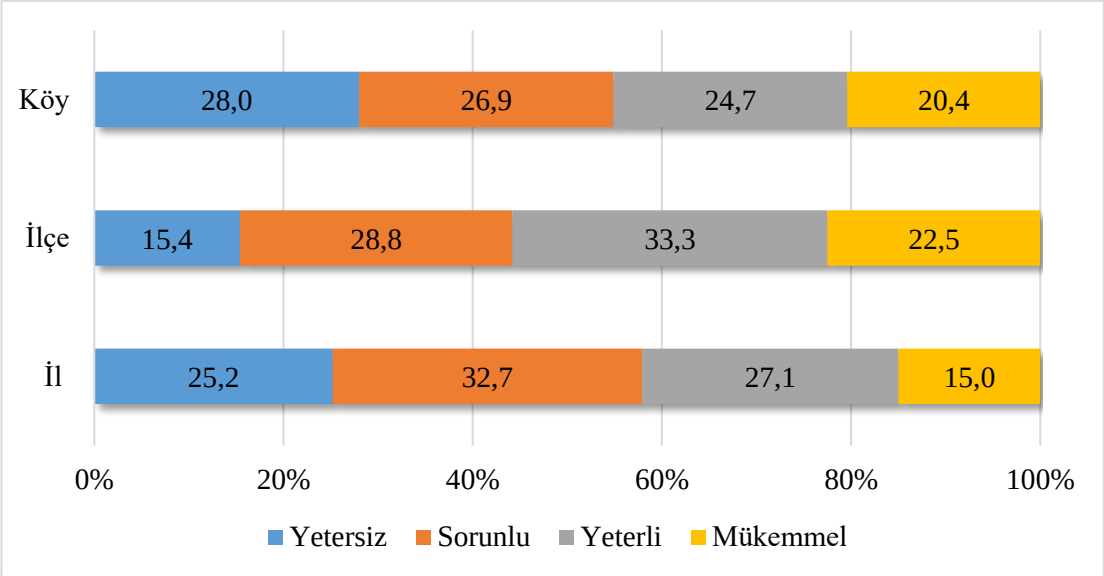
Tablo 20. Katılımcıların aileleri ile ilgili özeliklerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi SOY düzeyleri

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
Çocuk sahibi olma	Var	174	32.4	183	34.1	115	21.4	65	12.1	537	100	χ^2=37.9
	Yok	75	22.9	74	22.6	104	31.8	74	22.7	327	100	**p<0.001**
Aile tipi	Çekirdek aile	181	27.6	204	31.1	166	25.3	105	16.0	656	100	χ^2=3.1
	Geniş aile	68	32.7	53	25.5	53	25.5	34	16.3	208	100	p=0.374

Katılımcıların araştırma tarihine kadar en uzun süre yaşadığı yere göre SOY düzeyi dağılımlarına bakıldığında yeterli/mükemmel SOY düzeyi sıklığının en uzun süre yaşadığı yeri "Erzurum" olarak belirtenlerde %47.6, "Erzurum dışında" olarak belirtenlerde %59.1 olduğu görüldü. Yerleşim birimine göre bakıldığında ise en uzun süre köyde yaşamış olanların yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığının %54.9, ilçede yaşamış olanların %44.2, ilde yaşamış olanların %57.9'du. En uzun süre yaşanılan yere ve yerleşim birimine göre SOY düzeyi dağılımları benzerdi (χ^2=7.4, p=0.590) (χ^2=11.4, p=0.075). Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerin özelliklerine göre SOY düzeyleri Tablo 21 ve Şekil 11'de sunuldu.

Tablo 21. Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerin özelliklerine göre SOY düzeylerinin karşılaştırılması

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
En uzun süre yaşadığı yer	İl	166	25.2	216	32.7	179	27.1	99	15.0	660	100	χ^2=11.4
	İlçe	17	15.4	32	28.8	37	33.3	25	22.5	111	100	p=0.075
	Köy	26	28.0	25	26.9	23	24.7	19	20.4	93	100	



Şekil 10. Katılımcıların en uzun süre yaşadığı yerleşim birimine göre SOY düzeylerinin dağılımı

Araştırmada hayatı boyunca en uzun süre Erzurum'da yaşamış olan katılımcıların tedavi ve hizmet alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%47.6) en uzun süre Erzurum dışında bir ilde yaşamış olanlardan (%57.1) daha düşük olup, katılımcıların SOY düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (χ^2=11.04, p=0.012). En uzun süre ilde yaşamış olan katılımcıların tedavi ve hizmet alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%52.3) köyde ve ilçede yaşamış olanlardan (her ikisi için de %40.5) daha yüksekti ve en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimine göre katılımcıların SOY düzeyi dağılımları benzerdi (χ^2=9.8, p=0.130). Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerin özelliklerine göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyleri Tablo 22'de sunuldu.

Tablo 22. Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerin özelliklerine göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeylerinin karşılaştırılması

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel				
		n	%	n	%	n	%	n	%	Toplam	%	İstatistik
En uzun süre yaşadığı yer	İl	146	22.1	199	30.2	191	28.9	124	18.8	660	100	χ^2=9.8 p=0.130
	İlçe	11	9.9	34	30.6	40	36.0	26	23.5	111	100	
	Köy	21	22.5	26	28.0	28	30.1	18	29.4	93	100	

Hastalıkladan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı en uzun süre Erzurum'da yaşamış olan katılımcılarda %40.2, Erzurum dışında bir ilde yaşamış olanlarda %48.2'ydi ve dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (χ^2=3.7, p=0.293). En uzun süre köyde yaşamış olan katılımcıların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%42.0) en düşük olmakla birlikte katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimine göre SOY düzeyi dağılımları benzerdi (χ^2=19.8, p=0.003). Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerin özelliklerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeyleri Tablo 23'te sunuldu.

Tablo 23. Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerin özelliklerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi SOY düzeylerinin karşılaştırılması

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel				
		n	%	n	%	n	%	n	%	Toplam	%	İstatistik
En uzun süre yaşadığı yer	İl	197	29.8	207	31.4	156	23.6	100	15.2	660	100	χ^2=19.8 **p=0.003**
	İlçe	21	18.9	27	24.3	44	39.6	19	17.2	111	100	
	Köy	31	33.3	23	24.7	19	20.4	20	21.6	93	100	

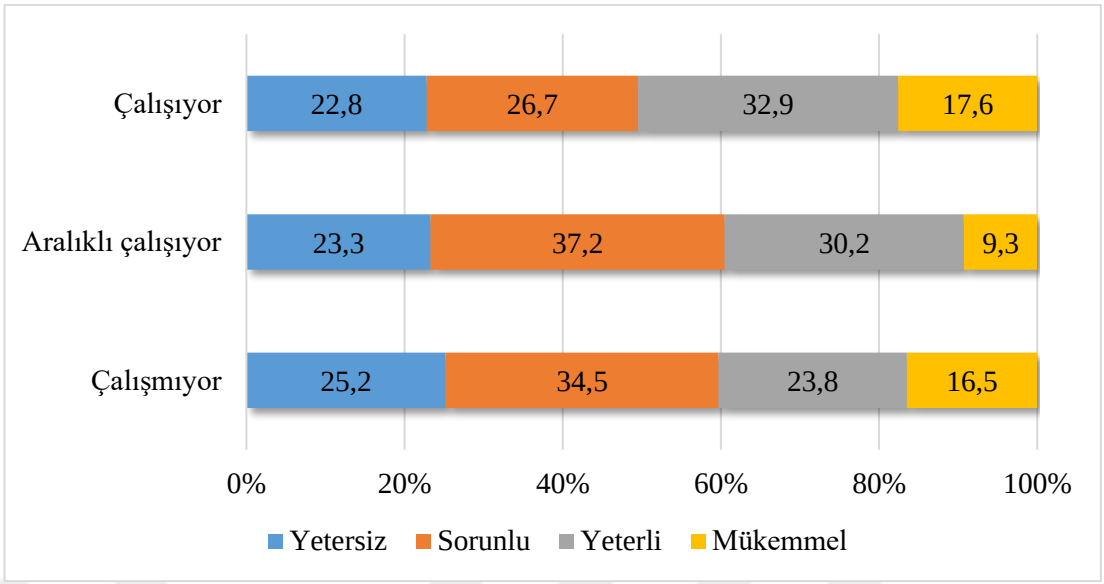
Çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde; gelir getiren bir işte çalışan katılımcıların yeterli-mükemmel genel SOY düzeyi sıklığı (%50.5) çalışmayanlar (%40.3) ve aralıklı çalışanlardan (%39.5) daha yüksekti; ancak çalışma durumuna göre katılımcıların SOY düzeyleri benzer dağılım göstermekteydi (χ^2=12.4, p=0.053).

Gelir durumunu "gelir giderden fazla" olarak değerlendiren katılımcıların yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%52.8) diğer gelir gruplarından ("gelir gidere denk" için %42.9, "gelir giderden az" için %42.1) daha yüksek olmakla beraber gelir durumuna göre SOY düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (χ^2=11.4, p=0.074).

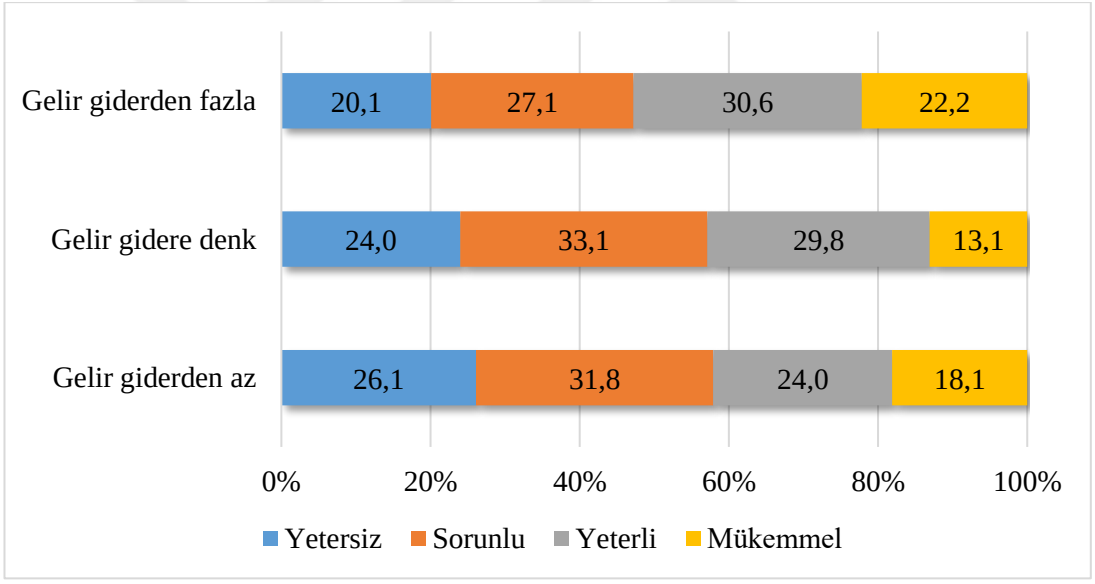
Sosyal güvencesi bulunan katılımcılarda genel SOY düzeyi için yeterli-mükemmel olma sıklığı (%44.0) sosyal güvencesi olmayan katılımcılardan (%45.8) daha yüksekti ve dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark vardı (χ^2=32.2, p<0.001). Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine göre genel SOY düzeyleri Tablo 24 ve Şekil 11-13'te sunuldu.

Tablo 24. Katılımcıların bazı sosyoekonomik özelliklerine göre SOY düzeylerinin karşılaştırılması

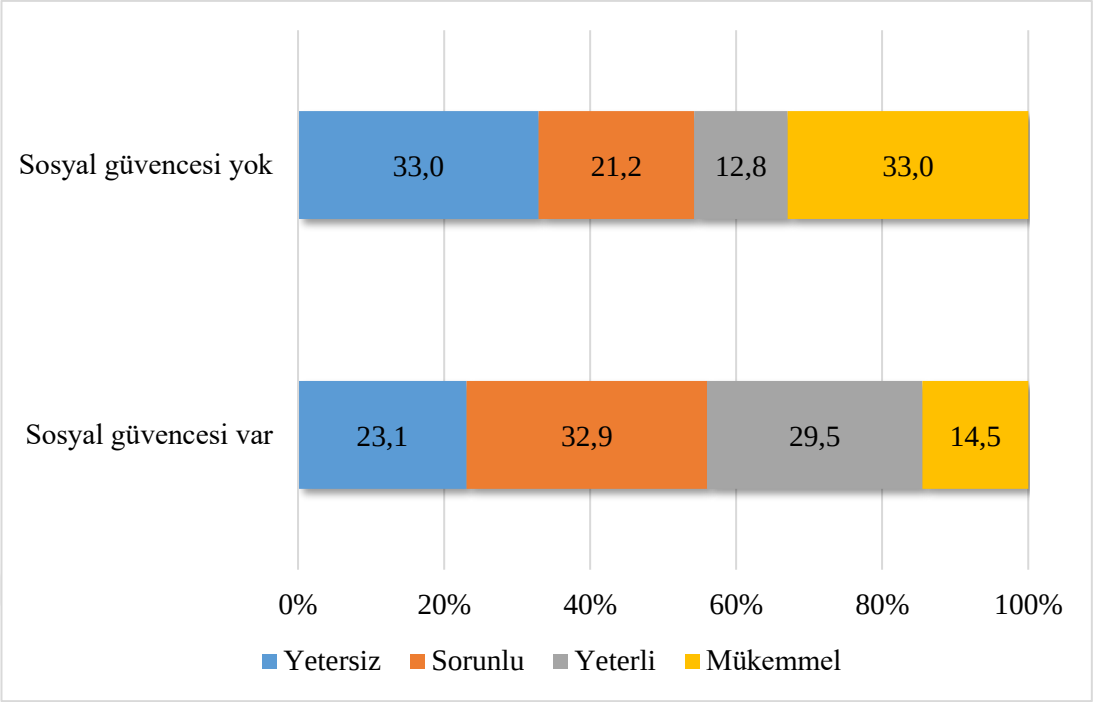
		Yetersiz		**Sorunlu**		**Yeterli**		**Mükemmel**				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
Çalışma durumu	Çalışmıyor	122	25.2	167	34.5	115	23.8	80	16.5	484	100	χ^2=12.4 p=0.053
	Aralıklı çalışıyor	10	23.3	16	37.2	13	30.2	4	9.3	43	100	
	Çalışıyor	77	22.8	90	26.7	111	32.9	59	17.6	337	100	
Gelir durumu	Gelir giderden az	88	26.1	107	31.8	81	24.0	61	18.1	337	100	χ^2=11.4 p=0.074
	Gelir gidere denk	92	24.0	127	33.1	114	29.8	50	13.1	383	100	
	Gelir giderden fazla	29	20.1	39	27.1	44	30.6	32	22.2	144	100	
Sosyal güvence	Var	178	23.1	253	32.9	227	29.5	112	14.5	770	100	χ^2=32.2 **p<0.001**
	Yok	31	33.0	20	21.2	12	12.8	31	33.0	94	100	



Şekil 11. Katılımcıların çalışma durumuna göre SOY düzeylerinin dağılımı



Şekil 12. Katılımcıların gelir durumuna göre SOY düzeylerinin dağılımı



Şekil 13. Katılımcıların sosyal güvencelerinin olma durumuna göre SOY düzeylerinin dağılımı

Gelir getiren herhangi bir işte çalışan katılımcıların tedavi ve hizmet boyutu için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%56.0) en yüksekti ve katılımcıların çalışma durumuna göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (χ^2=14.3, p=0.025). Araştırmada geliri giderlerinden fazla olduğunu belirten katılımcıların tedavi ve hizmet boyutu için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%61.2) geliri gidere denk ve geliri giderden fazla olarak belirtenlerden (sırasıyla %47.7 ve %46.4) daha yüksekti ve gelir durumuna göre tedavi ve hizmet alanı için SOY düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (χ^2=23.6, p=0.001). Sosyal güvencesi olan katılımcıların tedavi ve hizmet alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%49.6) sosyal güvencesi olmayan katılımcılara (%47.9) göre daha yüksekti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (χ^2=13.3, p=0.004). Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyleri Tablo 25'te sunuldu.

Tablo 25. Katılımcıların bazı sosyoekonomik özelliklerine göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeylerinin karşılaştırılması

		Yetersiz		**Sorunlu**		**Yeterli**		**Mükemmel**				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
Çalışma durumu	Çalışmıyor	102	21.1	164	33.9	134	27.7	84	17.3	484	100	χ^2=14.3 **p=0.025**
	Aralıklı çalışıyor	12	27.9	11	25.6	15	34.9	5	11.6	43	100	
	Çalışıyor	64	19.1	84	24.9	110	32.6	79	23.4	337	100	
Gelir durumu	Gelir giderden az	77	22.8	104	30.8	86	25.6	70	20.8	337	100	χ^2=23.6 **p=0.001**
	Gelir gidere denk	73	19.1	127	33.2	127	33.2	56	14.5	383	100	
	Gelir giderden fazla	28	19.4	28	19.4	46	31.9	42	29.3	144	100	
Sosyal güvence	Var	153	19.9	235	30.5	242	31.4	140	18.2	770	100	χ^2=13.3 p=0.004
	Yok	25	26.6	24	25.5	17	18.1	28	29.8	94	100	

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için katılımcıların çalışma durumuna göre genel SOY düzeylerinin yeterli-mükemmel dağılımlarına bakıldığında; sıklığın gelir getiren bir işte çalışanlarda %43.3, aralıklı çalışanlarda %44.2, çalışmayanlarda ise %39.9 olduğu görüldü. Gelir durumuna göre ise gelirini giderden fazla olarak değerlendiren katılımcıların yeterli-mükemmel genel SOY düzeyi sıklığı %48.6, gelirini giderine denk olarak değerlendirenlerin %40.0, gelirini giderden az olarak değerlendirenlerin %38.6'ydı. Katılımcıların çalışma ve gelir durumuna göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeyi dağılımlarının benzer olduğu görüldü (sırasıyla χ^2=2.6, p=0.852 ve χ^2=11.4, p=0.074). Sosyal güvencesi olan katılımcıların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı %40.7, sosyal güvencesi olmayan katılımcıların %47.8'di ve SOY düzeyi dağılımları anlamlı düzeyde farklıydı (χ^2=20.78, p<0.001). Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeyleri Tablo 26'da sunuldu.

Tablo 26. Katılımcıların bazı sosyoekonomik özelliklerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeylerinin karşılaştırılması

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
Çalışma durumu	Çalışmıyor	148	30.6	143	29.5	118	24.4	75	15.5	484	100	χ^2=2.6
	Aralıklı çalışıyor	10	23.2	14	32.6	13	30.2	6	14.0	43	100	p=0.852
	Çalışıyor	91	27.0	100	29.7	88	26.1	58	17.2	337	100	
Gelir durumu	Gelir giderden az	103	30.6	99	29.4	77	22.8	58	17.2	337	100	
	Gelir gidere denk	110	28.7	120	31.3	100	26.2	53	13.8	383	100	χ^2=6.1
	Gelir giderden fazla	36	25.0	38	26.4	42	29.2	28	19.4	144	100	p=0.402
Sosyal güvence	Var	215	27.9	242	31.4	201	26.2	112	14.5	770	100	χ^2=20.7
	Yok	34	36.2	15	16.0	18	19.1	27	28.7	94	100	**p<0.001**

Ailesinde sağlık çalışanı olan katılımcıların yeterli-mükemmel genel SOY düzeyi sıklığı (%49.8) ailesinde sağlık çalışanı olmayan bireylerden (%42.5) daha yüksekti ve katılımcıların ailesinde sağlık çalışanı olma durumuna göre genel SOY düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlendi (χ^2=8.8, p=0.031).

Araştırmada en az bir kronik hastalığı bulunan katılımcıların olanların yeterli-mükemmel genel SOY düzeyi sıklığı (%32.1) kronik hastalığı olmayan bireylerden (%47.7) daha düşüktü ve kronik hastalık bulunma durumuna göre genel SOY düzeyleri dağılımları arasındaki fark istatistiksel anlamlıydı (χ^2=14.9, p=0.002).

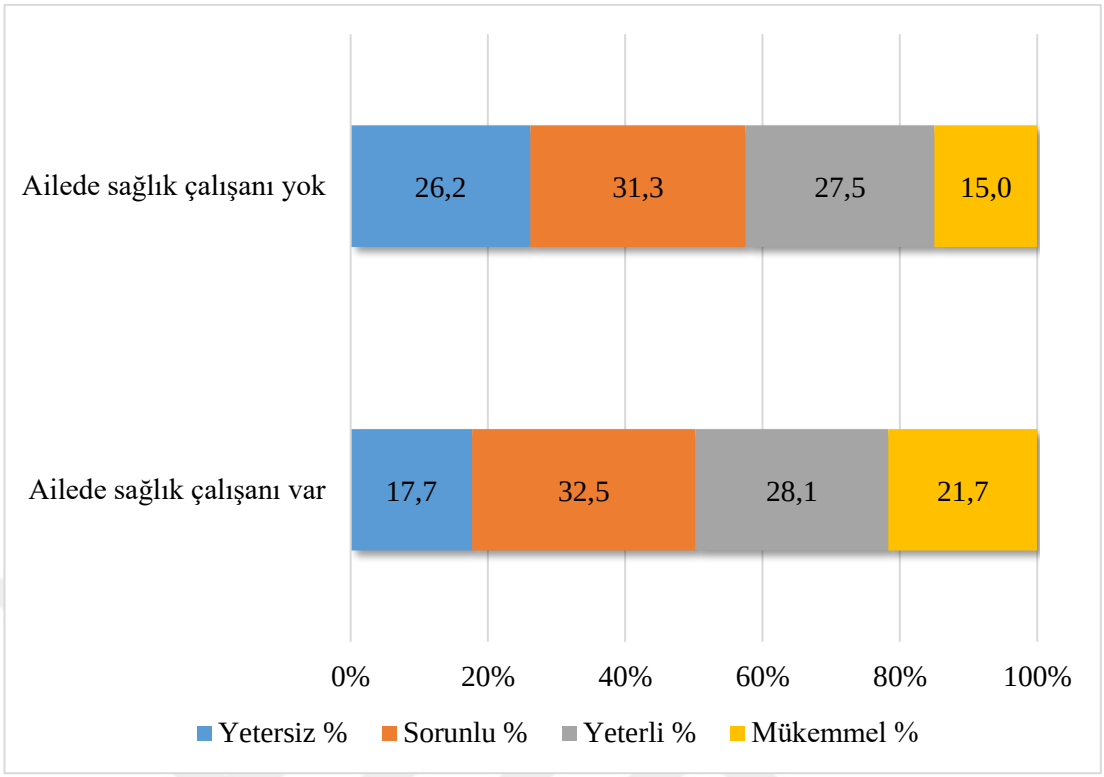
Katılımcılarda birinci derece yakınlarında kronik hastalık bulunanların yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%33.0) birinci derece yakınlarında kronik hastalık bulunmayanlardan (%50.6) daha düşük olup, dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (χ^2=25.6, p<0.001).

Daha önce hastanede 15 günden daha uzun süre yatma öyküsü olan katılımcıların yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%37.4), 15 günden daha uzun süre hastanede yatma öyküsü olmayanlardan (%45.3) daha düşüktü ve katılımcıların 15 günden daha uzun süre hastanede yatmış olma durumuna göre genel SOY düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunuyordu (χ^2=9.2, p=0.026).

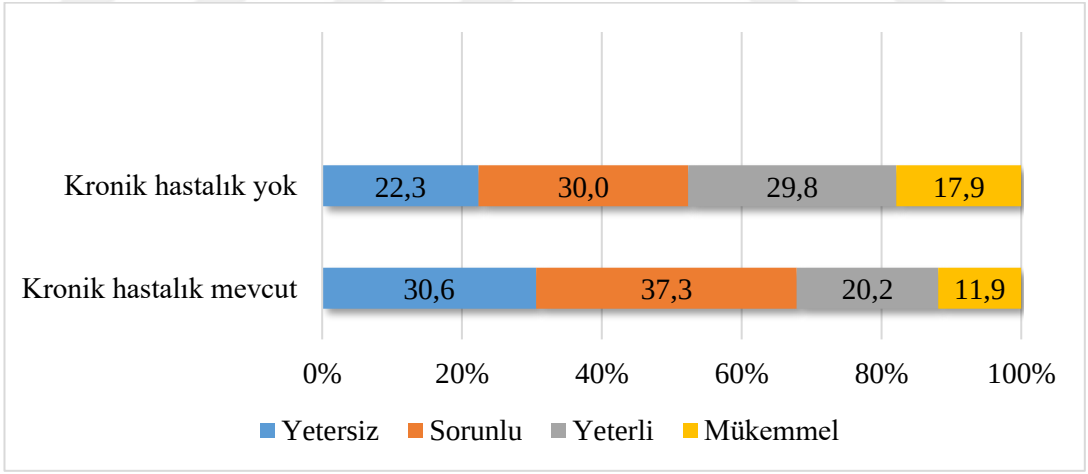
Herhangi bir konuda sağlık eğitimi alan katılımcıların yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%58.5), almamış olanlardan (%39.8) daha yüksekti. Araştırmada katılımcıların sağlık eğitimi almış olma durumuna göre genel SOY düzeyi dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (χ^2=26.0, p<0.001). Katılımcıların sağlıkla ilişkili özelliklerine göre SOY düzeyleri Tablo 27'da ve Şekil 14-18'da sunuldu.

Tablo 27. Katılımcıların sağlıkla ilişkili bazı özelliklerine göre SOY düzeylerinin karşılaştırılması

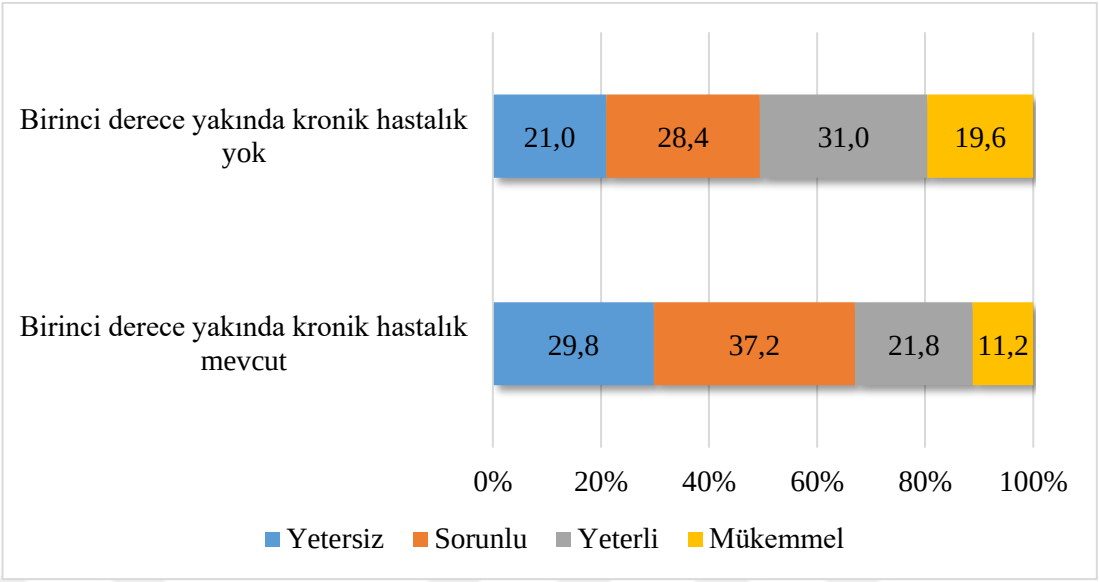
		Yetersiz		**Sorunlu**		**Yeterli**		**Mükemmel**				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
Ailede sağlık çalışanı	Var	36	17.7	66	32.5	57	28.1	44	21.7	203	100	χ^2=8.8
	Yok	173	26.2	207	31.3	182	27.5	99	15.0	661	100	**p=0.031**
Kronik hastalık	Var	59	30.6	72	37.3	39	20.2	23	11.9	193	100	χ^2=14.9
	Yok	150	22.3	201	30.0	200	29.8	120	17.9	671	100	**p=0.002**
Birinci derece yakında kronik hastalık	Var	93	29.8	116	37.2	68	21.8	35	11.2	312	100	χ^2=25.6
	Yok	116	21.0	157	28.4	171	31.0	108	19.6	550	100	**p<0.001**
Hastanede yatış öyküsü	Var	39	33.9	33	28.7	22	19.1	21	18.3	115	100	χ^2=9.2
	Yok	170	22.7	240	32.0	217	29.0	122	16.3	749	100	**p=0.026**
Sağlık eğitimi alma durumu	Evet	29	14.0	57	27.5	73	35.3	48	23.2	207	100	χ^2=26.01
	Hayır	180	27.4	216	32.8	166	25.3	95	14.5	657	100	**p<0.001**



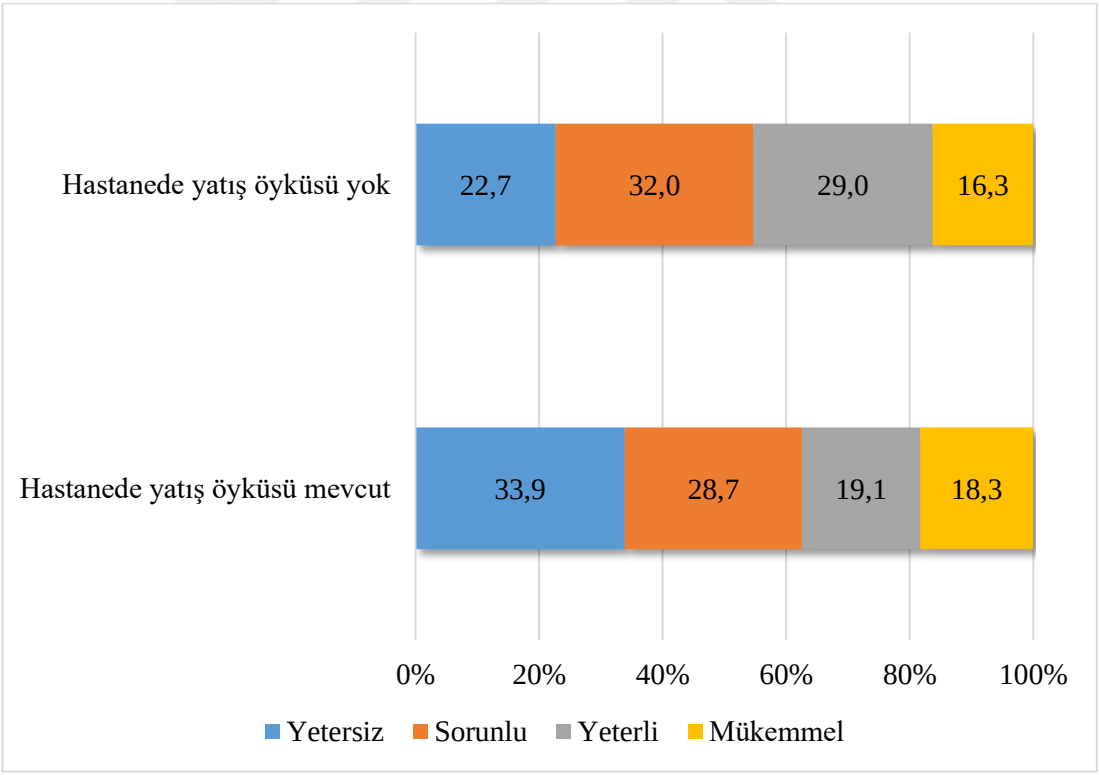
Şekil 14. Katılımcıların ailelerinde sağlık çalışanı olma durumuna göre SOY düzeylerinin dağılımı



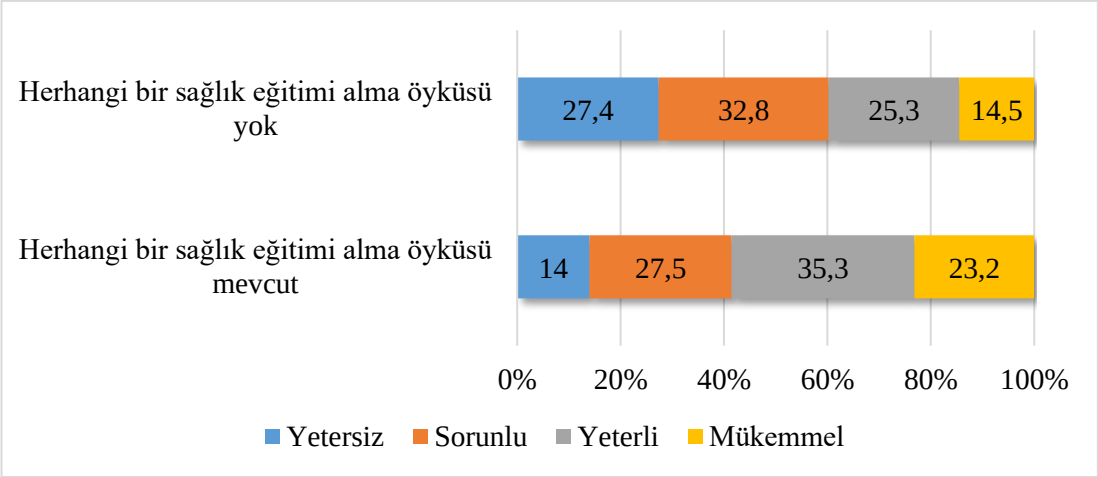
Şekil 15. Katılımcılarda kronik hastalık varlığına göre SOY düzeylerinin dağılımı



Şekil 16. Katılımcıların birinci derece yakınlarında kronik hastalık varlığına göre SOY düzeylerinin dağılımı



Şekil 17. Katılımcıların hastanede yatış öykülerinin olması durumuna göre SOY düzeylerinin dağılımı



Şekil 18. Katılımcıların herhangi bir sağlık eğitimi almış olma durumuna göre SOY düzeylerinin dağılımı

Ailesinde sağlık çalışanı olan katılımcıların tedavi ve hizmet alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%57.1), ailesinde sağlık çalışanı olmayanlardan (%47.0) daha yüksekti ve ailelerinde sağlık çalışanı olma durumuna göre tedavi ve hizmet alanı için SOY düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (χ^2=10.8, p=0.013).

En az bir kronik hastalığı olan katılımcıların tedavi ve hizmet alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%37.8) kronik hastalığı olmayanlardan (%52.7) daha düşüktü ve dağılımlar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi (χ^2=16.0, p=0.001).

Birinci derece yakınlarında kronik hastalık bulunan katılımcıların tedavi ve hizmet alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%38.1) birinci derece yakınlarında kronik hastalık bulunmayanlardan (%55.8) daha düşüktü ve katılımcıların birinci derece yakınlarında kronik hastalık olması durumuna göre tedavi ve hizmet alanı için SOY düzeyleri dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (χ^2=24.9, p<0.001).

Daha önce hastanede 15 günden daha uzun süre yatma öyküsü olan katılımcıların tedavi ve hizmet alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%40.0), 15 günden daha uzun süre hastanede yatma öyküsü olmayanlardan (%50.8) daha düşüktü ve 15 günden daha uzun süre hastanede yatma öyküsü varlığına göre

tedavi ve hizmet alanı için SOY düzeyi dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (χ^2=8.2, p=0.041).

Herhangi bir konuda sağlık eğitimi almış olan katılımcıların tedavi ve hizmet alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%64.7), almamış olanlardan (%44.6) daha yüksekti. Araştırmaya katılan bireylerin sağlık eğitimi almış olma durumuna göre tedavi ve hizmet alanı için SOY düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunuyordu (χ^2=40.8, p=0.001). Katılımcıların sağlıkla ilişkili özelliklerine göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyleri Tablo 28'de sunuldu.

Tablo 28. Katılımcıların sağlıkla ilişkili bazı özelliklerine göre tedavi ve hizmet SOY alt boyut düzeylerinin karşılaştırılması

		Yetersiz		**Sorunlu**		**Yeterli**		**Mükemmel**				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
Ailede sağlık çalışanı	Var	28	13.8	59	29.1	65	32.0	51	25.1	203	100	χ^2=10.8
	Yok	150	22.7	200	30.3	194	29.3	117	17.7	661	100	**p=0.013**
Kronik hastalık	Var	54	28.0	66	34.2	49	25.4	24	12.4	193	100	χ^2=16.0
	Yok	124	18.5	193	28.8	210	31.3	144	21.4	671	100	**p=0.001**
Birinci derece yakında kronik hastalık	Var	78	25.0	116	36.9	73	23.4	46	14.7	312	100	χ^2=24.9
	Yok	100	18.1	144	26.1	186	33.7	122	22.1	550	100	**p<0.001**
Hastanede yatış öyküsü	Var	34	29.6	35	30.4	25	21.7	21	18.3	115	100	χ^2=8.2
	Yok	144	19.3	224	29.9	234	31.2	147	19.6	749	100	**p=0.041**
Sağlık eğitimi alma durumu	Evet	17	8.2	56	27,1	70	33.8	64	30.9	207	100	χ^2=40.8
	Hayır	161	24.5	203	30.9	189	28.8	104	15.8	657	100	**p<0.001**

Ailesinde sağlık çalışanı bulunan katılımcıların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%46.8),

ailesinde sağlık çalışanı olmayanlardan (%30.7) daha yüksekti ve dağılımlar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (χ^2=5.6, p=0.128).

En az bir kronik hastalığı olan katılımcıların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için SOY düzeylerinin yeterli-mükemmel olma sıklığı (%28.2) kronik hastalığı olmayan bireylerden (%45.3) daha düşüktü ve kronik hastalık varlığına göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için SOY düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (χ^2=19.1, p<0.001).

Birinci derece yakınlarında kronik hastalık bulunan katılımcıların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%31.4), birinci derece yakınlarında kronik hastalık bulunmayanlardan (%47.1) daha düşüktü. Katılımcıların birinci derece yakınlarında kronik hastalık bulunma durumuna göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için SOY düzeyi dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi (χ^2=27.6, p<0.001).

Daha önce hastanede 15 günden daha uzun süre yatma öyküsü olan katılımcıların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı %37.4, 15 günden daha uzun süre hastanede yatma öyküsü olmayanların %42.0'ydi ve 15 günden daha uzun süre hastanede yatmış olma durumuna göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için SOY düzeyi dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (χ^2=7.8, p=0.050).

Herhangi bir konuda sağlık eğitimi alan katılımcıların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%52.1), sağlık eğitimi almamış olanlardan (%38.1) daha yüksekti ve bu alan için SOY düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunuyordu (χ^2=18.9, p<0.001). Katılımcıların sağlıkla ilişkili özelliklerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeyleri Tablo 29'de sunuldu.

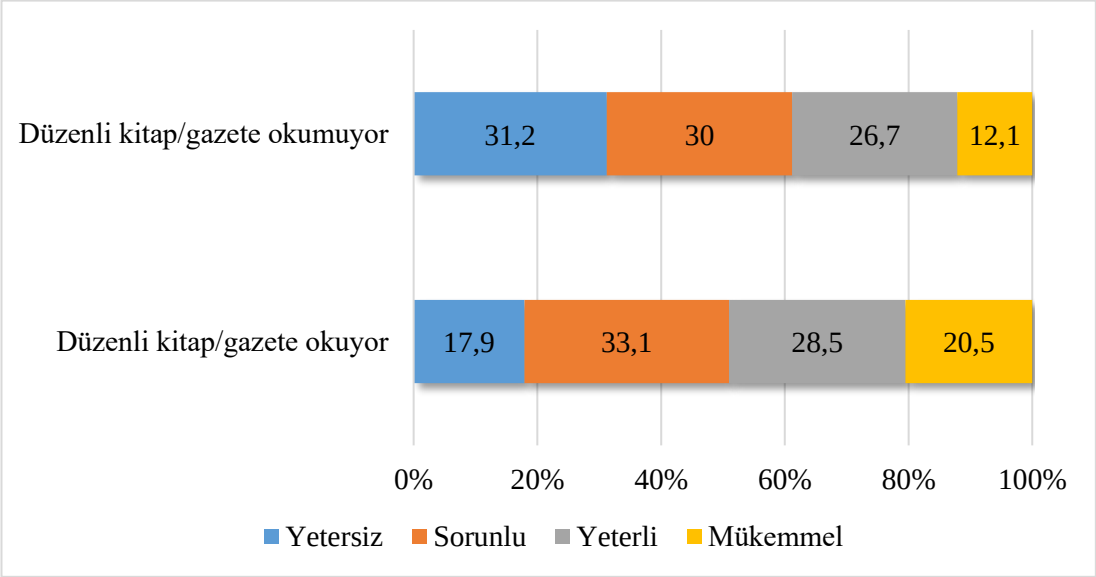
Tablo 29. Katılımcıların sağlıkla ilişkili bazı özelliklerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi SOY düzeylerinin karşılaştırılması

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
Ailede sağlık çalışanı	Var	46	22.7	62	30.5	56	27.6	39	19.2	203	100	χ^2=5.68
	Yok	203	30.7	195	29.5	163	24.7	100	15.1	661	100	p=0.128
Kronik hastalık	Var	69	35.7	70	36.3	36	18.7	18	9.3	193	100	χ^2=19.15
	Yok	180	26.8	187	27.9	183	27.3	121	18.0	671	100	**p<0.001**
Birinci derece yakında kronik hastalık	Var	115	36.9	99	31.7	69	22.1	29	9.3	312	100	χ^2=27.6
	Yok	134	24.3	158	28.6	150	27.2	110	19.9	550	100	**p<0.001**
Hastanede yatış öyküsü	Var	44	38.3	28	24.3	22	19.1	21	18.3	115	100	χ^2=7.8
	Yok	205	27.4	229	30.6	197	26.2	118	15.8	749	100	p=0.050
Sağlık eğitimi alma durumu	Evet	38	18.4	61	29.5	62	30.0	46	22.1	207	100	χ^2=18.9 **p<0.001**
	Hayır	211	32.1	196	29.8	157	23.9	93	14.2	657	100	

Düzenli olarak kitap/gazete okuma alışkanlığı olduğunu belirten katılımcıların yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%49.0) düzenli kitap/gazete okuma alışkanlığı olmayanlardan (%38.8) daha yüksekti ve dağılımlar arasında anlamlı düzeyde fark vardı (χ^2=25.8, p<0.001). Katılımcıların okuma alışkanlıklarına göre SOY düzeyleri Tablo 30'da ve Şekil 19'da sunuldu.

Tablo 30. Katılımcıların okuma alışkanlıklarına göre SOY düzeylerinin karşılaştırılması

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel				
		n	%	n	%	n	%	n	%	Toplam	%	İstatistik
Düzenli kitap/gazete okuma	Evet	82	17.9	152	33.1	131	28.5	94	20.5	459	100	χ^2=25.8
	Hayır	126	31.2	121	30.0	108	26.7	49	12.1	404	100	**p<0.001**



Şekil 19. Katılımcıların düzenli gazete/kitap okuma durumuna göre SOY düzeylerinin dağılımı

Araştırmaya katılan bireylerden düzenli olarak kitap/gazete okuduğunu belirtenlerin tedavi ve hizmet boyutu için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%44.4) düzenli kitap/gazete okumayanlardan (%33.8) daha yüksekti ve dağılımlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (χ^2=25.0, p<0.001). Katılımcıların okuma alışkanlıklarına göre tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyleri Tablo 31'de sunuldu.

Tablo 31. Katılımcıların okuma alışkanlıklarına göre tedavi ve hizmet SOY düzeylerinin karşılaştırılması

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
Düzenli kitap/gazete okuma	Evet	70	15.3	139	30.3	139	30.3	111	24.1	459	100	χ^2=25.0
	Hayır	108	26.7	119	29.5	120	29.7	57	14.1	404	100	**p<0.001**

Düzenli olarak kitap/gazete okuma alışkanlığı olduğunu belirten katılımcıların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%46.2) düzenli kitap/gazete okuma alışkanlığı olmayanlardan (%36.1) daha yüksekti ve dağılımlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (χ^2=32.3, p<0.001). Katılımcıların okuma alışkanlıklarına göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeyleri Tablo 32'de sunuldu.

Tablo 32. Katılımcıların okuma alışkanlıklarına göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi SOY düzeylerinin karşılaşılaştırılması

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel				
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Toplam**	**%**	**İstatistik**
Düzenli kitap/gazete okuma	Evet	99	21.6	148	32.2	117	25.5	95	20.7	459	100	χ^2=32.3
	Hayır	149	36.9	109	27.0	102	25.2	44	10.9	404	100	**p<0.001**

Genel SOY düzeyine etkili faktörleri ortaya koymak üzere yapılan lojistik regresyon analizinde yaş, eğitim düzeyi, birinci derece yakınlarda kronik hastalık varlığı, sağlık eğitimi almış olma durumu değişkenlerinden oluşan ve bunların anlamlı olduğu bir final modeli elde edildi. Ulaşılan son modelde yaştaki her bir

birimlik artışla SOY düzeyi 0.9 kat azalmaktaydı. Diğer taraftan katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında üniversite düzeyinde eğitim almış olmak ilköğretim ve daha düşük eğitim almış olmaya göre SOY düzeylerini 2.5 kat artırmaktaydı. Birinci derece yakınlarında kronik hastalık olma durumu katılımcıların genel SOY düzeylerini 0.5 kat düşürmekteydi. Herhangi bir konuda sağlık eğitimi almış olma durumu ise genel SOY düzeylerini 1.6 kat artırmaktaydı. Lojistik regresyon analizi sonucu elde edilen final modeline ait bulgular Tablo 33'te sunuldu.

Tablo 33. Lojistik regresyon analizi sonucu elde edilen final modeline ait bulgular

					%95 GA	
	B	**Wald**	**p**	**Exp (B)**	**Alt**	**Üst**
Yaş	-0.025	16.164	<0.001	0.976	0.964	0.987
Eğitim düzeyi		27.169	<0.001			
İlköğretim ve altı						
Lise	0.070	0.153	0.695	1.072	0.755	1.523
Üniversite ve üzeri	0.919	22.756	<0.001	2.508	1.719	3.658
Birinci derece yakında kronik hastalık varlığı	-0.576	12.800	<0.001	0.562	0.410	0.771
Sağlık eğitimi almış olma	0.529	9.450	0.002	1.697	1.211	2.378
Sabit	0.764	10.549	0.001	2.146		

Hosmer-Lemeshow test: 0.247, Nagelkerke R^2: 0.138

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmadan elde edilen genel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı alt boyutları düzeyleri ile bireylerin tanımlayıcı özellikleri, sağlıkla ilgili değişkenleri ve okuma alışkanlıkları arasındaki ilişkilere ait bulgular, literatür bilgileriyle karşılaştırılmıştır.

TSOY-32, orijinal HLS-EU ölçeğinden farklı olarak, üç değil, iki temel boyutta, 2X4'lük bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut ("tedavi ve hizmet" ve "hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi") ile dört süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır (69).

TSOY-32 ölçeğinin Okyay ve arkadaşları tarafından yapılan geçerlilik güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa değerleri "tedavi ve hizmet" boyutu için 0.88, "hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi" boyutu için 0.86, ölçek geneli için 0.92 olarak bulunmuştur (69). Çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri "tedavi ve hizmet" boyutu için 0.90, "hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi" boyutu için 0.91, ölçek geneli için 0.94 olarak saptanmıştır. TSOY-32'nin bu çalışmadaki güvenirlik katsayısı, ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışmasındaki katsayılara benzerlik göstermektedir.

TSOY-32 ölçeğine verilen cevapların ölçek maddesi bazında değerlendirilmesi, maddelerin ilişkili olduğu SOY boyutu ve sağlıkla ilgili bilgi edinme süreci hakkında fikir edinmeye yardımcı olabilir. Ölçeğin hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu; bireylerin risk faktörleri ile ilgili bilgiye erişim, anlama, değerlendirme ve bunlara göre kendi sağlıkları ile ilgili konularda karar verebilme ve sağlık konularında bilgilerini güncelleyerek sağlık davranışlarına yansıtabilme yeterliliklerini değerlendirmeyi amaçlar. Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunda verdikleri cevaplar incelendiğinde; zor ya da çok zor seçeneği en yüksek oranlarda belirtilmiş olan maddelerin: "diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek" (%40.8), "internet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha

sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek" (%40.6), "gıda ambalajları üzerinde sağlığı etkileyebileceği düşünülen bilgileri anlamak" (%36.4) olduğu belirlenmiştir. Bu boyutta en yüksek oranda zor ve çok zor yanıtlarının verildiği maddelerden "gıda ambalajları üzerinde sağlığı etkileyebileceği düşünülen bilgileri anlamak" (sağlıkla ilgili bilgiyi anlama) dışında diğerleri sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirmeyi ölçmeye yönelik ölçek maddeleridir.

Ölçeğin tedavi ve hizmet boyutu; sağlık hizmetleri ile ilgili bilgiye ulaşım, anlama, değerlendirme, bu bilgiler doğrultusunda karar verebilme yeterliliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu boyutta zor ya da çok zor seçeneği en yüksek oranlarda belirtilmiş olan maddeler ise: "sağlıkla ilgili bir şikayeti olduğunda, bu konuda aile ya da arkadaşların tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek" (%34.9), "acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek" (%31.5), "doktorun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek" (%30.2)'tir. Bu boyutta ise zor ve çok zor yanıtlarının verildiği tüm maddeler sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirmeyi ölçmeye yönelik ölçek maddeleridir.

"Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması"nda da çalışmamıza benzer şekilde bilgiyi değerlendirme yeterliliğinin sağlık okuryazarlığı yeterlilikleri içinde görece en çok zorlanılan boyut olduğu belirtilmektedir (14). Ülkemizde farklı bölgelerde farklı çalışma grupları ile yapılan çalışmalarda da sağlıkla ilgili bilgi edinme süreçleri içinde bilgiyi değerlendirmenin en yüksek oranda yetersiz-sorunlu olunan alan olduğu saptanmıştır (73-76).

Araştırmada TSOY-32 ölçeği puanlarına göre SOY düzeyleri yetersiz kategorisinde olanlar araştırmaya katılanların %24.1'ini, yetersiz-sorunlu birlikte değerlendirildiğinde %58.5'ini oluşturmaktadır. **"**Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması"nda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerine bakıldığında yetersiz SOY düzeyi sıklığının %30.9, yetersiz-sorunlu SOY düzeyi sıklığının %68.9 olduğu görülmektedir. Bu bulgular, yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı durumunun yaygınlığını ve önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (14). Aynı çalışmada Türkiye İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması 1'e göre Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde yetersiz-sorunlu SOY düzeyi

%63.3 sıklığındadır ve bu sonuçlar çalışmamız bulgularına benzerdir. Ortadoğu Anadolu bölgesi %54.2 ile yetersiz sağlık okuryazarlığı açısından ilk sırada olup, Kuzeydoğu Anadolu bölgesi %42.7 ile ikinci sırada yer almaktadır. Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı birlikte değerlendirildiğinde ise Kuzeydoğu Anadolu bölgesi %63.3 ile 12 alt bölge arasında 8. sırada yer almaktadır (14).

Ülkemizin farklı bölgelerinde ASM'lere başvuran hastalarla yapılan çalışmalarda yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyi Malatya ili Akçadağ ilçesinde %77.6, Kahramanmaraş'ta %48.2, Ankara'da %69.2, Uşak'ta %82.8 olarak bulunmuştur (73, 75-77). Kosova ve Belgrad'da TOFHLA (ölçekten alınan puanlar yetersiz, sınırda ve yeterli olarak kategorize edilmektedir) ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda yapılan çalışmalarda yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı oranları %86.6 ve %46.4 olarak saptanmıştır (78, 79). Çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyini farklı kategorileride tanımlayan farklı ölçekler kullanılması karşılaştırma için bir kısıtlılık faktörü olmakla birlikte, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi toplumlara göre geniş aralıklı farklılıklar göstermektedir.

Çalışmada katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyutu için sağlık okuryazarlığı düzeyi %20.6'sında yetersiz, %50.6'sında yetersiz-sorunlu olarak saptanmıştır. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda ise katılımcıların %28.9'u yetersiz, %58.6'sı yetersiz-sorunlu kategorisindedir. Çalışmamızda hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda hem yetersiz hem de yetersiz-sorunlu SOY kategorilerinin sıklığı tedavi ve hizmet boyutundan daha yüksektir. "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması"nda sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunda %37.4, yetersiz-sorunlu olanların sıklığı %71.6 olarak belirlenmiştir. Tedavi ve hizmet boyutunda ise %27.1 yetersiz, %58.4 yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı saptanmıştır. "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması"nda da çalışmamıza benzer şekilde hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında yetersiz ve yetersiz-sorunlu SOY düzeyi sıklığı daha yüksektir (14). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonuçlarına göre yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı sağlık hizmetleri için %12.1, hastalıklardan korunma için %13.7 ve sağlığın geliştirilmesi için %20.1'dir. Çalışmaya katılan ülkeler arasında SOY düzeyi

bakımından farklılıklar olmakla birlikte SOY boyutlarının birbirlerine göre durumu bakımından benzer örüntünün görüldüğü ve sağlığın geliştirilmesi boyutunda yetersiz olma durumunun daha sık olduğu belirtilmektedir (53). Bu sonuç, sağlığın geliştirilmesi alanındaki hizmet ve müdahalelerin sağlık hizmet sunumuna göre daha yeni olmasına bağlı olabilir. Diğer yandan sağlık davranışlarının sağlık sonuçları ile ilişkisini vurgulamaya ya da sağlık davranışlarında değişiklik yapmaya yönelik bilgi kaynaklarının sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili bilgi kaynaklarına göre daha kompleks bilgiler olarak algılanmasının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Sağlığın geliştirilmesi alanında sınırlı sağlık okuryazarlığının daha büyük bir sorun oluşu, müdahale alanlarının öncelikle sağlığın geliştirilmesi alanına yönlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Araştırmada yetersiz ve yetersiz-sorunlu kategorileri sıklığı sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma için %25.2 ve %36.3, bilgiyi anlama için %23.5 ve %38.1, bilgiyi değerlendirme için %45.9 ve %58.3, bilgiyi kullanma/uygulama boyutu için %15.4 ve %25.4 olarak bulunmuştur. Sağlıkla ilgili bilgiye dair süreçlerdeki SOY kategorilerine göre değerlendirildiğinde hem yetersiz hem de yetersiz-sorunlu olma sıklığı ölçek maddelerine verilen yanıtların değerlendirilmesinde en çok zorlanılan alana benzer şekilde bilgiyi değerlendirme boyutundadır. Bu durum "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması"nda tüm bölgelerde ve ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda da benzer şekildedir (14, 73, 75-77).

Yaşlılar doğal olarak hastalık yükünün ve sağlık hizmetleri kullanımının önemli bir kısmını üstlenmektedir ve bu yük doğumda beklenen yaşam süresinin uzamasıyla her geçen gün artmaktadır. Bu nedenle artan yaşla birlikte SOY düzeyleri daha önemli hale gelmektedir (14). Katılımcıların yaş gruplarına göre genel SOY düzeyleri, tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyleri, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeyleri, arasında anlamlı fark saptanmıştır. SOY düzeyi yetersiz-sorunlu olanların sıklığı 15-24 yaş grubunda %46.3'ten, 55-64 yaş grubunda %75.5'e kadar yükselmektedir. Ayrıca katılımcıların yaşları ile genel indeks puanı, tedavi ve hizmet alanı indeks puanı, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı indeks puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki vardır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 çalışmasında benzer şekilde yaş arttıkça genel indeks puanlarının azaldığı saptanmıştır (14). "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı

Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması"nda sağlık okuryazarlığı yetersiz-sorunlu olanların sıklığı 18-24 yaş grubunda %51.8 iken, 65 ve üzeri yaş grubunda %90.4'e ulaşmaktadır (14). Ülkemizde yapılan bir başka ulusal boyuttaki çalışma olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Çalışması'nda da sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının onarlı yaş gruplarında, yaş arttıkça giderek azaldığı tespit edilmiştir (80). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması ve ABD erişkin sağlık okuryazarlık çalışmalarının bulguları ilerleyen yaşın sağlık okuryazarlığı için risk faktörü olduğu konusunda benzerlik göstermektedir (53, 81). Yaş; Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda, sağlık okuryazarlığının güçlü bir belirleyicisi olarak tespit edilmiş; Yunanistan, Bulgaristan, Polonya ve İspanya'da sağlık okuryazarlığı ile yaş arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur (53). Paasche-Orlow ve ark. 85 çalışmanın veri analizini yaptığı derlemede yaş ortalamasının düşük olduğu çalışmaların en düşük yetersiz sağlık okuryazarlığı prevalansına sahip olan çalışmalar olduğu belirtilmiştir (82). Yaşlıların sağlık okuryazarlığı yetersizliği için riskli grup olması sağlıkta farklı boyutlarda var olan kırılganlıklarını arttırmaktadır.

Günümüzde toplumsal cinsiyet sağlığın toplumsal belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir (72). Araştırmada erkeklerde hem genel hem de tedavi ve hizmet alt boyutunda yetersiz SOY oranları (sırasıyla %29.1 ve %25.4), kadınlardan (sırasıyla %20.3 ve %16.8) daha fazla olmakla birlikte katılımcıların cinsiyetlerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 çalışmasında erkeklerin ve kadınların genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamaları sırası ile 29.4 ve 29.7 olarak saptanmış ve cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki fark anlamlı değildir (69). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması Çalışması'nda erkeklerin %14.1'inin, kadınların %12.6'sının SOY düzeyi yetersiz olarak bulunmuş ve cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (70). "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması" sonuçlarına göre kadınların erkeklerden hem yetersiz sağlık okuryazarlığı (sırasıyla %35.3 ve %26.4), hem de yetersiz ya da sınırlı sağlık okuryazarlığı (sırasıyla %72.4 ve % 64.4) oranları daha yüksektir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Çalışması'nda da kadınlar sağlık okuryazarlığı bakımından daha dezavantajlı bulunmuştur (81). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda

cinsiyetin genel sağlık okuryazarlığı üzerine etkisinin zayıf olduğu, etkinin en güçlü olduğu Hollanda'da kadınların erkeklerden daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (53). Literatürde yer alan çalışmalar sağlık okuryazarlığının cinsiyete göre karşılaştırılmalarında birbirinden farklı sonuçlara sahiptir ve bazı çalışmalar erkeklerin SOY düzeylerinin daha iyi olduğunu belirtmekteyken (78), bazıları kadın olmanın yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi olasılığını önemli ölçüde arttırdığını ortaya koymuştur (53, 79, 81, 83). Ancak Paasche-Orlow ve arkadaşlarının yaptığı derlemede sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile cinsiyet arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (82). Cinsiyet ve SOY arasında net bir ilişkinin ortaya konulmuş olmaması çalışmaların yapıldığı popülasyonların farklı özelliklere sahip olmasından (yaş ortalamaları, eğitim durumları, sosyoekonomik faktörler gibi), cinsiyetler arasındaki toplumsal farklardan kaynaklanmış olabilir.

Eğitim durumu sağlık, sağlık da eğitim için bir ön koşuldur (45). Çalışmada hem genel SOY düzeyi hem de tedavi ve hizmet alanı ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutlarında eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanların yetersiz-sorunlu (%75), üniversite ve üzerinde eğitimi olanların yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı sıklığı (%60) en yüksektir. "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması"nda yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı sıklığı ilkokul ve altı eğitim düzeyinde %84.9 iken yükseköğretim ve üzeri eğitim düzeyi olanlarda bu sıklık %47.3'e düşmektedir (14). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması Çalışması'nda, eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanların %51.6'sının, ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olanların %69.4'ünün yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesinde oldukları ve eğitim düzeyi düşük olanların sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük, yüksek olanların ise sağlık okuryazarlığı seviyesinin yüksek olduğu saptanmıştır (70). Ülkemizde ve dünyada yapılan farklı çalışmalar, eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığının önemli bir belirleyicisi olduğu sonucunda birleşmekte, eğitim düzeyi arttıkça yeterli sağlık okuryazarlığının da arttığı görülmektedir (81, 84-86). Van der Heide ve ark. çalışmasında eğitim ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi açıklamayı ve eğitimin sağlık okuryazarlığına olası katkısını araştırmayı amaçlamıştır. Eğitim düzeyleri ile sağlık okuryazarlığının, sağlığın üç göstergesi üzerindeki (beyan edilen sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu ve zihinsel sağlık durumu) rolüne dikkat çekmiştir.

Bu çalışma sonunda, sağlık okuryazarlığının eğitimin sağlığı etkilediği bir yol olarak hizmet ettiğine ve bu ilişkiyi nicelleştirdiğine dair güçlü kanıtlar sunulmuştur. Düşük eğitim düzeyi ve sağlık durumunun zayıflığı arasındaki ilişki sağlık okuryazarlığı ile açıklanmaktadır (87).

Göçmenlerin okuryazarlık düzeyleri gibi SOY düzeyleri de düşük seviyelerdedir, sağlıkla ilgili bilgiye ve sağlık hizmetlerine erişimleri kısıtlıdır (45). Araştırmada katılımcıların doğdukları yerin Erzurum ya da Erzurum dışında bir il olması durumuna göre genel SOY ve SOY alt boyut düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmazken, en uzun süre yaşadığı yer Erzurum olan katılımcıların tedavi ve hizmet alanı SOY düzeylerinin yetersiz-sorunlu olma oranı (%52.4) en uzun süre yaşadığı yer Erzurum dışında olanlardan (%40.9) daha yüksektir. Göçmenler sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından dezavantajlı gruplardır (88). Yetersiz sağlık okuryazarlığı diğer tüm durumlarda olduğu gibi bu grupların mevcut sağlık durumlarına ve sağlık hizmetlerine erişimlerine olumsuz şekilde yansımaktadır. Erzurum'a diğer illerden göç nedenleri incelendiğinde eğitim ve tayin/atamanın ilk sırada geldiği görülmektedir (89). Bu durum en uzun süre yaşadığı yer Erzurum dışında bir il olan katılımcıların, literatürde yer alan göçmenler ile ilgili çalışmalardan farklı olarak SOY düzeylerinin daha yüksek olmasının nedeni olabilir.

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin yaşadıkları yerin kültürel, sosyal ve sağlık sistemi ile ilişkili özellikleri ile etkileşim halindedir; yaşanılan çevrenin sağlık üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri bulunmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin doğdukları ve en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimine göre genel SOY düzeyleri, tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmazken; hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu SOY düzeyi doğduğu yerleşim birimi köy olan bireylerin yeterli ve mükemmel olma oranı en düşük (%33.9), en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi köy olan katılımcıların yetersiz olma oranı (%33.3) en fazladır. Malatya ili Akçadağ ilçesinde ASM'lere başvuran hastalarda kentsel yerleşimli olanların SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (73). Manisa'da 40 yaş üstü erkeklerde yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan bireylerin en uzun süre yaşadıkları yer ile SOY puan ortalamaları incelendiğinde il merkezinde yaşayanların ilçe ve köylerde yaşayanlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur (90). İzmir ilinde hastanede

takip edilen hastalarda yapılan iki farklı çalışmada da, kırsal alanda ve kasabada yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri il merkezinde yaşayan bireylere göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (91, 92). Bu durum il merkezlerinde yaşayan kişilerin eğitim seviyelerinin yüksek olmasından ve sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilme imkanlarından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde evli bireylerin SOY düzeylerinin yetersiz-sorunlu olma sıklığı (%61.2) bekarlardan (%45.0) daha yüksektir. Malatya Akçadağ ilçesinde yapılan çalışmada, benzer şekilde, bekar olan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin evli olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (73). Kahramanmaraş'ta yapılan çalışmada bekar olanların genel indeks puanı daha yüksek bulunmuş ancak medeni duruma göre gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (76). Ankara Gölbaşı ilçesi ASM'lerinde yapılan çalışmada ise evli bireylerin %61.9'u yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığına sahipken, bekar bireylerin %92.7'sinin yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (93). Manisa ilinde bir Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) bölgesinde yapılan SOY düzeyi belirleme çalışmasında ise medeni durumu evli olanların hem sağlığın geliştirilmesi hem hastalıklardan korunma boyutlarında SOY düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (94). Sırbistan'da birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yapılan araştırmada yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların %91.3'ünün evli olanlardan oluştuğu tespit edilmiştir (95). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar evli olanlar ve olmayanların sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı ilişki bulmuş; ancak bu ilişkinin yaş ve eğitim durumu ile açıklanabilir olduğu belirtilmiştir (96, 97). Buna göre çalışmamızda evli olan bireylerin yaş ortalamalarının bekar bireylerden daha yüksek olması ve eğitim durumlarının daha düşük olması, evlilerin daha düşük SOY düzeylerine sahip olma durumunu açıklamaktadır.

Katılımcıların çocuk sayıları ile genel indeks puanları, tedavi ve hizmet alan indeks puanları, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı indeks puanları arasında anlamlı negatif yönlü ilişki bulunmaktadır. Katılımcıların çocuk sayıları arttıkça SOY indeks puanları azalmaktadır. Ankara'da annelerin emzirme ile ilgili SOY düzeylerini ölçmeye yönelik yapılan çalışmada bir çocuğu olan annelerin SOY puanlarının, iki ve üzeri çocuğu olan annelerden daha yüksek olduğu

bulunmuştur (98). Manisa ilinde ASM'lere başvuranlar ile yapılan çalışmada çocuk sayısı üç ve daha fazla olan bireylerin genel SOY, hastalıktan korunma ve hizmet boyut puanı ortalaması düşük olarak bulunmuştur (94). Ortalama canlı doğum sayısı ve ortalama yaşayan çocuk sayısı, annenin yaşı arttıkça artmakta, annenin eğitim düzeyi arttıkça azalmaktadır (99). Artan çocuk sayısı ile azalan SOY düzeyleri bu durumdan kaynaklanıyor olabilir.

Kişilerin kültürel bağlamdaki yaşam tarzları sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını ve sağlıkları ile ilgili konularda karar verme süreçlerini etkileyen faktörlerdendir. Araştırmaya katılan bireylerin aile tiplerine göre genel SOY düzeyleri, tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyleri, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı SOY düzeyleri benzerdir. Ülkemizde farklı illerde farklı gruplar ile yapılan SOY düzeyi belirleme çalışmalarında yaşanılan aile tipinin sağlık okuryazarlık düzeyine etkisi bulunmadığı belirtilmiştir (76, 100). Ankara'da annelerin emzirme ile ilgili SOY durumunu ölçmeyi amaçlayan çalışmada ise çekirdek aile tipine sahip annelerin SOY puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (98). Aile yapısını etkileyen çok faktörlü etkenler (ekonomik, kültürel gibi) araştırmalar arasındaki farklılıkların nedeni olabilir.

Düzenli bir gelir ve istihdam sağlık durumunun önemli bir belirleyicisidir (45). Araştırmada katılımcıların çalışma durumuna göre gelir getiren herhangi bir işte çalışanların %49.5'inin, aralıklı çalışanların %60.5'inin, çalışmayanların %59.7'sinin SOY düzeylerinin yetersiz-sorunlu olduğu bulunmuştur. Genel SOY ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunda SOY kategorileri dağılmları arasında anlamlı fark saptanmazken, tedavi ve hizmet boyutu yetersiz ve sorunlu olma oranı çalışmayanlarda (%55.0) anlamlı şekilde yüksek olarak tespit edilmiştir. Konya'da gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgili yapılan bir araştırmada ev hanımı olanların %52.6'sının, çalışan kadınların %91.7'sinin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu ve çalışma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin birbirinden farklı olduğu bulunmuştur (101). Ankara'da işlevsel sağlık okuryazarlığı konusunda yapılan bir araştırmada çalışma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiş ve aynı araştırmaya göre yüksek eğitimli olan memur ve büro çalışanlarının %90.3'ünün, işsiz olanların %55.0'inin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu

saptanmıştır (84). Manisa'da bir TSM bölgesinde erişkinlerde SOY düzeyinin belirlenmesi araştırmasında çalışanların çalışmayanlardan SOY düzeyi yüksek bulunmuştur (94). "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması"nda çalışma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin değişimine bakıldığında yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının en yüksek olduğu grup yevmiyeli (gündelik) çalışanlar iken (%47.7), mevsimsel çalışanlar bunu (%23.5) izlemektedir. Bu ulusal araştırmada çalışma durumuna göre sağlık okuryazarlığı bakımından en dezavantajlı gruplar yevmiyeli çalışanlar ile mevsimsel çalışanlar olarak öne çıkmakta, esnek istihdam biçimlerinin sağlık okuryazarlığı bakımından da dezavantajlı olmalarının olumsuz etkisi açık hale gelmektedir (14). Sırbistan'da birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireylerde gerçekleştirilen araştırmada SOY düzeyi yetersiz olan grubun %8.7'sini, yeterli sağlık okuryazarı olan grubun %61.3'ünü çalışan grubun oluşturduğu ve çalışma durumuna göre sağlık okuryazarlığı kategorilerinin birbirinden farklı olduğu ortaya konmuştur (79). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda tam ve yarı zamanlı çalışanların, diğerlerine göre daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (53). Çalışmamız bulguları, ulusal ve uluslararası araştırmaların bulgularına benzer şekilde düzenli gelir getiren bir işte çalışmama durumunun yetersiz sağlık okuryazarlığı açısından risk faktörü oluşturan bir sosyoekonomik faktör olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin gelir durumuna göre "geliri giderden fazla" olduğunu belirtenlerin yetersiz-sorunlu SOY düzeyi sıklığı (%47.2), "gelir gidere denk" (%47.1) ve "geliri giderden az" (%57.9) olarak değerlendirenlerden daha düşüktür. Genel SOY ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı için SOY kategorileri dağılımları benzerdi; ancak tedavi ve hizmet alt boyutunda dağılımlar anlamlı düzeyde farklıydı. Malatya Akçadağ ilçesinde SOY düzeyini değerlendirmeyi amaçlayan çalışmada katılımcılardan ekonomik durumunu iyi olarak değerlendirenlerin genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalaması, kötü ve orta olarak değerlendirenlere göre yüksektir (73). Kahramanmaraş'ta yapılan araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlık indeks puanları genel anlamda gelir arttıkça artan bir eğilim gösterse de yapılan istatistiksel analizler sonucunda kişilerin genel sağlık okuryazarlık indeks puanlarının gelir durumuna göre farklılık göstermediği

saptanmıştır (76). Ankara'da yapılan araştırmada katılımcılardan ekonomik durumunu iyi olarak değerlendirenlerin %81'inin, kötü olarak değerlendirenlerin %57.1'inin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu ve ekonomik durumu değerlendirme ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir. İstanbul ve Manisa illerinde ASM'lerde yapılan çalışmalarda gelir arttıkça SOY puanlarının arttığı saptanmıştır (94, 100). "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması"nda yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının, gelirini ihtiyaçlarını karşılamada çok yeterli olarak değerlendiren gruptan çok yetersiz olarak değerlendiren gruba doğru giderek arttığı görülmektedir (14). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sınırlı olanlar araştırma geneli için %47.6 iken bu oran sosyal statüsü düşük olanlarda %73.9'a ulaşmaktadır. Avrupa ülkeleri arasında sosyal statüye göre SOY düzeylerinin benzer olduğu ülkeler de mevcuttur (53). Çalışmamız bulguları ve literatürdeki birçok araştırmanın benzer bulguları artan gelir düzeyinin sağlık okuryazarlığını olumlu etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Ülkelerin sosyoekonomik düzeyleri arasındaki farklılıklar gelir durumundan kaynaklanan aralığın geniş değişkenliğini açılayabilir.

Araştırmada katılımcılardan sosyal güvencesi olmayanların yetersiz genel SOY sıklığı (%33.0), sosyal güvencesi olan katılımcılardan (%23.1) daha yüksek bulunmuştur. Manisa'da bir TSM bölgesindeki ASM'lerde yapılan araştırmada sağlık güvencesi olanların sağlık güvencesi olmayanlara göre SOY düzeyi daha yüksek bulunmuştur (94). "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması"nda yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı sağlık güvencesi olmayanlarda %37.4 iken, sağlık güvencesi olanlarda %30.2 olduğu tespit edilmiştir. Sağlık güvencesinden yoksun olmanın sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlayan önemli ve başta gelen etkenlerden olması, sağlık okuryazarlığı bakımından risk taşıyan bu grubun dezavantajlı olma ihtimalini arttırmaktadır.

Kronik hastalıklar günümüzde diğer bütün nedenlerin tamamından daha fazla ölüme yol açan en önemli ölüm nedenidir. Türkiye'de 30-70 yaş ölümlerin %87'si bulaşıcı olmayan hastalıklardan yani kronik sorunlardan kaynaklanmaktadır (14). Araştırmada kronik hastalığı olan katılımcıların yetersiz-sorunlu SOY düzeyi sıklığı (%67.9) kronik hastalığı olmayan bireylerden (%52.3) daha fazla olduğu

saptanmıştır. Ayrıca birinci derece yakınlarında kronik hastalığı bulunanların SOY düzeylerinin yetersiz-sınırlı olma oranı (%67.0) birinci derece yakınlarında kronik hastalık bulunmayanlardan (%49.4) daha yüksektir. Hem katılımcıların hem de yakınlarının kronik hastalık varlığı durumlarında SOY ve alt boyutlarının dağılımındaki bu farklılıklar anlamlı düzeydedir. Malatya ili Akçadağ ilçesinde yapılan araştırmada kronik hastalığı olmayanların genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalamaları, bir ve birden kronik hastalığı olanlardan anlamlı şekilde yüksektir (73). Manisa'da ASM'lerde yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi kronik bir hastalığı olmayanlarda daha yüksek saptanmıştır (94). Sırbistan'da birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireylerde yapılan araştırmada yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların %65.2'sinin en az bir kronik hastalık durumunun olduğu, kronik hastalığı olmayanların tamamının yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu ve kronik hastalık varlığına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (79). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda, uzun süreli sağlık sorunu ve genel sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişki Hollanda dışındaki yedi ülke için önemli olarak değerlendirilmiş ve korelasyon katsayıları en düşük İrlanda, en yüksek Bulgaristan katılımcılarında tespit edilmiştir. Genel sağlık okuryazarlığı indeks puanları kronik hastalığı olanların daha düşük olduğu tespit edilmiştir (53). "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması"nda sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların %43.5'i, mükemmel olanların ise %13.5'i hekim tarafından tanısı konmuş altı ay ya da daha uzun süredir devam eden herhangi bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Almanya ve Amerika'da yapılan çalışmalarda yetersiz sağlık okuryazarlığı bağımsız olarak zayıf fiziksel ve ruhsal sağlık ile ilişkili bulunmuştur (102, 103). Araştırmamız sonuçları literatür bulgularına benzer şekilde sağlık okuryazarlığı ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı daha düşüktür. Bu durum kronik hastalığı olmayanların yaş ortalamasının düşük ve eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir. Diğer taraftan sosyoekonomik değişkenler kontrol altına alındıktan sonra da, sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinin kötü sağlık sonuçları ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (3). Tüm bu bulgular, kronik

hastalık varlığı ve SOY düzeyi arasında iki yönlü etkileşimin olduğu bir ilişkinin varlığını göstermektedir.

Yetersiz SOY sağlık hizmetlerinin verimsiz kullanımı açısından risk faktörü oluşturmaktadır (45). Araştırmada 15 günden uzun süre hastanede yatma öyküsü olanların yetersiz-sorunlu SOY düzeyi sıklığı (%62.6), 15 günden uzun süre hastanede yatma öyküsü olmayanlardan (%54.7) daha yüksektir. Manisa'da ASM'lere başvuran bireylerde yapılan çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde hastanede yatış öyküsü olanların SOY puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (94). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması'nda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile acil servis kullanımı, hastaneye yatış ve poliklinik başvurusu arasında negatif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi daha fazla hastanede yatış riski ile ilişkilidir (53). Amerika'da 1998 ve 2002 yıllarında yapılmış olan iki ayrı çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin hastaneye yatışlar için bağımsız bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (104). Belçika'da yapılan bir çalışmada da benzer şekilde düşük sağlık okuryazarlığı hastanede daha uzun yatış, daha fazla poliklinik başvurusu ve ambulans kullanımı ile ilişkili bulunmuştur (85). SOY alanında yapılan iki derlemenin sonuçları da sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersizliği ile artan hastaneye yatış oranları arasında ilişki olduğu sonucuna varmıştır (105, 106). Yapılan çalışmalar yetersiz sağlık okuryazarlığının her alanda ve her basamakta sağlık hizmetlerinin uygun ve yeterli kullanmasını engelleyen bir faktör olduğunu göstermektedir.

Günlük yaşamda düzenli olarak kitap/gazete okuma alışkanlığı olan bireylerin sağlık ile ilgili bilgilere erişimi ve bu bilgileri anlama, değerlendirme durumlarının daha iyi olması beklenir. Araştırmada da düzenli olarak kitap/gazete okuma alışkanlığı olmayan katılımcıların yetersiz-sorunlu SOY düzeyleri sıklığı (%61.2) düzenli kitap/gazete okuma alışkanlığı olanlardan (%51.0) daha yüksektir. Ayrıca düzenli kitap/gazete okuyan bireylerin tedavi ve hizmet alanı SOY düzeyleri ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi SOY düzeyleri de anlamlı şekilde daha yüksektir. Kahramanmaraş'ta ASM'lere başvuran bireylerle yapılan araştırmada kitap okuma alışkanlığı açısından değerlendirildiğinde, yetersiz sağlık okuryazarlık kategorisinde en yüksek oranın %15.2 ile hiç kitap okumayanlarda olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu araştırmada sağlık okuryazarlık indeks puanlarının

kitap okuma alışkanlıklarına göre farklılık gösterdiği ve kitap okuma oranı arttıkça sağlık okuryazarlık indeks puanının da arttığı tespit edilmiştir (76). Benzer şekilde, İstanbul'da yapılan araştırmada da benzer şekilde gazete okuma alışkanlığı olan ilköğretim velilerinin bu alışkanlığı olmayanlara oranla daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu ve okuma durumuna göre sağlık okuryazarlık oranının farklılaştığı tespit edilmiştir (100). Bulgularımız ilgili literatür bulguları ile uyumlu olarak okuma alışkanlığının sağlık okuryazarlığını olumlu etkileyen bir faktör olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda katılımcıların SOY düzeyleri ile ilgili şu sonuçlar elde edilmiş ve önerilerde bulunulmuştur:

- Araştırmaya katılan bireylerin yeterli-mükemmel SOY sıklığı %44.3, yetersiz-sorunlu SOY sıklığı %55.7'dir. Bu durum toplumumuzda SOY yetersizliğinin yaygınlığını ve önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Erzurum ilinde ülke genelinde olduğu gibi topluma yönelik SOY müdahale çalışmalarına ihtiyaç vardır.
- Yetersiz-sorunlu SOY sıklığı hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında (%54.6), tedavi ve hizmet alanından (%50.6) daha yüksektir. SOY alanında yapılacak çalışmalarda hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanına öncelik verilmelidir.
- Sağlık bilgisine dair süreçlerden bilgiyi değerlendirme sürecinde yetersiz-sorunlu SOY sıklığı (%54.0) en yüksektir. Yine ölçek maddelerine verilen yanıtlar değerlendirildiğinde en çok zorluk yaşanılan maddeler bilgiyi değerlendirme süreci ile ilgili maddelerdir. Toplumun erişimine açık çok sayıda sağlık bilgi kaynağı bulunmakta ve bunların doğru bilgi içeriği ya da bu bilgilerden yararlanan bireyleri uygun davranışa yönlendirebilme durumları bilinmemektedir. Bilgilere erişimi yeterli olan ve mevcut bilgilerini uygulama yeterliliğinde olan bireylerin bir sağlık okuryazarlığı bileşeni olan sağlık ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesinde yaşadıkları zorluğu aşılabilmeleri için güvenilir ve de anlaşılabilir sağlık bilgi kaynaklarının yanında; bu bilgileri değerlendirebilecek özyeterliliğe ihtiyaçları vardır. Bu durum sağlığın geliştirilmesi ile birlikte anılan ve bu çabaların merkezinde olan sağlık eğitiminin önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca sağlıkla ilgili bilgiyi anlama sürecinde en çok zorlanılan konu "gıda ambalajları üzerinde sağlığı etkileyebileceği düşünülen bilgileri anlamak" olduğundan, gıda etiketlerinin toplum tarafından daha anlaşılabilir ve açık olarak sunulması amacıyla gerekli çalışmalar yapılmalıdır.
- Artan yaş ile birlikte SOY düzeyi azalmaktadır ve en yüksek yetersiz-sorunlu SOY düzeyleri 55-64 yaş grubundadır (%75.5). Bu sonuç ileri yaştaki

populasyonun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi çabalarında öncelikli hedef grup olarak ele alınması gerekliliğini göstermektedir. Ülkemiz demografik dönüşüm sürecinde toplam doğurganlık hızı ile 3. fazdan 4. faza geçişte yer alan ülkelerdendir ve yaşlı nüfusun giderek artacağı bir projeksiyona sahiptir. Bu durum orta ve uzun vadede konunun daha da önemli olacağını göstermektedir.

- Cinsiyete göre yetersiz-sorunlu SOY sıklığı benzer olmakla birlikte (her iki cinsiyette de %55.8), SOY düzeyi kategorilerin dağılımları farklıdır. Toplumlar arasında cinsiyetlere göre değişebilen olası SOY düzeyi farklılıklarının giderilebilmesi, cinsiyet eşitliğinin tüm toplumlarda sağlanması, kadın ve erkeklerin eşit hak, imkân ve olanaklara sahip olmaları ile gerçekleştirilebilir.
- Eğitim durumuna göre katılımcılardan üniversite ve üzeri düzeyde eğitim almış olanların SOY düzeyi ilköğretim ve daha düşük düzeyde eğitim almış katılımcılara göre 2.5 kat daha yüksektir. Eğitim durumu sağlık okuryazarlığının önemli bir belirleyicisidir. Bu durum eğitim ile ilgili sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik stratejilerin planlanması ve uygulanması aşamalarında sağlık okuryazarlığına dikkat edilmesinin fayda sağlayabileceğini göstermektedir. Sağlık bilgisini daha kolay erişilebilecek, anlaşılabilecek, okuma ve hesaplamada güçlük çekenlerin kullandığı bir şekilde uyarlamak; sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştrilmesinde mevcut fırsatları geliştirebilir.
- Yetersiz-sorunlu SOY sıklığı evli olan (%55.3) ve çocuk sahibi olan (%62.6) bireylerde daha yüksektir ve artan çocuk sayısı ile SOY puanları azalmaktadır. Bu sonuçlar artan yaşla açıklanabilmekle birlikte sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik çalışmaların planlama aşamasında bu gruplar öncelikli olarak düşünülmelidir.
- Gelir getiren bir işte çalışmakta olan (%50.5), geliri giderinden fazla olan (%52.8) katılımcıların SOY düzeylerinin yeterli-mükemmel olma sıklığı daha yüksektir. Düzenli bir istihdam ve gelir SOY düzeylerini etkileyen önemli sosyoekonomik parametrelerdir. Yapılacak çalışmalarda düzenli istihdam ve geliri olmayan grupların SOY yetersizliği açısından riskli gruplar olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.
- Sosyal güvencesi olmayan bireylerin yetersiz SOY düzeyi sıklıkları (%33.0), sosyal güvencesi olanlardan (%23.1) daha yüksektir. Sağlık hizmetlerine erişim

için de önemli bir faktör olan sosyal güvencenin tüm bireylerin sağlığında önemli bir belirleyici olduğu unutulmamalı, herkesi kapsayan sağlık güvencesi anlayışından vazgeçilmemelidir.

- Kendisinde ve birinci derece yakınında kronik hastalık bulunan bireylerin yetersiz-sorunlu SOY düzeyi sıklığı (sırasıyla %67.9 ve %67.0) bulunmayanlardan (sırasıyla %52.3 ve %49.4) daha yüksektir. Kronik hastalık varlığı bireyleri sosyoekonomik ve eğitim düzeylerinde olduğu gibi SOY düzeyleri açısından; yetersiz SOY düzeyi de sağlık açısından kırılgan duruma getirir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile tedavi ve sağlık hizmetlerine daha çok ihtiyaç duyan bu grupta SOY düzeyi geliştirme çabalarına ve sağlık eğitimine duyulan ihtiyaç daha fazladır.
- Hastanede yatış öyküsü olan katılımcıların yetersiz-sorunlu SOY düzeyi sıklığı (%62.6), hastanede yatış öyküsü olmayanlardan (%54.7) daha yüksektir. SOY düzeyi yetersizliği sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarda uygunsuz ve verimsiz kullanımı durumunu arttırır. Bireylerin ve toplumların SOY düzeyi iyileştirme çalışmaları sağlık hizmet verimliliğini arttıracaktır.
- Herhangi bir konuda sağlık eğitimi alan katılımcıların genel SOY düzeyleri sağlık eğitimi almamış olanlardan 1.6 kat daha yüksektir. Sağlık eğitimleri sadece ilgili konuda sağlık bilgisi sağlamakla kalmayıp kişilerin sağlık ile ilgili bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama yeterliliklerini geliştirir. Böylelikle bir konuda alınan sağlık eğitimi diğer sağlık alanlarında bilgiye dair süreçlere de olumlu yansıyacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU. 2012.
2. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health. 2012;12(1):80.
3. Selden C, Zorn M, Ratzan S, Parker R. Current bibliographies in medicine: health literacy. Bethesda, MD: National Library of Medicine. 2000.
4. Bilir N. Sağlik Okur-Yazarliği Ve İşyerinde Sağliğin Geliştirilmesi. Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Konular-2.8.
5. 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.
6. Kanj M, Mitic W. Consultants to the Eastern Mediterranean Region. World Health Organization Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examplesin the Eastern Mediterranean Region Individual Empowerment Conference Working Document; 2009.
7. Smith S, McCaffery K. Health Literacy: a brief literature review. Produced for the NSW Clinical Excellence Commission, Australia. 2010.
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social science & medicine 2008;67(12):2072-8.
9. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promot Int 2000;15(3):259-67.
10. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A. Health literacy: WHO Regional Office for Europe; 2013.
11. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Annals of internal medicine. 2011;155(2):97-107.

12. McNaughton CD, Cawthon C, Kripalani S, et al. Health literacy and mortality: a cohort study of patients hospitalized for acute heart failure. Journal of the American Heart Association. 2015;4(5): e001799.

13. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. International journal of public health. 2009;54(5):313.

14. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. [Erişim Tarihi: 24 Ağustos 2019]. Web sayfası:

https://sggm.saglik.gov.tr/TR,56524/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi.html.

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

16. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, et al. The prevalence of limited health literacy. Journal of general internal medicine 2005;20(2):175-84.

17. Rudd RE, Anderson J, Oppenheimer S, Nath C. Health literacy: An update of patient and public health literature, Review of Adult Learning and Literacy. Mahwah, NJLawrence Erlbaum Associates Vol. 7, 2007.

18. Baur C. The national action plan to improve health literacy. US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. 2010.

19. Knighton AJ, Brunisholz KD, Savitz ST. Detecting Risk of Low Health Literacy in Disadvantaged Populations Using Area-based Measures. eGEMs. 2017;5(3).

20. Fraser SD, Roderick PJ, Casey M, et al. Prevalence and associations of limited health literacy in chronic kidney disease: a systematic review. Nephrology Dialysis Transplantation 2012;28(1):129-37.

21. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, et al. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. Patient Education and Counseling 2015;98(1):41-8.

22. Abacigil F, Harlak H, Okyay P, et al. Validity and reliability of the Turkish version of the European Health Literacy Survey Questionnaire. Health Promotion Int 2018: 34(4), 658–667.

23. Eyüboğlu E, Schulz PJ. Validation of Turkish health literacy measures. Health Promot Int 2015;31(2):355-62.

24. Ergün S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı [Health literacy in school of health students]. Kocaeli Medical Journal 2017;**6**:1-6..

25. Kumar S, Preetha GJIjocmopoIAoP, Medicine S. Health promotion: an effective tool for global health. 2012;37(1):5.

26. Narain JP, Garg R, Fric AJNMJoI. Non-communicable diseases in the South-East Asia region: burden, strategies and opportunities. 2011;24(5):280.

27. Alma Ata. Declaration of Alma-Ata, international conference on primary health care, USSR, 6–12 September. 1978.

28. Aksakal FNB. Sağlık Okuryazarlığı Halk Sağlığının Temeli. Sağlık Okuryazarlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019;5(1):1-5.

29. Terris M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. Journal of Public Health Policy 1992;13(3):267-76.

30. 7th Global Conference on Health Promotion. [Erişim Tarihi: 01 Eylül 2019]. Web Sayfası: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/.

31. MacDougall HJJoE, Health C. Reinventing public health: A New Perspective on the Health of Canadians and its international impact. J Epidemiol Community Health 2007;61(11):955-9.

32. Eren N. Alma Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri. HÜTF Halk sağlığı AD Yayınları, Ankara, 1985:115-123.

33. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2015.

34. Metin B, Akın A, Güngör İ. Dünya Sağlık Raporu. Birinci Baskı, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 1998.

35. Regional strategy for health promotion for South-East Asia. WHO Regional Office for South-East Asia; 2008.

36. Intercountry consultation on regional strategy for health promotion for South-East Asia: Chiang Mai, Thailand, 26-29 June 2006. WHO Regional Office for South-East Asia; 2006.

37. Milestones in health promotion: Statements from global conferences. World Health Organization; 2009. Report No.: 6161115336.

38. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. [Erişim Tarihi: 01 Eylül 2019]. Web Sayfası:

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/.

39. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. [Erişim Tarihi: 03 Eylül 2019]. Web Sayfası:

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/.

40. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. [Erişim Tarihi: 20 Ekim 2019]. Web Sayfası:

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/.

41. Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health. [Erişim Tarihi: 20 Ekim 2019]. Web Sayfası:

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/statement/en/index2.html.

42. The 6th Global Conference on Health Promotion. [Erişim Tarihi: 20 Ekim 2019]. Web Sayfası:

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/.

43. The 8th Global Conference on Health Promotion. [Erişim Tarihi: 20 Ekim 2019]. Web Sayfası:

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/.

44. 9th Global Conference on Health Promotion. [Erişim Tarihi: 20 Ekim 2019]. Web Sayfası:

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/about/en/.

45. Health Literacy. [Erişim Tarihi: 20 Ekim 2019]. Web Sayfası: https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/.

46. Simonds SK: Health education as social policy. Health Education Monograph. 1974, 2: 1-25.

47. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA): a new instrument for measuring patient's literacy skills. J Gen Intern Med. 1995;10:537–42.

48. Peerson A, Saunders M: Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. Health Promot Int. 2009, 24 (3): 285-296.

49. U.S. Department of Health and Human Services, Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2d ed. Washington: U.S. Government Printing Office, 2000.

50. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality 2011;199(1):941.

51. Ratzan SC. Health literacy: communication for the public good. Health Promot Int 2001;16(2):207-14.

52. Paasche-Orlow MK, McCaffery K, Wolf MS. Bridging the international divide for health literacy research. Patient Educ Couns 2009; 75: 293-294.

53. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health 2015;25(6):1053-8.

54. Çopurlar CK, Kartal MJTJoFM, Care P. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2016;10(1).

55. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12(1):80.

56. Weiss BD. Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand: A Manual for Clinicians. 2nd ed. Chicago, IL: American Medical Association Foundation and American Medical Association; 2007.

57. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. Int J Public Health. 2009;54(5):313-324.

58. Mitic W, Rootman I. Approach for Improving Health Literacy for Canadians. Public Health Association of British Columbia, Victoria, BC, 2012.

59. Hudson S, Rikard R, Staiculescu I, Edison K. Improving health and the bottom line: The case for health literacy. Building the Case for Health Literacy: Proceedings of a Workshop; National Academies Press (US), 2018.

60. Brach C, Dreyer B, Schyve P, et al. Attributes of a health literate organization IOM Roundtable on Health Literacy, New York Institute of Medicine, 2012.

61. Adams RJ, Appleton SL, Hill CL, et al. Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. Med J Aust 2009;191(10):530-4.

62. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı/Health Literacy. Turk J Public Health 2014;12(1):61-8.

63. McCaffery KJ, Holmes-Rovner M, Smith SK, et al. Addressing health literacy in patient decision aids. BMC Med Inform Decis Mak 2013;13(2):10.

64. Bass PF III, Wilson JF, Griffith CH. A shortened instrument for literacy screening. J Gen Intern Med. 2003;18:1036–8.

65. Collins SA, Currie LM, Bakken S, et al. Health literacy screening instruments for eHealth applications: a systematic review. J Biomed Inform 2012;45(3):598-607

66. McCray A: Promoting health literacy. J Am Med Inform Assoc. 2004, 12 (2): 152-163.

67. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000;15(3):259-67.

68. Avci E, Özkan S. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Okuryazarlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019;5(1):16-21.

69. Okyay P, Abacigil F. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi. Sağlık Okuryazarlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019: 10-5.

70. Abacigil F, Harlak H, Okyay P, et al. Validity and reliability of the Turkish version of the European Health Literacy Survey Questionnaire. Health promotion international. 2018:1-10.

71. Emiral GO, Aygar H, Isiktekin B, et al. Health literacy scale-European union-Q16: a validity and reliability study in Turkey. Int Res J Medical Sci 2018;6 (1):1-7.

72. Health literacy and the SDGs. [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2019]. Web Sayfası: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy-sdgs/en/.

73. Deniz S. Malatya Ili Akçadağ Ilçesinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018, Elazığ (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Ferdane Oğuzöncül).

74. Malatyalı İ, Biçer EB. Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2018;17(2):16-27.

75. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi 2018; 8(3):575-581.

76. Özdemir Y. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Ankara (Danışman: Prof. Dr. İsmet Şahin).

77. Gözlü K. Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Örneği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tez, 2018, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Sıdıka Kaya).

78. Toçi E, Burazeri G, Kamberi H, et al. Socio-economic correlates of functional health literacy among patients of primary health care in Kosovo. Public Health 2014;128(9):842-8.

79. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J, et al. Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. Int J Public Health 2011;56(2):201-7.

80. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, et al. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 1. Baskı, Ankara, Sağlık-Sen Yayınları; 2014:64-65.

81. Kutner M, Jin E, 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, Washington DC: U.S. Department of Education; 2006.

82. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, et al. The prevalence of limited health literacy. J Gen Intern Med 2005; 20: 174-184.

83. Von Wagner C, Steptoe A, Wolf M, Wardle J. Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. Health Educ Behav 2009;36:860-77.

84. E Üçpunar. Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı uyarlama çalışması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Birgül Piyal).

85. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, et al. A validity-driven approach to the understanding of the personal and societal burden of low back pain: development of a conceptual and measurement model. Arthritis Res Ther 2011;**13**:R152.

86. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: Results from a national survey. BMC Public Health 2010;10:614.

87. van der Heide I, Wang J, Droomers M, et al. The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. J Health Commun 2013;18(sup1):172–84.

88. Dikmen Au, Özkan S. Göçmenler ve Sağlık Okuryazarlığı. Sağlık Okuryazarlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019: 62-66.

89. Coşkun O. İç Göçler Açisindan Erzurum İlinin Analizi. Doğu Coğrafya Dergisi 2008;13(20):239-66.

90. Tayhan A. Kırk Yaş ve Üzeri Erkeklerin Prostat Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Düzeyleri ile Sağlık Okuryazarlıkları Arasındaki İlişki. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Manisa (Danışman: Doç. Dr. Dilek Özmen).

91. Temel AB, Çimen Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı Ve İlişkili Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;33(3):105-25.

92. Dişsiz, G, Yilmaz, M. Complementary and alternative therapies and health literacy in cancer patients. Complement Ther Clin Pract 2016;23:34-39.

93. Kılıçkaya A. Gölbaşı İlçesindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlgili Bilgilerinin ve Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi. Gazi Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Seçil Özkan).

94. Şen Uğur V. Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Erişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi. Celal Bayar Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2016, Manisa (Danışman: Prof Dr. Pınar Erbay Dündar).

95. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. Journal of Public Health 2009; 31: 490-495.

96. Sun X, Shi Y, Zeng Q, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. BMC Public Health 2013; 13:261.

97. Mollakhalili H, Papi A, Zare-Farashbandi F, et al. A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. J Educ Health Promot. 2014;3:66.

98. Avcı E. Annelerin anne sütü ile ilgili sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirme aracı geliştirme, sağlık okuryazarlık düzeylerini ve etkileyen faktörleri saptama. Gazi Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Seçil Özkan).

99. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA 2013: Ana Rapor. [Erişim Tarihi: 3 Nisan 2019]. Web Sayfası: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.

100. Duman A. Fatih İlçesinde İlkokul 1. Sınıf Aşılamalarında Velilerin Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Belirleme. İstanbul Ünivesitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Selma Karabey).

101. Filiz E. Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, Konya (Danışman: Prof. Dr. A. Said Bodur).

102. Jordan S, Hoebel J. Health literacy of adults in Germany: Findings from the German Health Update (GEDA) study. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2015;58(9):942-50.

103. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. Arch Intern Med 2005;165(17):1946-52.

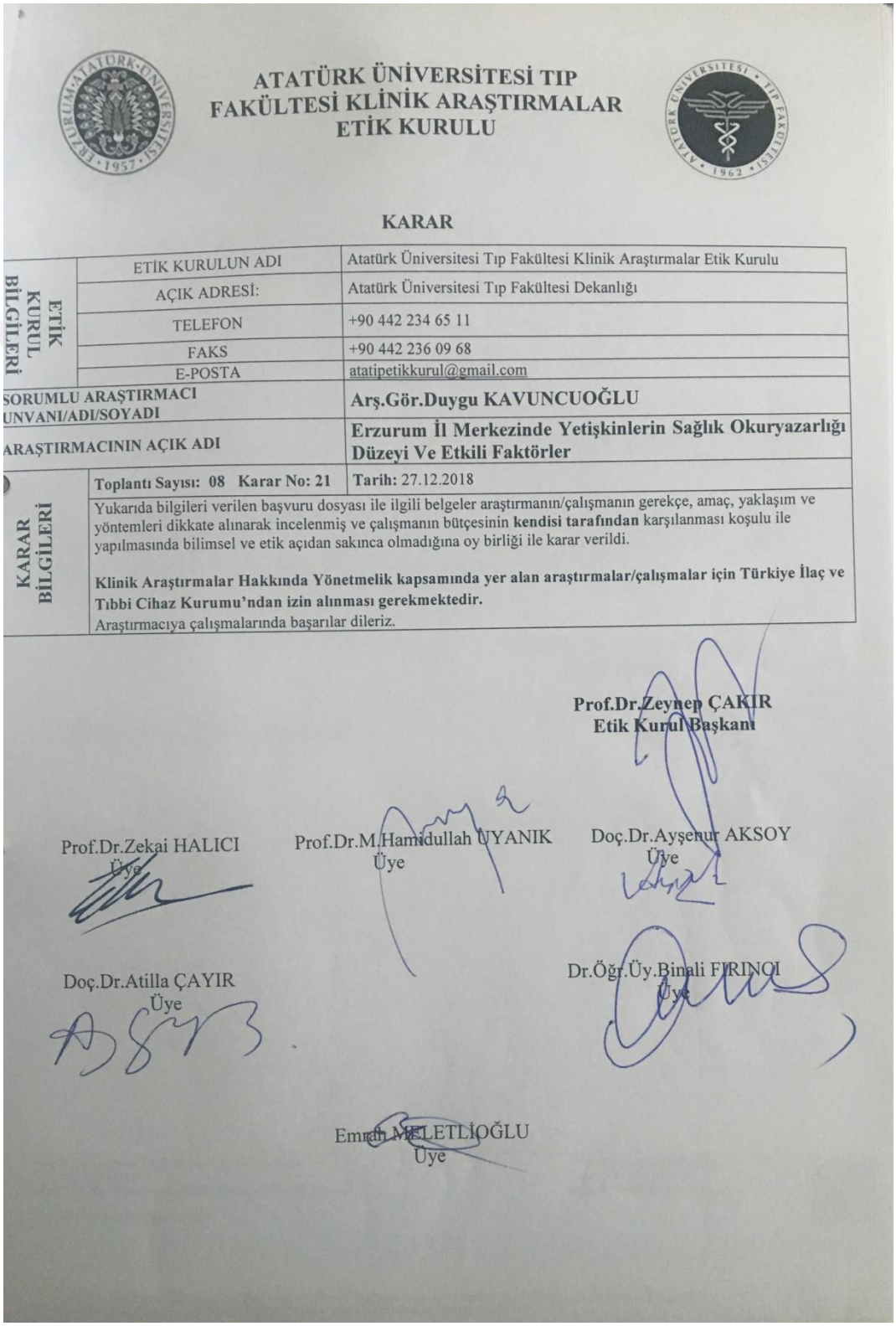
104. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. Am J Public Health 2002;92(8):1278-83.

105. Andrus MR, Roth MT.Health literacy: a review. Pharmacotherapy 2002;22(3):282-302.

106. Ngoh LN. Health literacy: a barrier to pharmacist–patient communication and medication adherence. J Am Pharm Assoc 2009;49(5):132-49.

8. EKLER

Ek-1: Etik Kurul İzni



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		**Arş.Gör.Duygu KAVUNCUOĞLU**
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		**Erzurum İl Merkezinde Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Etkili Faktörler**
KARAR BİLGİLERİ	**Toplantı Sayısı: 08 Karar No: 21**	**Tarih:** 27.12.2018
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin **kendisi tarafından** karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. **Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.** Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

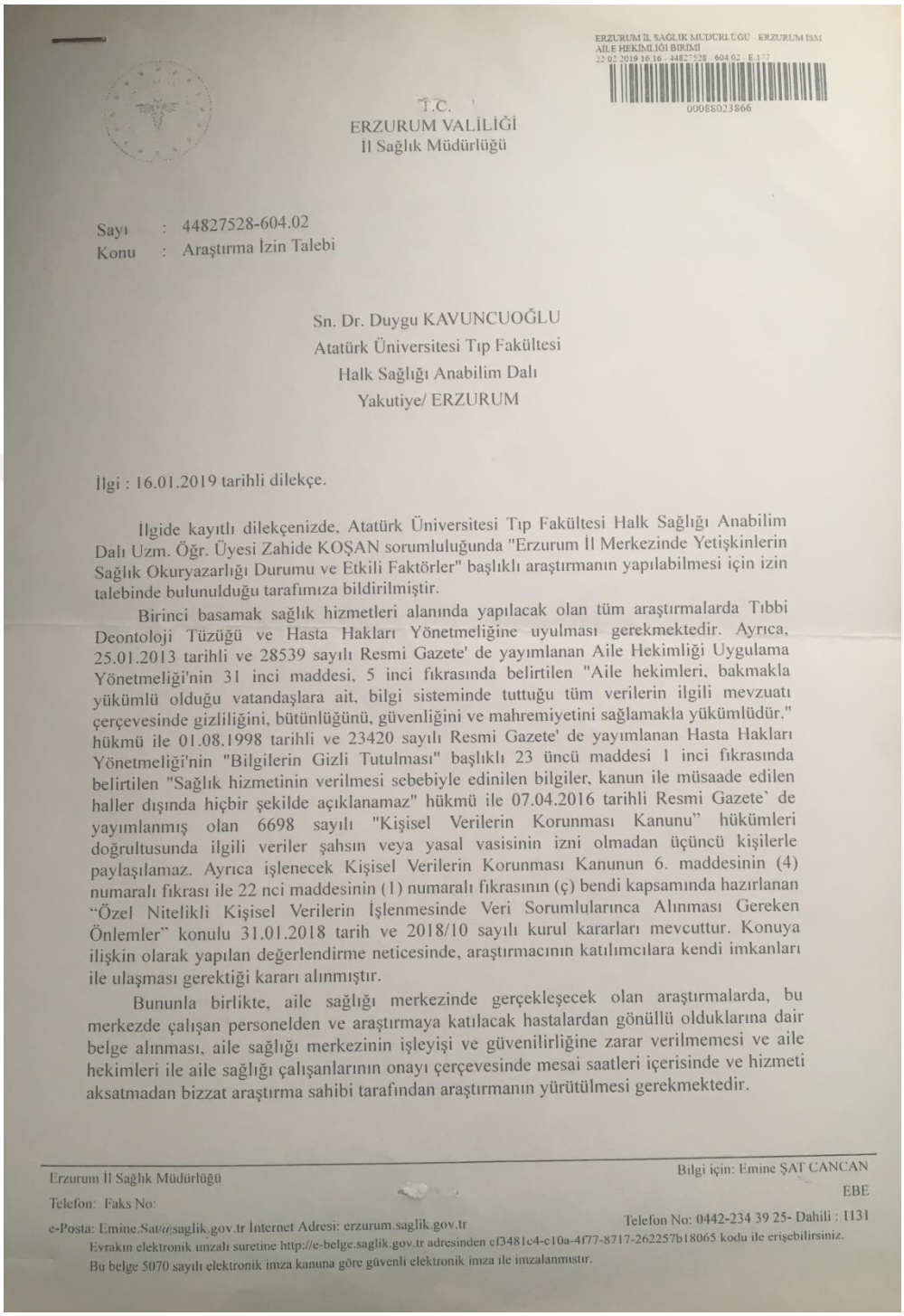
Doç.Dr.Ayşenur AKSOY
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR
Üye

Dr.Öğr.Üy.Binali FIRINCI
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye

Ek-2: Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü İzini



ERZURUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ERZURUM İSM
AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ
22.02.2019 16:16 - 44827528 - 604.02 - E.177
000880238866

T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 44827528-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi

Sn. Dr. Duygu KAVUNCUOĞLU
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yakutiye/ ERZURUM

İlgi : 16.01.2019 tarihli dilekçe.

İlgide kayıtlı dilekçenizde, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzm. Öğr. Üyesi Zahide KOŞAN sorumluluğunda "Erzurum İl Merkezinde Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Durumu ve Etkili Faktörler" başlıklı araştırmanın yapılabilmesi için izin talebinde bulunulduğu tarafımıza bildirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmü ile 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Ayrıca işlenecek Kişisel Verilerin Korunması Kanunun 6. maddesinin (4) numaralı fıkrası ile 22 nci maddesinin (1) numaralı fıkrasının (ç) bendi kapsamında hazırlanan "Özel Nitelikli Kişisel Verilerin İşlenmesinde Veri Sorumlularınca Alınması Gereken Önlemler" konulu 31.01.2018 tarih ve 2018/10 sayılı kurul kararları mevcuttur. Konuya ilişkin olarak yapılan değerlendirme neticesinde, araştırmacının katılımcılara kendi imkanları ile ulaşması gerektiği kararı alınmıştır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleşecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden ve araştırmaya katılacak hastalardan gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı çalışanlarının onayı çerçevesinde mesai saatleri içerisinde ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü
Telefon: Faks No:
e-Posta: Emine.Sat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: erzurum.saglik.gov.tr
Bilgi için: Emine ŞAT CANCAN
EBE
Telefon No: 0442-234 39 25- Dahili : 1131
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden cf3481c4-c10a-4f77-8717-262257b18065 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebiniz uygun bulunmuştur. Söz konusu çalışma sonucu hazırlanan araştırma raporundan, toplam 2 (iki) nüsha Müdürlüğümüze teslim etmeniz ve uyarılarımıza hassasiyetle uymanız hususunda;

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. İbrahim YILDIRIM
Müdür a.
Başkan

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü
Telefon: Faks No:
e-Posta: Emine.Sat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: erzurum.saglik.gov.tr
Bilgi için: Emine ŞAT CANCAN
EBE
Telefon No: 0442-234 39 25- Dahili : 1131

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden ef3481c4-c10a-4f77-8717-262257b18065 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3: Anket Formu

ERZURUM İL MERKEZİNDE YETİŞKİNLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE ETKİLİ FAKTÖRLER

Sayın katılımcı,

Sağlık okuryazarlığı, sağlık ile ilgili bilgileri okuma, anlama ve bu bilgileri kullanma ile ilgili becerilerin tümünü ifade etmektedir. Bu anket Erzurum il merkezinde sağlık okuryazarlığı durumunu saptamak amacı ile hazırlanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ankete vereceğiniz yanıtlar çalışmanın güvenirliliği açısından önemlidir. Elde edilen bilgiler çalışma dışında kullanılmayacaktır. Katılımız için teşekkürler.

Atatürk Üniversitesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

I. BÖLÜM

1. Yaşınız (bitirmiş olduğunuz yaşı belirtiniz): …….

2. Cinsiyetiniz:

1. E ( ) 2. K ( )

3. Nerede doğdunuz? (İl/ İlçe/ Köy) ...../...../.....

4. Eğitim durumunuz (en son bitirilen okulu belirtiniz):

1. İlkokul mezunu ve altı ( ) 2. Ortaokul mezunu ( ) 3. Lise mezunu ( )
4. Meslek Yüksekokulu mezunu ( ) 5. Üniversite/yüksekokul mezunu ( )
6. Yüksek lisans mezunu ( ) 7. Doktora mezunu ( )

5. Medeni durumunuz:

1. Evli ( ) 2. Bekar ( )

6. Çocuğunuz var mı?

1. Yok ( ) 2. Var ( )

7. (Çocuğunuz var ise) kaç çocuğunuz var? ..... çocuk

8.Yaşadığınız aile tipini nasıl tanımlarsınız?

1. Çekirdek aile ( ) 2. Geniş aile ( )

9. Hayatınız boyunca en uzun süre yaşadığınız yerleşim yerini ve süresini belirtiniz.

İl...../ İlçe...../köy...../süre.....

10. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1. Çalışmıyorum ( ) 2. Aralıklı çalışıyorum ( ) 3. Çalışıyorum( )

11. Mesleğiniz:

1. Ev hanımı ( ) 2. İşçi ( ) 3. Emekli ( ) 4. Öğrenci ( )
5. Memur ( ) 6. Esnaf ( ) 7. Serbest çalışan ( ) 8. Çiftçi ( )
9. Diğer……

12. Ailenizde sağlık çalışanı var mı?

1. Yok ( ) 2. Var (yakınlık derecesi:.....)

13. Sosyal güvenceniz:

1.Yok ( ) 2. GSS ( ) 3. Diğer (lütfen belirtiniz)

_____

14. Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Gelir giderden az ( ) 2. Gelir gidere denk ( ) 3. Gelir giderden fazla ( )

15. Tanı konulmuş süreğen (kronik) bir hastalığınız var mı?

1. Hayır ( ) 2. Evet ( ).....hastasıyım

16. Birinci derece yakınlarınızda (anne, baba, kardeş, eş, çocuk) süreğen (kronik) bir hastalığı olan var mı?

1. Hayır ( ) 2. Evet ( ) a. Kimde?.....

b.Hangi hastalık?.....

17. Şu ana kadar 15 gün ya da daha uzun süre hastanede yattınız mı?

1. Hayır ( ) 2. Evet ( )

18. Şu ana kadar sağlıkla ilgili konularda herhangi bir eğitim aldınız mı?

1. Hayır ( ) 2. Evet ( )

19. Düzenli olarak gazete/kitap okur musunuz?

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

20. (19. Soruya verdiğiniz yanıt Evet ise) Ne sıklıkta gazete/kitap okursunuz?

1. Hergün ( ) 2. Her hafta ( ) 3. Ayda bir ( ) 4. Yılda birkaç kez ( )

II. BÖLÜM

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					