



T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI KİŞİLERİN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN GENEL SAĞLIK
TARAMALARI VE SAĞLIK ALGISI ÜZERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Arş. Grv. Dr. Zeliha ALAGÖZ EKTİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Nazlı ŞENSOY

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AFYONKARAHİSAR 2020

T.C
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI KİŞİLERİN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN GENEL
SAĞLIK TARAMALARI VE SAĞLIK ALGISI
ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Zeliha Alagöz Ekti

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Nazlı Şensoy

Bu tez AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ Bilimsel
Araştırma Projeleri Birimi tarafından 19.TUS.005 proje numarası ile
desteklenmiştir.

AFYONKARAHİSAR 2020

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Başlığı: Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Genel Sağlık Taramaları ve Sağlık Algısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Tezi Hazırlayan: Arş. Gör. Dr. Zeliha ALAGÖZ EKTİ

Tez Savunma Tarihi: 28.04.2020

Tez Kabul Tarihi: 28.04.2020

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nazlı ŞENSOY

İş bu çalışma jürimiz tarafından AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI'nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

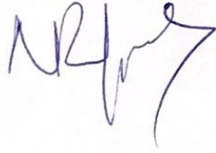
Başkan

Prof. Dr. Neşe DEMİRTÖRK



Üye

Doç. Dr. Nazlı ŞENSOY



Üye

Dr. Öğr. Üyesi Utku ESER



ONAY

DEKAN

Prof. Dr. Necip BECİT

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim, mesleki gelişimime büyük katkı sunan, tez çalışmamın tüm aşamalarında bana yardımcı olan tez danışmanım ve kıymetli hocam, Doç. Dr. Nazlı Şensoy'a,

Tez hazırlama süresince aynı yolu paylaştığımız desteğini her zaman hissettiğim değerli arkadaşım Dr. Selviye Ünver'e,

Asistanlığım süresince birlikte çalışma fırsatı bulduğum asistan arkadaşlarıma,

Tez araştırma istatistiklerinin analizinde katkılarını esirgemeyen sayın Prof. Dr. İsmet Doğan'a,

Bu günlere gelmemde karşılıksız desteklerini esirgemeyen sevgili aileme,

Varlığıyla bana güç veren, desteğini bir an olsun benden esirgemeyen, her konuda en büyük yardımcım, hayat arkadaşım sevgili eşim Dr. Hilmi Ekti'ye

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Zeliha ALAGÖZ EKTİ
AFYONKARAHİSAR 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
KISALTMALAR	V
TABLolar ÇİZELGESİ	VI
ŞEKİLLER ÇİZELGESİ	VIII
I. GİRİŞ-AMAÇ	1
II. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Sağlık Okuryazarlığı.....	3
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı	3
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları.....	4
Temel/Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	4
İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı	5
Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı.....	5
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	5
2.1.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	6
2.1.5. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı.....	9
2.1.6. Sağlık Okuryazarlığı ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İlişkisi.....	10
2.1.7. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Ölçekleri	11
Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TOFHLA).....	14
Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA) ..	15
En Yeni Yaşamsal Bulgu (NVS)	15
Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM).....	16
Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM_R).....	16
Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (HLS-EU).....	17
2.2. Sağlık Algısı	18

2.2.1. Sağlık ve Sağlık Algısı	18
2.3. Sağlık Taramaları	20
2.3.1. Meme Kanseri Tarama Programı	20
2.3.2. Serviks Kanseri Tarama Programı	21
2.3.3. Kolorektal Kanseri Tarama Programı	23
III. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	25
3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı	25
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	30
3.5. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	30
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	30
3.7. Etik Kurul Onayı	31
IV. BULGULAR.....	32
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	32
4.2. Sağlık Durumuyla İlgili Özellikler.....	34
4.3. Okuma Yazma Aktivitelerine İlişkin Özellikler.....	35
4.4. Sağlık Taramalarına Katılım Durumlarıyla İlgili Özellikler	41
4.4.1. Kanseri Taramalarına Katılım.....	41
4.4.2. Koruyucu Hekimlik Önerilerini Uygulama Durumu.....	42
4.5. Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Özellikler.....	44
4.6. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Değişkenlerle Karşılaştırması	49
4.6.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Cinsiyet	49
4.6.2. Sağlık Okuryazarlığı ve Yaş	51
4.6.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Medeni Durum.....	54

4.6.4. Sağlık okuryazarlığı ve Eğitim Düzeyi.....	56
4.6.5. Sağlık okuryazarlığı ve Gelir Durumu.....	58
4.6.6. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Sosyodemografik Faktörler İçin Multiple Regresyon Analizi Sonuçları	60
4.7. Sağlık Algısına İlişkin Özellikler	61
4.8. Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	64
4.9. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puanlarının Sağlık Taramalarına Katılım Durumuyla Karşılaştırması.....	68
4.9.1. Kanser Taramalarına Katılım İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	68
4.9.2. Koruyucu Hekimlik Önerilerini Uygulama Durumu İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	70
V. TARTIŞMA	73
5.1. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları	87
VI. SONUÇ ve ÖNERİLER	88
6.1. Sonuçlar.....	88
6.2. Öneriler.....	90
VIII.ÖZET	92
IX. ABSTRACT	93
X.KAYNAKLAR.....	94
XI. EKLER	102

KISALTMALAR

AKD: Amerikan Kanser Derneği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

CA: Kanser

DNA: Deoksiribonükleik Asit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FAP: Familyal Adenomatöz Polipozis

GGK: Gaytada Gizli Kan

HLS-EU: Avrupa Sağlık Okur Yazarlığı Anketi

HPV: Human Papilloma Virusu

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KKTM: Kendi Kendine Testis Muayenesi

NVS: En Yeni Yaşamsal İşaret (Newest Vital Sign)

PAP-SMEAR: Papanikolaou Testi

PCR: Polimeraz Zincir Reaksiyonu

REALM: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Ölçeği

REALM-R: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi-Gözden Geçirilmiş

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği

SB: Sağlık Bakanlığı

SOYA-AB: Sağlık Okuryazarlığı Anketi- Avrupa Birliği

SPSS: Statistical Package For The Social Sciences

S-TOFHLA: Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi

T.C: Türkiye Cumhuriyeti

TOFHLA: Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Sağlık algısı ölçeği puanları ve madde sayıları	27
Tablo 2: Sağlık algısı ölçeği genel ve alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları	27
Tablo 3: Sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları	28
Tablo 4: Sağlık Okuryazarlığı ölçek (SOYA-AB) sorularının dağılımı	29
Tablo 5: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	33
Tablo 6: Katılımcıların mevcut kronik hastalıkları	34
Tablo 7: Katılımcıların cinsiyete göre okuma/yazma aktivitelerine yönelik özelliklerinin dağılımı	35
Tablo 8: Katılımcıların okuma/yazma aktivitelerine yönelik yardım aldıkları durumlar	36
Tablo 9: Katılımcıların cinsiyete göre bilgisayar ve internet kullanım durumu ..	37
Tablo 10: Katılımcıların televizyon ve bilgisayar başında geçirdiği süreler	38
Tablo 11: Katılımcıların günlük haberlere ve sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma kaynakları.....	39
Tablo 12: Katılımcıların yaşa ve cinsiyete uygun tarama sonuçlarının dağılımı.	43
Tablo 13: Katılımcıların yaşa ve cinsiyete uygun koruyucu hekimlik önerilerini uygulama durumu.....	43
Tablo 14: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı genel ve alt indeks puanları	44
Tablo 15: Katılımcıların genel ve alt boyutlardaki sağlık okuryazarlığı kategorilerinin dağılımı	45
Tablo 16: SOYA-AB ölçeğinde yer alan sorulara ait yanıtların toplam yüzdeleri	46
Tablo 17: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımı	49

Tablo 18: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı	52
Tablo 19: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının medeni duruma göre dağılımı	54
Tablo 20: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının eğitim düzeyine göre dağılımı	56
Tablo 21: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının gelir durumuna göre dağılımı	58
Tablo 22: Sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyodemografik faktörleri için regresyon analizi sonuçları.....	60
Tablo 23: Katılımcıların sağlık algısı ölçeği’nden aldıkları toplam ve alt boyut puanları.....	61
Tablo 24: Katılımcıların sağlık algısı puan ortalamalarının sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımı	63
Tablo 25: Sağlık algısı ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyine göre dağılımı.....	64
Tablo 26: Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ölçek puanları arasındaki ilişki .	65
Tablo 27: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının sağlığı algılama durumuna göre dağılımı	66
Tablo 28: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının kanser taramalarına katılıma göre dağılımı	69
Tablo 29: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının koruyucu hekimlik önerilerini uygulama durumuna göre dağılımı	71
Tablo 30: Sorulara verilen “zor ve çok zor” cevaplarına ait toplam yüzde dağılımları ve karşılaştırmaları	79

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Sağlık okuryazarlığının basamakları	4
Şekil 2: Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sonuçları	7
Şekil 3: Katılımcıların genel sağlık durumunun dağılımı.....	34
Şekil 4: Katılımcıların sağlık kampanyalarından haberdar olma durumları.....	40
Şekil 5: Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyi	50
Şekil 6: Yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.....	53
Şekil 7: Medeni duruma göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.....	55
Şekil 8: Eğitim seviyesine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.....	57
Şekil 9: Gelir durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.....	59
Şekil 10: Sağlığı algılama durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.....	67



T.C.

**AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA
PROJELERİ KOMİSYONU**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI KİŞİLERİN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN GENEL SAĞLIK
TARAMALARI VE SAĞLIK ALGISI ÜZERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Arş. Grv. Dr. Zeliha ALAGÖZ EKTİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Nazlı ŞENSOY

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AFYONKARAHİSAR 2020

T.C
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI KİŞİLERİN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN GENEL
SAĞLIK TARAMALARI VE SAĞLIK ALGISI
ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ
Arş. Gör. Dr. Zeliha Alagöz Ekti

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nazlı Şensoy

Bu tez AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ Bilimsel
Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından 19.TUS.005 proje numarası ile
desteklenmiştir.

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Başlığı: Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Genel Sağlık Taramaları ve Sağlık Algısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Tezi Hazırlayan: Arş. Gör. Dr. Zeliha ALAGÖZ EKTİ

Tez Savunma Tarihi: 28.04.2020

Tez Kabul Tarihi: 28.04.2020

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nazlı ŞENSOY

İş bu çalışma jürimiz tarafından AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI'nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

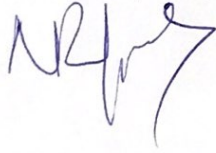
Başkan

Prof. Dr. Neşe DEMİRTÖRK



Üye

Doç. Dr. Nazlı ŞENSOY



Üye

Dr. Öğr. Üyesi Utku ESER



ONAY

DEKAN

Prof. Dr. Necip BECİT

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim, mesleki gelişimime büyük katkı sunan, tez çalışmamın tüm aşamalarında bana yardımcı olan tez danışmanım ve kıymetli hocam, Doç. Dr. Nazlı Şensoy'a,

Tez hazırlama süresince aynı yolu paylaştığımız desteğini her zaman hissettiğim değerli arkadaşım Dr. Selviye Ünver'e,

Asistanlığım süresince birlikte çalışma fırsatı bulduğum asistan arkadaşlarıma,

Tez araştırma istatistiklerinin analizinde katkılarını esirgemeyen sayın Prof. Dr. İsmet Doğan'a,

Bu günlere gelmemde karşılıksız desteklerini esirgemeyen sevgili aileme,

Varlığıyla bana güç veren, desteğini bir an olsun benden esirgemeyen, her konuda en büyük yardımcım, hayat arkadaşım sevgili eşim Dr. Hilmi Ekti'ye

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Zeliha ALAGÖZ EKTİ
AFYONKARAHİSAR 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
KISALTMALAR	V
TABLolar ÇİZELGESİ	VI
ŞEKİLLER ÇİZELGESİ	VIII
I. GİRİŞ-AMAÇ	1
II. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Sağlık Okuryazarlığı.....	3
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı	3
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları.....	4
Temel/Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	4
İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı	5
Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı.....	5
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	5
2.1.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	6
2.1.5. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı.....	9
2.1.6. Sağlık Okuryazarlığı ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İlişkisi.....	10
2.1.7. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Ölçekleri	11
Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TOFHLA).....	14
Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA) ..	15
En Yeni Yaşamsal Bulgu (NVS)	15
Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM).....	16
Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM_R).....	16
Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (HLS-EU).....	17
2.2. Sağlık Algısı	18

2.2.1. Sağlık ve Sağlık Algısı	18
2.3. Sağlık Taramaları	20
2.3.1. Meme Kanseri Tarama Programı	20
2.3.2. Serviks Kanseri Tarama Programı	21
2.3.3. Kolorektal Kanseri Tarama Programı	23
III. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	25
3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı	25
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	30
3.5. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	30
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	30
3.7. Etik Kurul Onayı	31
IV. BULGULAR.....	32
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	32
4.2. Sağlık Durumuyla İlgili Özellikler.....	34
4.3. Okuma Yazma Aktivitelerine İlişkin Özellikler.....	35
4.4. Sağlık Taramalarına Katılım Durumlarıyla İlgili Özellikler	41
4.4.1. Kanseri Taramalarına Katılım.....	41
4.4.2. Koruyucu Hekimlik Önerilerini Uygulama Durumu.....	42
4.5. Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Özellikler.....	44
4.6. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Değişkenlerle Karşılaştırması	49
4.6.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Cinsiyet	49
4.6.2. Sağlık Okuryazarlığı ve Yaş	51
4.6.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Medeni Durum.....	54

4.6.4. Sağlık okuryazarlığı ve Eğitim Düzeyi.....	56
4.6.5. Sağlık okuryazarlığı ve Gelir Durumu.....	58
4.6.6. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Sosyodemografik Faktörler İçin Multiple Regresyon Analizi Sonuçları	60
4.7. Sağlık Algısına İlişkin Özellikler	61
4.8. Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	64
4.9. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puanlarının Sağlık Taramalarına Katılım Durumuyla Karşılaştırması.....	68
4.9.1. Kanser Taramalarına Katılım İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	68
4.9.2. Koruyucu Hekimlik Önerilerini Uygulama Durumu İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	70
V. TARTIŞMA	73
5.1. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları	87
VI. SONUÇ ve ÖNERİLER	88
6.1. Sonuçlar.....	88
6.2. Öneriler.....	90
VIII.ÖZET	92
IX. ABSTRACT	93
X.KAYNAKLAR.....	94
XI. EKLER	102

KISALTMALAR

AKD: Amerikan Kanser Derneği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

CA: Kanser

DNA: Deoksiribonükleik Asit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FAP: Familyal Adenomatöz Polipozis

GGK: Gaytada Gizli Kan

HLS-EU: Avrupa Sağlık Okur Yazarlığı Anketi

HPV: Human Papilloma Virusu

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KKTM: Kendi Kendine Testis Muayenesi

NVS: En Yeni Yaşamsal İşaret (Newest Vital Sign)

PAP-SMEAR: Papanikolaou Testi

PCR: Polimeraz Zincir Reaksiyonu

REALM: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Ölçeği

REALM-R: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi-Gözden Geçirilmiş

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği

SB: Sağlık Bakanlığı

SOYA-AB: Sağlık Okuryazarlığı Anketi- Avrupa Birliği

SPSS: Statistical Package For The Social Sciences

S-TOFHLA: Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi

T.C: Türkiye Cumhuriyeti

TOFHLA: Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Sağlık algısı ölçeği puanları ve madde sayıları	27
Tablo 2: Sağlık algısı ölçeği genel ve alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları	27
Tablo 3: Sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları	28
Tablo 4: Sağlık Okuryazarlığı ölçek (SOYA-AB) sorularının dağılımı	29
Tablo 5: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	33
Tablo 6: Katılımcıların mevcut kronik hastalıkları	34
Tablo 7: Katılımcıların cinsiyete göre okuma/yazma aktivitelerine yönelik özelliklerinin dağılımı	35
Tablo 8: Katılımcıların okuma/yazma aktivitelerine yönelik yardım aldıkları durumlar	36
Tablo 9: Katılımcıların cinsiyete göre bilgisayar ve internet kullanım durumu ..	37
Tablo 10: Katılımcıların televizyon ve bilgisayar başında geçirdiği süreler	38
Tablo 11: Katılımcıların günlük haberlere ve sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma kaynakları.....	39
Tablo 12: Katılımcıların yaşa ve cinsiyete uygun tarama sonuçlarının dağılımı.	43
Tablo 13: Katılımcıların yaşa ve cinsiyete uygun koruyucu hekimlik önerilerini uygulama durumu.....	43
Tablo 14: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı genel ve alt indeks puanları	44
Tablo 15: Katılımcıların genel ve alt boyutlardaki sağlık okuryazarlığı kategorilerinin dağılımı	45
Tablo 16: SOYA-AB ölçeğinde yer alan sorulara ait yanıtların toplam yüzdeleri	46
Tablo 17: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımı	49

Tablo 18: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı	52
Tablo 19: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının medeni duruma göre dağılımı	54
Tablo 20: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının eğitim düzeyine göre dağılımı	56
Tablo 21: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının gelir durumuna göre dağılımı	58
Tablo 22: Sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyodemografik faktörleri için regresyon analizi sonuçları.....	60
Tablo 23: Katılımcıların sağlık algısı ölçeği’nden aldıkları toplam ve alt boyut puanları.....	61
Tablo 24: Katılımcıların sağlık algısı puan ortalamalarının sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımı	63
Tablo 25: Sağlık algısı ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyine göre dağılımı.....	64
Tablo 26: Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ölçek puanları arasındaki ilişki .	65
Tablo 27: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının sağlığı algılama durumuna göre dağılımı	66
Tablo 28: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının kanser taramalarına katılıma göre dağılımı	69
Tablo 29: Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının koruyucu hekimlik önerilerini uygulama durumuna göre dağılımı	71
Tablo 30: Sorulara verilen “zor ve çok zor” cevaplarına ait toplam yüzde dağılımları ve karşılaştırmaları	79

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Sağlık okuryazarlığının basamakları	4
Şekil 2: Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sonuçları	7
Şekil 3: Katılımcıların genel sağlık durumunun dağılımı.....	34
Şekil 4: Katılımcıların sağlık kampanyalarından haberdar olma durumları.....	40
Şekil 5: Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyi	50
Şekil 6: Yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.....	53
Şekil 7: Medeni duruma göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.....	55
Şekil 8: Eğitim seviyesine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.....	57
Şekil 9: Gelir durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.....	59
Şekil 10: Sağlığı algılama durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.....	67

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gün geçtikçe önemi artan bir kavram haline gelen sağlık okuryazarlığı; kişiye tıbbi bir bilgi sunulduğunda, kişinin bu bilgiyi kavrayıp yorumlayabilmesi ve buna uygun davranabilmesi olarak kısaca ifade edilebilir. Sağlık okuryazarlığı, bireyin yalnızca sağlıkla ilgili bilgiyi anlayabilmesiyle sınırlı olmayıp, sağlık durumunu ifade edebilmesini, hastalığına dair bilgisinin olmasını, sağlığıyla ilgili konularda uygun adımlar atabilmesini, sağlık sisteminden nasıl faydalanacağını bilmesini ve sistemi doğru şekilde kullanabilmesini gerektiren bütüncül bir kavramdır (1).

Günümüzde hastalar pasif değil aktif tüketici rolü oynamakta, kendileriyle ilgili tedavi ve bakım kararlarına katılmak istemektedirler. Bu durum bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin yüksek olması ile gerçekleşebilmekte ve sağlık okuryazarlığının ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır (2).

Sağlık okuryazarlığı kavramından ilk defa 1974 yılında Scott Simonds tarafından *Health Education as Social Policy* adlı bir makalede bahsedilmiştir. 1990'lı yıllarda, insan sağlığı üzerine önemli etkisi olduğu düşüncesi ile tekrardan araştırılmaya ve tartışılmaya başlanmıştır; 2000'li yıllarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalar artmaya başlamıştır (3). Sağlık okuryazarlığı 1970'li yıllardan beri uluslararası literatürde yer almasına rağmen ülkemizde sağlık okuryazarlığının önemi son 10 yılda anlaşılmış ve konu ile ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.

Çalışmamızın amacı Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 18-65 yaş arası kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek ve sosyo-demografik faktörlerin sağlık okuryazarlığı üzerine etkisini tespit etmektir. Bunun yanında kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısıyla olan ilişkisini ve sağlık taramalarını yaptırma durumuna olan etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

Sağlık okuryazarlığı ve genel okuryazarlık gelişmiş bir toplumda bireylerin yaşamak için gerek duyduğu temel becerilerdendir. Kavramsal olarak incelendiğinde sağlık okuryazarlığının kökeninin genel okuryazarlığa dayandığı görülmektedir (4). Sağlık okuryazarlığının doğru anlaşılabilmesi için öncelikle okuryazarlığın ne anlama geldiğinin bilmek gerekmektedir (5).

Genel anlamda okuryazarlık, sosyal hayata, iş hayatına ve topluma bütünüyle katılımı sağlayan, teknolojik problemleri çözme kabiliyeti veren, bireylerin farklı türdeki yazılı kaynakları tanımlama, anlama, yorumlama, iletişim kurma ve hesaplama yeteneklerini kapsayan yetkinlikler düzeyi ve öğrenme sürecidir. Temel insan haklarından biri olan okuryazarlık, bireylere yaşam boyu öğrenme imkânı sunar (6).

Okuryazarlık becerisi, kişilerin sosyal hayata etkin olarak katılımlarını ve yaşam kalitelerini arttırmayı sağlayan becerilerin başında gelmektedir. Okuryazar bireyler topluma hem ekonomik hem de sosyal olarak daha aktif bir şekilde katılabilmekte ve günlük yaşam durumlarını daha iyi algılayıp, bunlar üzerinde daha hakim olabilmektedir (7). Okuryazar olmanın sağlığı etkileyen boyutuna bakıldığında, kişilerin yaşamlarında sağlık ve hastalık durumları karşısında kontrol güçlerini etkilemektedir (8).

Okuryazarlık kavramı kişinin yalnızca okuma yazma becerisini göstermekten ziyade belli alanlarla veya konularla ilgili bilgisini tanımlamak için de kullanılmaktadır. Örneğin medya okuryazarlığı, görsel okuryazarlık, bilgisayar okuryazarlığı, finansal okuryazarlık, kültürel okuryazarlık, beslenme okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı gibi pek çok kavram tanımlanmıştır (9,10).

2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak sağlık eğitimi alanında 1974'lü yıllarda tanımlanmış, ancak 1990'lı yıllara kadar pek fazla kullanılmamıştır. Bu dönemde sağlık okuryazarlığı; sadece bireyin sağlık bilgilerini okuma, anlama ve tıbbi talimatlara uyma yeteneği olarak tanımlanmıştır (1). Sonraki yıllarda öneminin artmasıyla birlikte sağlık okuryazarlığının daha kapsamlı tanımları yapılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık okuryazarlığı, "bireyin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiye ulaşabilme, bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme yeteneği" olarak tanımlanmıştır (11). Sağlık okuryazarlığı, reçete edilen ilaç kutularındaki talimatları, randevu fişlerini, tıbbi eğitim ve bilgilendirme broşürlerini, doktorların açıklamalarını ve onam formlarını anlama ve sağlık sisteminin karmaşıklığı ile baş edebilme yeteneğini içerir (11).

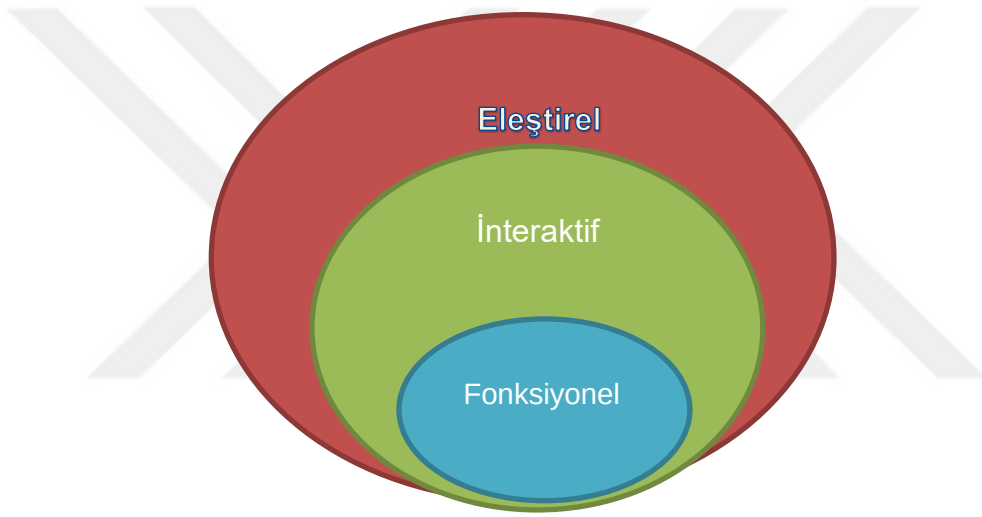
Zarcadoolas ve arkadaşları, sağlık okuryazarlığını bireylerin hayat kalitelerini yükseltip sağlık risklerini azaltmak için bilinçli seçimler yapmalarını sağlayacak olan sağlık bilgisine ulaşma, bu bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma yeteneklerini kapsayan çok boyutlu bir kavram olarak tanımlamışlardır (12).

Sorensen ve arkadaşları tarafından 2012 yılında sağlık okuryazarlığının tanımı o güne kadar yapılan tüm tanımları kapsayacak şekilde genişletilmiştir ve "Okuryazarlıkla ilişkili, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini korumak ve yükseltmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir" şeklinde tanımlamışlardır (13).

Ülkemizde ise T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yayınlamış olduğu Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde “Bireyleri sağlıklı olmaya ve bu davranışı sürdürmeye teşvik edecek şekilde bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi için gerekli sosyal ve bilişsel becerilerin tamamı” ifadesiyle sağlık okuryazarlığı tanımlanmıştır (14).

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Basamakları

Nutbeam'a göre, sağlık okuryazarlığı üç düzeyde ele alınmaktadır (11) (Şekil 1).



Şekil 1. Sağlık okuryazarlığının basamakları

Temel/Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: Bireylerin günlük yaşamı için gerekli olan temel okuma yazma becerilerini gösterir. Sağlıkla ilgili olarak ise, sağlık riskleri ya da sağlık sistemini nasıl kullanacağı, temel sağlık eğitim materyallerini okuma yeteneğini gösterebilmektedir.

İnteraktif sağlık okuryazarlığı: İleri düzeyde bilişsel, okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içerir. Sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama ve değişen koşullarda sahip olduğu bilgileri adapte edebilmeyi gerektirir.

Eleştirel sağlık okuryazarlığı: Sağlıkla ilgili bilginin kritik olarak analiz edilmesinde ve sağlık kararlarının verilmesinde kullanılacak ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri içerir. Bu beceriler ile kişi sağlık bilgilerini eleştirel olarak değerlendirebilmekte, bireysel ve toplumsal kapasiteyi geliştirebilmekte, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine göre davranabilmekte, sağlığın politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilmekte ve bu boyutları yorumlayabilmektedir.

2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Son yıllarda koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazanması, hasta odaklı sağlık hizmetlerinin talep edilmesi, sağlık hizmetinden yararlananların büyük kısmının sağlık okuryazarlık seviyesinin yetersiz olması, sağlıkla ilgili teknik terimlerin fazlalığı, sağlık bilgisinin toplumla yeterince paylaşılamaması ve sağlık harcamalarındaki artış gibi sebepler sağlık okuryazarlığının öneminin artmasına neden olmuştur (15). Sağlık hizmetinden yararlananlar, sağlık çalışanları, kanun koyanlar ve yöneticiler için sağlık okuryazarlığı büyük önem taşımaktadır. Toplumun genel sağlık düzeyinin yükselmesinde ve neticede toplumun üretim gücünün artmasında sağlık okuryazarlığının etkisi büyüktür (16). Sağlık okuryazarlığı, doğru bilgi ve hizmete ulaşabilmeyi kolaylaştırır. Hizmeti kullanabilme yeteneğini, sağlık hizmeti talimatlarını doğru okuma ve anlamayı geliştirir ve destekler. Kaynakların doğru kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını, bireyin kendi sağlığının ve toplum sağlığının üzerinde etkin olmasını güçlendirir (17). Sağlık okuryazarlığı; sağlık hizmeti verenler için mesleki tatmin, doğru iletişim ve klinik becerilerin kazanılmasını ve bu becerilerin kullanılmasını sağlarken, sağlık hizmetinden yaralananlar için karar mekanizmasına dahil olmayı ve kaliteli sağlık hizmetinden faydalanmayı sağlar. Ayrıca sağlık okuryazarlığı sağlıklı yaşam yılı ve kapasitesini artırır ve toplumdaki sağlık eşitsizliklerini giderir. Sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir kültür oluşturan, kişisel gelişim alanlarının ve sosyal becerilerin artmasını sağlayan bir araçtır (18).

Yapılan birçok araştırma sonucuna göre, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, sağlık hizmetlerine erişimde güçlüğü ve sağlık bilgisinin yetersiz olmasına neden olmaktadır. Bu da hastalığa yakalanma riskinde artışa, tedavi yöntemlerini anlamada güçlüğü ve hastanede yatış oranında artışa sebep olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan bireyler gereksiz hastane başvuruları yaparak sağlık hizmeti harcamalarının artmasına yol açmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmakta, sağlık taramalarını yaptırmayı ihmal etmekte ve bunun sonucunda kanser gibi erken teşhis edilebilen tanıların atlanmasıyla morbidite ve mortalite oranlarında artışa neden olmaktadır (19-21).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin kişi, toplum ve sağlık sonuçları üzerinde pek çok olumsuz etkisi vardır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin;

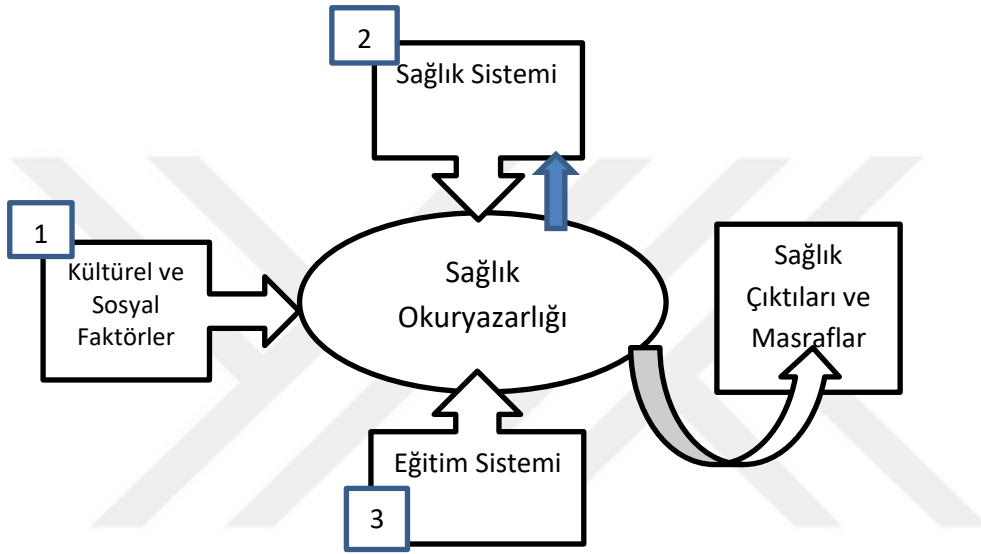
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin az kullanılması,
- Semptomatik dönemde sağlık bakım arayışında gecikme,
- Kişinin tıbbi durumunu anlamasında yetersizlik,
- Tıbbi öneri/talimatlara uymada güçlük,
- Öz-bakım yetersizliği,
- Sağlık giderlerinde artış,

• Acil servis başvurularında ve hastane yatışlarında artış gibi toplum sağlığını etkileyen pek çok konuda olumsuz etkisi olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (22–24).

2.1.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı, kişinin yeni bilgiyi elde etmesine ve kullanmasına olanak sağlayan bireysel kapasiteler bütünü olarak ortaya konmaktadır. Bu anlamda kişilerin hem eğitim düzeyi, okuma alışkanlıkları gibi kazanımları hem de doğuştan gelen potansiyeli kişisel kapasitelerini etkilemektedir. Kişisel kapasite, eğitimle artıp bilişsel fonksiyonları etkileyen yaşlanma ya da patolojik süreçlerle azalabilir (17,25). Bireylerin kişisel kapasitesi ve eğitim düzeyine ek olarak, yaşadıkları toplumun kültürel faktörleri ve sağlık sistemi de sağlık

okuryazarlığı düzeyine etki etmektedir. Diğer bir ifadeyle sağlık okuryazarlığı; bireylerin kişisel becerilerinin, yaşadıkları toplumun sağlık sistemi, eğitim sistemi, aile, iş ve toplum hayatındaki sosyal ve kültürel faktörlerle etkileşmesiyle şekillenmektedir. Saydığımız tüm bu faktörler nihayetinde oluşan sağlık okuryazarlığı, sağlık sonuçlarını ve maliyetlerini etkilemektedir (17) (Şekil 2).



Şekil 2. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sonuçları

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışmasında sağlık okuryazarlığı düzeyinde hem ülkeler arasında hem de ülke içinde de bazı gruplar da farklılık olduğu gösterilmiştir. Sağlık okuryazarlığı yönünden bazı kesimlerin dezavantajı olduğu belirlenmiştir. Sosyal statüsü ve gelir düzeyi düşük kişilerde, uzun süredir olan sağlık problemi nedeniyle aktif olamayan kişilerde ve sağlık durumunu kötü olarak algılayanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (4). Sağlık okuryazarlığının yaşlılarda, yoksullarda, mülteci ve göçmenlerde, eğitim düzeyi düşük kişilerde ve yaşadığı ülkenin anadilini konuşamayanlarda daha düşük olduğu tespit edilmiştir (17).

Jovic-Vranes ve ark.'nın sağlık okuryazarlığı düzeyini sınıflandırdıkları çalışmalarında, hastaların %41'inin yetersiz ve sınırda, %59'unun ise yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu gösterilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyi; yerleşim yeri, cinsiyet, yaş, medeni durum, kişisel sağlık algısı ve kişinin kronik hastalık durumlarından önemli ölçüde etkilenmektedir. Kentsel yerleşimli, genç, erkek ve çalışan olup, eğitim seviyesi yüksek, sağlık algısı ve genel sağlık durumu iyi olan kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (26). Sağlık okuryazarlığı düzeyi tüm bu sayılan kişisel özelliklerin yanında; işitme, görme, konuşma, muhakeme etme ve hafızada tutma gibi sosyal ve fiziksel yeteneklere; okuma, anlama ve hesap yapabilme gibi bilişsel becerilere göre de değişebilmektedir (13). Ayrıca kişilerin geçmiş deneyimleri ve hastalıklarıyla ilgili tecrübeleri de sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli etmenlerdir. Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık statüsü ve sağlık bilgisi gibi sağlığın çok farklı alanlarıyla da ilişkili olduğunu saptanmıştır (15).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerden genel okuryazarlığa özellikle değinmek gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığının kişinin genel okuryazarlık seviyesinden ve bilişsel gelişiminden önemli ölçüde etkilendiği açıktır. Ancak, genel okuryazarlık seviyesi yüksek olan her bireyin, sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yüksek olacağını düşünmek doğru değildir (27). Bununla birlikte düşük genel okuryazarlık seviyesine sahip kişilerin, sağlık ile ilgili bilgileri anlama ve kronik sağlık sorunlarını yönetme kabiliyetinin genel okuryazarlık seviyesi yüksek olan kişilere göre daha kısıtlı olduğu söylenebilir (28).

2.1.5. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacıyla 8 Avrupa ülkesinde (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) 15 yaş üzeri 8 bin kişide geniş çaplı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada 12 alt başlık halinde hazırlanmış olan toplam 47 soruluk sağlık okuryazarlığı ölçeği kullanılmıştır. Ölçekten alınan puanlara göre ülkeler (yetersiz, sorunlu, yeterli, mükemmel) olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır. Farklı ülkelerde “yetersiz” puan alan kişi sayısı %2-27 arasında değişmiştir. Yetersiz ve sorunlu grup birlikte incelendiğinde ise bu değer %29-62 arasında değişmiştir. Hollanda’da katılımcıların %29’u, Bulgaristan’da ise %62’si bu grupta yer almıştır. Toplamda çalışmaya katılanların yarısından biraz fazlası yeterli ve mükemmel düzeyde puanlar almıştır. Yeterli ve mükemmel puan alanların en yüksek Hollanda’da (%72), en düşük ise Bulgaristan’da (%37) olduğu görülmüştür (29).

Sekiz Avrupa ülkesinde yapılan bu çalışma sonucunda, sağlık okuryazarlığının genel olarak düşük olduğu, ülkeler arasında farklılıklar olduğu, ancak sınırlı sağlık okuryazarlığının bir azınlık problemi değil hemen tüm ülkelerin problemi olduğu ve ülke içinde de bazı grupların daha dezavantajlı olduğu belirlenmiştir (29).

Türkiye’de yapılan en geniş kapsamlı sağlık okuryazarlığı çalışması ise 2009 ile 2012 yılları arasında Tanrıöver ve ark. tarafından Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası desteğiyle yapılmıştır. 23 il ve 12 farklı bölgede toplam 4924 kişi çalışmaya katılmıştır. Çalışmada bireylerin %24,5’inin yetersiz, %40,1’inin ise sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın sonuçlarından elde edilen veriler, Türkiye’deki 18 yaş üstü nüfus düşünülerek genellendiği zaman yaklaşık 35 milyon erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz ya da sınırlı olduğunu düşündürmektedir (22).

2.1.6. Sağlık Okuryazarlığı ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İlişkisi

Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin davranışları, kişisel alışkanlıkları ve sağlık konusundaki sorumlulukları oldukça önemlidir. Bireylerin henüz hasta olmadan sağlıklıyken koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını alışkanlık haline getirmesi gerekir. Ancak sağlıklı bireylerde bu alışkanlığın kazanılmasında bireylerden kaynaklanan bir takım engeller mevcuttur. Eğitim seviyesi, gelir düzeyi, yaşanılan bölge, kültürel ve sosyal değerlerin tamamı bu alışkanlığın kazanılmasının önündeki engellerden olabilmekle birlikte önemli diğer bir engelin de yetersiz sağlık okuryazarlığı olduğu düşünülmektedir. Bu engel özellikle sağlık okuryazarlık düzeyinin bilinmemesinden kaynaklanmaktadır ve sorunun ortadan kaldırılabilmesi için sağlık okuryazarlığı kavramının genel okuryazarlık ve eğitim seviyesinden farklı olduğu bilinci ile sağlık kurumları, sağlık çalışanları ve medya işbirliği ile sağlık okuryazarlığı seviyesinin belirlenmesi ve artırılması için gerekli çalışmaların başlatılması gerekmektedir (30).

Sağlık okuryazarlığının koruyucu sağlık hizmetlerini etkileyen yönüne bakıldığında, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, sağlık taramalarının uygulanması konusunda önemli bir engel olarak görülmektedir. Örneğin, İngiltere'de yürütülen kolon kanseri tarama programında, bireylerle ilk iletişim yolu olarak evlerine tarama hakkında bilgi içeren yazılı bir materyal posta yoluyla gönderildi. Ancak bireylerin bazılarının yine de tarama yaptırmaması, sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine bağlanmıştır (31). Kanserın erken dönemde tespit edilmesi için yapılan tarama programlarına katılımı, yetersiz sağlık okuryazarlığının olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (32).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan bireylerin papsmear yaptırma, mamografi çekirtme veya influenzaya karşı aşılama gibi tarama ve önleme müdahalelerine uyumu daha az iken ileri evre prostat ve meme kanseri ile karşılaşma ihtimalleri daha yüksektir (21). Benzer şekilde, Davis ve ark.'nın

yaptığı çalışmada meme kanseri tarama davranışlarından kendi kendine meme muayenesi ve mamografi yaptırmamanın da düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (33).

Aile hekimlerinin, bireylerin her türlü sağlık hizmeti ihtiyacında sağlık sistemi ile ilk temas noktası olması, takip ettikleri nüfusun sağlık bakım hizmetlerini etkin bir şekilde kullanması açısından oldukça önemlidir. Aile hekimlerinin sağlık okuryazarlığı konusunda bilgili ve yetkin olması toplumda uygun sağlık davranışlarının gelişmesini, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetine erişim ve bu hizmetin etkin kullanımını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca aile hekimleri sağlık bakımının her aşamasında bireylere konu ile ilgili bilgilendirmeler yapmaktadır. Aile hekimleri, hastaları ile yaptıkları kapsamlı ve sürekli görüşmelerle, onların sağlık okuryazarlık düzeylerini belirleyebilir, sağlık okuryazarlık düzeylerine göre etkin müdahaleler yaparak, hem bireysel hem de toplumsal sağlığın gelişmesine katkı sağlayabilirler (34).

Sağlık okuryazarlığı, koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçası olduğu için toplum sağlığının korunmasında kilit öneme sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilen sağlık eğitiminin temel hedefi, çocukluk döneminden itibaren tüm yaş gruplarında toplumun sağlık bilincini yükseltmek ve sağlık okuryazarlık düzeyini artırmak olmalıdır (35).

2.1.7. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Ölçekleri

Bireylerin sağlık okuryazarlığının düzeyini belirlerken öğrenim durumuna göre karar vermek doğru değildir. Yaşın ilerlemesi, örgün eğitimden sonraki süreçlerde duyuşsal ve bilişsel işlevlerdeki azalma sonucu, öğrenim düzeyi yüksek olan kişiler bile okuma yazma becerilerinde yetersizlik yaşayabilirler. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastaların büyük çoğunluğu okumasının “iyi” olduğunu söyleyebilmektedir. Bu yüzden okuma becerilerinin değerlendirilmesinde hastanın kendi değerlendirmesine itimat etmek doğru değildir (21).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlerken bireylerin bazı davranışlarından ipuçları elde edebiliriz. Örneğin hastanın verilen formları yardım almadan dolduramaması, ilaçlarını yanlış şekilde kullanması veya kullanım sürelerine uymaması, randevularına geç gelmesi ya da hiç gelmemesi gibi durumlar bireyin sağlık okuryazarlığı seviyesinin yetersiz olduğunu düşündüren ipuçlarıdır. Bu ipuçlarına ulaşamadığımız durumlarda, bireylerin ve toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenebilmesi için ölçüm araçlarına ihtiyaç olduğu açıktır (36).

Sağlık okuryazarlığın değerlendirilmeye başlandığı ilk zamanlarda, "Size bir sağlık materyali verildiğinde anlıyor musunuz?", "Sağlık materyallerini okurken yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?" gibi sorulara hastanın verdiği cevaba göre sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlenmeye çalışılmıştır (37,38). Daha sonra bu konunun giderek önem kazanmasıyla birlikte birey ve toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek için çok sayıda anket ve ölçek geliştirilmiştir (39,40). Geliştirilen bu anket ve ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğinin artırılması için daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Gelişmişlik düzeyleri, dilleri, gelenek vb. özellikleri farklı olan ülkelerde aynı ölçüm araçlarının kullanımının sınırlı olduğu bilinmektedir. Sağlık ve hastalık yönetimi kültürler arasında farklılık gösterdiği için sağlık okuryazarlığı kavramı da farklılık gösterebilmektedir. Bu yüzden kullanılacak ölçüm araçlarının kültürel yönden de geçerlilik ve güvenilirliğinin test edilmesi gerekmektedir (11).

Ülkemizde de sağlık okuryazarlığının belirlenmesine ve sağlık bilgisinin artırılmasına yönelik çalışmalar devam etmektedir. Ancak sağlık okuryazarlığının tam olarak belirleyebilecek kültürel güvenilirlik ve geçerliliği yapılmış bir ölçüm aracı henüz geliştirilememiştir.

Sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş ölçeklerden bazıları şunlardır:

- 1.Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA-Test of Functional Health Literacy in Adults)
2. Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA-Short Test of Functional HealthLiteracy in Adults)
3. En Yeni Yaşamsal İşaret (NVS-Newest Vital Sign)
4. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine),
5. Revize Edilmiş Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM-R-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised)
6. Geniş Aralıklı Ulaşım Testi (WRAT-Wide Range Achievement Test)
7. Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği (SILS- Single Item LiteracyScanner)
8. Tıbbi Formları Kendi Kendinize Doldurma Konusunda Ne Kadar İyisiniz? (How confident are you filling out medical forms by yourself?)
9. SOS Kısaltması (SOS Mnemonic)
10. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU-Q, European Health Literacy Survey Questionnaire)
11. Sağlık Bilgi ve Eylem Kısa Tahmini- HIV Versiyonu (Brief Estimate of Health Knowledge and Action – HIV Version)
12. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (eHealth Literacy Scale -eHEALS)
13. İspanyol Yetişkinler İçin Sağlık Okuryazarlığı Kısa Değerlendirmesi (Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults -SAHLSA-50)
14. Tıbbi Terim Tanıma Testi (METER: Medical Term Recognition Test)
15. Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirmesi (ABLE-Adult Basic Learning Examination)
16. Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirilmesi (LAD-Literacy Assesment for Diabetes)
17. Dış Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALD-Rapi Estimate of AdultLiteracy in Dentistry),
18. Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (NLS-Nutritional Literacy Scale)
19. Slosson Sözlü Okuma Testi (Slosson Oral Reading Test)
20. Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS-Health Activities LiteracyScale)

Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TOFHLA)

TOFHLA, Parker ve ark. tarafından 1995 yılında geliştirilen ve literatürde en çok kullanılan ölçüm araçlarından biridir. Bireyin sağlıkla ilgili metinlerde okuduğunu anlama ve sayısal yeteneğini ölçer. Ölçeğin uygulanması ortalama 22-26 dakika sürmekte olup iki ana bölümden oluşmaktadır. Elli sorudan oluşan “sözel test” kısmında hastanın sağlıkla ilgili kısa metinleri okuması ve okuduğunu ne kadar anladığını değerlendirmek için verilen soruları cevaplaması istenir. (Standart bir bilgilendirilmiş gönüllü olur formu, hasta hakları ve yükümlülükleri, üst sindirim sistemi radyografi serisine hazırlık için verilen talimatlar). Cümle tamamlama bölümünde bireyden cümlelerdeki eksik kelimeyi kendisine verilen 4 seçenekten en uygununu seçerek tamamlaması istenir. On yedi sorudan oluşan “matematiksel beceri” bölümünde ise bireyin gerçek hastane belgelerini, randevu fişlerini ve etiketli ilaç kutularını okuma ve anlama kapasitesini ölçmek hedeflenir (41).

Bu test, sözel test ve sayısal testten 50’şer puan olmak üzere toplam 100 puan üzerinden değerlendirilir. Bireyin bu testlerden aldığı toplam puana göre sağlık okuryazarlık düzeyi belirlenir. Toplam puana göre;

- 0-59 puan yetersiz sağlık okuryazarlığı
- 60-74 puan düşük sağlık okuryazarlığı
- 75-100 puan yeterli sağlık okuryazarlığı şeklinde değerlendirilir (41).

TOFHLA ölçeğinin, bireyin sağlıkla ilişkili metinleri ve bazı sayısal verileri okuma ve anlama yeteneğini ölçmesi gibi güçlü yönleri olmasına karşılık, uygulama süresi uzun olması ve öncelikle okuma yeteneğine dayanması gibi sınırlılıkları da vardır (42).

Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA)

1998 yılında geliştirilen S-TOFHLA testi cümle tamamlama yöntemine dayanan TOFHLA testinin kısaltılarak eksik kelimelerle birlikte iki pasaja indirilmiş halidir. 36 doldurma sorusu ve 4 adet hesaplama sorusundan oluşur. Ortalama 8-12 dakika sürmektedir. Toplam puana göre;

- 0-53 puan yetersiz sağlık okuryazarlığı
- 54-66 puan marjinal sağlık okuryazarlığı
- 67-100 puan yeterli sağlık okuryazarlığı şeklinde değerlendirilir (43).

S-TOFHLA ölçeğinin güçlü tarafı, bireyin sağlıkla ilgili pasajları okuma ve anlama kabiliyetini göstermesi ve kısa sürede uygulanabilmesidir. Sınırlılıkları ise sayısal becerileri değerlendirmede yetersiz kalmasıdır (43).

En Yeni Yaşamsal İşaret (NVS)

NVS ölçeği Weiss ve ark. tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçekte sağlık okuryazarlığı ölçüm aracı olarak bir dondurma besin etiketi kullanılmıştır. NVS testi kişinin besin etiketini okumasını ve anlamasını test etmektedir. 6 soruluk bir ölçek olup tamamlanması ortalama 3-6 dakika sürer. Her bir doğru cevap 1 puan olarak toplam 6 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Toplam puana göre;

- 0-1puan yüksek ihtimalli sınırlı sağlık okuryazarlığı,
- 2-3 puan düşük ihtimalli sınırlı sağlık okuryazarlığı,
- 4-6 puan yeterli sağlık okuryazarlığı şeklinde değerlendirilir (44).

Testin güçlü özellikleri; hesap yapma, okuma ve kavrama becerilerini ölçmesi, İngilizce ve İspanyolcasının olması, 3-6 dakikada uygulanabilir olması ve TOFHLA testi ile korelasyon göstermesidir. İyi ve sınırda sağlık okuryazarlığını çok iyi ayırt edememesi ise testin sınırlılıklarındandır (44).

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM)

REALM ölçeği Davis ve ark. tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir. Ölçekte artan zorluk derecesine göre sıralanmış 66 tıbbi kelimenin tanınması ve telaffuzu değerlendirilir. Test edilen kişi listeyi okurken, sınav yapan kişi doğru olarak telaffuz edilen kelimelerin her birine puan vererek sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlenir. Uygulama süresi 3-6 dakika olup her bir doğru telaffuz bir puan olacak şekilde toplam 66 puan üzerinden değerlendirilir. Toplam puana göre;

- 0-44 puan sınırlı sağlık okuryazarlığı
- 45- 60 puan marjinal sağlık okuryazarlığı
- 61-66 puan yeterli sağlık okuryazarlığı şeklinde değerlendirilir (39).

REALM testinin güçlü özelliği uygulama süresinin kısa olması iken, anlama ve sayısal beceriyi ölçmemesi testin sınırlılıklarındandır (39).

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi- Gözden Geçirilmiş (REALM_R)

REALM_R testi Bass ve ark. tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. REALM testinin farklı bir şekli olan REALM_R testinde kelime sayısı 66 kelimeden 10 kelimeye düşürülmüş ve uygulama süresi de 2 dakikaya inmiştir. Toplam puanı altının altında olanlar düşük sağlık okuryazarlığı için riskli olarak değerlendirilmektedir (45).

İki dakikalık zaman süresi aşılmayacak şekilde değerlendirmeye yeni kelimeler eklenebilir olması testin güçlü yönüdür. Böylece hastalıklara özgü kelimeler seçilerek değerlendirilmek istenilen hastalığa göre spesifikleştirilebilir. Yaşlı ve azınlıklarda REALM-R'nin geçerlik çalışmalarının yetersiz olması ve testin araştırma ve klinik ortamlardaki yararlılığının yeterince bilinmiyor olması ise testin kısıtlılıklarındandır (45).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (HLS-EU)

Avrupa Birliği son zamanlarda sağlık okuryazarlığı araştırmalarına önem vermiş ve bu konu üzerinde çalışmalar başlatmıştır. Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı anketini oluşturarak belli popülasyonlarda sağlık okuryazarlığını ölçmeyi ve karşılaştırmayı hedeflemiştir. Bu hedef doğrultusunda Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya'dan oluşan sekiz Avrupa ülkesi bir araya gelerek HLS-EU Konsorsiyumunu oluşturmuştur. HLS-EU Konsorsiyumu; Sorensen ve ark. tarafından belirlenen sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli ile ilişkilendirerek sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında, sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma süreçlerindeki bir işlevin zorluk ya da kolaylık derecesini değerlendiren sorular oluşturup HLS-EU anketini geliştirdi. Anket Avrupa'daki en geniş kapsamlı sağlık okuryazarlığı çalışmasının ölçeği olarak kullanılmıştır (46).

HLS-EU sadece özel bir hasta grubuna, dar bir klinik ve tıbbi çerçeveye odaklanmaz. Geniş bir halk sağlığı bakış açısıyla genel nüfusun sağlık okuryazarlık düzeyinin ölçülmesi için geliştirilmiştir (46).

Ankette bireylerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için, her biri 1 ile 4 arasında puanlanan “çok kolay, kolay, zor, çok zor” ve “bilmiyorum” (1= çok zor, 2= zor, 3= kolay, 4= çok kolay) seçeneklerinden oluşan 5'li likert ölçeği kullanılarak hazırlanmış 47 soru bulunmaktadır. Sorulara verilen cevaplara göre hesaplanan puan sonuçları;

- (0-25) : yetersiz sağlık okuryazarlığı
- (>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı
- (>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı
- (>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı şeklinde değerlendirilir (46).

2.2. SAĞLIK ALGISI

2.2.1. Sağlık ve Sağlık Algısı

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, mental ve sosyal olarak tam bir iyilik halini belirten durum" olarak tanımlamıştır (47). Sağlık algısı ise kişinin kendi sağlığıyla ilgili duygu ve düşüncelerinden oluşan, kendi sağlığına yönelik sorulan soruya verdiği sübjektif cevap ile ölçülen bir kavramdır (48).

Sağlık ve sağlığın algılanması birçok değişkenden etkilenmektedir. Kişinin davranışları, tutumları, inançları ve tecrübeleri gibi kişiye ait duygu ve düşüncelerin yanında cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, boy, kilo gibi çeşitli bireysel faktörler de kişinin sağlığını ve sağlık algısını etkilemektedir. Sağlık algısı ayrıca bireyin yaşadığı fiziksel ve sosyal çevreden, içinde yaşadığı toplumun kültürel yapısı ve geleneklerinden de etkilenmektedir (49).

Sağlık algısı sübjektif bir değerlendirme gibi görünmesine rağmen objektif değerlendirmelerle de yakından ilişkili olup kişinin fiziksel ve ruhsal iyilik halinin bir göstergesidir (50). Sağlık algısının ölçülmesi sağlığın hem objektif hem de sübjektif taraflarını değerlendirmek için kullanılabilecek yöntemlerden biridir (51).

Bazı bireyler, bir veya birden çok kronik hastalığa sahip olmalarına rağmen, kendilerini sağlıklı olarak ifade ederken, bazı bireyler ise herhangi bir hastalığa sahip olmadıkları halde kendilerini hasta olarak ifade ederler. Sağlık algısı, sağlığın çok boyutluluğunu yansıtır. Sağlık algısı, kişinin biyolojik, psikolojik, ve sosyal durumunu kendisini değerlendirmesine olanak sağlayan basit fakat güçlü bir göstergedir (52).

Sağlık algısı; bireylerin sağlıklarıyla ilgili duygu, düşünce, ön yargı, endişe ve beklentilerinin bir bileşimi olarak da tanımlanmakla birlikte, bireyin kendi

sağlığıyla ilgili pozitif inançlar içinde olması “iyi sağlık algısı”; negatif inançlar içinde olması ise “kötü sağlık algısı” olarak ifade edilmektedir (53).

Kişilerin kendi sağlığına, belirli sağlık davranışlarını uygulayarak veya bazı sağlık davranışlarından uzaklaşarak katkıda bulunabilecekleri düşüncesi giderek daha çok kabul görmektedir. Sağlık davranışları, sağlıklı olmayı hedefleyen; fiziksel aktivite yapma, sağlıklı beslenme, düzenli sağlık kontrolü yaptırma, aşılanma, cinsel hastalıklara yönelik koruyucu önlemler alma gibi olumlu davranışlara yönelmeyi ve sigara, alkol tüketimi gibi olumsuz davranışlardan kaçınmayı kapsamaktadır. Bu davranışlar kısmen kişinin kontrolünde olmakla birlikte kısa veya uzun vadede, kişinin sağlığını etkilemektedir (54). Sağlık inanç modeline göre; algılanan sağlık, kişinin sağlık davranışlarını ve sorumluluğunu etkilemektedir. Bu nedenle sağlık algısı, bireyin sağlığını geliştirecek yaşam davranışları kazanmasını ve sürdürmesini sağlayacak unsurlardan biridir (55).

Toplumun veya bireyin sağlık düzeyini belirlemek için, hem objektif hem de sübjektif verilere göre değerlendirme yapan çeşitli ölçütler bulunmaktadır. Ancak çoğunlukla kişinin kendisini nasıl hissettiği önemsenmeyip, objektif verilere göre değerlendirilen ölçütler kullanılmaktadır. Bunlar genellikle; bebek ve çocuk ölüm hızı, doğum oranı, toplam doğurganlık hızı, anne ölüm hızı gibi göstergelerdir. Bu kavramlar toplumda sağlığı ölçmede kullanılan verilerdir. Bireyin sağlık düzeyini ölçmek için kullanılan yöntemler ise; sağlık algısı, vücut kitle indeksi, sosyal yeti yitimi vb. ölçütlerdir. Objektif yöntemlerin uygulanamadığı ya da yeterli gelmediği durumlarda sağlığı belirlemeye yönelik kullanılan bir diğer yöntem ise sağlık algısını ölçmektir (56). Sağlık algısını ölçme yöntemlerinden biri de bireye kendi sağlığını nasıl hissettiği sormaktır. Kişiden sağlığını kötü, orta, iyi veya çok iyi şeklinde değerlendirmesi istenir (57,58). Kişinin belirttiği bu sağlık durumu, biyolojik, ruhsal ve sosyal sağlığı da kapsayan bütüncül bir ifadedir. Kişisel olarak belirtilen bir hastalık durumu genellikle yapılan fizik muayene ve tetkikler sonucunda da doğrulanmaktadır. Bu sebeple kişisel sağlık algısı diğer yöntemlere göre daha kapsamlı bir sağlık göstergesi olarak kabul edilmektedir (59).

2.3. SAĞLIK TARAMALARI

Tarama; “hızla uygulanabilen testler ve muayene yaklaşımları ile bir toplumda bilinmeyen bir hastalığı ortaya çıkarma çalışmaları” olarak tanımlanmaktadır. Hastalıklara erken tanı koymak amacıyla yapılan tarama testleri ucuz, kolay uygulanabilir ve hastalar tarafından kabul edilebilir olmalıdır. Testin duyarlılık ve seçiciliği yüksek, uygulanması kolay olmalıdır. Tarama programları uygulanırken sürekliliğin sağlanabilmesi gerekir. Ayrıca dikkat edilmesi gereken diğer bir nokta da katılımın sağlanması konusudur. Aktif bir şikâyeti olmayan kişilerin yönlendirilmeden sağlık tarama programlarına katılması genellikle çok kolay olmamaktadır (60). Sağlık tarama programları ülkelerin sağlık önceliklerine, imkânlarına morbidite ve mortalite değerlerine göre kanıta dayalı olarak şekillendirilmiştir. Dünyada, herkes tarafından kabul gören ve kanıta dayalı olarak oluşturulmuş çok sayıda sağlık tarama rehberi bulunmaktadır.

Ülkemizde tarama programı çerçevesinde meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanserler taranmaktadır. Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Standartları Programı içerisinde 20 Temmuz 2004 tarihinde “Meme Kanseri Ulusal Tarama Standartları”, 29 Mayıs 2007 tarihinde “Serviks Kanseri Ulusal Tarama Standartları” ve 25 Mart 2009 tarihinde “Kolorektal Kanser Ulusal Tarama Standartları” yayınlanmış ve 2012 yılında bazı değişiklikler yapılarak günümüzde yürürlükte olan program oluşturulmuştur (61).

2.3.1. Meme Kanseri Tarama Programı

Meme kanseri tarama programında kişinin kendi kendine meme muayenesi (KKMM), doktor tarafından yapılan fizik muayene ve mamografi olmak üzere başlıca üç temel unsur vardır (62). KKMM, meme kanserinin invaziv kansere dönüşmeden erken dönemde tanı almasını sağlamak amacıyla kadınların, meme dokusundaki, anormal kitle, şekil ve renk değişikliklerini belirlemek için düzenli aralıklarla, kendi kendilerine yaptıkları muayenedir.

Doktor tarafından yapılan klinik meme muayenesinin ve KKMM'nin kansere bağılı ölümleri azalttığına dair kesin bir kanıt yoktur. Buna rağmen özellikle yüksek riskli gruplarda diğer yöntemlere yardımcı olarak kullanılması konusunda görüş birliği bulunmaktadır. Kendi kendine meme muayenesi sağlık kontrollerinin yapılamadığı, sağlık hizmetine erişimin kısıtlı olduğu toplumlarda önem kazanmaktadır. Ayrıca kadınlara KKMM eğitiminin verilmesi, meme kanseri konusunda farkındalık oluşmasına katkı sağlamaktadır (63). Klinik meme muayenesi yüksek riskli hastaların tespit edilip risk analizi yapılması ve bu doğrultuda tarama yaşının erkene çekilmesi ihtiyacının belirlenmesi açısından oldukça önemlidir (62).

Mamografi meme hastalıklarının tespitinde kullanılan temel tanı yöntemidir. Hem asemptomatik kadınlarda tarama amaçlı olarak (tarama mamografisi) hem de semptomatik hastalarda tanı ve tedavinin planlanması amacıyla kullanılmaktadır (tanısal mamografi) (64).

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları, tarama mamografisinin 40-69 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir yapılmasını önermektedir (65). Türk Radyoloji Derneği tarafından hazırlanan meme kanseri tarama rehberinde ise mamografik taramaya başlama yaşı 40 olarak kabul edilmekte ve yıllık olarak tekrarlanması önerilmektedir (66). Taramanın, kadının yaşına ve eşlik eden diğer hastalıklarına bağılı olarak beklenen yaşam süresi 5 yıldan düşükse 70-74 yaş arasında sonlandırılması önerilmiştir. 2010 yılında gerçekleştirilen Ulusal Meme Kanseri Konsensus Toplantısı'nda 40 yaş üzerindeki kadınlarda yıllık olarak, en az 70 yaşına kadar tarama yapılmasına karar verilmiştir (67).

2.3.2. Serviks Kanseri Tarama Programı

Serviks kanseri tarama programının temel amacı, serviks kanserini önlemek için, serviksin intraepitelyal prekürsör lezyonlarının erken dönemde tespit edilmesi ve tedavisinin başlanmasıdır (68). Serviks kanseri taramasında pap-

smear testinin yanı sıra HPV-DNA PCR (polimeraz zincir reaksiyonu) testi de kullanılabilir (69).

PAP smear testi (Papanicolaou Testi), serviks kanserini taramak amacıyla birçok ülkede yaygın olarak kullanılan oldukça basit bir testtir. İlk kez 1930'lu yıllarda Doktor George Papanicolaou tarafından tanımlanmış ve bu nedenle onun ismine ithafen PAP Smear ya da PAP test olarak isimlendirilmiştir (70).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından serviks kanserinin bütün ülkelerde ülke çapında taranması önerilmektedir (71). Tarama yöntemi ve sıklığı ülke şartlarına göre farklılıklar gösterebilmektedir (72). Ancak her kadının, 30-65 yaşları arasındayken en azından bir kez, uygun bir yöntemle serviks kanseri açısından taranması kuvvetle önerilmektedir (73).

Servikal kanser taramasının şekli ve sıklığı Amerikan Kanser Derneği (AKD), DSÖ ve ülkelerin sağlık imkânlarına göre değişiklik gösterebilmektedir.

Amerikan Kanser Derneği'nin servikal kanser tarama önerilerine göre; servikal kanser taramasına 21 yaşında başlanmalıdır. 21-29 yaş aralığındaki kadınlar 3 yılda bir PAP test ile taranmalıdır. (PAP test sonucu anormal çıkarsa HPV testi önerilmelidir). 30- 65 yaş aralığındaki kadınlar her 5 yılda bir PAP test ve HPV testi yaptırmalıdır. 65 yaş ve üzerindeki kadınlarda daha önce düzenli servikal kanser taramasını yaptırmış ve herhangi bir anormal sonuçla karşılaşılmaıssa, servikal kanser taraması sonlandırılmalıdır. 65 yaşını geçmiş ciddi servikal pre-kanser öyküsü olan kadınlar teşhisten 20 yıl geçmiş olsa da tekrar test edilmelidir. Servikal kanserle ilişkisiz uterusu (serviks dahil) alınmış kadınlar, öykülerinde servikal kanser ya da ciddi pre-kanser durumu yoksa taranmamalıdır. HPV aşısı yaptırmış kadınlar da yaş grubuna göre önerilen tarama programına katılmalıdır (74).

Dünya Sağlık Örgütü servikal kanser tarama önerilerine göre; servikal kanser taramasına 30 yaşında başlanmalıdır. 30 yaşın altındaki kadınlar yüksek

risk grubunda ise tarama programına katılmalıdır. Sağlık imkânları uygunsa 25-49 yaş arası kadınların üç yılda bir tarama yaptırmaları önerilir. Bir kadın için taramanın yapılması gereken en uygun dönem 35-45 yaş aralığıdır. 50 yaş üzerindeki kadınlar beş yılda bir tarama yaptırmalıdır. 65 yaş üzeri kadınlarda son iki tarama testi normalse tarama sonlandırılmalıdır (75).

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı'nın (SB) tarama önerilerine göre; servikal kanser taramasına 30 yaşında başlanmalıdır. En önemli hedef 35-40 yaş aralığındaki tüm kadınların en az bir kez PAP smear testi ile taranmasıdır. 30-65 yaş aralığındaki kadınlarda beş yılda bir smear testi yapılmalıdır. 65 yaşını geçen ve son iki test sonucu negatif olan kadınlarda tarama sonlandırılmalıdır (76).

2.3.3. Kolorektal Kanser Tarama Programı

Kolorektal kanser taraması, semptomu olmayan sağlıklı kişilerde kolon kanseri gelişim riskinin değerlendirilmesi için yapılan, periyodik sağlık muayaneleri kapsamında değerlendirilen bir taramadır. Taramanın amacı kolon ve rektumu ilgilendiren patolojileri malignite öncesinde ya da malignitenin erken evresinde tespit ederek, invaziv kanser gelişme sıklığını azaltmak ve buna bağlı morbidite ve mortaliteyi düşürmektir (77).

Tarama önerileri; kişinin ailesinde kolorektal kanser öyküsü, ya da kendisinde bağırsak hastalığı tanısı olmasına göre farklılıklar göstermektedir. Gaitada gizli kan (GGK) testi, sigmoidoskopi, kolonoskopi ve diğer görüntüleme yöntemleri tarama yöntemleridir (78).

Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları, cinsiyet farketmeksizin 50-70 yaş aralığındaki tüm kişilerin iki yılda bir GGK testi ve 10 yılda bir kolonoskopi ile taranmasını önermektedir. Son iki GGK testi negatif olan 70 yaşındaki kadın ve erkeklerde tarama sonlandırılmalıdır (77).

Yüksek riskli hastalarda tarama;

Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser öyküsü olanlar, risksiz hastalarla aynı şekilde taranır, farklı olarak yalnızca taramaya başlama yaşı 50 değil 40'tır. Adenomatöz polip sebebiyle polipektomi olan hastalara polipektomiden 3 yıl sonra kolonoskopi yapılmalıdır. Sonuç normalse hastaya 5 yıl sonra kontrol için gelmesi söylenir. Ailesinde familial adenomatöz polipozis (FAP) öyküsü olan bireyler FAP geni açısından genetik testlerle araştırılır. Genetik test sonucu pozitifse bu kişilere 18 yaşından itibaren her yıl fleksible sigmoidoskopi yapılması önerilmektedir (79).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel tipte bir saha çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Afyonkarahisar'da merkezde yer alan 5 Aile Sağlığı Merkezinin (Erkmen ASM, Nuribey ASM, 3 No'lu, 5 No'lu ve 6 No'lu ASM) bir birimine kayıtlı 18-65 yaş arası nüfus araştırmanın evreni oluşturdu. Bu ASM'ler belirlenirken seçilen bölgenin sosyokültürel ve ekonomik özelliklerine göre iyi, orta ve kötü düzeyde olmasına dikkat edildi. Belirlenen ASM'lerde kayıtlı 18-65 yaş arası toplam nüfus 13840 olup, etki büyüklüğü %5, hata payı %10 alınarak ulaşılması gereken sayı 263 olarak hesaplandı. Ancak çalışmanın yürütülmesi süresince bazı aksaklıklar yaşanabileceği düşünülerek örneklem büyüklüğü genişletilip çalışmaya 300 kişi alındı.

3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Araştırmanın verileri 1 Ağustos-30 Eylül 2019 tarihleri arasında toplandı. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklandıktan sonra sözlü onamları alındı ve çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü kişilere yüz yüze görüşme tekniği ile hazırlanan anket formu uygulandı. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, toplamda 26 sorudan oluşan; yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, gelir algısı gibi sosyo-demografik veriler, kronik hastalık bilgisi, genel okuryazarlık durumunu ölçen sorular, günlük televizyon izleme ve internet kullanma süreleri, günlük haberlere ve sağlıkla ilgili bilgilere en sık nereden ulaştıkları, genel olarak sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri ve Sağlık Bakanlığı'nın ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olma durumları sorgulandı.

İkinci bölümde, bireylerin yaşa ve cinsiyete göre yaptırması gereken tarama ve koruyucu hekimlik uygulamalarına yönelik (meme ca, serviks ca, kolon ca ve prostat ca taramaları, kendi kendine meme muayenesi, kendi kendine testis

muayenesi, osteoporoz taraması, yıllık diş hekimi kontrolü, son 1 yıl içinde genel sağlık muayenesi ve grip aşısı yaptırma) sağlık personeli tarafından yönlendirilme durumunu ve uygulanma durumunu sorgulayan 10 soru yer almıştır.

Üçüncü bölümde, 15 sorudan oluşan Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) yer almıştır. Sağlık Algısı Ölçeği, Diamond ve ark. tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir (80). Türkçe güvenirlik ve geçerliği Kadioğlu ve Yıldız tarafından 2012 yılında yapılmıştır (81). Ölçek 15 maddeden oluşmakta olup, kontrol merkezi, kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi olmak üzere 4 alt boyutu vardır. Kontrol merkezi alt boyutu; kişinin sağlıklı olmayı kader, şans, dini inanç gibi kendi dışındaki faktörlere bağlayıp bağlamadığını, sağlıklı olma konusunda kendisini kontrol merkezinde görüp görmediğini ve sağlığını iyileştirmeye yönelik kendine olan güvenini ölçmeye yöneliktir. Kesinlik alt boyutu; kişinin sağlıklı olmak için yapması gerekenler konusunda kesin bir fikre sahip olup olmadığını değerlendirmeye yöneliktir. Öz farkındalık alt boyutu; kişinin sağlıklı olmaya yönelik doğru beslenme ve egzersiz konusunda öz farkındalık algısını, sağlıklı olmanın kendi elinde olup olmadığına ilişkin inancını değerlendirmeye yöneliktir. Sağlığın önemi alt boyutu ise; kişinin sağlığına ne kadar önem verdiğini, bu konuda ne ölçüde maddi fedakarlıkta bulunduğunu ve sağlığa verdiği önemin hayatındaki önceliklerden biri olup olmadığını değerlendirmeye yöneliktir.

Yanıtlar 5’li likert tipindedir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu ifadeler, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “Çok katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “Katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmaktadır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 75’tir. Ölçekten alınan puan ile katılımcıların sağlık algısı arasında doğrusal bir ilişki vardır. SAÖ puanları ve madde sayıları Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Sağlık algısı ölçeği puanları ve madde sayıları

	Madde Sayısı	Madde Numaraları	Puan Aralığı
Kontrol Merkezi	5	2, 3, 4, 12, 13	5-25
Kesinlik	4	6, 7, 8, 15	4-20
Öz Farkındalık	3	5, 10, 14	3-15
Sağlığın Önemi	3	1, 9, 11	3-15
Toplam	15	1-15. maddeler	15-75

Kadioğlu ve Yıldız tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı hemşirelik öğrencilerinde 0,77, öğrencilerin ailelerinde 0,70 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına göre Cronbach alfa değerleri hemşirelik öğrencilerinde 0,60 ile 0,76 arasında değişirken (Kontrol merkezi 0,76; Kesinlik 0,71; Öz farkındalık 0,63; Sağlığın önemi 0,60), öğrencilerin ailelerinde 0,53 ile 0,73 (Kontrol merkezi 0,67; Kesinlik 0,73; Öz farkındalık 0,53; Sağlığın önemi 0,54) arasında değiştiği belirlenmiştir (81). Çalışmamızda SAÖ genel ve alt boyutları için hesaplanan Cronbach alfa katsayıları Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Sağlık algısı ölçeği genel ve alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları

	Cronbach Alfa Katsayıları
Genel Sağlık Algısı	0,814
Kontrol Merkezi	0,824
Kesinlik	0,769
Öz Farkındalık	0,551
Sağlığın Önemi	0,523

Dördüncü bölümde ise 47 sorudan oluşan, Türkçeye Uyarlanmış, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYA-AB) yer almıştır. SOYA-AB, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin (HLS-EU) Türkçeye uyarlanmış halidir. Ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiştir (29). Ölçek, 15 yaş üzeri kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Türkçe güvenilirliği ve geçerliliği 2014 yılında Tanrıöver ve ark. tarafından yapılmıştır (22). Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile incelenmiştir. Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması ve çalışmamızdaki Cronbach alfa katsayıları Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 3. Sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları

	AB*	TR**	Çalışmamız
Genel Sağlık Okuryazarlığı	0,970	0,970	0,949
Sağlık Hizmeti	0,910	0,916	0,881
Hastalıktan Korunma	0,910	0,921	0,879
Sağlığın İyileştirilmesi	0,920	0,930	0,878

* Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (29)

** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (22)

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği; sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi olmak üzere üç boyutlu yapısının altında, sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini (bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi uygulama) içermektedir. 47 maddelik ölçeğin kavramsal çerçevesi 12 boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, her bir soruda belirtilen davranışın ne kadar “kolay” ya da “zor” olduğunun kişinin kendi algısına göre değerlendirilmesi ilkesine dayandırılarak oluşturulmuştur. Her madde 1 ile 4 arasında puanlanarak (1=çok zor, 2=zor, 3=kolay, 4=çok kolay)

değerlendirilmiştir. Bilmiyorum” ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Ölçekteki alt boyutlar ve bilgi işleme süreçlerine ait soru numaraları Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek (SOYA-AB) sorularının dağılımı

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	Bilgiye erişim	Bilgiyi anlama	Bilgiyi değerlendirme	Bilgiyi uygulama	Toplam
Sağlık Hizmeti	1-4	5-8	9-12	13-16	1-16
Hastalıktan Korunma	17-20	21-23	24-28	29-31	17-31
Sağlığın iyileştirilmesi	32-36	37-40	41-43	44-47	32-47

Ölçekten alınabilecek toplam puan 47-188 arasındadır. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde aşağıdaki formül yardımıyla standardize edilmiştir.

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

İndeks: Hesaplanan kişiye özgün indeks

Ortalama: Her kişi için cevaplandırılan her maddenin ortalaması

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

3: Ortalamanın aralığı

50: Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Ölçekte 0 en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Hesaplanan formül yardımıyla dört boyut (genel, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi) için kesme noktaları belirlenmiştir.

Hesaplanan puan sonuçları 4 kategoriye ayrılır;

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

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

(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı

Çalışmamızda, Avrupa çalışması ile karşılaştırılabilir olması için 50'lik indeks ve aynı kesme noktaları kullanıldı. Matris bileşenleri için indeks puanı hesaplaması ilgili soruların en az %80'inin cevaplandığı durumlar için yapıldı.

Çalışmada kullanılan anket ilk etapta 10 kişilik bir katılımcı grubu üzerinde deneme amaçlı uygulandı, bu ilk anketler değerlendirilip eksiklikler giderildikten sonra anketlere son şekli verilerek tüm katılımcılara uygulanabilir hale getirildi.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Afyonkarahisar'da yaşayıp Erkmen, Nuri Bey, 3 No'lu, 5 No'lu ve 6 No'lu ASM'de belirlenen aile sağlığı birimlerinden birine kayıtlı olması
- 18 yaş üstünde olması
- Bilişsel bir rahatsızlığın olmaması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması

3.5. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- 18 yaş altı bireyler
- Çalışmaya alınma kriterlerine uymasına rağmen çalışmada yer almak istemeyenler ve onay vermeyenler
- Anket sorularını anlamaya ya da açık ve net cevaplar vermeye engel olacak düzeyde kognitif bozukluğu bulunanlar
- İletişim kurmayı engelleyecek derecede işitme kaybı olanlar
- Okuryazar olmayanlar

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde normal dağılıma uygunluk analizleri Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. Sürekli değişkenler ise ortalama±standart sapma ve medyan (minimum:maksimum) değerleriyle ifade edilmiştir. Normallik testi sonucuna göre iki grup arasında Mann-Whitney U testi, grup sayısının ikiden fazla olması durumunda Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testi sonrasında farklı olan grup ya da grupları belirlemek için ikili karşılaştırmalar Dunn Testiyle yapılmıştır. SAÖ ve sağlık okuryazarlığı ölçeği puanları arasındaki ilişkiler

korelasyon analizi ile incelenmiş ve Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyine etkili sosyodemografik faktörler arasında regresyon analizi yapılmıştır. Tüm analizler için yanılma düzeyi olarak $\alpha=0.05$ seçilmiştir. Tüm analizlerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır.

3.7. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın uygulanabilmesi için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 08.02.2019 tarihli ve 2019/92 onay sayılı izin alındı (Ek 2). Ayrıca İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden de kurumsal izin alındı (Ek 3).

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya 300 kişi katılmış olup katılımcıların %53'ü (n=159) kadın, %47'si ise (n=141) erkektir. Genel yaş ortalaması $39,1 \pm 12,9$ olup (18-65 yaş) kadınların yaş ortalaması $36,8 \pm 11,6$, erkeklerin yaş ortalaması $41,6 \pm 13,8$ 'dir.

Katılımcıların %76,7'si evli, %35'i (n=105) üniversite mezunu, %23'ü (n=69) ilkokul mezunudur. Katılımcılar meslek/çalışma özelliklerine göre değerlendirildiğinde %31'inin (n=93) ev hanımı, %20,3'ünün (n=61) ise memur olduğu belirlendi.

Gelir düzeyi dağılımları incelendiğinde katılımcıların %46'sı (n=138) aylık gelirlerinin 2000-4000 TL arasında olduğunu beyan ederken, “gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna %13,7'si (n=41) “iyi” cevabını vermiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n=300)

Sosyodemografik Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	159	53,0
	Erkek	141	47,0
Yaş	18-25	57	19,0
	26-35	70	23,3
	36-45	82	27,3
	46-55	47	15,7
	56-65	44	14,7
Medeni durum	Evli	230	76,7
	Bekâr	56	18,6
	Ayrılmış/dul	14	4,7
Eğitim durumu	İlkokul	69	23,0
	Ortaokul	37	12,3
	Lise	89	29,7
	Üniversite	105	35,0
Meslek	Ev hanımı	93	31,0
	Emekli	35	11,7
	Memur	61	20,3
	İşçi	32	10,7
	Öğrenci	27	9,0
	Çiftçi	5	1,7
	Serbest meslek	10	3,3
	Diğer	37	12,3
Gelir durumu	Düşük (ayda 2000 TL den az)	102	34,0
	Orta (ayda 2000-4000 TL arası)	138	46,0
	Yüksek (ayda 4000 TL üstü)	60	20,0
Gelir algısı	Kötü	69	23,0
	Orta	190	63,3
	İyi	41	13,7
Toplam		300	100

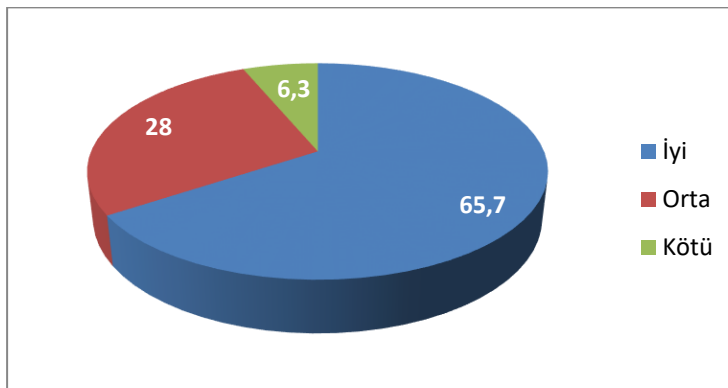
4.2. Sağlık Durumuyla İlgili Özellikler

Araştırmaya katılan bireylerin %31,7'sinin (n=95) en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve katılımcılar arasında en sık görülen kronik hastalığın hipertansiyon (%10,7) olduğu tespit edildi. Katılımcılarda sık görülen kronik hastalıkların dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların mevcut kronik hastalıkları

Kronik Hastalıklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hipertansiyon	32	10,7
Dişabet	23	7,7
Hipotirodi	14	4,6
Kronik Akciğer Hastalığı	13	4,3
Kardiyovasküler Hastalık	9	3,0
Pskiyatrik Hastalık	8	2,6
Romatolojik Hastalık	6	2,1
KC ve Böbrek Hastalığı	3	1,0
İnme/felç	2	0,66
Diğer	17	5,6

Araştırmaya katılan bireylerin genel olarak sağlık durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde; %65,7'si (n=197) sağlığını iyi olarak tanımladı. Katılımcıların genel sağlık durumlarının dağılımı Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3. Katılımcıların genel sağlık durumunun dağılımı

4.3. Okuma/Yazma Aktivitelerine İlişkin Özellikler

Katılımcıların %52,3'ünün (n=157) kitap okuma alışkanlığı olduğu, %41'inin (n=123) gazete okuma alışkanlığı olduğu belirlendi. Kadınların %61,6'sının (n=98) erkeklerin ise %41,8'inin (n=59) kitap okuma alışkanlığı olduğu tespit edildi. Katılımcıların cinsiyete göre okuma/yazma aktivitelerine yönelik özelliklerinin dağılımı Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların cinsiyete göre okuma/yazma aktivitelerine yönelik özelliklerinin dağılımı

Okuma Yazma Aktiviteleri	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okuma durumu (n=300)						
Kötü	8	5	1	0,7	9	3
Orta	27	17	28	19,9	55	18,3
İyi	124	78	112	79,4	236	78,7
Yazma durumu (n=300)						
Kötü	11	6,9	1	0,7	12	4
Orta	19	11,9	23	16,3	42	14
İyi	129	81,1	117	83,0	246	82
Okuma yazma konusunda çevredeki kişilerden yardım alma durumu (n=300)						
Evet	15	9,4	8	5,7	23	7,7
Hayır	144	90,6	133	94,3	277	92,3
Gazete okuma alışkanlığı (n=300)						
Evet	55	34,6	68	48,2	123	41
Hayır	104	65,4	73	51,8	177	59
Kitap okuma alışkanlığı (n=300)						
Evet	98	61,6	59	41,8	157	52,3
Hayır	61	38,4	82	58,2	143	47,7
Kitap okuma alışkanlığı olan kişilerin evindeki ortalama kitap sayısı (n=157)						
1-9 arası	24	24,5	11	18,6	35	22,3
10-100	61	62,2	32	54,2	93	59,2
100 ve üzeri	13	13,3	16	27,1	29	18,5

Katılımcıların %7,7'sinin (n=23) okuma yazma konusunda çevresindeki kişilerden yardım aldığı belirlendi. Katılımcıların okuma/yazma aktivitelerine yönelik yardım aldıkları durumlar Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların okuma/yazma aktivitelerine yönelik yardım aldıkları durumlar (n=23)

	Her zaman Sıklıkla		Bazen Nadiren		Hiçbir zaman	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gazete vb. yazılı dokümanların okunması	8	34,8	11	47,8	4	17,4
Not mektup yazma	11	47,8	7	30,4	5	21,7
Matematiksel işlemleri yapma	12	52,2	7	30,4	4	17,4
Formların doldurulması	15	65,2	5	21,7	3	13,0
Reçete ve ilaç prospektüsü okuma	15	65,2	5	21,7	3	13,0

Katılımcıların %62,3'ünün (n=187) bilgisayar kullandığı belirlendi. Erkeklerin %70,9'u bilgisayar kullanırken kadınlarda bu oran %54,7'dir. Kadınlar bilgisayarı daha çok internetten araştırma yapmak için kullanırken erkeklerin iş ile ilgili konularda kullandığı belirlendi. Katılımcıların geneline bakıldığı zaman bilgisayarı en çok internetten araştırma yapmak için kullandıkları tespit edildi.

Katılımcıların %14,3'ünün (n=43) evinde ya da telefonunda internet erişimi olmadığı, %44'ünün (n=132) ise hem evinde hem de telefonunda internet erişimi olduğu belirlendi. Katılımcıların bilgisayar ve internet kullanım durumları Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların cinsiyete göre bilgisayar ve internet kullanım durumu

Bilgisayar kullanma durumu (n=300)	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	87	54,7	100	70,9	187	62,3
Hayır	72	45,2	41	29,1	113	37,7
Bilgisayar kullanma amacı (n=187)*						
İş ile ilgili konularda	34	39,1	54	54,0	88	28,9
Çocuğumla ilgili konularda	26	29,9	11	11,0	37	12,1
İnternetten araştırma yapmak için	59	67,8	52	52,0	111	36,4
Oyun oynamak için	7	8,0	11	11,0	18	5,9
Sosyal medya ve e-mail takip etmek için	26	29,9	25	25,0	51	16,7
İnternet erişimi (n=300)						
Yok	27	17,0	16	11,3	43	14,3
Evde var	18	11,3	18	12,8	36	12,0
Telefonumda var	49	30,8	40	28,4	89	29,7
İkisinde de var	65	40,9	67	47,5	132	44,0

*Birden çok yanıt verilmiş olup, sayı ve yüzde dağılımı verilen yanıtlar üzerinden değerlendirilmiştir.

Katılımcıların %32,3'ü (n=97) gün içinde hiç bilgisayar kullanmadığını, %19,7'si (n=59) ise günde ortalama 2 saatten fazla bilgisayar başında vakit geçirdiğini belirtti.

Katılımcıların %10'u (n=30) gün içinde hiç televizyon izlemediğini, %37,7'si (n=113) ise günde ortalama 2 saatten fazla televizyon izlediğini belirtti. Katılımcıların televizyon ve bilgisayar başında geçirdiği süreler Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların televizyon ve bilgisayar başında geçirdiği süreler

Bilgisayar başında geçirilen süre (saat/gün)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç	97	32,3
1 saatten az	73	24,3
1-2 saat arası	71	23,7
2 saatten fazla	59	19,7
Televizyon (saat/gün)		
Hiç	30	10
1 saatten az	72	24
1-2 saat arası	85	28,3
2 saatten fazla	113	37,7
Toplam	300	100

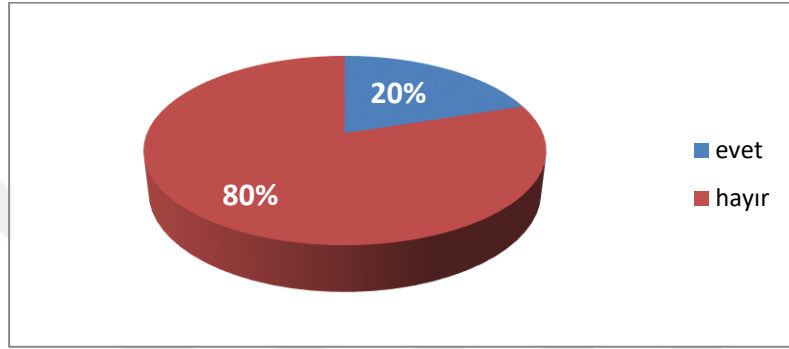
Katılımcıların %58,3'ünün (n=175) günlük haberlere televizyon ve radyodan, %31,7'sinin (n=95) ise internetten ulaştığı belirlendi.

Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma kaynağı en sık %42,7 (n=128) ile aile hekimleri olarak görülürken diğer doktor ve sağlık çalışanları %26,3 ile (n=79) ikinci sırada gelmektedir. Katılımcıların günlük haberlere ve sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma kaynakları Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların günlük haberlere ve sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma kaynakları

Bilgiye Erişim	Sayı (n)	Yüzde (%)
Günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere ulaşma		
Televizyon ve radyo	175	58,3
İnternet	95	31,7
Gazete	22	7,3
Aile üyeleri ve arkadaşlar	8	2,7
Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma		
Aile hekimi	128	42,7
Diğer doktorlar ve sağlık çalışanları	79	26,3
İnternet	62	20,7
Televizyon	19	6,3
Aile üyeleri ve arkadaşlar	10	3,3
Diğer	2	0,7
Toplam	300	100

Katılımcıların Sağlık Bakanlığı'nın ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olma durumu sorgulandığında; %20'sinin (n=60) en az bir kampanyadan haberdar olduğu, %80'inin ise (n=240) daha önce herhangi bir sağlık kampanyasını duymadığı tespit edildi. Haberdar olanlara kampanyanın adı sorulduğunda en sık, kanser taramaları (KETEM), sigara bırakma, obezite ile mücadele, aşı, organ bağıışı ve kan bağıışı cevapları alındı. Katılımcıların kampanyalardan haberdar olma durumları Şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 4. Katılımcıların sağlık kampanyalarından haberdar olma durumları

4.4. Sağlık Taramalarına Katılım Durumlarıyla İlgili Özellikler

Erişkinler için önerilen koruyucu sağlık taramaları yaş ve cinsiyet göz önüne alınarak ayrı olarak irdelendi. Bu başlıkta katılımcıların yaşlarına ve cinsiyetlerine uygun olarak yaptırmaları gereken kanser taramalarına, bir sağlık personeli tarafından yönlendirilme ve bu taramaları yaptırma durumları sorgulandı. Kanser taramalarına ek olarak katılımcılara; son bir yıl içinde diş hekimine gitme, genel bir doktor muayenesinden geçme, grip aşısı yaptırma, osteoporoz taraması yaptırma ve erkek katılımcılar için kendi kendine testis muayenesi yapma durumları sorgulandı.

4.4.1. Kanser taramalarına katılım

Meme Ca taraması: 18 yaş ve üstü 159 kadın katılımcının %69,8'inin (n=111) bir sağlık personeli tarafından KKMM için yönlendirildiği ve %57,9'unun (n=92) yaptığı belirlendi. 40 yaş üstü 59 kadın katılımcının %69,5'inin (n=41) meme kanseri taraması için yönlendirildiği ve %57,6'sının ise mamografi çektiği belirlendi.

Serviks Ca taraması: 21 yaş üstü cinsel aktif 129 kadın katılımcının serviks kanseri taraması için smear testi yaptırma durumlarına bakıldığında; %79,1'inin (n=102) sağlık personeli tarafından yönlendirildiği ve %56,6'sının (n=73) ise smear testi yaptırdığı belirlendi.

Kolon Ca taraması: 50 yaş üstü toplam 66 katılımcının kolon kanseri taraması yaptırma durumlarına bakıldığında %48,5'inin (n=32) bir sağlık personeli tarafından yönlendirildiği ve %33,3'ünün (n=22) ise tarama yaptırdığı belirlendi.

Prostat Ca taraması: 50 yaş üstü 47 erkek katılımcının prostat kanseri taraması yaptırma durumlarına bakıldığında %55,3'ünün (n=26) sağlık personeli tarafından yönlendirildiği ve %46,8'inin (n=22) ise tarama yaptırdığı belirlendi.

4.4.2. Koruyucu Hekimlik Önerilerini Uygulama Durumu

Son 1 yıl içinde genel sağlık muayenesi yaptıрма: Katılımcıların genel bir sağlık muayenesinden geçme durumları sorgulandığında %56,7'sinin (n=170) son 1 yıl içinde sağlık muayenesinden geçtiği belirlendi.

Yılda bir kez diş hekimi kontrolü: Katılımcıların diş hekimine gitme durumları sorgulandığında %45,3'ünün (n=136) yılda en az bir kez diş hekimine başvurduğu tespit edildi.

Grip aşısı yaptıрма: Katılımcıların %20,3'ünün (n=61) sağlık personeli tarafından grip aşısı için yönlendirildiği ve yalnızca %11'inin (n=33) grip aşısı yaptırdığı belirlendi.

Kendi kendine testis muayenesi (KKTM): 18 yaş üstü 141 erkek katılımcının KKTM yapma durumlarına bakıldığında %12,1'inin (n=17) sağlık personeli tarafından yönlendirildiği ve %11,3'ünün (n=16) yaptığı saptandı.

Osteoporoz taraması: 50 yaş üstü 64 katılımcının osteoporoz taraması yaptıрма durumları sorgulandığında %28,1'inin (n=18) sağlık personeli tarafından yönlendirildiği ve %23,4'ünün (n=15) tarama yaptırdığı tespit edildi.

Katılımcıların kanser taramaları ve diğer koruyucu hekimlik önerileri için sağlık personeli tarafından yönlendirilme ve uygulanma durumları Tablo 12 ve Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların yaşa ve cinsiyete uygun tarama sonuçlarının dağılımı

	Yönlendirilme durumu				Uygulanma durumu			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
Tarama programları	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kendi kendine meme muayenesi (n=159) (18 yaş üstü)	111	69,8	48	30,2	92	57,9	67	42,1
Meme kanseri taraması (n=59) (40 yaş üstü)	41	69,5	18	30,5	34	57,6	26	42,4
Serviks kanseri taraması (n=129) (21-65 yaş arası)	102	79,1	27	20,9	73	56,6	56	43,4
Kolon kanseri taraması (n=66) (50 yaş üstü herkes için)	32	48,5	34	51,5	22	33,3	44	66,7
Prostat kanseri taraması (n=47) (50 yaş üstü)	26	55,3	21	44,7	22	46,8	25	53,2

Tablo 13. Katılımcıların yaşa ve cinsiyete uygun koruyucu hekimlik önerilerini uygulama durumu

	Yönlendirilme durumu				Uygulanma durumu			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
Tarama programları	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Son 1 yıl içinde genel sağlık muayenesi yaptıрма (n=300)	143	47,7	157	52,3	170	56,7	130	43,3
Yılda bir kez diş hekimi kontrolü (n=300)	118	39,3	182	60,7	136	45,3	164	54,7
Grip aşısı yaptıрма (n=300)	61	20,3	239	79,7	33	11	267	89
Kendi kendine testis muayenesi (n=141) (18 yaş üstü)	17	12,1	124	87,9	16	11,3	125	88,7
Osteoporoz taraması (n=64) (50 yaş üstü)	18	28,1	46	71,9	15	23,4	49	76,6

4.5. Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Özellikler

Çalışmamızda katılımcıların tamamı sorulara %80'in üzerinde yanıt verdiği, yanıtız soru sayısı %20'yi geçmediği için tüm anketler değerlendirilmeye alındı.

Araştırma sonucunda SOYA-AB ölçeği genel indeks puanı ortalaması $31,07 \pm 7,61$ olarak bulundu. Kategorilendirilmiş sağlık okuryazarlık düzeylerine göre bu değer “sorunlu-sınırlı” sağlık okuryazarlık düzeyine karşılık gelmektedir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut indeks puanları Tablo 14’te verilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı genel ve alt indeks puanları

	Ortalama$\pm$SS*	Minimum	Maksimum
Genel İndeks	31,07 $\pm$ 7,61	11,35	50
Sağlık Hizmeti	33,11 $\pm$ 7,22	15,63	50
Hastalıktan Korunma	29,48 $\pm$ 9,13	8,89	50
Sağlığın İyileştirilmesi	30,51 $\pm$ 8,66	6,25	50

*SS=standart sapma

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı düzeyleri kategorilendirildi ve her düzey için ayrı sağlık okuryazarlığı indeks hesaplaması yapıldı. Yapılan kategorik değerlendirmede katılımcıların %22'sinin yetersiz, %39,7'sinin sorunlu, %28,3'ünün yeterli ve %10'unun ise mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edildi. Bu sonuca göre katılımcıların %61,7'si “Sınırlı-Sorunlu” veya “Yetersiz” düzeyde sağlık okuryazarıdır.

Yetersiz düzey sağlık okuryazarlığının en yüksek oranda %30,3 ile “hastalıktan korunma” alt boyutunda olduğu belirlendi. Katılımcıların alt boyutlara göre kategorilendirilmiş sağlık okuryazarlığı düzeyleri Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların genel ve alt boyutlardaki sağlık okuryazarlığı kategorilerinin dağılımı

	Yetersiz (0-25)		Sınırlı-Sorunlu (>25-33)		Yeterli (>33-42)		Mükemmel (>42-50)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Genel İndeks	66	22	119	39,7	85	28,3	30	10
Sağlık Hizmeti	38	12,6	119	39,7	107	35,7	36	12
Hastalıktan Korunma	91	30,3	108	36	71	23,7	30	10
Sağlığın İyileştirilmesi	85	28,3	103	34,3	80	26,7	32	10,7

SOYA-AB ölçeğinde yer alan sorulardan, 12, 26, 28, 29, 35 ve 47. sorular katılımcıların en çok zorlandığı sorular olmuştur. Bu sorulara katılımcıların yarıdan fazlası zor veya çok zor şeklinde yanıt vermiştir. Katılımcıların daha az zorlandığı yani daha düşük oranda zor ve çok zor yanıt verilen sorular ise 4, 8, 14, 15 ve 16. sorular olmuştur. Katılımcıların anket sorularına verdiği yanıtların toplam yüzdeleri Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. SOYA-AB ölçeğinde yer alan sorulara ait yanıtların toplam yüzdeleri

SOYA-AB-47						
Soru No	Sorular	1. Çok zor	2. Zor	3. Kolay	4. çok kolay	5.bilmiyorum
SAĞLIK HİZMETİ						
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma						
1	Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	2,3	16,0	62,0	19,0	0,7
2	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	3	21,7	59,3	15,3	0,7
3	Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	5	26,7	52,0	15,3	1,0
4	Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)	1,7	6,7	62,7	28,3	0,7
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama						
5	Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	1,3	12,0	56,0	30,3	0,3
6	İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak	9,0	21,7	48,7	19,7	1,0
7	Tıbbi bir acil durumda ne yapacağını anlamak	5,7	34,0	46,3	12,7	1,3
8	Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	0,3	1,7	63,7	34,3	0
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme						
9	Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek	2,0	13,7	55,7	27,7	1,0
10	Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	5,3	33,7	43,0	14,0	4,0
11	İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	3,7	26,7	58,7	9,0	2,0
12	Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	14,3	42,7	34,7	7,0	1,3
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama						
13	Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	1,7	27,3	57,0	12,7	1,3
14	İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	0	8,3	64,0	27,7	0
15	Acil durumda ambulans çağırmak	2,0	3,0	40,3	54,3	0,3
16	Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	0,3	4,3	59,7	35,3	0,3

Tablo 16. SOYA-AB ölçeğinde yer alan sorulara ait yanıtların toplam yüzdeleri
(devamı)

HASTALIKLARDAN KORUNMA						
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma						
17	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	10,7	21,0	44,7	20,0	3,7
18	Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	11,3	22,7	50,7	13,3	2,0
19	Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	8,3	20,7	51,0	18,7	1,3
20	Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	6,3	17,7	59,3	16,0	0,7
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama						
21	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	2,3	8,7	58,0	29,0	2,0
22	Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlama	5,3	15,3	52,3	25,0	2,0
23	Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon gibi)	2,0	14,7	55,7	26,3	1,3
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme						
24	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	11,3	23,3	43,3	17,3	4,7
25	Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	5,3	26,3	51,3	15,0	2,0
26	Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	23,0	32,3	30,3	11,3	3,0
27	Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	21,0	28,0	35,7	12,7	2,7
28	Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	17,3	41,7	28,3	10,3	2,3
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama						
29	Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	15,3	36,7	30,3	14,3	3,3
30	Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığınız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyacağınıza karar vermek	3,7	25,7	55,7	12,7	2,3
31	Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet vb.)	7,3	36,3	42,3	10,7	3,3

Tablo 16. SOYA-AB ölçeğinde yer alan sorulara ait yanıtların toplam yüzdeleri
(devamı)

SAĞLIĞIN İYİLEŞTİRİLMESİ						
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma						
32	Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	3,3	15,7	55,0	24,3	1,7
33	Akıl sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş)	5,7	25,7	45,0	20,7	3,0
34	Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (Yönlendirme: gürültü ve kirliliğin azaltılması, yeşil alanlar yaratmak gibi)	5,7	25,7	48,7	18,7	1,3
35	Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları)	27,3	24,0	34,0	8,3	6,3
36	İşinizde sağlığınıza iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	11,3	26,0	39,7	13,7	9,3
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama						
37	Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	0,7	13,7	62,0	23,0	0,7
38	Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	11,7	23,3	43,3	20,3	1,3
39	Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler)	2,7	22,0	56,7	18,7	0
40	Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	4,3	25,7	53,7	15,0	1,3
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme						
41	Nerede yaşadığınızın sağlığınıza ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek (Yönlendirme: içinde bulunduğunuz topluluk, yaşadığınız çevre)	2,0	20,0	58,0	17,7	2,3
42	Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	5,3	23,3	49,3	19,7	2,3
43	Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	1,3	14,0	59,7	24,3	0,7
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama						
44	Sağlığınıza iyileştirecek kararlar vermek	2,7	28,7	50,7	16,7	1,3
45	İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	14,3	24,7	38,7	20,0	2,3
46	Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek (yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz)	10,7	32,7	40,7	14,0	2,0
47	Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	17,3	34,0	36,3	10,3	2,0

4.6. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut Ölçek Puanlarının Sosyo-demografik Değişkenlerle Karşılaştırması

4.6.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Cinsiyet

Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Erkeklerin genel ve sağlığın iyileştirilmesi alt boyut puanı kadınlara göre daha yüksek bulunmakla birlikte farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Sağlık okuryazarlığı puanlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 17’de verilmiştir.

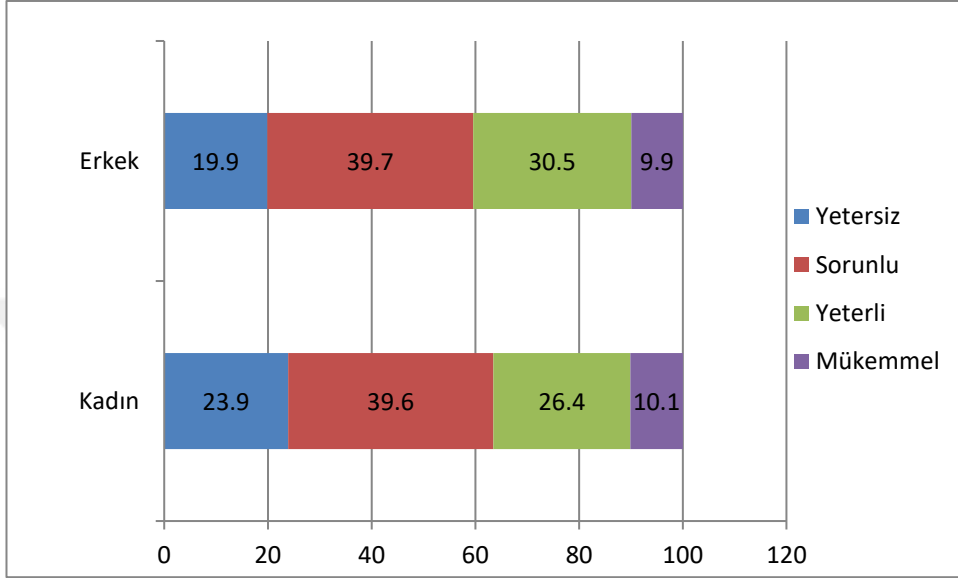
Tablo 17. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımı

	Sağlık Hizmeti (s1-16)	Hastalıktan Korunma (s17-31)	Sağlığın İyileştirilmesi (s32-47)	Genel İndeks (s1-47)
Kadın (n=159)	32,29 (16,63:50) 32,85±7,57	28,88 (8,89:50) 29,14±9,68	30,2 (6,25:50) 29,64±8,92	30,49 (11,35:50) 30,57±8,11
Erkek (n=141)	32,29 (18,75:50) 33,41±6,81	28,88 (10:50) 29,86±8,5	31,25 (10,42:50) 31,5±8,27	31,2 (17,73:50) 31,63±7,0
P değeri	0,581*	0,581*	0,076*	0,256*

Veriler medyan (minimum:maksimum), ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir.

*Mann Whitney U Test

Kadınların %63,5'inin sağlık okuryazarlığının yetersiz ya da sınırlı-sorunlu düzeyde, erkeklerin ise %59,6'sının yetersiz ya da sınırlı-sorunlu düzeyde olduğu tespit edildi. Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri Şekil 5'te gösterilmiştir.



Şekil 5. Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyi

4.6.2. Sağlık Okuryazarlığı ve Yaş

Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları yaş grupları ile karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,001$). Gruplar arasındaki farklılığa bakıldığında yalnızca 56-65 yaş ile 46-55 yaş grubu arasında ve 36-45 ile 26-35 yaş grupları arasında farklılık olmadığı, diğer tüm yaş grupları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi.

Genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanının en yüksek 18-25 yaş grubunda, en düşük ise 56-65 yaş grubunda görüldüğü tespit edildi. Alt boyut ölçek puanlarının yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında, tüm alt boyutlarda en yüksek puan ortalaması 18-25 yaş grubuna aittir. Sağlık okuryazarlığı puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 18’de verilmiştir.

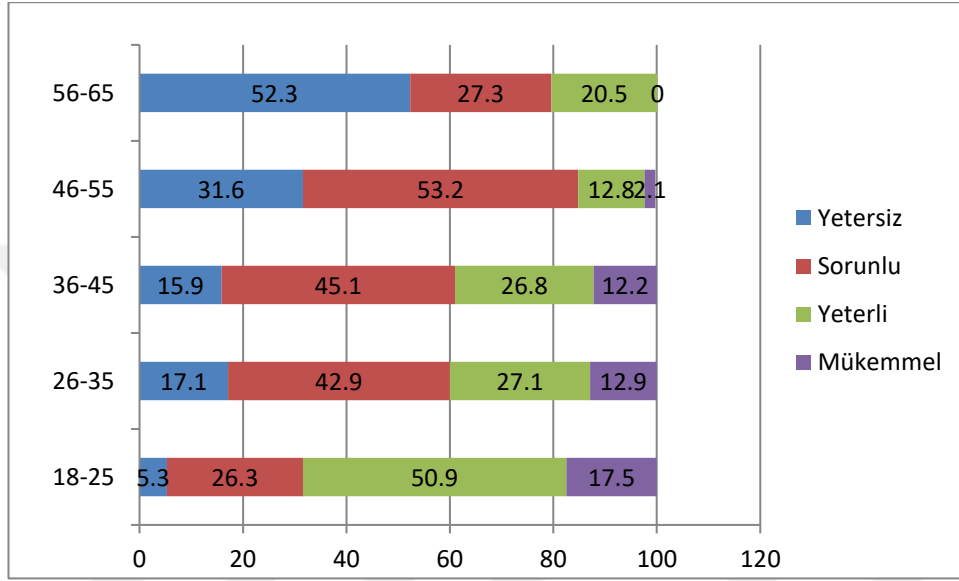
Tablo 18. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı

	Sağlık Hizmeti (s1-16)	Hastalıktan Korunma (s17-31)	Sağlığın İyileştirilmesi (s32-47)	Genel İndeks (s1-47)
18-25 yaş (n=57)	37,50 (23,96:48,96) 37,40±6,33	34,44 (20:50) 34,28±7,81	35,41 (16,67:48,96) 34,99±7,15	35,10 (21,63:48,23) 35,59±6,08
26-35 yaş (n=70)	33,33 (22,92:50) 34,70±6,42	28,88 (11,11:50) 30,03±8,93	30,72 (13,54:50) 31,07±7,98	31,02 (18,09:50) 31,97±7,26
36-45 yaş (n=82)	32,29 (16,67:50) 33,68±7,39	30 (8,89:50) 30,20±9,33	31,25 (12,50:50) 31,35±8,61	31,38 (13,48:50) 31,78±7,87
46-55 yaş (n=47)	28,12 (17,71:47,92) 29,07±5,87	25,55 (10:50) 25,67±8,22	27,08 (13,54:50) 27,46±7,85	27,65 (14,89:46,45) 27,44±6,41
56-65 yaş (n=44)	29,16 (15,63:39,58) 28,29±5,81	24,44 (8,89:42,22) 25,12±8,31	23,95 (6,25:44,79) 25,54±9,10	24,82 (11,35:37,94) 26,34±6,54
P değeri	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*

Veriler medyan (minimum:maksimum), ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir.

* Kruskal-Wallis Testi

18-25 yaş grubundaki kişilerin %31,6'sının sağlık okuryazarlığının yetersiz ya da sınırlı-sorunlu düzeyde, 46-55 yaş grubundaki kişilerin ise %84,8'inin yetersiz ya da sınırlı-sorunlu düzeyde olduğu tespit edildi. Yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri Şekil 6'da gösterilmiştir.



Şekil-6. Yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi

4.6.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Medeni Durum

Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları medeni durum ile karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,001$). Gruplar arasındaki farklılığa bakıldığında farklılığın bekar gruptan kaynaklandığı belirlendi.

Genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanının en yüksek bekar grupta, en düşük ise ayrılmış/dul grupta görüldüğü tespit edildi. Alt boyut ölçek puanlarının medeni duruma göre dağılımına bakıldığında, tüm alt boyutlarda en yüksek puan ortalaması bekarlara aittir. Sağlık okuryazarlığı puanlarının medeni duruma göre dağılımı Tablo 19’da verilmiştir.

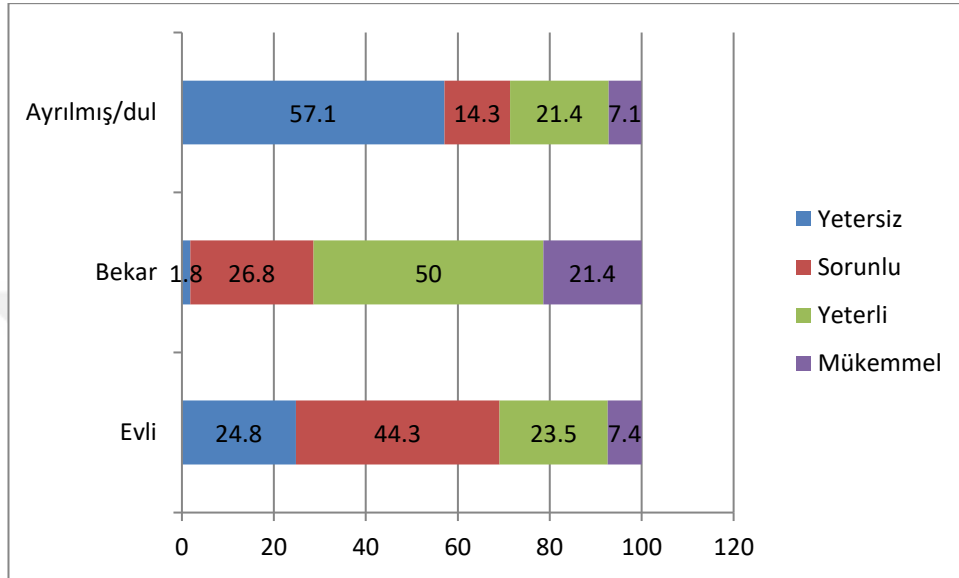
Tablo 19. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının medeni duruma göre dağılımı

	Sağlık Hizmeti (s1-16)	Hastalıktan Korunma (s17-31)	Sağlığın İyileştirilmesi (s32-47)	Genel İndeks (s1-47)
Evli (n=230)	31,25 (15,63:50) 32,09±6,75	27,77 (10:50) 28,42±8,72	29,68 (6,25:50) 29,28±8,25	29,78 (11,35:50) 29,9±7,17
Bekar (n=56)	38,54 (25:50) 38,22±6,32	35 (21,11:50) 34,98±8,14	35,41 (18,75:50) 36,21±7,12	35,46 (22,70:50) 36,50±6,18
Ayrılmış/dul (n=14)	26,04 (19,79:46,88) 29,53±9,08	25,55 (8,89:48,89) 25±11,21	24,47 (14,58:48,96) 27,97±11,64	23,58 (14,54:48,23) 27,55±10,08
P değeri	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*

Veriler medyan (minimum:maksimum), ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir.

* Kruskal-Wallis Testi

Bekarların %28,6'sının sağlık okuryazarlığının yetersiz ya da sınırlı-sorunlu düzeyde, ayrılmış/dul olanların ise %71,4'ünün yetersiz ya da sınırlı-sorunlu düzeyde olduğu tespit edildi. Medeni duruma göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri Şekil 7'de gösterilmiştir.



Şekil 7. Medeni duruma göre sağlık okuryazarlığı düzeyi

4.6.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Eğitim Düzeyi

Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları ile eğitim seviyesi karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,001$). Gruplar arasındaki farklılığa bakıldığında yalnızca lise ve üniversite arasında farklılık olmadığı, diğer tüm eğitim seviyeleri arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi.

Sağlık okuryazarlığı genel ve tüm alt boyut ortalama puanlarının en düşük ilkokul grubunda, en yüksek ise üniversite grubunda olduğu belirlendi. Eğitim seviyesi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı puanlarının da arttığı tespit edildi. Sağlık okuryazarlığı puanlarının eğitim seviyesine göre dağılımı Tablo 20’de verilmiştir.

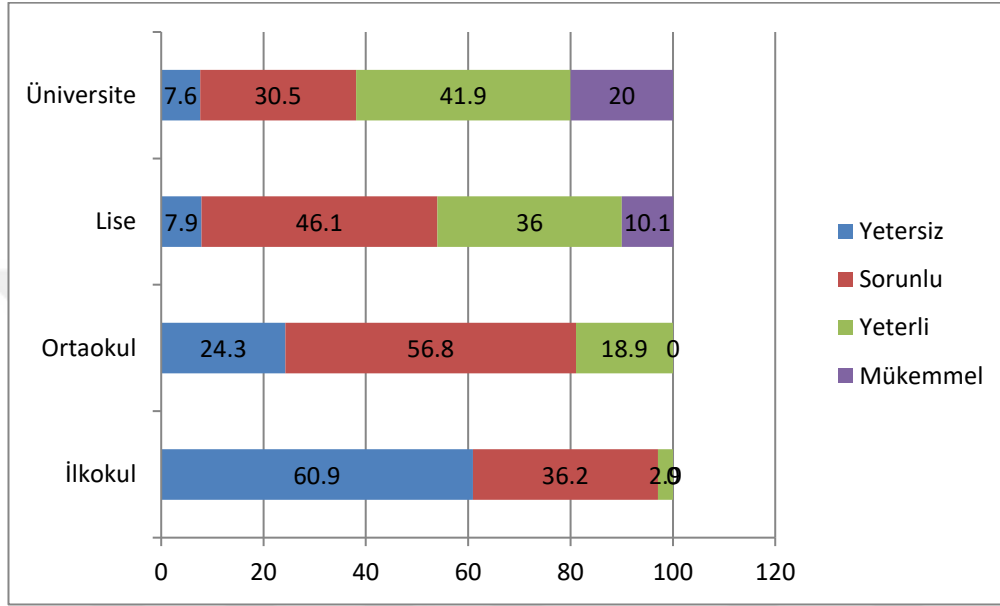
Tablo 20. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının eğitim seviyesine göre dağılımı

	Sağlık Hizmeti (s1-16)	Hastalıktan Korunma (s17-31)	Sağlığın İyileştirilmesi (s32-47)	Genel İndeks (s1-47)
İlkokul (n=69)	27,08 (15,63:37,50) 26,66±4,9	21,11 (8,89:41,11) 21,22±6,9	22,91 (6,25:41,67) 23,3±7,64	24,11 (11,35:35,46) 23,81±5,4
Ortaokul (n=37)	32,29 (22,92:38,54) 31,19±4,58	25,55 (11,11:41,11) 26,3±8,17	27,08 (15,63:43,75) 28,06±6,62	29,07 (18,09:39,36) 28,57±5,56
Lise (n=89)	33,33 (22,92:50) 34,55±6,28	30,0 (17,78:50) 31,98±7,2	32,29 (17,71:48,96) 32,12±6,74	32,62 (22,7:48,94) 32,90±5,92
Üniversite (n=105)	36,45 (22,92:50) 36,82±6,99	33,33 (15,56:50) 33,91±8,23	33,33 (13,54:50) 34,7±8,24	35,10 (21,99:50) 35,17±7,07
P değeri	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*

Veriler medyan (minimum:maksimum), ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir.

* Kruskal-Wallis Testi

İlkokul mezunu kişilerin %97,1'inin sağlık okuryazarlığının yetersiz ya da sınırlı-sorunlu düzeyde, üniversite mezunu kişilerin ise %38,1'inin yetersiz ya da sınırlı-sorunlu düzeyde olduğu tespit edildi. Eğitim seviyesine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri Şekil 8'de gösterilmiştir.



Şekil 8. Eğitim seviyesine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi

4.6.5. Sağlık Okuryazarlığı ve Gelir Durumu

Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları ile gelir durumu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,001$). Gruplar arasındaki farklılığa bakıldığında farklılığın gelir durumu yüksek olanlardan (4000 TL üstü) kaynaklandığı belirlendi.

Sağlık okuryazarlığı genel ve tüm alt boyut ortalama puanları en yüksek 4000 TL üstü geliri olanlarda, en düşük ise 2000 TL'den az geliri olanlarda belirlendi. Genel olarak gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı puanlarının da arttığı tespit edildi. Sağlık okuryazarlığı puanlarının gelir düzeyine göre dağılımı Tablo 21'de verilmiştir.

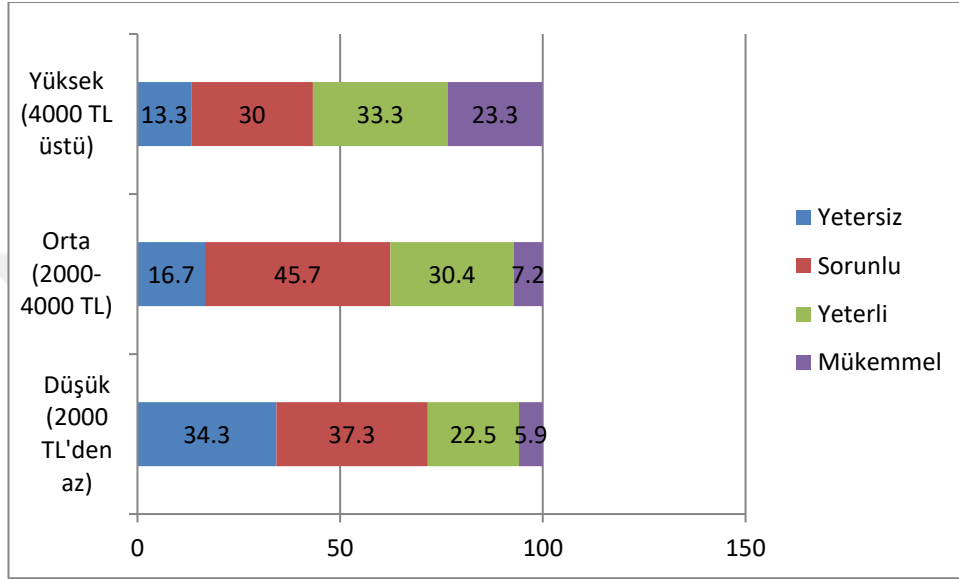
Tablo 21. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının gelir durumuna göre dağılımı

	Sağlık Hizmeti (s1-16)	Hastalıktan Korunma (s17-31)	Sağlığın İyileştirilmesi (s32-47)	Genel İndeks (s1-47)
Düşük (2000'den az) (n=102)	31,25 (15,63:48,96) 31,43±7,52	26,66 (8,89:50) 26,36±9,69	27,60 (10,42:48,96) 28,33±8,98	28,54 (13,48:48,58) 28,76±8,02
Orta (2000-4000) (n=138)	32,29 (15,63:48,96) 32,78±6,05	28,88 (12,22:46,67) 29,77±7,75	31,25 (6,25:48,96) 30,46±7,76	30,85 (11,35:46,10) 31,03±6,34
Yüksek (4000 üstü) (n=60)	35,93 (22,92:50) 36,73±7,98	32,22 (15,56:50) 34,12±9,15	32,81 (16,67:50) 34,34±8,87	34,75 (21,99:50) 35,08±8,05
P değeri	<0,001*	<0,001*	0,001*	<0,001*

Veriler medyan (minimum:maksimum), ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir.

* Kruskal-Wallis Testi

Gelir durumu düşük olan katılımcıların %71,6'sının, gelir durumu yüksek olan katılımcıların ise %43,3'ünün sağlık okuryazarlığının yetersiz ya da sınırlı-sorunlu düzeyde olduğu tespit edildi. Gelir durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri Şekil 9'da gösterilmiştir.



Şekil 9. Gelir durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi

4.6.6. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Sosyodemografik Faktörler İçin Multiple Regresyon Analizi Sonuçları

Çalışmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyodemografik faktörler multiple regresyon analizi ile incelendi (Tablo 22). Modele alınan değişkenler: yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve gelir durumudur. Analizde yordayıcı değişkenlerden yararlanarak kurulan modelin anlamlı olduğu saptandı ($p<0,001$). Sağlık okuryazarlığı genel indeks puanındaki değişimin %40,8'inin yukarıdaki değişkenler tarafından açıklandığı belirlendi. Regresyon analizinde yaş, eğitim düzeyi ve gelir durumu ile sağlık okuryazarlığı genel indeks puanları arasında anlamlı ilişki saptandı (Açıklayıcılık katsayısı $r^2:0,408$; düzeltilmiş $r^2:0,400$; $p<0,05$). Yaş ile sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı arasında negatif bir ilişki saptandı. Yaşı genç, eğitim düzeyi yüksek ve gelir durumu iyi olanlarda sağlık okuryazarlığı genel indeks puanlarının yükseldiği belirlendi. Bu modele göre sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen en önemli faktörün eğitim düzeyi olduğu tespit edildi.

Tablo 22. Sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyodemografik faktörler için regresyon analizi sonuçları

	Regresyon Katsayısı		Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı	t	p
	B	SH*	Beta		
Sabit	19,425	2,303		8,434	<0,001
Yaş	-0,155	0,029	-0,262	-5,396	<0,001
Medeni Durum	1,063	0,664	0,076	1,601	0,111
Eğitim Düzeyi	2,902	0,354	0,442	8,208	<0,001
Gelir Durumu	1,345	0,555	0,128	2,425	0,016

n=300/ R=0,638/ R²=0,408/ Düzeltilmiş R²=0,400

*SH: Standart Hata

4.7. Sağlık Algısına İlişkin Özellikler

Araştırmaya katılanların, sağlık algısı ortalama puanı $48,83 \pm 8,85$ 'tir ve orta düzeydedir. Katılımcıların sağlık algısı ölçeği'nden aldıkları toplam ve alt boyut ortalama puanları Tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların sağlık algısı ölçeği'nden aldıkları toplam ve alt boyut puanları

	Ortalama $\pm$ SS*	Minimum	Maksimum
Kontrol Merkezi	15,53 $\pm$ 4,6	5	25
Kesinlik	11,25 $\pm$ 3,76	4	20
Öz farkındalık	10,78 $\pm$ 2,1	4	15
Sağlığın Önemi	11,26 $\pm$ 2,07	5	15
SAÖ Toplam Puanı	48,83 $\pm$ 8,85	21	75

*SS=Standart Sapma

Cinsiyete göre sağlık algısı ortalama puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p=0,001$). Erkeklerin sağlık algısı puanının kadınlardan daha yüksek olduğu belirlendi.

Yaş gruplarına göre sağlık algısı ortalama puanı karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,08$).

Medeni duruma göre sağlık algısı ortalama puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p=0,016$). Sağlık algısı puanının en yüksek bekarlar da, en düşük ayrılmış/dul grupta olduğu belirlendi.

Eğitim düzeyine göre sağlık algısı ortalama puanı karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,001$). Eğitim düzeyi arttıkça sağlık algısı puanının da arttığı belirlendi.

Gelir düzeyine göre sağlık algısı ortalama puanı karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,001$). Gelir düzeyi arttıkça sağlık algısı puanının da arttığı belirlendi.

Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre sağlık algısı ortalama puanı karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,001$). Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık algısı puanının daha düşük olduğu belirlendi.

Sağlık algısı puanının sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 24'te verilmiştir.

Tablo 24. Katılımcıların sağlık algısı puan ortalamalarının sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımı

		Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	P değeri
Cinsiyet	Kadın	47,55	7,93	48	0,001*
	Erkek	50,26	9,61	51	
Yaş	18-25	50,22	6,77	51	0,08**
	26-35	49,41	7,14	48,5	
	36-45	49,81	8,09	50	
	46-55	48,91	8,70	50	
	56-65	44,15	13,07	43,5	
Medeni Durum	Evli	48,42	9,20	49	0,016**
	Bekar	51,48	6,17	51	
	Ayrılmış/dul	44,85	9,85	45	
Eğitim Düzeyi	İlkokul	42,39	8,67	44	<0,001**
	Ortaokul	46,70	8,99	46	
	Lise	49,83	7,49	50	
	Üniversite	52,96	7,30	53	
Gelir Düzeyi	2000den az	46,70	8,67	47,5	<0,001**
	2000-4000	48,40	8,68	49	
	4000 üstü	53,41	7,96	53,5	
Kronik Hastalık Durumu	Evet	46,09	11,41	47	<0,001*
	Hayır	50,09	7,05	50	

*Mann Whitney U Test

** Kruskal-Wallis Testi

4.8. Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalaması, kontrol merkezi, kesinlik ve öz farkındalık alt boyutlarından alınan puan ortalamaları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,001$). SAÖ ortalama puanı en düşük sağlık okuryazarlığı yetersiz olan grupta görülürken, en yüksek yeterli olan grupta belirlendi. Genel olarak sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel olan kişilerin sağlık algısı puanının, yetersiz ve sınırlı-sorunlu olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi. SAÖ puanı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 25’te verilmiştir.

Tablo 25. Sağlık algısı ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyine göre dağılımı

	Yetersiz (n=66)	Sorunlu (n=119)	Yeterli (n=85)	Mükemmel (n=30)	P değeri
Kontrol Merkezi	12,5 (5:25) 13,01±4,85	16,0 (7:25) 15,53±4,36	17,0 (5:25) 16,90±4,07	17,0 (5:25) 17,16±4,24	<0,001*
Kesinlik	8,0 (4:16) 8,13±3,12	12,0 (4:20) 11,76±3,48	12,0 (4:20) 12,47±3,4	12,0 (4:19) 12,63±3,45	<0,001*
Öz Farkındalık	10,0 (4:14) 10,0±2,3	11,0 (6:15) 10,61±1,86	12,0 (6:15) 11,6±1,9	11,0 (5:15) 10,86±2,4	<0,001*
Sağlığın Önemi	12,0 (5:15) 11,06±2,14	12,0 (5:15) 11,03±2,11	12,0 (6:15) 11,57±1,97	12,0 (7:15) 11,7±1,93	0,225*
SAÖ Toplam Puanı	43,5 (21:58) 42,21±9,14	49,0 (25:69) 48,94±7,52	53,0 (25:75) 52,55±7,76	52,5 (37:69) 52,36±7,87	<0,001*

Veriler medyan, (minimum:maksimum) ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir.

* Kruskal-Wallis Testi

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişki sperman korelasyon analizi ile incelendi. Sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ile SAÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,445$; $p=0,001$). Katılımcıların sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut puanları ile sağlık algısı ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki Tablo 26’da verilmiştir.

Tablo 26. Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ölçek puanları arasındaki ilişki

		Kontrol Merkezi	Kesinlik	Öz Farkındalık	Sağlığın Önemi	SAÖ Toplam Puanı
Sağlık Hizmeti	r	0,312**	0,431**	0,175**	0,150**	0,423**
	p	0,001	0,001	0,002	0,009	0,001
Hastalıktan Korunma	r	0,276**	0,307**	0,164**	0,079	0,344**
	p	0,001	0,001	0,004	0,174	0,001
Sağlığın İyileştirilmesi	r	0,327**	0,354**	0,222**	0,181**	0,425**
	p	0,001	0,001	0,001	0,002	0,001
Genel indeks	r	0,343**	0,396**	0,220**	0,153**	0,445**
	p	0,001	0,001	0,001	0,008	0,001

** $p<0,001$

Katılımcılara ayrıca ‘‘Mevcut sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?’’ sorusu soruldu ve alınan yanıtlara göre sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları karşılaştırıldı. Sağlığı algılama durumu ile sağlık okuryazarlığının hem genel hem de alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,001$). Sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı, sağlığını iyi olarak algılayanlarda en yüksek, kötü olarak algılayanlarda en düşük olarak belirlendi. Sağlık okuryazarlığı puanı yükseldikçe sağlığı algılama durumunun iyileştiği tespit edildi. Sağlığı algılama durumuna göre, sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları Tablo 27’de verilmiştir.

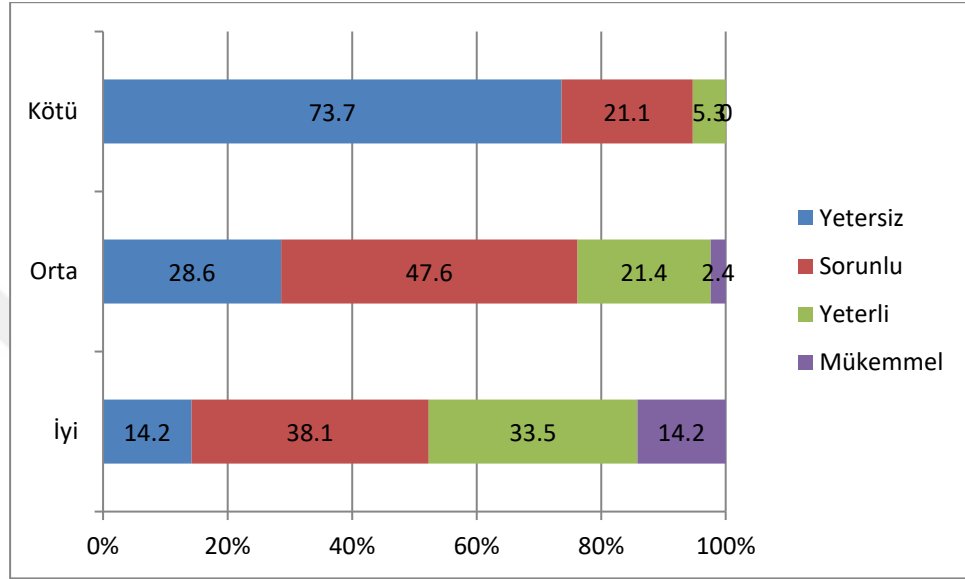
Tablo 27. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının, sağlığı algılama durumuna göre dağılımı

	Sağlık Hizmeti	Hastalıktan Korunma	Sağlığın İyileştirilmesi	Genel İndeks
İyi (n=197)	33,33 20,83:50 34,94±7,04	30,0 8,89:50 31,41±8,96	32,29 15,63:50 32,39±8,04	32,62 15,6:50 32,94±7,34
Orta (n=84)	30,2 19,79:48,96 30,75±5,77	25,55 8,89:48,89 27,02±7,77	27,6 10,42:50 28,21±8,0	28,01 14,54:48,23 28,69±6,28
Kötü (n=19)	23,95 15,63:33,33 24,61±5,78	17,77 11,11:41,11 20,4±8,73	18,75 6,25:38,54 21,27±9,63	20,92 11,35:33,69 22,13±6,71
P değerı	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*

Veriler medyan, (minimum:maksimum) ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir.

* Kruskal-Wallis Testi

Sağlığını kötü olarak algılayan katılımcıların %94,8'inin, iyi olarak algılayan katılımcıların ise %52,3'ünün sağlık okuryazarlığının yetersiz ya da sınırlı-sorunlu düzeyde olduğu tespit edildi. Katılımcıların kendi sağlıklarını algılama durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri Şekil 10'da gösterilmiştir.



Şekil 10. Sağlığı algılama durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi

4.9. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puanlarının Sağlık Taramalarına Katılım Durumuyla Karşılaştırması

4.9.1. Kanser Taramalarına Katılım İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Katılımcıların kanser taramaları yaptıрма durumları ile sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları karşılaştırıldı ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Katılımcıların KKMM yapma durumları ile sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak KKMM yapanların genel ve tüm alt boyut ölçek puan ortalamaları daha yüksekti.

Katılımcıların meme kanseri taraması (mamografi) yaptıрма durumları ile sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak meme kanseri taraması yaptıranların genel ve tüm alt boyut ölçek puan ortalamaları daha yüksekti.

Katılımcıların serviks kanseri taraması (pap-smear) yaptıрма durumları ile sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Katılımcıların kolon kanseri taraması yaptıрма durumları ile sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak kolon kanseri taraması yaptıranların genel ve tüm alt boyut ölçek puan ortalamaları daha yüksekti.

Katılımcıların prostat kanseri taraması yaptıрма durumları ile sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Sağlık okuryazarlığı puanlarının kanser taramalarına katılım durumuna göre dağılımı Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının, kanser taramalarına katılıma göre dağılımı

		Sağlık Hizmeti	Hastalıktan Korunma	Sağlığın İyileştirilmesi	Genel İndeks
KKMM	Evet	33,14±7,19	29,69±8,9	30,02±8,72	30,9±7,61
	Hayır	32,46±8,11	28,39±10,67	29,12±9,23	30,02±8,77
P değeri		0,610*	0,474*	0,439*	0,533*

		Sağlık Hizmeti	Hastalıktan Korunma	Sağlığın İyileştirilmesi	Genel İndeks
Meme Ca Taraması	Evet	30,33±8,22	27,64±10,28	27,94±9,95	28,66±8,84
	Hayır	28,41±6,68	24,66±8,43	25,29±7,63	26,15±6,89
P değeri		0,269*	0,243*	0,240*	0,234*

		Sağlık Hizmeti	Hastalıktan Korunma	Sağlığın İyileştirilmesi	Genel İndeks
Serviks Ca Taraması	Evet	32,02±7,26	27,22±8,57	27,96±8,63	29,11±7,65
	Hayır	31,02±7,12	27,95±10,11	28,36±8,25	29,14±7,75
P değeri		0,239*	0,552*	0,860*	0,951*

		Sağlık Hizmeti	Hastalıktan Korunma	Sağlığın İyileştirilmesi	Genel İndeks
Kolon Ca Taraması	Evet	29,64±5,33	26,81±7,72	27,55±10,16	28,03±6,24
	Hayır	28,55±5,57	24,54±8,5	26,23±8,34	26,48±6,57
P değeri		0,291*	0,313*	0,361*	0,218*

Tablo 28. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının kanser taramalarına katılıma göre dağılımı (devamı)

		Sağlık Hizmeti	Hastalıktan Korunma	Sağlığın İyileştirilmesi	Genel İndeks
Prostat Ca Taraması	Evet	31,01±5,38	26,31±5,81	28,03±8,34	28,49±5,65
	Hayır	29,45±4,63	27,42±9,02	28,25±8,92	28,39±6,13
P değeri		0,257*	0,646*	1,000*	0,932*

Veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir.

*Mann Whitney U Test

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

4.9.2. Koruyucu Hekimlik Önerilerini Uygulama Durumu İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Katılımcıların son 1 yıl içinde genel sağlık muayenesi olma durumu ile sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Katılımcıların yılda bir kez diş hekimi kontrolüne gitme durumları ile sağlık okuryazarlığı genel ve sağlık hizmeti alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi (sırasıyla $p=0,008$ ve $p<0,001$). Yılda bir kez diş hekimine gidenlerin genel ve tüm alt boyut ölçek puanları gitmeyenlere göre daha yüksekti.

Katılımcıların 2018 yılında grip aşısı yaptırma durumları ile sağlık okuryazarlığı genel ve hastalıktan korunma alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi (sırasıyla $p=0,048$ ve $p=0,023$). Grip aşısı yaptıranların genel ve tüm alt boyut ölçek puanları daha yüksekti.

Katılımcıların KKTM yapma durumları ile sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak KKTM yapanların genel indeks, sağlık hizmeti ve hastalıktan korunma alt boyut ölçek puanları yapmayanlara göre daha yüksekti.

Katılımcıların osteoporoz taraması yaptıрма durumu ile sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Sağlık okuryazarlığı puanlarının, koruyucu hekimlik önerilerini uygulama durumuna göre dağılımı Tablo 29’da verilmiştir.

Tablo 29. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının, koruyucu hekimlik önerilerini uygulama durumuna göre dağılımı

		Sağlık Hizmeti	Hastalıktan Korunma	Sağlığın İyileştirilmesi	Genel İndeks
Son 1 yıl içinde genel sağlık muayenesi	Evet	33,26±7,62	29,39±9,58	30,26±9,21	31,0±8,09
	Hayır	32,92±6,69	29,59±8,55	30,84±7,9	31,15±6,97
P değeri		0,824*	0,714*	0,543*	0,673*

		Sağlık Hizmeti	Hastalıktan Korunma	Sağlığın İyileştirilmesi	Genel İndeks
Yılda bir dış hekimi kontrolü	Evet	34,98±7,09	30,75±8,99	31,49±8,61	32,44±7,62
	Hayır	31,56±6,97	28,43±9,15	29,7±8,64	29,93±7,44
P değeri		<0,001*	0,072*	0,061*	0,008*

		Sağlık Hizmeti	Hastalıktan Korunma	Sağlığın İyileştirilmesi	Genel İndeks
Grip aşısı	Evet	35,35±7,58	33,6±9,61	33,33±9,92	34,1±8,23
	Hayır	32,84±7,14	28,97±8,96	30,16±8,44	30,69±7,46
P değeri		0,114*	0,023*	0,111*	0,048*

Tablo 29. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ölçek puanlarının, koruyucu hekimlik önerilerini uygulama durumuna göre dağılımı (devamı)

		Sağlık Hizmeti	Hastalıktan Korunma	Sağlığın İyileştirilmesi	Genel İndeks
KKTM	Evet	34,37±7,6	31,04±7,83	31,31±7,85	32,26±7,4
	Hayır	33,29±6,73	29,71±8,6	31,52±8,36	31,54±6,97
P değeri		0,684*	0,767*	0,752*	0,933*

		Sağlık Hizmeti	Hastalıktan Korunma	Sağlığın İyileştirilmesi	Genel İndeks
Osteoporoz taraması	Evet	28,54±6,22	25,62±9,3	26,04±8,19	26,76±7,02
	Hayır	29,27±5,05	25,55±7,95	27,33±8,89	27,42±6,06
P değeri		0,475*	0,911*	0,640*	0,781*

Veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir.

*Mann Whitney U Test

KKTM: Kendi kendine testis muayenesi

5. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı $31,07 \pm 7,61$ olup bu değer sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına karşılık gelmektedir. Çalışmamızda katılımcıların %61,7'si yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisindedir. Ülkemizde Tanrıöver ve ark. tarafından 2014 yılında 4.924 kişi üzerinde gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında ise genel indeks puanı $30,4 \pm 0,16$ olup katılımcıların %64,6'sının yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu bildirilmiştir (22). Okyay ve Abacıgil'in 2016 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmalarında ise genel indeks puanı $32,8 \pm 7,3$ olup katılımcıların %52,7'sinin yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu bildirilmiştir (82).

Çalışmamızda kullanılan ölçeğin orijinal hali olan HLS-EU anketi kullanılarak yapılan sekiz Avrupa ülkesini kapsayan geniş çaplı bir çalışmada, katılımcıların genel indeks puanı $33,8 \pm 8,0$ olup bireylerin %47,6'sının yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmaya katılan Avrupa Birliği ülkelerinden Bulgaristan'ın $30,5 \pm 9,2$ indeks puanı ile en düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, Hollanda'nın ise $37,1 \pm 6,4$ indeks puanı ile en yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (29).

Duong ve ark.'nın 2014 yılında, Endonezya, Kazakistan, Malezya, Myanmar, Tayvan ve Vietnam'dan oluşan 6 Asya ülkesinde 15 yaş ve üstündeki 10.024 kişi üzerinde HLS-EU ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı 31,86 olarak bildirilmiştir. Araştırmada, en yüksek indeks puanının $34,4 \pm 6,6$ ile Tayvan'da, en düşük indeks puanının ise $26,6 \pm 9,1$ ile Vietnam'da olduğu belirlenmiştir (83).

Özdemir ve ark.'nın bir aile hekimliği kliniğine başvuran hastalar üzerinde NVS ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmalarında katılımcıların %72,9'unun sağlık okuryazarlığının yeterli olmadığı bildirilmiştir (84). Mut tarafından aile

hekimliği polikliniğine başvuran bireyler üzerinde TSOY-32 leği ile yürütülen çalışmada ise sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı 28,9 olup bireylerin %80,9'unun yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu bildirilmiştir (85).

Sağlık okuryazarlığı genel indeks puanları çalışmalar arasında farklılık göstermesine rağmen sağlık okuryazarlığı seviyesinin hemen tüm çalışmalarda düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum yetersiz sağlık okuryazarlığının, yalnız bizim bölgemizin değil evrensel bir problem olduğunu düşündürmektedir. Sağlık okuryazarlığı indeks puanları arasındaki farklılığın, çalışmaların yapıldığı bölgelerin farklı sosyokültürel ve ekonomik özelliklerde olmasından, çalışmaların farklı popülasyonlarda ve farklı sağlık okuryazarlığı ölçüm yöntemleriyle yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı $30,57 \pm 8,11$, erkeklerin $31,63 \pm 7,0$ 'dir. Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Okyay ve Abacıgil'in çalışmasında da benzer şekilde sağlık okuryazarlığı indeks puanında cinsiyete göre anlamlı farklılık olmadığı bildirilmiştir (82). Avrupa da sekiz ülkede yürütülen HLS-EU çalışmasında ise kadınlarda sağlık okuryazarlığının daha iyi düzeyde olduğu saptanmasına karşın cinsiyetin sağlık okuryazarlığı için zayıf bir belirleyici olduğu raporlanmıştır (29). zdemir ve ark.'nın çalışmasında ise kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin erkeklere göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (84). Literatürde kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin erkeklerden daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi (86–88), kadınların daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (89,90). Cinsiyet ile sağlık okuryazarlığını karşılaştıran çalışma sonuçları arasındaki farklılık, çalışmaların yürütüldüğü bölgelerin farklı sosyokültürel ve demografik özelliklere sahip olmasından kaynaklanabilir. Kadınların eğitim düzeyinin daha yüksek ve toplumsal alanda daha aktif olduğu bölgelerde sağlık okuryazarlığı seviyelerinin daha iyi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlık düzeyi incelendiğinde, yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı indeks puanının düştüğü belirlendi. Tanrıöver ve ark.'nın, Okyay ve ark.'nın ve Kamberi ve ark.'nın çalışmalarında da yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı puanlarının azaldığı bildirilmiştir (22,82,91). Okyay ve ark.'nın çalışmasında 65 yaş ve üzeri yaklaşık her iki yaşlıdan birinin sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir (82). Yine Özdemir ve ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde 45 yaş ve üstü bireylerde sağlık okuryazarlığı puanlarının anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir (84). Yılmazel'in, 2014 yılında ilköğretim öğretmenleri üzerinde yaptığı çalışmada, yeterli sağlık okuryazarlık düzeyinin en yüksek 25-34 yaş grubunda olduğu ve kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bildirilmiştir (92). Sağlık okuryazarlığını olumsuz etkileyen ve değiştirilemez risk faktörlerinden birinin de ileri yaş olduğu bilinmektedir (22). Yaşla birlikte sağlık okuryazarlığındaki düşüşün, ileri yaşlardaki bireylerin eğitim seviyesinin daha düşük olması, ilerleyen yaşla birlikte teknolojik gelişmelerden ve sosyal ortamlardan uzak kalma ve bilişsel fonksiyonlarda azalmadan kaynaklanabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlık düzeyi ve medeni durum ilişkisi incelendiğinde, bekârların sağlık okuryazarlığı düzeyinin, evli ve ayrılmış/dul olanlara göre anlamlı daha yüksek olduğu belirlendi. Türkoğlu tarafından 2016 yılında Isparta'da yapılan araştırmada ve Beyoğlu'nun 2019 yılında Van'da yaptığı çalışmada da benzer şekilde evli bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin bekârlardan daha düşük olduğu bildirilmiştir (93,94). Çimen ve ark.'nın çalışmasında ise, evli bireylerin sağlık okuryazarlığı puanı bekârlara göre daha yüksek belirlenmiştir (58). Çalışmamızda bekârların sağlık okuryazarlık puanının daha yüksek olmasının sebebini, bekâr grubun daha genç ve öğrenim düzeyi yüksek kişilerden oluşmasına bağlı olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca evli bireylerin evliliğin getirdiği rutin işlerde daha fazla zaman harcaması nedeniyle sosyalleşme ve öğrenmeden yoksun kalıp, yaşamı açısından önemli fırsatları kaçırmalarına bağlı sağlık okuryazarlık düzeyi düşük çıkmış olabilir.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlık düzeyi ve eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığının da arttığı belirlendi. Tanrıöver ve ark.'nın ve Okyay ve ark.'nın çalışmalarında da eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif bir korelasyon olduğu bildirilmiştir (22,82). Duong ve ark.'nın 6 Asya ülkesinde yaptıkları araştırmada ve Furuya ve ark.'nın çalışmasında da sağlık okuryazarlığı ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş ve çalışmamızla benzer şekilde düşük öğrenim düzeyinin yetersiz sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi olduğu belirlenmiştir (83,95). Schillinger ve arkadaşlarının diyabet hastaları üzerinde yaptıkları araştırmada da, eğitim durumunun sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerden biri olduğu bildirilmiştir (96). Tayvan'da yapılan başka bir çalışmada ise eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (97). Eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif korelasyon olduğunu gösteren çalışma sayısı daha fazla gibi görünse de literatürde yüksek eğitim düzeyindeki kişilerin de düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (98,99). Bu yüzden eğitim düzeyi yüksek olan herkesin sağlık okuryazarlığının da yüksek olacağını düşünmek doğru değildir. Ancak kişilerin eğitim düzeyleri yükseldikçe sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmaları, bu bilgileri anlayıp değerlendirebilmeleri kolaylaşmaktadır.

Katılımcıların %78'i okuma durumunu, %82 si yazma durumunu "iyi" olarak belirtmiş olmasına rağmen %61,7'si gibi büyük çoğunluğunun sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sınırlı-sorunlu düzeydedir. Bu durum, kişilerin okuryazarlık durumunu iyi olarak belirtmelerinin, sağlık okuryazarlık düzeylerinin de iyi olduğu anlamına gelmediğini göstermektedir.

Sağlık okuryazarlık düzeyi ve gelir düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışmamızda literatürle uyumlu olarak gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığının da arttığı belirlendi. Çimen ve Temel'in çalışmasında gelirleri giderlerinden daha fazla olan kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (58). Palumbo ve ark.'nın çalışmasında ve Silk ve ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde sağlık okuryazarlığının ekonomik duruma

paralel olarak arttığı bildirilmiştir (100,101). Kişilerin ekonomik durumları iyileştikçe tedavi olanaklarına erişebilmelerinin yanı sıra sağlığı koruma konusunda ekstra harcamalar yapabilmeleri de kolaylaşmaktadır. Örneğin yüksek maliyetli bazı aşılar sağlık sistemi tarafından ödenmemesine rağmen hekimler tarafından önerilmektedir. Gelir düzeyi yüksek olan kişilerin hem bu tarz koruyucu hizmetlerden faydalanabilmesi hem de özel sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşmaktadır. Bu durum kişilerin ekonomik açıdan refah seviyesi arttıkça sağlıkla ilgili konularda bilgi ve yetkinlik düzeyinin arttığını, bunun sonucunda da sağlık okuryazarlık seviyesinin yükseldiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeğinde yer alan sorulara verdikleri “zor ve çok zor” yanıtlarının yüzdeleri, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması ve Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırması ile karşılaştırıldı (Tablo 30).

Sağlık okuryazarlığı ölçeği soru bazında incelendiğinde çalışmamızda katılımcıların 28’inci soru olan “Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek” sorusuna en yüksek oranda (%59) “zor ve çok zor” cevabını verdiği görülmektedir. Aynı soruya Avrupa Birliği Araştırmasında verilen toplam “zor ve çok zor” cevap yüzdesi %42,1, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında ise %49,2 olarak bildirilmiştir (22,29). Çalışmamızda katılımcıların en çok zorlandığı diğer soru ise 12. soru olan “Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek” olup %57 oranında zor ve çok zor olarak yanıtlanmıştır. Aynı sorunun Avrupa Birliği Araştırmasında %49,7 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında ise %48,2 oranlarında zor ve çok zor şeklinde cevaplandığı bildirilmiştir (22,29). En çok zorlanılan bu iki soru, hem Türkiye’de hem de diğer Avrupa ülkelerinde, insanların medyada çıkan sağlık haberlerindeki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmekte zorlandığını göstermektedir.

Katılımcıların erişkin aşıları ile ilgili olan sorularda zorlandıkları, 26. Soru olan “Hangi aşılar ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek” sorusuna %55,3

oranında, 29. soru olan “Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek” sorusuna %52 oranında zor ve çok zor şeklinde cevap verdikleri tespit edildi. Bu sorulara yüksek oranda zor ve çok zor yanıt verilmesi, katılımcıların çoğunun erişkin aşıları konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığını düşündürmektedir. Çalışmamızda grip aşısı yaptıranların oranının düşüklüğü de bu düşüncemizi desteklemektedir.

Katılımcıların yarısından fazlasının zor ve çok zor şeklinde yanıtladıkları diğer iki soru ise 35. soru olan “Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak” (%51,3) ve 47. soru olan “Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak” (%51,3) soruları olmuştur. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak sorusu, hem Avrupa hem de Türkiye çalışmasında yine benzer oranlarda zor ve çok zor şeklinde cevaplanmıştır (22,29).

Katılımcıların en düşük oranda (%2) zor ve çok zor cevabı verdiği soru ise 8. soru olan “Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak” olmuştur. Katılımcıların zorlanmadığı diğer iki konu ise “Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek” sorusu %4,6 oranında, “Acil durumda ambulans çağırmak” sorusu ise %5 oranında zor ve çok zor şeklinde yanıtlanmıştır.

Tablo 30. Sorulara verilen “zor ve çok zor” cevaplarına ait toplam yüzde dağılımları ve karşılaştırmaları

SOYA-AB -Q47				
		Zor ve Çok zor cevapların toplam yüzdesi		
Sorular		Avrupa *	Türkiye **	Çalışmamız
1	Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	22,8	32,2	18,3
2	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	26,9	32,3	24,7
3	Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	21,8	39,1	31,7
4	Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)	11,9	19,4	8,4
5	Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	15,3	22,5	13,3
6	İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak	28,0	42,9	30,7
7	Tıbbi bir acil durumda ne yapacağını anlamak	21,7	42	39,7
8	Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	6,5	11,9	2
9	Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek	18,0	19,6	15,7
10	Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	42,6	43,1	39
11	İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	38,6	32,3	30,4
12	Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	49,7	48,2	57
13	Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	23,1	28,4	29
14	İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	6,8	11,9	8,3
15	Acil durumda ambulans çağırmak	8,8	13	5
16	Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	5,6	8,7	4,6
17	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	14,7	30,3	31,7
18	Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	33,5	41,1	34
19	Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	24,0	38,4	29
20	Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	18,1	34,1	24
21	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	10,3	21,0	11
22	Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	16,6	22,6	20,6

23	Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	10,4	20,5	16,7
24	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	14,4	31,2	34,6
25	Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	16,3	27,8	31,6
26	Hangi aşıları ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	32,7	47,2	55,3
27	Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	25,1	45,9	49
28	Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	42,1	49,2	59
29	Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	26,2	33,4	52
30	Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığınız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyacağınıza karar vermek	22,2	28,9	29,4
31	Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)	36,9	36	43,6
32	Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	14,3	27,8	19
33	Akil sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak(Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş)	22,6	34,0	31,4
34	Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (Yönlendirme: gürültü ve kirliliğin azaltılması, yeşil alanlar yaratmak, boş zaman aktiviteleri)	40,3	33,6	31,4
35	Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması)	53,2	50,9	51,3
36	İşinizde sağlığınızı iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	34,8	36,5	37,3
37	Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	13,0	16,7	14,4
38	Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	36,2	32,9	35
39	Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)	23,3	30,8	24,7
40	Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	26,1	31,7	30
41	Nerede yaşadığının sağlığınız ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek (Yönlendirme: içinde bulunduğunuz topluluk, yaşadığınız çevre)	24,6	27,5	22
42	Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	19,5	19,7	28,6
43	Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	12,6	21,3	15,3
44	Sağlığınızı iyileştirecek kararlar vermek	21,7	21,7	31,4
45	İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	24,1	44,3	39
46	Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	25,5	38,6	43,4
47	Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	38,9	44,7	51,3

* Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (29)

** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması(22)

Çalışmamızda katılımcıların sağlık algısı ölçeğine göre hesaplanan sağlık algısı ortalama puanı $48,83 \pm 8,85$ 'tir. Yılmaz ve ark.'nın cerrahi hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada katılımcıların SAÖ ortalama puanı 38.43 ± 7.70 olarak saptanmıştır (102). Efteli ve ark.'nın iki farklı bölümün sağlık algılarını karşılaştırdıkları çalışmalarında hemşirelik bölümü öğrencilerinde SAÖ ortalama puanı 43.83 ± 5.45 , Elektrik-Elektronik Mühendisliği bölümü öğrencilerinde 43.85 ± 6.52 olarak bildirilmiştir (103). Çaka ve ark.'nın hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında SAÖ ortalama puanı 49.61 ± 6.28 , Alkan ve ark.'nın çalışmasında ise 42.34 ± 6.33 olarak bildirilmiştir (53,104). Literatürde farklı çalışmalarda katılımcıların sağlık algısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının farklı olmasının sebebi araştırmanın uygulandığı çalışma gruplarının farklı olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda sağlık algısının sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde cinsiyet, eğitim seviyesi, gelir durumu ve medeni durum ile SAÖ ortalama puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğu belirlendi.

Çalışmamızın dikkat çeken sonuçlarından biri de erkeklerin SAÖ ortalama puanının kadınlara göre anlamlı daha yüksek olmasıdır. Çaka ve ark. tarafından hemşirelik öğrencilerinde yapılan çalışmada cinsiyet ile SAÖ puanı arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (104). Efteli ve ark.'nın çalışmasında ve Oral'in çalışmasında da benzer şekilde cinsiyet ile SAÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (103,105).

Çalışmamızda sağlık algısı puanı en yüksek 18-25 yaş, en düşük ise 56-65 yaş aralığında görülmesine rağmen yaş grupları ile SAÖ ortalama puanı arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Alkan ve ark.'nın çalışmasında da çalışmamızda olduğu gibi yaş ile SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (53). Ancak Yılmaz ve ark.'nın cerrahi hastalarda yaptığı bir çalışmada 29 yaş altındaki hastaların sağlık algısının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (102). Literatürde sağlık algısı ile ilgili yapılan

bazı çalışmalarda da yaşı artmasıyla birlikte sağlık algısı puanının düştüğü bildirilmiştir (59,106).

Çalışmamızda medeni duruma göre sağlık algısı puanı değerlendirildiğinde literatürden farklı olarak en yüksek puanın bekârlara ait olduğu belirlendi. Yılmaz ve ark.'nın çalışmasında ise evli olan hastaların sağlık algılarının, bekâr ya da boşanmış olanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (102). Kolaç ve ark.'nın çalışmasında ve Şen'in çalışmasında medeni durum ile sağlık algısı puanı arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (107,108).

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak eğitim düzeyi arttıkça SAÖ puan ortalamasının da anlamlı olarak arttığı belirlendi. Kolaç ve ark.'nın çalışmasında eğitim düzeyi ile SAÖ puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı fark olduğu, üniversite mezunlarının sağlık algısı puanının ilköğretim ve lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (107). Yılmaz ve ark.'nın çalışmasında da öğrenim durumu üniversite olan hastaların SAÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (102). Ülkemizde ve uluslararası literatürde yapılan diğer çalışmalarda da sonuçlarımızla benzer şekilde eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlık algısının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (48,109,110). Bireyin eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte çevresine ve kendisine yönelik farkındalığında artma meydana gelmekte ve neticesinde sağlığını olumlu yönde etkileyen fiziksel aktivite, beslenme gibi konulara ağırlık vermesi beklenmektedir. Bu durum da artan eğitimle birlikte sağlık algısındaki yükselmeyi açıklamaktadır.

Çalışmamızda gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların SAÖ puan ortalaması daha yüksek belirlendi. Şimşek ve ark.'nın çalışmasında da sağlık algısı ile maddi durum arasında anlamlı ilişki olduğu, sosyoekonomik düzeyi düşük öğrencilerin sağlık algısının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (111). Literatürde yapılan diğer çalışmalarda da sonuçlarımızla benzer şekilde gelir düzeyi ile sağlık/iyilik hali arasında pozitif yönde ilişki olduğu bildirilmiştir (48,53,103). Gelir düzeyindeki artmanın, sağlığa yönelik fırsatlara ulaşma imkanını ve neticesinde sağlık algısını artırdığı düşünülebilir.

Kronik hastalık varlığı ile SAÖ ortalama puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışmamızda kronik hastalığı olan kişilerin SAÖ puanının anlamlı daha düşük olduğu belirlendi. Literatürde de benzer şekilde kronik hastalığı olan bireylerin sağlık durumlarını olumsuz olarak algıladıkları ve sağlık algısı puan ortalamalarının daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (102,112,113). Kronik hastalığı olan kişilerin mevcut hastalıklarından dolayı yaşam kalitelerinin düşük olması, sık hastane başvuruları, ilaç ve yardımcı malzemeler (baston, tekerlekli sandalye, oksijen tüpü vb.) kullanmak zorunda olmaları nedeniyle sağlıklarını kötü olarak algıladıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık algısını ölçmek için hem tek soruluk “sağlığını nasıl değerlendirirsiniz” sorusu hem de 15 soruluk sağlık algısı ölçeği kullanıldı. Sağlık algısını değerlendirmek için kullanılan her iki yöntemle göre de sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında pozitif yönde korelasyon olduğu, sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişilerin sağlık algısının da yüksek olduğu tespit edildi.

Chang tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada adölesanların sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı ile ilişkili olduğu, Wagner ve ark.’nın çalışmasında da aynı şekilde sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık algılarının daha iyi olduğu bildirilmiştir (114,115). Tokuda ve ark.’nın yaptığı, sağlık okuryazarlığı ile fiziksel ve ruhsal iyilik hali arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada; fiziksel ve ruhsal sağlığın iyi olmasının, sağlık okuryazarlığını da olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (23). Furuya ve ark.’nın çalışmasında ise bireylerin demografik ve sosyoekonomik durumlarından bağımsız olarak, algılanan sağlık durumu ve sağlık okuryazarlığı arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (95). Literatürdeki farklı çalışmalarda da çalışmamızda olduğu gibi, sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif korelasyon olduğu bildirilmiştir (26,116,117). Sağlık okuryazarlığı seviyesi yeterli olan bireylerin, mevcut sağlıklarıyla ilgili bilgi sahibi olması, sağlıklarında olumsuz yönde meydana gelen değişimi farketmesi ve sağlık sorunlarını çözmek için eyleme geçme olasılığı daha yüksektir. Kişinin sağlık okuryazarlığı seviyesi

sağlığını nasıl algıladığıyla ilişkilidir (118). Bu yüzden sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısının pozitif yönde korelasyon göstermesi beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda katılımcıların Sağlık Bakanlığı'nın ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olma durumu sorgulandı. Katılımcıların yalnızca %20'si kampanyalardan haberdar olduğunu belirtti. Tanrıöver ve ark.'nın çalışmasında da katılımcılara aynı soru yöneltilmiş ve %13,5'inin Sağlık Bakanlığı'nın kampanyalarından haberdar olduğu bildirilmiştir (22). Bu oranın düşüklüğü, halkın kronik hastalıklarla ve kötü yaşam tarzı alışkanlıklarıyla mücadelede farkındalığının az olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşa ve cinsiyete göre önerilen kanser taramalarını ve diğer koruyucu hekimlik önerilerini yaptırma durumları ve sağlık okuryazarlığı ile olan ilişkisi değerlendirildi. Meme kanseri için %57,6, serviks kanseri için %56,6 oranlarında katılım görülürken, kolon kanseri taramasında bu oran %33'te kalmıştır. Tanrıöver ve ark.'nın çalışmasında ise meme kanseri taraması yaptırma oranı %28,7, serviks kanseri taraması yaptırma oranı %18, kolon kanseri yaptırma oranı ise %8,5 olarak bildirilmiştir (22). Çalışmamızda Tanrıöver'in çalışmasına göre daha yüksek oranlarda kanser taramalarına katılım olduğu görülmesine rağmen, bu oranların bile yeterli düzeyde olmadığı düşünülmektedir.

Diğer koruyucu hekimlik önerilerinden yılda bir kez diş hekimine gitme ve genel bir sağlık kontrolünden geçme durumları sorgulandığında katılımcıların %54,7'sinin yılda bir kez diş hekimi kontrolünü yaptırmadığı ve %43,3'ünün son bir yıl içinde genel sağlık kontrolünden geçmediği belirlendi. Tanrıöver ve ark.'nın çalışmasında da benzer sonuçlar bildirilmiştir (22). Çalışmamızda geçtiğimiz sezon grip aşısı yaptıran katılımcıların oranı yalnızca %11 ile sınırlı kalmıştır. Uğurlu'nun çalışmasında grip aşısı yaptıranların oranı %24,4 iken, Tanrıöver ve ark.'nın çalışmasında %8,7 olarak bildirilmiştir (22,119). Çalışmamızda erkek katılımcılar için kendi kendine testis muayenesi ve kadın katılımcılar için kendi kendine meme muayenesi yapma oranı sırasıyla %11,3 ve

%57,9 olarak tespit edildi. KKTMM ve KKMM için oranlar, Tanrıöver ve ark.'nın çalışmasında sırasıyla %20,4 ve %40,9, Uğurlu'nun çalışmasında ise %39,5 ve %61,2 olarak bildirilmiştir (22,119).

Çalışmamızda yaşa ve cinsiyete göre önerilen kanser tarama programlarına ve diğer koruyucu hekimlik önerilerine katılım durumları ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi değerlendirildi. Katılımcıların meme, serviks ve kolon kanseri taramalarını yaptırmalarıyla sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Ancak grip aşısı yaptırmaları ve her yıl dış hekimi kontrolüne gitme durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi. Geçtiğimiz sezon grip aşısı yaptıranların ve her yıl dış hekimi kontrolünü yaptıranların sağlık okuryazarlığı ortalama puanı daha yüksek olarak belirlendi.

Literatürde çalışmamızdan farklı olarak sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin, sağlık taramalarına katılımının daha az olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (120,121). Uğur'un çalışmasında GGK taraması yaptıranlarda sağlık okuryazarlığı ortalama indeks puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ancak aynı çalışmada mamografi çekirme ve serviks kanseri taraması yaptırmaları ile sağlık okuryazarlığı ortalama puanları arasında çalışmamızda da olduğu gibi istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (122). Davis ve ark.'nın çalışmasında sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan hastaların GGK testini bilmedikleri ve yaptırmadıkları tespit edilmiştir (120). Berkman ve ark.'nın çalışmasında düşük sağlık okuryazarlığı, daha az mamografi taraması ve daha az grip aşısı yaptırmaları genel sağlık durumunu kötü olması ve yüksek mortalite ile ilişkili bulunmuştur (121). Marcus ve ark.'nın çalışmasında da sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan kadınların tarama programından daha az faydalandığı ve rahim ağzı kanseri açısından daha fazla risk taşıdıkları tespit edilmiştir (123). Lee ve ark.'nın Tayvan'da yapmış olduğu bir çalışmada ise sağlık okuryazarlığının PAP smear taraması yaptırmaları ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir (124). Literatürle benzer olarak çalışmamızda yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinin; sağlığını iyi

olarak algılama, grip aşısı yaptırma, her yıl diş hekimi kontrolüne gitme gibi bazı koruyucu sağlık hizmetleri ile anlamlı ilişkisinin olduğu tespit edildi.

Tarama programlarına katılım yaş gruplarına ve cinsiyete göre değiştiği için çalışmamızda, verilerini değerlendirdiğimiz kişi sayısı azalmış yani örneklemimiz küçülmüştür. Bu nedenle sorguladığımız koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanamamış olabilir. Ayrıca ASM’lerde yürütülen kanser tarama programlarının etkin ve faydalı bir şekilde devam ettiği ve kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinden bağımsız şekilde, aile hekimleri tarafından yönlendirildikleri takdirde kanser tarama programlarına katıldıkları düşünülmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyi ile kanser taramalarına katılım arasında anlamlı ilişki bulunamamasının bir diğer sebebi de bu olabilir. Bu noktada aile hekimlerinin, kişilerin kanser taramalarına katılımı konusunda kilit öneme sahip olduğu söylenebilir.

5.1. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE KISITLILIKLARI

Çalışmanın Güçlü Yanları

Ülkemizde sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılmış çalışma sayısı yeterli düzeyde değildir. Bu nedenle toplumumuzda sağlık okuryazarlığı düzeyini ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri bilmek oldukça zordur. Bu anlamda çalışmamız tanımlayıcı yönü ile ülkemizdeki sağlık okuryazarlığı seviyesi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ile ilgili literatüre katkı sağlayacaktır. Çalışmamız Afyonkarahisar’da sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik saha araştırması olarak yapılmış ilk çalışmadır. Ayrıca çalışmamızın, toplumun sağlık algısı ve sağlık taramalarına katılımı konusunda önemli veriler sağladığı düşünülmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamız Afyonkarahisar’da belirlediğimiz 5 ASM’ye başvuran 18-65 yaş arası bireylere uygulanmıştır. 65 yaş üstü kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için farklı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu nedenle sonuçlar tüm evrene genellenemez. Ayrıca çalışmamızda bireylerin yaş gruplarına ve cinsiyetlerine göre yaptırması gereken sağlık taramaları sorgulandığından örneklemimiz küçülmüştür. Toplumun sağlık taramalarına katılım durumunu görmek için daha büyük örneklemle yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Çalışmaya katılan bireylerin; %53'ü kadın, %47'si erkektir.
- Katılımcıların yaş ortalaması $39,1 \pm 12,9$ olarak belirlendi.
- Katılımcıların %76,9'u evlidir.
- Katılımcıların %35'inin üniversite, %23'ünün ise ilkokul mezunu olduğu tespit edildi.
- Katılımcıların %31'i ev hanımlarından ve %20,3'ü memurlardan oluşmaktadır.
- Gelir durumları incelendiğinde %46'sının aylık gelirin 2000-4000 TL arasında olduğu ve katılımcıların %63,3'ünün gelir durumunu orta olarak değerlendirdiği belirlendi.
- Katılımcıların %31,7'sinin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve katılımcılar arasında en sık görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğu tespit edildi.
- Katılımcıların %65,7'sinin sağlığını iyi olarak değerlendirdiği belirlendi.
- Katılımcıların %78,7'si okuma durumunu, %82'si yazma durumunu iyi olarak belirtti.
- Katılımcıların %20'sinin Sağlık Bakanlığı'nın ulusal sağlık kampanyalarından haberdar olduğu belirlendi.
- Araştırma sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı $31,07 \pm 7,61$ olarak tespit edildi. Kategorilendirilmiş sağlık okuryazarlık düzeylerine göre bu puan “sorunlu-sınırlı” sağlık okuryazarlık düzeyine karşılık gelmektedir.
- Alt boyutların indeks puanlarına bakıldığında, en yüksek indeks puanı $33,11 \pm 7,22$ ile sağlık hizmeti alt boyutunun puanıdır. Hastalıktan korunma alt boyutunun indeks puanının $29,48 \pm 9,13$, sağlığın iyileştirilmesi alt boyutunun indeks puanının ise $30,51 \pm 8,66$ olduğu tespit edildi.
- Katılımcıların yalnızca %38,3'ünün yeterli ya da mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptandı.

- Sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen sosyo-demografik değişkenler incelendiğinde; ileri yaş, düşük gelir düzeyi, düşük eğitim düzeyi ve evli ya da ayrılmış/dul olmanın sağlık okuryazarlığını olumsuz yönde etkilediği belirlendi.
- Sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyo-demografik faktörler arasında yapılan regresyon analizi sonucunda SOY düzeyi üzerine en etkili faktörün eğitim düzeyi olduğu belirlendi.
- Katılımcıların sağlık algısı ölçeği ortalama puanı $48,83 \pm 8,85$ olarak belirlendi ve orta düzeyde olduğu görüldü.
- Sağlık algısı puanını etkileyen sosyo-demografik değişkenler incelendiğinde; kadınlarda, eğitim düzeyi düşük, gelir düzeyi düşük, evli ya da ayrılmış/dul olanlarda sağlık algısı puanının daha düşük olduğu belirlendi.
- SOY ile SAÖ arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda iki ölçek arasında pozitif yönde korelasyon olduğu, bireylerin sağlık algısı puanı yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin de arttığı tespit edildi.
- Sağlık okuryazarlık seviyesinin, sağlığını iyi olarak algılayanlarda daha yüksek olduğu belirlendi.
- Çalışmamızda katılımcıların tarama programlarına katılım oranlarının (KKMM %57,9, mamografi %57,6, serviks kanseri taraması %56, kolon ca taraması %44, prostat ca taraması %25) düşük olduğu saptandı. Benzer şekilde diğer koruyucu hekimlik önerilerini uygulama durumlarının da (KKTM %11,3, osteoporoz taraması %23,4, yılda bir kez diş hekimi kontrolüne gitme %45,3 son 1 yıl içinde genel sağlık muayenesi %56,7, grip aşısı yaptıрма %11) düşük olduğu belirlendi.
- Tüm bu taramalara katılım oranlarının sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisine bakıldığında geçtiğimiz sezon grip aşısı yaptıranların ve yılda bir kez diş hekimi kontrolünü yaptıranların sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.

6.2. Öneriler

- Sağlık okuryazarlığı düzeyindeki düşüklüğün yalnızca bizim bölgemizin problemi değil evrensel bir problem olduğu bilinmektedir.
- Sağlık okuryazarlığını artırmak için öncelikle toplumun mevcut sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve toplumun kültürel yapısı, mevcut sağlık sistemi ile eğitim sistemi değerlendirilerek bu alanda çok boyutlu ve çok sektörlü çalışmalar yapılması oldukça önemlidir.
- Sağlık okuryazarlığını etkileyen değişkenlerden yaşın değiştirilemez faktör olduğu göz önüne alınırsa, toplumun sağlık okuryazarlığının yükseltilebilmesi için eğitim düzeyinin ve ekonomik parametrelerinin iyileştirilmesi öncelikli hedef olarak görülmelidir.
- Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması için öncelikli olarak genel okuryazarlık düzeyi artırılmalı, bireylere okuma alışkanlığı kazandıracak uygulamalar yapılmalı ve eğitim seviyelerinin yükseltilmesi sağlanmalıdır. Toplumun sağlık okuryazarlık seviyesinin artırılması amacıyla televizyon, gazete, internet ve sosyal medya gibi her türlü kitle iletişim araçları kullanılmalıdır. Sağlık kurumlarına başvuran bireyler için, broşür, afiş ve el ilanları gibi sağlıkla ilgili çeşitli materyallerin hazırlanmasının da bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerinin artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Bireylerin ASM'lere her başvurusu sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi için bir fırsat olarak düşünülmelidir. Toplumumuzda gerek tedavi, gerek kronik hastalık takibi gerekse koruyucu hekimlik görevini üstlenmiş olan aile hekimlerine, hastaların her klinik başvurusunda sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmak için önemli görevler düşmektedir. Ayrıca aile hekimlerine toplumun sağlık taramalarına katılımı konusunda da ciddi görevler düşmektedir.
- Yine toplumun sağlık taramaları ile ilgili yeterli farkındalığa varması için ASM'lerin koridorlarına ve muayene harici kullanım alanlarına dikkat çeken, anlaşılır bir dilde yazılmış, görsel içeriği zengin afişler asılarak hastalar bilgilendirilebilir. Ayrıca televizyonlarda sağlık taramaları ile ilgili kamu spotları yayınlanabilir ve Sağlık Bakanlığı'nın bilgilendirme mesajları cep

telefonlarına gönderilebilir. Böylece toplumun hem sağlık okuryazarlığı düzeyinin hem de sağlık taramalarıyla ilgili farkındalığının artması sağlanabilir.



ÖZET

Amaç: Sağlık okuryazarlığı (SOY), tüm dünyada gün geçtikçe önemi artan bir kavram haline gelmiştir. Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek, sağlık okuryazarlığını geliştirmek için atılacak adımlardan en önemlisidir. Çalışmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyini ve ilişkili faktörleri belirlemeyi, sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısına ve sağlık taramalarını yaptırma durumuna olan etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Araştırmanın evrenini 5 farklı ASM'ye kayıtlı 18-65 yaş arası 300 birey oluşturdu. Ankette sosyo-demografik veriler, genel okuryazarlık durumunu ölçen sorular, kanser taramalarına ve diğer koruyucu hekimlik önerilerine katılımı ölçen sorular, Sağlık Okuryazarlığı Anketi- Avrupa Birliği (SOYA-AB) ve Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) yer almıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 20 programı kullanıldı ve $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $39,1\pm12,9$, %53'ü kadın, %76,7'si evli, %31'i ev hanımı, %35'i üniversite mezunudur. Çalışmaya katılan bireylerin SOY puan ortalaması $31,07\pm7,61$ olup “sorunlu-sınırlı” sağlık okuryazarlık düzeyine karşılık gelmektedir. Katılımcıların SOY düzeyi sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırıldı ve gençlerde, bekarlarda, eğitim seviyesi ve gelir düzeyi yüksek olan kişilerde daha yüksek saptandı ($p<0,001$). Katılımcıların SAÖ ortalama puanı $48,83\pm8,85$ 'dir ve SOY düzeyinin sağlık algısı ile pozitif korelasyon gösterdiği saptandı ($r=0,445$; $p=0,001$). Ayrıca SOY düzeyinin kişilerin meme, serviks ve kolon kanseri taraması yaptırma durumu üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı, ancak her yıl grip aşısı yaptırma ve yılda bir kez diş hekimi kontrolüne gitme üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tartışma-Sonuç: Katılımcıların %61,7'sinin SOY düzeyi yetersiz veya sınırlı-sorunlu olduğu belirlendi. Türkiye SOY araştırmasında katılımcıların %64,6'sının, sekiz Avrupa ülkesini kapsayan geniş çaplı başka bir çalışmada ise %47,6'sının yetersiz veya sınırlı-sorunlu SOY kategorisinde olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar yetersiz sağlık okuryazarlığının evrensel bir problem olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Taramaları, Sağlık Algısı, Aile Sağlığı Merkezi

ABSTRACT

Objective: Health literacy (HL) has become an increasingly important concept all over the world. Determining the health literacy level of the society is the most important step to be taken to improve health literacy. In our study, we aimed to determine the health literacy level and related factors of the participants and to evaluate the effect of HL level on health perception and health screening.

Materials-Methods: The population of the study was composed of 300 individuals between the ages of 18-65 registered with 5 different Family Health Centers. The survey included socio-demographic data, questions that assess general literacy status, questions that measure participation in cancer screenings and other preventive medicine recommendations, European Health Literacy Survey (HLS-EU) and Health Perception Scale (HPS). The SPSS 20 program was used for statistical analysis and $p < 0.05$ value was considered significant.

Results: The mean age of the participants was 39.1 ± 12.9 , 53% were women, 76.7% were married, 31% were housewives, 35% were university graduates. The level of HL individuals participate in the study was 31.07 ± 7.61 and corresponds to the 'problematic-limited' HL level. The HL level of the participants was compared with the sociodemographic variables. It was determined that the HL level was higher in young people, singles, people with higher education and income levels ($p < 0.001$). The mean HPS score of the participants found to be 48.83 ± 8.85 and it was noted that the HL level showed a positive correlation with the health perception ($r = 0.445$; $p = 0.001$). In addition, it was determined that the level of health literacy didn't have a significant effect on individuals' screening for breast, cervical and colon cancer, but it had a positive effect on getting flu vaccination every year and going to dentist control once a year ($p < 0.05$).

Discussion-Conclusion: It was determined that 61.7% of the participants HL was inadequate or limited-problematic. Turkey Health Literacy Research and a study including eight European countries reported that HL of participants is either inadequate or limited problematic with 64.6% and 47.6%, respectively. The results obtained from our study showed that inadequate HL is a universal problem.

Key Words: Health Literacy, Health Screenings, Health Perception, Family Health Center

KAYNAKLAR

1. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int.* 1998;13(4):349–64.
2. Osborne H. Health literacy from a to z. Jones&Bartlett Learning, Burlington: 2013.
3. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi.* 2013; Özel Sayı(3): 73-91.
4. World Health Organization. Health literacy : The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2013
5. Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Prev Med Bull.* 2014;13(4):321–6.
6. UNESCO Institute for statistics. 50th anniversary of international literacy day: Literacy rates are on the rise but millions remain illiterate. 2016;(38):10.
7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072–8.
8. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Prev Med Bull.* 2014;13(4):327–34.
9. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int.* 2009;24(3):285–96.
10. Diamond JJ. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. *Nutrition Journal.* 2007; 6(5)
11. 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.
12. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International.* 2005; 20(2):195–203.
13. 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
14. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Ankara:2011
15. U.S. department of health and human services, office of disease prevention and health promotion. National action plan to improve health literacy. Washington, DC: 2010.
16. ACSQHC. Health Literacy: Taking action to improve safety and quality. Sydney: 2014.
17. Nielsen-Bohlman L, Panzer A, Hamlin BN. Health Literacy: A prescription to end confusion. The National Academies Press, Washington: 2004.
18. U.S. Department of health and human services. Healthy People 2010: Understanding and improving health. 2nd ed. Washington, DC: Government Printing Office, 2000:11-20.
19. Johnston MV, Diab M, Kim S-S, Kirshblum S. Health literacy, morbidity, and quality of life among individuals with spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine.* 2005;28(3):230–40.
20. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine.* 2005; 118(4):371–7.

21. Safeer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *American Family Physician*. 2005;72(3):463-8
22. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Sağlık ve sosyal hizmet çalışanları sendikası Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları. 2014.
23. Tokuda Y, Doba N, Butler JP. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling*. 2009; 75(3):411-7.
24. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. 2009; 36(5):446-51.
25. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):878-83.
26. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: Data from the Belgrade pilot study. *J Public Health*. 2009;31(4):490-5.
27. Onotai L. A Review of the impact of the health literacy status of patients on health outcomes. *Niger Heal J*. 2008;8(3-4):32-8.
28. North Carolina Institute of Medicine. Just what did the doctor order? Addressing low health literacy in North Carolina. NC IOM task force on health literacy. Durham, NC. August 2007: 27-9.
29. HLS-EU Consortium. Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU (second revised and extended version). 2012.
30. T.C. Kalkınma Bakanlığı. Onuncu kalkınma planı 2014/2018: Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve mali sürdürülebilirlik. Ankara: 2014.
31. Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: Evidence from the English longitudinal study of ageing. *Prev Med*. 2014;61:100-5.
32. Brewer NT, Tzeng JP, Lillie SE, Edwards AS, Peppercorn JM, Rimer BK. Health literacy and cancer risk perception: Implications for genomic risk communication. *Med Decis Mak*. 2009;29(2):157-66.
33. Davis TC, Arnold C, Berkel H, Nandy I, Jackson RH, Glass J. Knowledge and attitude on screening mammography. *Am Cancer Soc*. 1996;78(9):1912-20.
34. Copurlar C, Kartal M. What is health literacy? How to measure it? Why is it important? *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2016;10(1):42-7.
35. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Prev Med Bull*. 2016;15(1):69-74.
36. Maniaci MJ, Heckman MG, Dawson NL. Functional health literacy and understanding of medications at discharge. *Mayo Clin Proc*. 2008;83(5):554-8.
37. Kirsch IS, Jungeblut A, Jenkins L, Kolstad A. Adult literacy in America : a first look at the results of the national adult literacy survey. Office of educational research and improvement, U.S. Dept. of Education. 3rd ed. 2002.
38. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Boyle B, Hsu Y, and Dunleavy E. Literacy in everyday life: results from the 2003 national assessment of adult literacy

- (NCES 2007–480). U.S. department of education. Washington, DC: National center for education statistics. 2007.
39. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*. 1993;25(6):391–5.
 40. Pleasant A, Kuruvilla S. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promot Int*. 2008;23(2):152–9.
 41. Parker RM, Baker DW, Williams M V., Nurss JR. The test of functional health literacy in adults. *J Gen Intern Med*. 1995;10(10):537–41.
 42. Nurss JR, Parker RM, Williams M., Baker DW. TOFHLA: Test of functional health literacy in adults. Peppercorn Books&Press. NC. 2001.
 43. Baker DW, Williams M V, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*. 1999;38(1):33–42.
 44. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*. 2005;3(6):514–22.
 45. Bass PF, Wilson JF, Griffith CH. A shortened instrument for literacy screening. *J Gen Intern Med*. 2003;18(12):1036–8.
 46. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan J, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of HLS-EU-Q. *BMC Public Health*. 2013;13(1):948.
 47. Sabuncu N. Hemşirelik bakımında ilke ve uygulamalar. Alter Yayıncılık; 2009.
 48. Şenol V, Çetinkaya F, Ünal D, Balci E, Öztürk A. Determinants of self-rated health in general population in Kayseri, Turkey. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2010;30(1):88–96.
 49. What is the WHO definition of health? [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 12]. Available from: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
 50. Idler EL, Angel RJ. Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study. *Am J Public Health*. 1990;80(4):446–52.
 51. Mikolajczyk RT, Brzoska P, Maier C, Ottova V, Meier S, Dudziak U, et al. Factors associated with self-rated health status in university students: A cross-sectional study in three European countries. *BMC Public Health*. 2008;8:215.
 52. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg*. 2008;11(3):17–26.
 53. Alkan SA, Özdelikara A, Boğa NM. Determination of nursing students health perception. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*. 2017;6(2):11–21.
 54. Wortman J, Lucas RE, Donnellan MB. Stability and change in the big five personality domains: Evidence from a longitudinal study of Australians. *Psychol Aging*. 2012;27(4):867–74.
 55. Velderman MK, Crone MR, Wiefferink CH, Reijneveld SA. Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals. *Eur J Public Health*. 2009;20(3):332–8.

56. Belek İ. Sınıf sağlık eşitsizlik. İstanbul: Sorun Yayınları; 1998.
57. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F. Eskişehir’de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları. Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2005;14(5):113–9.
58. Çimen Z, Temel AB. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 2017;3:105–27.
59. Goldberg P, Guéguen A, Schmaus A, Nakache JP, Goldberg M. Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. J Epidemiol Community Health. 2001;55(4):233–8.
60. Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekim Bülteni. 2006;25(3):1-6
61. Tuncer M. Ulusal kanser programı 2009-2015. 2009.
62. Kozan R, Tokgöz VY. Türkiye’de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. ACU Sağlık Bil Derg. 2016;4:185–8.
63. Robson M, Offit K. Management of an inherited predisposition to breast cancer. N Engl J Med. 2007;357:154–62.
64. Yılmaz MH. Meme kanserinde radyolojik tanı ve değerlendirme. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2006;54:27–30.
65. Kayhan A, Aribal E. Meme kanseri taraması: Neden yapıyoruz? Ne zaman? Değerlendirmede yaşanan sorunlar. Türk Radyoloji Semin. 2014;2(2):230–40.
66. TRD yeterlilik kurulu rehber ve standartlar komitesi, meme kanseri tarama rehberi, 2011.
67. Baskan S, Atahan K, Aribal E, Özaydın N, Balcı P, Yavuz E. Meme kanserinde tarama ve tanı (İstanbul meme kanseri konsensus konferansı 2010). J Breast Heal. 2012;8(3):100–25.
68. Aydoğdu SGM, Özsoy Ü. Serviks kanseri ve HPV. Androl Bul. 2018;20:25–9.
69. Kurtoğlu E, Gürz AA. Serviks kanseri epidemiyolojisi. Türkiye Klin Jinekoloji Obstet. 2014;7(4):1-4
70. Gökaslan H, Uyar EE. PAP smear ile servikal kanser taraması. Türk Aile Hek Derg. 2004;8(3):105–10.
71. IARC Handbooks of cancer prevention vol. 10 cervix cancer screening. Lyon: IARC Press, 2005.
72. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain JM, et al. American cancer society, American society for colposcopy and cervical pathology, and American society for clinical pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. Ca Cancer J Clin. 2012;62(3):147–72.
73. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kanser kontrol programı. Ankara: 2016.
74. Smith RA, Cokkinides V, Von Eschenbach AC, Levin B, Cohen C, Runowicz CD, et al. American cancer society guidelines for the early detection of cancer. CA Cancer J Clin. 2002;52(1):8-22

75. World Health Organization. Cervical cancer screening in developing countries: Report of a WHO consultation. Geneva: 2002.
76. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Serviks kanseri taraması ulusal standartları. 2009.
77. Şahin NŞ, Üner BA, Aydın M, Akçan A, Gemalmaz A, Dişçigil G. et al. Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening in Aydın central region. *Türkiye Aile Hekim Derg.* 2015;19(1):37–48.
78. Çefle K. Kanser genetiği. *Klin Gelişim Derg.* 2009;22:50–9.
79. Karahasanoğlu T. Kolorektal kanserler : Tanı ve cerrahi tedavi. *Gastrointest sistem hastalıkları sempozyumu.* 2001;271–9.
80. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *J Community Psychol.* 2007;35(5):557–61.
81. Kadioğlu H, Yıldız A. Validity and reliability of Turkish version of perception of health scale. *Türkiye Klin J Med Sci.* 2012;32(1):47–53.
82. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara: 2016.
83. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham TV, Pham KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol.* 2017;27(2):80–6.
84. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Educ Res.* 2010;25(3):464–77.
85. Mut H. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. İzmir: 2017.
86. Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med.* 2008;66(8):1809–16.
87. Morris NS, Maclean CD, Littenberg B. Change in health literacy over 2 years in older adults with diabetes. *Diabetes Educ.* 2013;39(5):638–46.
88. Halladay JR, Donahue KE, Cené CW, Li Q, Cummings DM, Hinderliter AL, et al. The association of health literacy and blood pressure reduction in a cohort of patients with hypertension: The heart healthy lenoir trial. *Patient Educ Couns.* 2017;100(3):542–9.
89. Parikh NS, Parker RM, Nurss JR, Baker DW, Williams M V. Shame and health literacy: The unspoken connection. *Patient Educ Couns.* 1996;27(1):33–9.
90. Akçilek E. Üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin incelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: 2017.
91. Kamberi H, Hysra B, Toçi E, Jerliu N, Qirjako G, Burazeri G. Functional health literacy among primary health care users in transitional Kosovo. *Med Arh.* 2013;67(5):375–7.
92. Yılmazel G. Çorum il merkezindeki ilköğretim öğretmenlerinde sağlık okuryazarlığı, hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü arasındaki ilişki.

- Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Kayseri: 2014.
93. Türkoğlu Ç. Sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi: Isparta ili örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Isparta: 2016.
 94. Beyoğlu MM. Diyabetes mellitus veya hipertansiyonu olan yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığı, endişe ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi ve kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırılması. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Van: 2019.
 95. Furuya Y, Kondo N, Yamagata Z, Hashimoto H. Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promot Int*. 2015;30(3):505–13.
 96. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*. 2002;288(4):475–82.
 97. Duong VT, Lin IF, Sorensen K, Pelikan JM, Van Den Broucke S, Lin YC, et al. Health literacy in Taiwan: A population-based study. *Asia-Pacific J Public Heal*. 2015;27(8):871–80.
 98. Cho RN, Plunkett BA, Wolf MS, Simon CE, Grobman WA. Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. *Prenat Diagn*. 2007;27:463–7.
 99. Wilson FL, Brown DL, Stephens-Ferris M. Can easy-to-read immunization information increase knowledge in urban low-income mothers? *J Pediatr Nurs*. 2006;21(1):4–12.
 100. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian health literacy project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy*. 2016;120(9):1087–94.
 101. Silk KJ, Horodyski MA, Rienzo M, Mercer L, Olson B, Aldrich R. Strategies to increase health literacy in the infant feeding series (TIFS): A six-lesson curriculum for low-income mothers. *Health Promot Pract*. 2010;11(2):226–34.
 102. Yılmaz AT, Çulha İ, Kersu Ö, Gümüş D, Ünsal A, Köşgeroğlu N. Cerrahi hastalarının sağlık algıları ve etkileyen faktörler. *J Acad Soc Sci*. 2018;68:89–99.
 103. Efteli E, Khorshid L. Comparison of health perception of two different divisions student. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016;32(2):1-10.
 104. Çaka SY, Topal S, Suzan ÖK, Çınar N, Altınkaynak S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *J Hum Rhythm*. 2017;3(4):198–203.
 105. Oral B. Erciyes Üniversitesi öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Kayseri:2018.
 106. Özcebe H, Sönmez R, Atasoy A, Dede Ö, Demir A, Fakıoğlu E, et al. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı bölgesi Anadolu Mahallesinde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi. *Turkish J*

- Geriatr. 2003;6(1):22–6.
107. Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S. Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp Dergis.* 2018;14(3):267–74.
 108. Şen SK. Sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişki. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi. İzmir: 2019.
 109. Stronks K, Mheen V De. Looman CWN, Mackenbach JP. The importance of psychosocial stressors for socio-economic inequalities in perceived health. *Soc. Sci. Med.* 1998; 46(4):611–23.
 110. Çapık C. Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi. İzmir:2006.
 111. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, et al. Healthy lifestyle behaviours and related factors of medical school students. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2012;26(3):151–7.
 112. Evren H, Tokuç B, Ekuklu G. Trakya Üniversitesi öğrencilerinde şiddet davranışları ve algılanan sağlık ilişkisi. *Balkan Med J.* 2011;4:380–4.
 113. Manderbacka K, Lahelma E, Martikainen P. Examining the continuity of self-rated health. *Int J Epidemiol.* 1998;27(2):208–13.
 114. Chang LC. Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *J Clin Nurs.* 2011;20(1–2):190–6.
 115. Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61(12):1086–90.
 116. Baker DW, Parker RM, Williams M V., Clark WS, Nurss J. The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *Am J Public Health.* 1997;87(6):1027–30.
 117. Sentell T, Zhang W, Davis J, Baker KK, Braun KL. The influence of community and individual health literacy on self-reported health status. *J Gen Intern Med.* 2013;29(2):298–304.
 118. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, 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.
 119. Uğurlu Z. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Ankara: 2011.
 120. Davis TC, Dolan NC, Ferreira MR, Tomori C, Green KW, Sipler AM, et al. The role of inadequate health literacy skills in colorectal cancer screening. *Cancer Invest.* 2001;19(2):193–200.
 121. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes : An uptated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97–107.
 122. Uğur VYŞ. Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde erişkinlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık

- Tezi. Manisa: 2016.
123. Marcus AC, Crane LA. A review of cervical cancer screening intervention research: Implications for public health programs and future research. *Prev Med.* 1998;27(1):13-31.
 124. Lee SYD, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy and women's health-related behaviors in Taiwan. *Heal Educ Behav.* 2012;39(2):210-8.



EKLER

EK-1: Anket Formu

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI KİŞİLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN GENEL SAĞLIK TARAMALARI VE SAĞLIK ALGISI ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ:

1. Yaş:

2. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

3. Meslek: 1. Ev Hanımı 2. Emekli 3. Memur 4. İşçi 5. Çiftçi
6. Serbest meslek 7. Diğer.....

4. Medeni durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Ayrılmış/dul

5. Eğitim durumunuz:

1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul 4. İlköğretim/ortaokul 5. Lise
6. Üniversite 7. Yüksek lisans/doktora

6. Gelir durumunuz nasıldır?

1. Düşük (Ayda 2000 TL den az) 2. Orta (Ayda 2000-4000 TL) 3. Yüksek (Ayda 4000 TL ve üzeri)

7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 0. Kötü 1. Orta 2. İyi

8. Kronik bir hastalığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır

9. Yanıtınız evet ise aşağıdaki hastalıklardan hangileri sizde mevcut?

1. Yüksek tansiyon 2. Şeker hastalığı 3. Hiperlipidemi

4. Kalp damar hastalığı (kalp yetmezliği, kapak hastalığı, iskemik kalp hastalığı gibi)

5. Kronik akciğer hastalığı (KOA, kronik bronşit, astım gibi)

6. Kronik karaciğer hastalığı (siroz, sarılık, karaciğer yetmezliği gibi)

7. Kronik böbrek hastalığı 8. Alzheimer-demans 9. İnme/felç

10. Romatolojik hastalık 11. Psikiyatrik hastalık 12. Kanser

13. Diğer.....

10. Okuma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

0. Okuyamıyorum 1. Kötü 2. Orta 3. İyi

11. Yazma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

0. Yazamıyorum 1. Kötü 2. Orta 3. İyi

12. Okuma yazma konusunda çevrenizdeki kişilerden yardım alır mısınız? 0. Hayır 1. Evet

13. Yanıtınız evet ise hangi durumlarda ve ne sıklıkla yardım alıyorsunuz?

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbirzaman
Gazete, broşür ve diğer yazılı dokümanların okunması					
Not-Mektup yazma					
Matematiksel işlemleri yapma					
Formların doldurulması					
Reçete ve ilaç prospektüsü okuma					

14. Gazete okuma alışkanlığınız var mı? 0.Hayır 1.Evet

15. Kitap okuma alışkanlığınız var mı? 0.Hayır 1.Evet

16. Evde ortalama kaç kitabınız var?

17. Bilgisayar kullanıyor musunuz? 0. Hayır 1. Evet 2. Bilgisayarım yok

18. Hangi amaçla bilgisayar kullanıyorsunuz?

1. İşimle ilgili konularda 2. Çocuğumla ilgili konularda 3. İnternette araştırma yapmak amaçlı 4. Oyun oynamak amaçlı 5. e-mail/facebook/instagram takip etmek amaçlı

19. İnternet erişiminiz var mı?

0. Yok 1. Evde var 2. Telefonumda var 3. İkisinde de var

20. İnternet erişiminiz varsa günde kaç saat bilgisayar başında geçiriyorsunuz?

0. Hiç 1. 1 saatten az 2. 1-2 saat arası 3. 2 saatten fazla

21. Günde kaç saat televizyon izlersiniz?

0. Hiç 1. 1 saatten az 2. 1-2 saat arası 3. 2 saatten fazla

22. Günlük haberlere, politik ve toplumsal olaylarla ilgili bilgilere genellikle nereden ulaşırsınız?

1. Gazete 2. Radyo-Televizyon 3. İnternet 4. Kitaplar ve broşürler 5. Aile ve arkadaş

23. Sağlıkla ilgili bilgilere en sık nereden ulaşırsınız? (diyet, egzersiz, beslenme, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi gibi konularda)

1. Aile Hekimi 2. Diğer doktor ve sağlık çalışanları 3. Televizyon
4. İnternet 5. Gazete-dergi 6. Aile üyeleri ve arkadaşlar 7. Diğer.....

24. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

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

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

0. Hayır yok (27. soruya geçiniz) 1. Evet var

26. Cevabınız evet ise kampanyanın adını söyler misiniz.

.....
.....
.....

27. Aşağıda verilen sağlık taramaları ile ilgili olarak, sağlık personeli tarafından yönlendirilme ve gerçekleştirme durumunuza ilişkin olan seçeneği belirtiniz.

Sağlık taraması	Yönlendirilme durumunuz		Gerçekleştirme durumunuz	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kendi kendine meme muayenesi (18 yaş üstü kadınlar için)				
Kendi kendine testis muayenesi (18 yaş üstü erkekler için)				
Mamografi çekirmek (40 yaş ve üzeri kadınlarda son iki yıl içinde, 50 yaş ve üzerinde son bir yıl içinde)				
Serviks kanseri testi (pap-smear) yaptırmak (18-65 yaş arası kadınlarda son üç yıl içinde)				
Prostat kanser taraması yaptırmak (50 yaşından büyük erkekler için)				
Kolon kanseri taraması (50 yaş altı aile öyküsü olanlar ve 50 yaş üstü herkes için) gayitada gizli kan, kolonoskopi veya sigmoidoskopi				
Osteoporoz taraması (erken menopoz, 50 yaş üstü)				
Diş hekimine gitme (En az yılda bir kez)				
Son bir yıl içinde genel bir sağlık muayenesi				
2018-19 sezonunda grip aşısı yaptırmak				

Aşağıda yer alan sağlık algısı ölçeğindeki sorular için size en uygun olan seçeneği belirtiniz.

Sağlık Algısı Ölçeği

		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1	Sağlığımı çok düşünürüm.					
2	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
3	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacağsam zaten olan olur.					
4	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.					
5	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.					
6	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
7	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
8	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
10	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
12	Sağlıklı olmak şans işidir.					
13	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.					
14	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.					
15	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği SOYA-AB -Q47

SOYA-AB -Q47						
Şimdi size bazı sorular soracağım ve çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte bu sorduklarımın sizin için ne kadar kolay ya da zor olduğunu söylemenizi isteyeceğim.						
		1 Çok zor	2 Zor	3 Kolay	4 Çok kolay	5 Bilmiyor
1	Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak					
2	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak					
3	Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak					
4	Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)					
5	Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak					
6	İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak					
7	Tıbbi bir acil durumda ne yapacağını anlamak					
8	Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak					
9	Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek					
10	Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
11	İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek					
12	Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)					
13	Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak					
14	İlaç üzerindeki talimatları uygulamak					
15	Acil durumda ambulans çağırmak					
16	Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek					

17	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak					
18	Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak					
19	Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)					
20	Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak					
21	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak					
22	Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak					
23	Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)					
24	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek					
25	Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek					
26	Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek					
27	Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)					
28	Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)					
29	Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek					
30	Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığınız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyacağınıza karar vermek					
31	Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)					
32	Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi					

	sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak					
33	Akıl sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak(Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş)					
34	Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (Yönlendirme: gürültü ve kirliliğin azaltılması, yeşil alanlar yaratmak, boş zaman aktiviteleri)					
35	Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması)					
36	İşinizde sağlığınıza iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak					
37	Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak					
38	Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak					
39	Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)					
40	Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak					
41	Nerede yaşadığınızın sağlığınıza ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek (Yönlendirme: içinde bulunduğunuz topluluk, yaşadığınız çevre)					
42	Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek					
43	Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)					
44	Sağlığınıza iyileştirecek kararlar vermek					
45	İsteddiğinizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak					
46	Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)					
47	Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak					

EK-2: Etik Kurul İzni

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	08.02.2019	Toplantı Numarası	2019/3	Toplantı Saati	09:00	Etik Kurul Kodu
						2011-KAEK-2

78- Doç.Dr.Nazlı ŞENSOY'un sorumluluğunda yürütülecek olan "Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Genel Sağlık Taramaları ve Sağlık Algısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi" konulu Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için başvuru dosyası tekrar incelendi. Araştırma protokolüne uyularak, Sağlık Bakanlığı'nın 13.04.2013 tarih 28617 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmeliği ve yayımlanan klavuzlarında belirtilen hususlar dikkate alınarak, sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere araştırmanın yapılmasında etik sakınca olmadığına toplantıya katılan üyelerin **oy birliği** ile karar verildi.

ASLIĞUBİDİR

12.02.2019

Dr.Öğr.Üyesi Evrim Suna ARIKAN TERZİ

Raportör

EK-3: İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni

T.C.
AFYONKARAHİSAR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Komisyon Karar Tarihi 29/04/2019

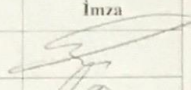
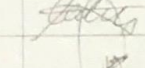
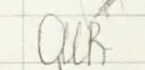
Komisyon Karar No: 2019 / 12

Konu: " Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Genel Sağlık Taramaları ve Sağlık Algısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi " konulu araştırma izin talebinin değerlendirilerek karara bağlanması.

KOMİSYON KARARI

Müdürlüğümüz Kamu Hastaneleri Başkanlığında Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu belirtilen tarihte toplanmış olup; Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Nazlı ŞENSOY'un sorumluluğunda Arş Gör.Dr. Zeliha ALAGÖZ EKTİ'nin Müdürlüğümüze bağlı Erken Aile Sağlığı Merkezi, Nuri Bey Aile Sağlığı Merkezi, 3 No'lu, 5 No'lu ve 6 No'lu Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılacak olan çalışma talebi, Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir. İlgili Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışma kapsamında görev alacak olan Arş Gör.Dr. Zeliha ALAGÖZ EKTİ'nin konusu yukarıda belirtilen çalışmayı; kişilerin mağduriyetini içeren bilgilerin korunması, kişisel bilgilerinin kullanılmaması şartıyla, başvuruda belirttiği süre (01/07/2019 - 31/12/2019) içerisinde ve ETİK Kurulu onayı alındıktan sonra yapması uygun görülmüştür.

BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Görev Ünvanı	Personel Adı ve Soyadı	Ünvanı	İmza
Başkan	Op.Dr.Özgür EROĞUL	Başhekim Yrd.	
Üye	Uzm.Dr.Fatih ÇAPANÖĞLU	Başhekim Yrd.	
Üye	Uzm.Dr.Ramazan AKBAY	Biyokimya Uzmanı	
Üye	Ecz.Özgür ATA	Eczacı	
Üye	Av.Üğür AYDOĞAN	Avukat	

OLUR

29/04/2019

Uzm. Dr. Serhat KORKMAZ
İl Sağlık Müdürü