

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**İZMİR İLİ BALÇOVA İLÇESİNDEKİ ÖĞRETMENLERDE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN SAĞLIKLI YAŞAM
DAVRANIŞLARIYLA İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ**

DR. MERVE IŞIK

UZMANLIK TEZİ

İZMİR

2022

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**İZMİR İLİ BALÇOVA İLÇESİNDEKİ ÖĞRETMENLERDE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN SAĞLIKLI YAŞAM
DAVRANIŞLARIYLA İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. MERVE IŞIK

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYELERİ

Doç. Dr. Hatice Şimşek Keskin

Prof. Dr. Alp ERGÖR

İÇİNDEKİLER	I
TABLO DİZİNİ	IV
ŞEKİL DİZİNİ	V
KISALTMALAR	VI
TEŞEKKÜR	VIII
ÖZET	1
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Giriş	3
1.2. Amaç	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Okuryazarlık Kavramı	6
2.2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı	6
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı kavramsal çerçevesi	7
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	9
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlıklı Yaşam İlişkisi	12
2.2.4. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	13
2.2.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri	16
2.2.6. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)	18
2.3. Sağlıklı Yaşam Davranışları	19
2.3.1. Sağlıklı beslenme	20
2.3.2. Fizik aktivite	22
2.3.3. Sigara Kullanımı	23
3. YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Çıkış Noktası	26
3.3. Araştırmanın Evreni, Örneği ve Örnek Seçim Yöntemi	26
3.4. Araştırma Veri Formu	26
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.5.1. Bağımlı Değişkenler	27
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	27
3.5.3. Olası Karıştırıcı Etmenler	27

3.5.4. Diğer değişkenler	28
3.5.5. Değişkenlerin Tanım ve ölçütleri	28
3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	35
3.7. Ulaşma Oranı	35
3.8. Veri Analizi	35
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları	35
3.10. Araştırmanın Etik Kurul Onayı ve İzinler	36
3.11. Araştırmanın Bütçesi	36
3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	37
4. BULGULAR	38
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	38
4.1.1. Sosyodemografik Bulgular	38
4.1.2. Beden Algısı ve Beden Kütle İndeksi ile Bulgular	39
4.1.3. Sağlık Algısı ve Kronik Hastalık ile Bulgular	40
4.1.4. Beslenme Alışkanlıkları ile İlgili Bulgular	42
4.1.5. Fizik Aktivite ile İlgili Bulgular	44
4.1.6. Sigara Kullanımı ile İlgili Bulgular	45
4.1.7. Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Bulgular	46
4.2. Nedensel Bulgular	47
4.2.1. Sigara Kullanımı ile İlişkili Etmenler	47
4.2.2. Sağlıklı Beslenme ile İlişkili Etmenler	48
4.2.3 Fiziksel Aktivite ile İlişkili Etmenler	50
4.2.4. Sigara Kullanımı ile İlişkili LR Analizleri	51
4.2.5. Sağlıklı Beslenme ile İlişkili LR Analizleri	52
4.2.6. Fiziksel Aktivite ile İlişkili LR Analizleri	53
5. TARTIŞMA	55
5.1. Öğretmenlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	55
5.2. Öğretmenlerin Sigara Kullanım Durumu ve SOY Düzeyi ile Sigara Kullanımı İlişkisi	57
5.3. Öğretmenlerde Sağlıklı Beslenme Durumu ve SOY Düzeyi ile Sağlıklı Beslenme İlişkisi	62
5.4. Öğretmenlerde Fiziksel Aktivite Durumu ve SOY Düzeyi ile Fiziksel Aktivite İlişkisi	67

5.5. Çalışmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
6.1. Sonuçlar	74
6.2. Öneriler	74
7. KAYNAKLAR	76
8. EKLER	97
EK-1: Okul Listesi	97
EK-2: Veri Toplama Formu	98
EK-3: Etik Kurul Onay Formu	103
EK-4: Valilik İzni	105



Tablo 1. TSOY-32'nin 2X4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları	32
Tablo 2. Yetişkinlerde beden kütle indeksi sınıflandırması	34
Tablo 3. Öğretmenlerin sosyodemografik özellikleri	38
Tablo 4. Öğretmenlerin beden ağırlığı algısı ve beden kütle indeksine göre dağılımları	40
Tablo 5. Sağlık algısı ve kronik hastalık varlığına ilişkin özelliklerin dağılımı	41
Tablo 6. Öğretmenlerin beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı	43
Tablo 7. Öğretmenlerin beslenme alışkanlıklarına göre gruplandırılmış dağılımı	44
Tablo 8. Öğretmenlerin fiziksel aktivite durumuna göre dağılımı	45
Tablo 9. Öğretmenlerin sigara kullanımı ile ilgili özelliklerinin dağılımı	46
Tablo 10. Öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyine göre dağılımları	47
Tablo 11. Sağlık okuryazarlığına ve olası karıştırıcı etmenlere göre sigara kullanım durumu	47
Tablo 12. Sağlık okuryazarlığına ve olası karıştırıcı etmenlere göre sağlıklı beslenme durumu	49
Tablo 13. Sağlık okuryazarlığına ve olası karıştırıcı etmenlere göre fiziksel aktivite durumu	50
Tablo 14. Sağlık okuryazarlığına ve olası karıştırıcı etmenlere göre sigara kullanım durumu – LR analiz sonuçları	52
Tablo 15. Sağlık okuryazarlığına ve olası karıştırıcı etmenlere göre sağlıklı beslenme durumu – LR analiz sonuçları	53
Tablo 16. Sağlık okuryazarlığına ve olası karıştırıcı etmenlere göre fiziksel aktivite durumu – LR analiz sonuçları	54

ŞEKİL DİZİNİ**Sayfa No**

Şekil 1. Entegre Sağlık Okuryazarlığı Modeli	9
Şekil 2. Sağlık okuryazarlığı çerçevesine müdahale için potansiyel noktalar	11
Şekil 3. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması'nda genel sağlık okuryazarlığı düzeyine göre fiziksel aktivite sıklığı	13
Şekil 4. Araştırmanın zaman çizelgesi	37



KISALTMALAR

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistiksel Paket Programı)

SS: Standart Sapma

GA: Güven Aralığı

OR: Odds Ratio

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

WHO: World Health Organization

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

HLS-EU-Q47 European Health Literacy Survey-Questionnaire 47 (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-47)

SOYA-AB: Sağlık Okuryazarlığı Anketi – Avrupa Birliği

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

AHLS: Adult Health Literacy Scale (Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği) (YSOÖ)

NVS Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Belirti Testi)

REALM Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

REALM-R (Rapid Estimate of Adult Literacy in Revised-Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü-Revize)

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

STOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults-Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Kısa Testi)

WRAT (Wide Range Achievement Test-Geniş Kapsamlı Başarı Testi)

HALS (Health Activities Literacy Scale-Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği)

eHEALS (eHealth Literacy Scale - Elektronik Sağlık Okuryazarlık Ölçeği)

SAHLSA (Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults)

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

TSA: Türkiye Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

SBBK: Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım

IPAQ: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

BKİ: Beden Kütle İndeksi

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

KGTA: Küresel Gençlik Tütün Araştırması

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

SB: Sağlık Bakanlığı

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

HSM: Halk Sağlığı Müdürlüğü

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecimin her aşamasında benimle bilgi ve birikimini paylaşan, çıkmaza girdiğim her durumda yol gösteren, desteğini her zaman hissettiğim, örnek aldığım değerli danışman hocam Prof. Dr. Alp ERGÖR'e ve Doç. Dr. Hatice Şimşek Keskin'e sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini ve katkısını esirgemeyen değerli Hocam Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Yücel DEMİRAL'a saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Halk Sağlığı yaklaşımımı şekillendiren, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, mesleki gelişimim kadar kişisel gelişime de büyük katkılar sağlayan tüm Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, zor günlerde desteğini gördüğüm, veri toplama aşamasında katkı veren tüm çalışma arkadaşlarıma ve anabilim dalı çalışanlarına teşekkür ederim.

Tezimin alan çalışması sırasında destek olan Balçova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne ve bünyesindeki tüm okulların idareci ve öğretmenlerine teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca benim ben olmamı sağlayan, üzüldüğümde üzülen, sevinince sevinen, annem, babam ve özellikle kız kardeşime varlıkları için teşekkür ederim.

Varlığı ve sevgisi bana her zaman güç veren sevgili eşim Ali'ye, en değerli varlığım kızım Asya'ya sonsuz teşekkür ederim.

İZMİR İLİ BALÇOVA İLÇESİNDEKİ ÖĞRETMENLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARIYLA İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Günümüzde sağlık kavramı; sadece hastalıkları ortadan kaldırmaktan oluşmaz, aynı zamanda bireylerin sağlığını devam ettirmek, korumak ve geliştirmek için onlara sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmayı da amaçlamaktadır. Bu nedenle kişilerin sağlıklı olabilmeleri için sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri ve uygulayabilmeleri gerekmektedir. Tümüyle sağlıklı bir yaşam tarzının önemi tartışmasız olmakla birlikte, çalışmalar sadece birkaç sağlıklı davranışın benimsenmesinin bile hastalık riski üzerinde önemli bir yarar sağladığını açıkça ortaya koymaktadır. Bu nedenle sağlığın geliştirilmesinde ana etmen bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaları olarak görülmektedir.

Sağlıklı bir yaşam biçimi ise sağlık bakım hizmetlerinden nasıl yararlanacağını ve sağlığı koruyucu bilgileri bilme, anlama ve kullanmayı gerektirir. Bu sağlık bilgilerine ulaşma, anlama ve kullanma süreci için gerekli yetenek sağlık okuryazarlığıdır.

Araştırmanın amacı, İzmir ili Balçova ilçesindeki anaokulu, ilkokul, ortaokul ve liselerde görevli öğretmenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilişkisini belirlemektir.

YÖNTEM: Kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Balçova ilçesindeki tüm kamu anaokulu, ilkokul, ortaokul ve liselerinde 2018-2019 eğitim yılında görev yapan öğretmenler oluşturmaktadır. Evren büyüklüğü 584 kişidir. Örnek seçilmemiş tüm okullar araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm katılımcılara sağlık okuryazarlığı ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanan anket uygulanmıştır. Bağımlı değişkenler, sağlıklı yaşam davranışları; sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sigara kullanım durumudur. Bağımsız değişkenler; sosyodemografik özellikler, sağlık okuryazarlığı ve diğer değişkenlerdir. Veri toplama aracı, Mart-Nisan-Mayıs 2019'da öğretmenler tarafından araştırmacının gözlemi altında okul ortamında doldurulmuştur. Veri analizi SPSS 21.0 kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular; kategorik değişkenler için yüzde dağılımları, sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma biçiminde sunulmuştur. Bağımsız değişkenlerin sağlık davranışları ile ilişkilerini belirlemede tek değişkenli analiz olarak ki-

kare; çok değişkenli analiz olarak Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır.

BULGULAR: Çalışmada 512 kişiye (%87.6) ulaşılmıştır. Yaş ortalaması 45.7 ± 0.3 'dür (23-64). Öğretmenlerin %73.8'i kadın, %81.0'ı evli, %87.7'si lisans mezunu, %90.1'inin aile yapısı çekirdek ailedir. Okul dağılımına bakıldığında çoğunluğun (%36.7) ortaokulda çalıştığı görölmektedir. Katılımcıların %65.3'ü gelirinin giderine denk olduğunu, %17.1'i çocuk sahibi olmadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, %9.6'sı yetersiz, %42.2'si sorunlu-sınırlı, %30.7'si yeterli, %17.5'i mükemmel olarak saptanmıştır. Yetersiz ve sorunlu-sınırlı düzeyi beraber değerlendirdiğimizde araştırma grubunun kabaca yarısının (%51.8) sağlık okuryazarlığının kısıtlı olduğu söylenebilir. Çalışmaya katılan öğretmenlerin sağlıklı beslenme sıklığı %43.2, yeterli fizik aktivite yapanların sıklığı %16.0, her gün en az 1 adet sigara kullananların sıklığı %24.0 olarak saptanmıştır. Çok değişkenli analizlerde; erkeklerde 2.1 kat ($OR=2.123$, %95GA=1.341-3.360), evli olmayanlarda 1.8 kat ($OR=1.794$, %95GA=1.009-3.190), ailesinde sigara kullanım öyküsü olanlarda 2.4 kat ($OR=2.422$, %95GA=1.615-3.632) sigara kullanım riski yüksektir. Çocuk sahibi olmak sigara kullanımı açısından koruyucu bulunmuştur ($OR=0.455$, %95GA=0.248-0.836). Erkeklerde sağlıklı beslenmeme riski 2 kat ($OR=2.044$, %95GA=1.258-3.322) yüksektir. SOY düzeyi mükemmel olanlara göre, SOY düzeyi yetersiz-sınırlı olanlarda 2.7 kat ($OR=2.693$, %95GA=1.273-5.695), SOY düzeyi yeterli olanlarda 3.1 kat ($OR=3.175$, %95GA=1.369-7.367), fiziksel inaktivite-düşük aktivite riski yüksektir.

SONUÇ: Öğretmenlerin yarısından fazlasında sağlık okuryazarlığı kısıtlı düzeydedir. Öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseltilerek özellikle fiziksel aktivite alışkanlığı kazanmaları ve bu konuda rol model olmaları sağlanabilir. Bu sayede düzenli fiziksel aktiviteyi sürdürebilir kılmak mümkün olabilir. Görece yeni bir konu olan sağlık okuryazarlığı alanında yapılacak araştırmalar, ilişkili faktörlerin daha iyi anlaşılmasını sağlayacak ve bu konuda yapılacak müdahalelere yol gösterecektir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: sağlık okuryazarlığı, sağlık davranışları, öğretmen

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Giriş

Dünyada ölümlerin %76.4'ü kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve kronik akciğer hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) nedeniyle meydana gelmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin yaklaşık dörtte üçü ile, erken ya da 70 yaşına gelmeden meydana gelen ölümlerin %82'si düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Yine ülkemizde de ölümlerin %88'i BOH nedeniyle gerçekleşmektedir ve bu hastalıklardan erken ölüm riski %17'dir (1).

Mortalitesi bu kadar yüksek olan BOH'ın temel nedeninin ise olumsuz sağlık davranışları olduğu birçok araştırmayla ortaya konulmuştur. Bu hastalıklara karşı korumada birçok yaklaşım önerilmektedir ancak çok sayıda çalışmada, hastalıkların gelişiminde öncü olan sigara, kötü beslenme, azalmış fiziksel aktivite ve obezite gibi değiştirilebilir yaşam tarzı faktörlerine vurgu yapılmıştır. Dolayısıyla ciddi bir mortalite yükü oluşturan BOH ve bunlara bağlı ölümler, aslında sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri ile önemli oranda önlenabilmektedir. Bunun içinse bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı alışkanlıklarını kazanması gereklidir. Bu davranışların kazanımı kronik hastalıkların önlenmesi dışında, kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılmasında ve sağlıklı yaşlanmada da büyük önem taşımaktadır. Ayrıca kronik hastalıkların tanı, tedavi ve bakım maliyetlerinin de önemli ölçüde azalmasına katkı sağlayacaktır (2).

Ancak günlük yaşam sırasında, sağlıksız ve zararlı faktörlerin tamamından sürekli olarak kaçınmak çok kolay değildir çünkü bunların çoğu toplumsal dinamiklerin (üretim ilişkileri, çalışma koşulları, barınma sorunları, çevresel maruziyetler vb.) sonucunda ortaya çıkan faktörlerdir. Bireysel yaşam tarzı değişiklikleriyle bu risklerin tamamıyla başa çıkamamamızın temel nedeni de budur. Bu nedenle, yaşamımızdaki risk faktörlerini ve sağlık üzerinde zararlı etkilere yol açan nedenleri mümkün olduğunca azaltabildiğimiz bir yaşam tarzı daha makul bir yaklaşım olacaktır. Tümüyle sağlıklı bir yaşam tarzının önemi tartışmasız olmakla birlikte, çalışmalar sadece birkaç sağlık davranışının benimsenmesinin dahi hastalık riski üzerinde önemli bir yarar sağladığını açıkça ortaya koymaktadır (2). Tüm bu gerekçelerle sağlığın geliştirilmesinde ana etmen, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaları olarak görülmektedir (3).

Bununla birlikte sağlıklı bir yaşam biçimi, yalnızca hastalıklardan korunmak değil aynı zamanda yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran sağlığı geliştirici davranışları sergilemeyi de içermelidir. Bireylerin, bu davranışları uygulayabilmeleri içinse, sağlık bakım/tedavi hizmetlerinden nasıl yararlanacağını ve sağlığı koruyucu bilgileri bilmesi, anlaması ve kullanması gerekmektedir. Tüm bu süreçler için gerekli yetenek “sağlık okuryazarlığı”dır. Sağlık okuryazarlığının arttırılması ile sağlık hizmetlerinin etkin ve doğru kullanımı, kalıcı sağlık davranış değişiklikleri için harekete geçilmesi sağlanabilecektir (4).

Bu kapsamda, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık: 21 Hedef” deklarasyonunda “bireyler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemelidir” (Hedef 11) ve “tüm sektörler sağlıkla ilgili sorumluluklarını kabul etmelidir” (Hedef 14) ifadelerine yer vermiştir (5). Aynı zamanda sağlığın geliştirilmesinin üç temel unsurundan biri olarak sağlık okuryazarlığını işaret etmiştir (6).

Ülkemizde de, T.C. Sağlık Bakanlığı’nın 2019-2023 Stratejik Planı’nın ilk amacı, “Sağlıklı yaşamı teşvik etmek ve yaygınlaştırmak” olarak belirlenmiştir. Bu amacın hedefleri ise,

- Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazandırmak ve geliştirmek
- Hareketli hayat alışkanlıklarını kazandırmak ve geliştirmek
- Tütün ve tütün ürünleri ile mücadeleyi sürdürmek ve kullanımlarını azaltmak
- Alkolün zararlı etkilerinden tüm toplumu korumak
- Uyuşturucu kullanım oranlarını azaltmak
- Ruh sağlığına ilişkin risklerden bireyleri korumak ve ruhsal bozukluklar konusunda farkındalığı artırmak
- Toplumsal farkındalığı artıracak sistematik iletişim faaliyetleri ile sağlıklı hayat tarzını yaygınlaştırmak
- Kendi sağlığının önemini farkında olan, sağlık sistemini etkin olarak kullanan ve sağlık okuryazarlığı yüksek bir toplum oluşturmak olarak belirtilmiştir (7).

Bireylerin ve toplumların sağlık davranışlarındaki değişim bilgi düzeylerine, bu bilgiyi süzgeçten geçirip özümseyerek, kullanabilme becerisine sahip olmalarıyla ilişkilidir. Bu da ancak sağlık okuryazarlığı ile mümkün kılınabilir. Dolayısıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaygınlaştırıp geliştirilebilmek için stratejileri belirlerken öncelikle hedef

kitlenin SOY düzeyini tanımlamak gereklidir. Böylelikle bireylerin gereksinimleri doğrultusunda müdahale ve eğitim programları planlanabilir (8).

1.2. Amaç

Araştırmanın amacı:

1. İzmir ili Balçova ilçesindeki kamu okullarında çalışan öğretmenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyini saptamak
2. İzmir ili Balçova ilçesindeki kamu okullarında çalışan öğretmenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyini ve sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilişkisini belirlemektir.

2. Genel Bilgiler

2.1. Okuryazarlık kavramı

“Okuma-yazma” kavramı ile ‘okuryazarlık’ farklı kavramlardır. “Okumak ve yazmak” yazı sembollerini öğrenip bunları kullanma yeteneğidir. Yani okunan sembollerini anlayabilmek ‘okumak’, düşünceyi sembolere aktarmak ise ‘yazmak’tır. Okuryazarlık ise, bir konuda bilgi sahibi olma, söz konusu alandaki bilgiyi anlama, yorumlama, değerlendirme becerisidir (9).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı kavramı

“Sağlık Okuryazarlığı (SOY)” terimi, ilk kez 1974 yılında “sosyal politika olarak sağlık okuryazarlığı” başlıklı çalışmada kullanılmıştır. 1990’lı yıllarda, insan sağlığı üzerine etkisinin büyük olacağı düşüncesi ile yeniden tanımlanmaya ve tartışılmaya başlanmış; 2000’li yıllarda konuya ilişkin araştırma ve uygulamalar uluslararası kuruluşların da gündemine alınmıştır (10). DSÖ “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” ni sağlık okuryazarlığı olarak tanımlamaktadır (11). Tıp Enstitüsü’nün 2004 yılında yayınladığı çalışma raporunda bu tanım “bireysel olarak sağlık ile ilgili uygun kararların verilmesi için gerekli sağlık bilgisini ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi” olarak detaylandırılmıştır (12, 13). 2013 yılına gelindiğinde ise sağlık okuryazarlığının genel okuryazarlık ile ilişkisine vurgu yapan Sorensen ve ark, sağlık okuryazarlığı tanımını; “bireylerin yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleri” şeklinde genişletmişlerdir (14, 15).

Sağlık okuryazarlığı; sağlık bakımı için yerine getirilmesi gereken kuralları uygulama, tıbbi eğitim broşürlerini, reçete edilen ilaçlarla ilgili talimatları, randevu kartlarını, doktorların açıklamalarını, hastanelerdeki onam formlarını anlama ve karmaşık sağlık sistemleri ile baş edebilme yeteneğini içerir. Ancak sağlık okuryazarlığı tanımı bununla da sınırlı değildir (16, 17). Sağlık okuryazarlığı, kişinin hem kendi hem de toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla doğru bilgi ve hizmete ulaşma ile bu bilgi ve hizmeti kullanabilme yeteneğini de kapsar. Ayrıca kaynakların doğru kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını ve böylece yaşam biçimini değiştirebilecek düzeyde bireyin kendi sağlığının

ve toplum sağlığının üzerinde yetkin olmasını da güçlendirir (17, 18). Zira kaliteli bir sağlık hizmeti için, hastaların öncelikle şikâyetlerini doğru anlatabilmeleri ve semptomları olduğu gibi tanımlayabilmeleri gerekmektedir. Konuyla ilgili yerinde sorular sormaları, buna karşılık tıbbi önerileri ve tedavi yönergelerini anlayabilmeleri ideal koşullarda hastalardan beklenen özelliklerdir (19).

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı kavramsal çerçevesi

Sağlık okuryazarlığı kavramını açıklayabilmek için çeşitli kavramsal çerçeveler oluşturulmuştur. Bu konuda önemli araştırmacılarından Nutbeam 2008 yılında, sağlık okuryazarlığını 3 alt boyutta değerlendirmiştir (16).

İşlevsel (Fonksiyonel) sağlık okuryazarlığı: Bireylerin günlük yaşamlarında gereken en temel sağlık bilgisi ve bu konudaki okuma, yazma, hesaplama becerisidir. Sağlık risklerine ve sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin eğitim materyallerini (reçeteleri, prospektüsleri ve bakım için gerekli bilgileri) okuyup anlayabilme, sağlık çalışanları ile uygun şekilde iletişime geçebilme, verilen ilaçları uygun doz ve şekilde kullanabilme örnek olarak verilebilir (16).

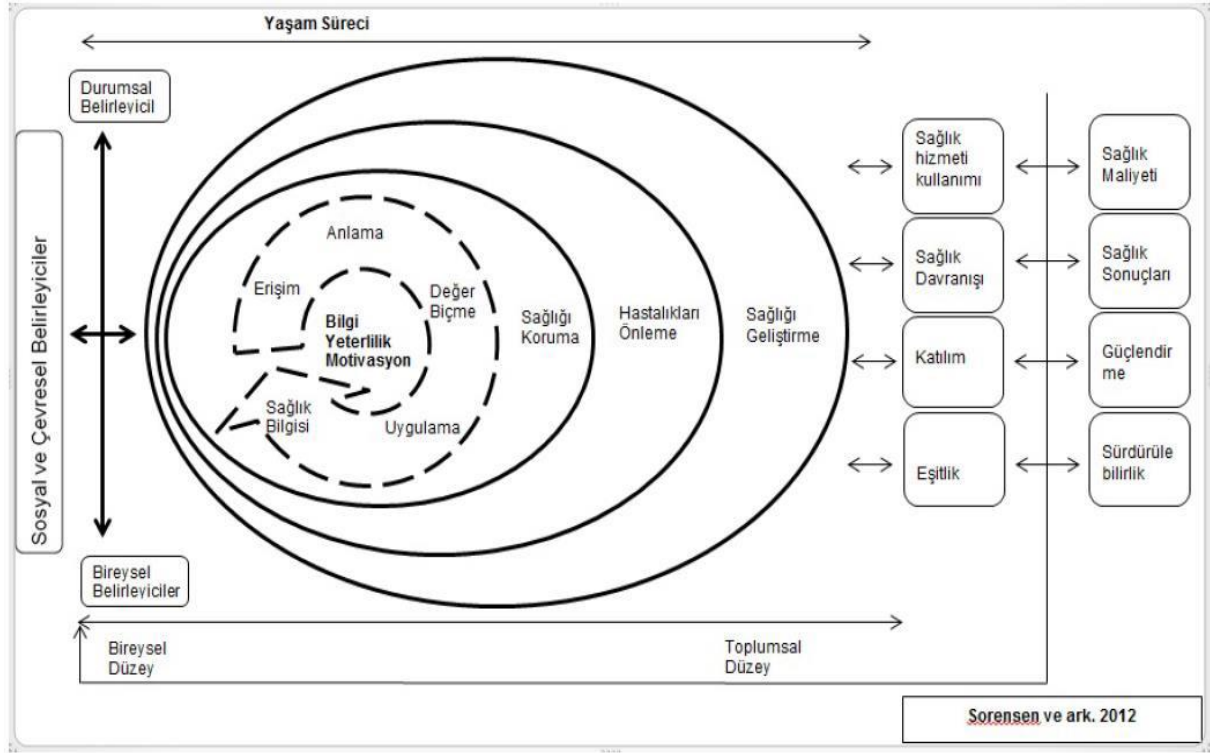
Etkileşimli sağlık okuryazarlığı: Bireylerin bilişsel kazanımlarını ve sosyal becerilerini içerir. Sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama, bilgileri kullanarak analiz yapabilme örnek olarak verilebilir (16).

Eleştirel sağlık okuryazarlığı: Sağlıkla ilgili bilginin eleştirel olarak analiz edilmesinde, sağlık kararlarının verilmesinde kullanılan ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri içerir. Bu düzeydeki kişiler, sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz edebilir, sağlığın sadece bireysel belirleyicilerine göre değil, sosyal, çevresel ve ekonomik belirleyicilerine göre davranabilir, sağlık çalışanları ile etkin iletişim kurabilirler (16).

Sorensen'e göre, sağlık okuryazarlığı kavramı farklı boyutlardaki birçok bilgiyi gerektirmektedir ancak mevcut modellerin çoğu statik bir yapıdadır ve sağlık ile ilgili bilgiye erişme, anlama ve kullanma gibi sağlık okuryazarlığının adımlarını içeren süreci net bir şekilde ortaya koyamamıştır. Bu modeller, sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörleri belirleme ve bu faktörlerin sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık çıktıları, sağlık maliyetleri üzerindeki etkilerini açıklamada yetersiz kalmıştır. Buna yönelik, Sorensen ve ark. 2012 yılında, mevcut modellere ait temel ölçüleri de yansıtan ve bütünleyici bir model olan Şekil 1'de ki "Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli" ni sunmuşlardır. Bu modelde, merkezde bilgi, yeterlilik ve motivasyon yer almakta ve matriksin ilk halkasını erişim-anlama-değer

biçme-uygulama oluşturmaktadır. Burada erişim; sağlık bilgilerini arama, bulma ve elde etme yeteneği, anlama; sağlık bilgilerini kavrama yeteneği, değer biçme; sağlık bilgilerini yorumlama, kıyaslama ve değerlendirme yeteneği, uygulama; sağlığı koruma ve iyileştirme kararını vermek için bilgiyi iletme ve kullanma yeteneğidir. Bir bütün olarak matriks değerlendirildiğinde, sağlık okuryazarlığının 4 içeriğinin (sağlık bilgisine ulaşma, ulaşılan bilgiyi anlama, bilgiyi yorumlama, bilgiye uygun davranış geliştirme), 3 ayrı sağlık etkinlik alanına (sağlığı koruma, hastalıkları önleme, sağlığın geliştirilmesi) uygulandığı görülmektedir. "Sağlığın korunması" özellikle risk faktörleri ile ilgili bilgilere ulaşabilmeyi, anlayabilmeyi, yorumlayabilmeyi ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanabilmeyi içermektedir. "Sağlığın geliştirilmesi" özellikle sağlığın sosyal ve fiziksel çevre ile ilgili belirleyicilerine dair sağlık bilgilerine ulaşabilmeyi, kavrayabilmeyi, yorumlayabilmeyi ve karar verirken kullanabilmeyi içermektedir. Modelde, bireysel ve toplumsal düzeyin etkileşim içinde olduğu gösterilmiş ve kişisel, çevresel, sosyal belirleyiciler de modele dahil edilmiştir. Bu nedenle modele 'Entegre sağlık okuryazarlığı' modeli de denilmektedir (15).

Modelde görüldüğü üzere sağlık okuryazarlığı sadece sağlık sektörünü ilgilendirmemektedir. Bireylerin ailesinden ve okuldan aldığı eğitimle başlayıp, sosyal ve çevresel etkilerle gelişmekte, sonra yine kişinin kendisi, çevresi ve toplumun sağlık düzeyini etkilemektedir. Modeldeki bireysel belirleyicilere; yaş, cinsiyet, ırk, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey, çalışma durumu, meslek ve gelir düzeyi, durumsal belirleyicilere sosyal destek, aile ve arkadaş etkisi, medya kullanımı ve fiziksel çevre örnek verilebilir. Sosyal ve çevresel belirleyicilerde ise demografik yapı, kültür, dil, sosyal sistem ve politik ortam vurgulanmıştır (15).



Şekil 1. Entegre sağlık okuryazarlığı modeli (15)(Aktaran: Özdemir, 2018)(20)

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Ottawa’da, 1986 yılında yapılan “Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı” sonunda yayınlanan “Ottawa Şartı”nda “sağlığı geliştirme” çalışmalarının sadece sağlık sektörünün gayreti ile başarılmasının mümkün olmadığı belirtilmiştir. Sağlığı geliştirme, çok sektörlü bir yaklaşımdır ve ulusal-yerel yönetimler, eğitim sektörü de sağlığı geliştirme konusunda sorumluluk almalıdır. Ottawa’da önemi daha da pekişen sağlığı geliştirme kavramıyla birlikte sağlık okuryazarlığı perspektifi de genişlemiştir. Sağlığı korumak ve geliştirmek için yapılan, sağlıklı beslenme, sigara ve alkol kullanmama, fiziksel aktivite, kişisel hijyen, riskli sağlık davranışlarından kaçınma gibi sağlık davranışlarının uygulanabilmesi için; gerekli sağlık bilgilerinin topluma “anlaşılır” dille ve ulaşılabilir araçlarla iletilmesi, diğer taraftan da toplumun bu bilgilere ulaşabilmesi, anlaması, yorumlaması ve bu bilgiler ışığında uygun sağlık davranışı geliştirmesi gerekmektedir. Bu, ancak “sağlık okuryazarlığı” ile mümkündür (21).

Sağlık okuryazarlığı kavramı, özellikle bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda daha fazla uygulama alanı bulmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmak için, bu hastalıkların oluşumunda rolü olan faktörlerden değiştirilebilir olanlara yönelik müdahaleler yapılır. Bu müdahaleler de çoğu kez kişilerin sağlık davranışlarında değişiklik yapması

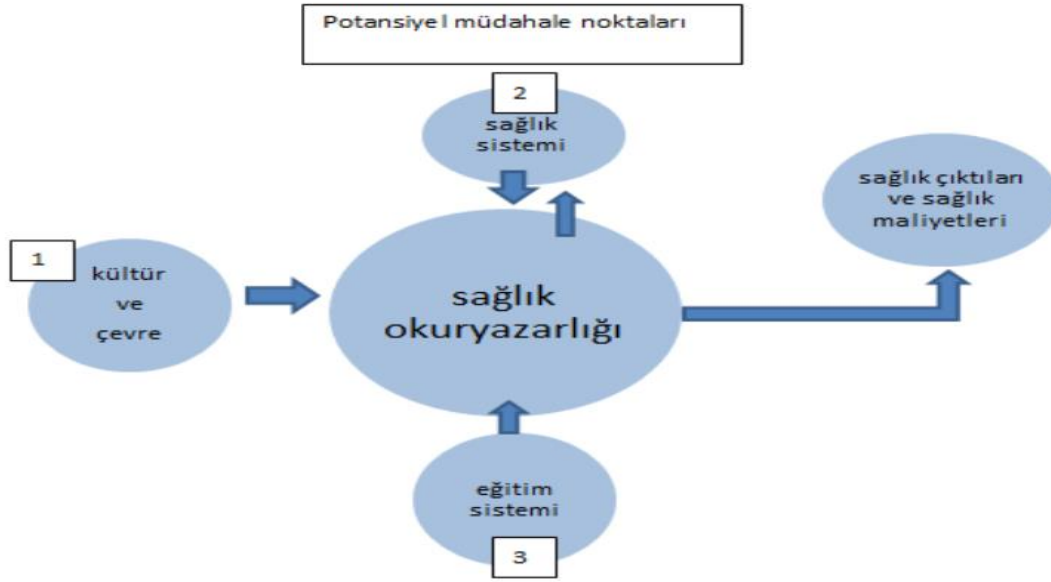
gereğini ortaya çıkarır. Örneğin düzenli olarak egzersiz yapmayan veya sigara, alkol gibi sağlığa zararlı alışkanlıkları olanların bu davranışlarını değiştirmesi beklenir. Bunu sağlamak için çeşitli eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapılır, ancak bu eğitim ve bilgilendirme müdahalelerinin etkisi bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre farklı ölçülerde etki yaratmaktadır (22). Bu nedenle yaşamın erken dönemlerinde başlayan ve uzun vadeli sürdürülebilir sağlık okuryazarlığı eğitimi; bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemek için önemli bir araç olarak görülmektedir (23).

Bununla birlikte, COVID-19 salgınıyla açıkça görüldü ki; sağlık okuryazarlığı bulaşıcı hastalıklar için de oldukça önemli yere sahiptir (24). Yaşanılan süreçte insanlar birçok tıbbi terimle karşı karşıya kalmış ve bu kavramları anlamlandıramamıştır. Salgının kontrol altına alınabilmesi, tedbirlerin öneminin anlaşılması ve sonrasında uygulamaya geçilmesi ile gerçekleşebilir. SOY düzeyi yüksek olursa tüm bu süreç kolaylaştırıcaktır (25). SOY açısından bulaşıcı hastalıklarla mücadelede unutulmaması gereken diğer bir durum da aşı karşıtlığıdır. Düşük SOY düzeyinin, aşılarla ilgili bilgi düzeyinin düşük olmasına neden olan başlıca faktörler arasında olduğu belirtilmiştir (26).

Diğer yandan düşük sağlık okuryazarlığının hem bireyler hem de sağlık sistemi üzerinde başka birçok olumsuz etkisi vardır. Bunlar;

- sağlıklı kalma ve koruyucu sağlık hizmetleri (pap smear, mamografi yaptıрма, diş kontrollerine gitme, aşılarını takip etme gibi) ile ilgili bilgi eksikliği ve bu hizmetleri kullanmada sorunlar (27),
- kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği, verilen eğitimleri anlamada güçlük (28,29)
- sağlık sisteminde uygulama güçlükleri, tıbbi geçmişle ilgili yanlış veya eksik raporlar, doktor randevularını kaçırılması, ilaçların zamanlama açısından yanlış kullanımı (28, 29) veya yanlış doz (30),
- kronik hastalık diyetlerine uyum oranlarında azalma ve kronik hastalık yönetim programlarında başarısızlık (31),
- gereksiz hastane başvurularıyla sağlık harcamalarında artış (27)
- hastaneye yatışlarda ve acil servis kullanımında artış (28, 32)
- erken ve artan mortalite (29) olarak özetlenebilir.

Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda, düşük sağlık okuryazarlığı, dezavantajlı gruplar başta olmak üzere toplumun büyük kısmını etkilemesi, mortalite ve morbiditeyi artırması ve altta yatan nedenlerinin önlenabilir olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çözümüne yönelik, sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olan ve müdahale edilmesi gereken alanlar ve çıktılar ise Şekil 2’de gösterilmiştir (12).



Şekil 2. Sağlık okuryazarlığı çerçevesine müdahale için potansiyel noktalar (12)

Şekilde de görüldüğü üzere sadece sağlık sistemini hedef alan çalışmalar, sağlık okuryazarlık düzeyini yükseltmek için yeterli olmayacaktır. Bu nedenle, potansiyel müdahale alanlarının tamamı hedef alınarak sağlık okuryazarlığını geliştirme stratejilerinin belirlenmesi gerekmektedir (12).

Bu kapsamda, 2016 yılında Şanghai’da gerçekleştirilen “9. Küresel Sağlık Geliştirilmesi Konferansı” sonrasında hazırlanan “2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Doğrultusunda” nda tüm dünyada;

- Sağlık okuryazarlığının sağlığın kritik bir belirleyicisi olarak tanınması ve geliştirilmesi için çalışılması,

- Tüm toplumda ve her eğitim düzeyinde sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik stratejilerin geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi önerilmiştir (10).

Sağlıklı İnsan (Healthy People) 2020 hedeflerinde de her ülkenin, bireylerinin sağlığını geliştirmek için sağlık okuryazarlığını artırması hedeflenmiştir (33).

Ülkemizde, sağlık okuryazarlığını geliştirmek için ayrı bir eylem planı bulunmamaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planında “Sağlıklı yaşamı teşvik etmek ve yaygınlaştırmak” olan birinci stratejik amacın hedeflerinden biri “kendi sağlığının öneminin farkında olan, sağlık sistemini etkin olarak kullanan ve sağlık okuryazarlığı yüksek bir toplum oluşturmak” olarak belirlenmiştir.

Buna yönelik stratejiler ise şöyledir;

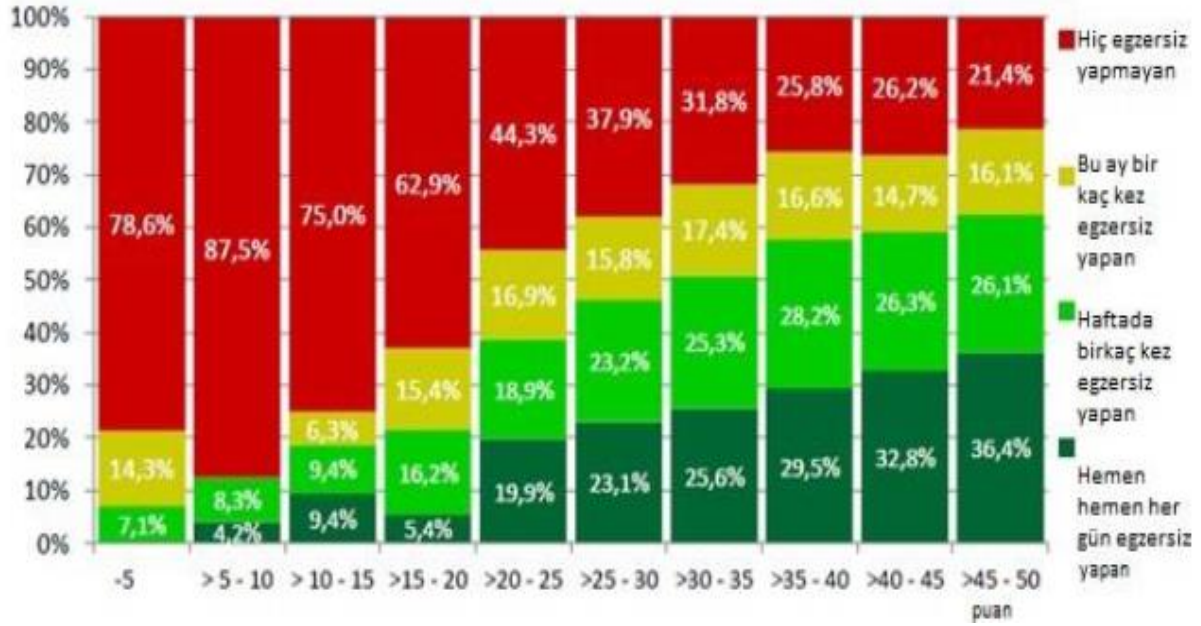
- ‘Yeni nesillerin sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla, MEB ile iş birliği yapılarak ilköğretimde ve ortaöğretimde sağlık eğitiminin etkinliğinin artırılması’
- ‘Toplumun sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik sağlık çalışanlarının farkındalığının ve yetkinliğinin artırılması’
- ‘Toplumun sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik özellikle kadınların farkındalığının ve yetkinliğinin artırılması’
- ‘Toplumun sağlık konusunda doğru bilgi almasını sağlayacak dijital platform ile uygulamaların geliştirilmesi ve süreçler tasarlanması’
- ‘Sağlık savunuculuğu sisteminin hayata geçirilmesi’ (7).

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlıklı Yaşam İlişkisi

Literatürde sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır.

Baker ve ark.nın (2004) Amerika’nın farklı şehirlerinde, “Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığının Kısa Testi”ni kullanarak 65 yaş ve üzeri grupta yaptığı çalışmada SOY düzeyi yeterli olan bireylerin bedensel sağlıklarının daha iyi durumda olduğu saptanmıştır (34). Kim’in (2009) Kore’de yetişkinlerde yaptığı çalışmada, SOY yeterli düzeyde olan bireylerin, SOY düzeyi düşük olanlara göre daha sık fiziksel aktivite yaptıkları belirlenmiştir (35). Zoellner ve ark.nın (2011) çalışmasında SOY düzeyi arttıkça sağlıklı beslenme puanlarının arttığı, Von Wagner ve ark.nın (2007) yaş ortalaması 47 olan 759 İngiliz katılımcısıyla yaptığı çalışmada SOY düzeyi yüksek olanların daha düzenli beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarına sahip oldukları saptanmıştır (36, 37). Olumsuz sağlık davranışlarından biri olan sigara ve alkol (34) kullanımının da SOY düzeyi arttıkça azaldığı gösterilmiştir (34, 37). Bununla birlikte, sağlık okuryazarlığı düşük olanların koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandığı, beslenmelerine daha az dikkat ettiği de bilinmektedir (27, 31).

Sekiz farklı Avrupa Birliği ülkesinde yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması'nda ise sigara kullanımı, alkol kullanımı, obezite ve fizik aktivite durumu olmak üzere dört risk faktörü incelenmiş ve risk faktörlerinin hepsi sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle de fiziksel aktivite, diğer risk faktörleri arasında SOY ile en güçlü ilişkiye sahip olarak belirlenmiştir; SOY düzeyi arttıkça fiziksel aktivite sıklığı artmıştır (38).



Şekil 3. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması'nda genel sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fiziksel aktivite sıklığı (38)

Yine Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması'nda sağlık okuryazarlığı puanı yüksek olan kişilerin sağlık düzeyleri de daha iyi olarak belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı puanı 15'in altında olanlar arasında ancak 10 kişiden biri sağlık algısını "çok iyi" olarak belirtirken, sağlık okuryazarlığı puanı tam olanların yaklaşık yarısı sağlık algısının "çok iyi" olduğunu ifade etmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan katılımcıların genel sağlık düzeyi daha düşük bulunmuştur (38).

Araştırma örnekleri ve Avrupa SOY Çalışması'ndan da anlaşıldığı gibi sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklı yaşam biçimini önemli ölçüde etkilemektedir (22, 39).

2.2.4. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Avrupa Birliği üyesi sekiz ülkeyi (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) kapsayan 15 yaş ve üzeri toplam 8102 kişinin

katılımıyla yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması ile ilgili rapor 2012 yılında yayınlanmıştır. Araştırmada kullanılan Avrupa SOY Araştırması Anketi (SOYA-AB), Avrupa SOY Araştırması Konsorsiyumunca geliştirilip toplam 47 soru kullanılarak 12 alt başlık halinde hazırlanmıştır. Çalışma sonucunda ülkeler aldıkları puanlara göre “yetersiz, sorunlu, yeterli, mükemmel” olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır. Ülkeler total olarak değerlendirildiğinde çalışmaya katılanların %12.0’nin sağlık okuryazarlığı konusunda yetersiz ve %35.0’nin da sorunlu düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Çalışmaya katılan ülkeler arasında “yetersiz” puan alanların oranı %2-%27 arasında değişmiştir. Yetersiz ve sorunlu grup birlikte incelendiğinde ise Hollanda’da katılımcıların %29.0’ı, Bulgaristan’da %62.0’ı bu grupta yer almıştır. Genel eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gruplarda, azınlık gruplarında, yakın zamanda göç etmiş olanlarda, genel sağlık düzeyi düşük olanlarda, uzun süreli sağlık sorunu olanlarda ve yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur (38).

Totalde yeterli ve mükemmel düzeyde SOY’a sahip olanların sıklığı ise sırasıyla %36.0 yeterli ve %16.5 mükemmel olarak bulunmuştur. İrlanda’daki katılımcıların %60.0’ı, Hollanda’daki katılımcıların da %72.0’ı yeterli ve mükemmel SOY düzeyinde puan almıştır. Yeterli ve mükemmel puan alanlar Bulgaristan (%37.0) ve İspanya’da (%42.0) en düşük bulunmuştur.

Çalışmanın sonucunda, genel olarak sağlık okuryazarlığının düşük olduğu, ülkeler arasında farklılıklar olduğu, ülke içinde de bazı grupların bu bakımdan daha duyarlı olduğu ortaya çıkmıştır (38).

Amerika’da yapılmış Ulusal Erişkin Okuryazarlığı Çalışması’nda katılımcıların %12.0’ında yeterli, %53.0’ında orta düzeyde, %22.0’ında temel düzeyde, %14.0’ında temel düzeyin altında sağlık okuryazarlığı saptanmıştır. Özellikle temel düzeyin altında SOY düzeyine sahip olan grubun randevu kâğıtlarını, ilaç etiketlerini, prospektüsleri ve termometreyi okuyamadığı belirtilmiştir (40).

Gazmararian ve ark. tarafından farklı eyaletlerde İngilizce veya İspanyolca konuşan 65 yaş ve üstü 3260 hasta üzerinde gerçekleştirilen çalışmada (işlevsel) SOY incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, anadili İngilizce olan hastaların %33.9’unun, anadili İspanyolca olan hastaların ise %53.9’unun yetersiz ya da düşük okuryazarlık düzeyinde oldukları saptanmıştır. Irk/dil, yaş, eğitim düzeyi, meslek, yetersiz ve düşük sağlık okuryazarlığıyla

anlamli derecede iliskili bulunmuştur. Okuma yetisinin, yaşı bağı olarak ciddi oranda azaldığı gözlenmiştir (41).

Williams ve ark.nın 2659 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri kesitsel bir araştırmada, hastaların kendilerinden istenilen temel okumaları ve hesaplamaları ne ölçüde gerçekleştirebildikleri incelenmiştir. Bunun sonucunda hastaların önemli bir kısmının en temel beş tıbbi yönergeyi okuma ve anlama konusunda yetersiz kaldıkları saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %59.5'i bilgilendirilmiş onam formunu, %4.6'sı aç karnına ilaç alması gerektiğini, %26.0'ı ise bir sonraki randevu tarihini anlayamadığını ifade etmiştir (42).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU) kullanılarak 4979 katılımcıyla yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalama puanı 30.4 bulunmuştur. Bu puan, Avrupa ortalamasının oldukça gerisindedir. Çalışmada erişkin toplumun %64.6'sı, sorunlu (%40.1) veya yetersiz (%24.5) SOY kategorisinde yer almıştır. Bir diğer deyişle; Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, toplumun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermiştir (43).

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması" ise SOY düzeyini ulusal düzeyde ortaya koymuştur. TSOY-32 ölçeği kullanılarak saptanan SOY düzeyine bakıldığında toplumun %30.9'unun yetersiz, %38.0'ının sorunlu-sınırlı, %23.4'ünün yeterli, %7.7'sinin ise mükemmel düzeyde olduğu görülmektedir. Araştırma ile sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarla sorunlu-sınırlı olanların toplamının %68.9 olduğu görülmektedir. Bu iki kategoriyi kısıtlı olarak değerlendirirsek; kısıtlı sağlık okuryazarlığının ülkedeki her on kişiden yedisini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak öne çıktığı saptanmıştır. Öte yandan Türkiye, %30.9 yetersiz SOY oranı ile Avrupa ve Amerika'daki yetersiz SOY düzeyinin yaklaşık iki katına sahip bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması'na katılan ülkelerle karşılaştırıldığında ise Türkiye'nin, Avrupa grubundaki en kötü durumda ülke olan Bulgaristan'ın da gerisinde kaldığı görülmektedir (44).

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan 1199 sağlık personelinin SOY düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada ise genel SOY indeksine göre katılımcıların; %5.3'ü yetersiz, %28.0'ı sorunlu, %32.4'ü yeterli, %33.5'i mükemmel düzeyde SOY kategorisinde yer almıştır. Katılımcıların genel SOY indeksi ve alt indekslerin tamamında ortalama puanlar yeterli SOY (>33-42 puan) düzeyinde bulunmuştur (45).

Yine Ankara il merkezinde bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran on sekiz yaşı üstü kişilerin SOY düzeyi ve belirleyicilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir araştırmada, katılımcıların %18.8'inin yetersiz, %47.8'inin sorunlu-sınırlı, %24.5'inin yeterli ve %8.9'unun mükemmel SOY düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (46).

Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının Türkiye'de sorunlu bir alan olduğuna ve sağlık sistemindeki her türlü iyileştirme ve kalite geliştirme çalışmasında başarı için, öncelikle ve hızlı bir şekilde toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılmasına yönelik girişimlerde bulunulmasına ihtiyaç duyulduğuna dikkat çekmektedir (43).

2.2.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri

Toplumlarda SOY düzeyini belirlemek oldukça güçtür. Üstelik sağlık okuryazarlığını ölçmenin en uygun yolu hakkında ortak bir görüş bulunmamaktadır. Mevcut sağlık okuryazarlık değerlendirme testleri daha çok işlevsel-temel okuryazarlık düzeylerini tespit etmek üzere geliştirilmiştir. Bu testlerle kişinin okuduğunu anlama, aritmetik beceri, kelime tanıma ve telaffuz gibi becerileri değerlendirilmektedir.

Sağlık çerçevesi içerisinde kullanılan kelime tanıma testleri ve SOY düzeyini ölçen testler;

- REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Tipta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü)
- REALM-R (Rapid Estimate of Adult Literacy in Revised-Tipta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü-Revize)
- TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults-Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi)
- STOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults-Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Kısa Testi)
- WRAT (Wide Range Achievement Test-Geniş Kapsamlı Başarı Testi)
- NVS (The Newest Vital Sign-En Yeni Yaşamsal Belirti Testi)
- HALS (Health Activities Literacy Scale-Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği)
- eHEALS (eHealth Literacy Scale - Elektronik Sağlık Okuryazarlık Ölçeği)
- SAHLA (Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults)
- HLS-EU-Q (European Health Literacy Survey Questionnaire)-(Avrupa SOY Araştırması Anketi, SOYA-AB)

- Hastalıklara özel sağlık okuryazarlık testi şeklinde örneklenebilir (15, 21).

REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)

REALM, sağlıkla ilgili 66 kelimenin verildiği, kelimelerin zorluğu giderek artan bir kelime tanıma testidir. Hastalardan tüm bu kelimeleri yüksek sesle sırayla okumaları istenir, doğru telaffuz edebildikleri kelimelere göre puan verilir. 2-3 dakika zaman alır. Kelimelerden 61-66'sını doğru telaffuz edenler yeterli sağlık okuryazarı, 45-60 kelime düşük sağlık okuryazarı, 0-44 kelime yetersiz sağlık okuryazarı olarak kabul edilir (47).

TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults)

TOFHLA, özellikle sayısal ve sözel anlama becerileri üzerine yönelmiştir. Ölçeğin 50 maddesi okuma, 17 maddesi sayısal hesap içeren iki kısımdan oluşmaktadır. İlk bölümde tanı yöntemleri, reçete ile ilgili talimatlar ve sağlık bilgileri ile ilgili sorular yer almaktadır. İkinci kısımda ise sağlık muayenesi ile ilgili günlük yaşamdan bir senaryo ve kelimeler verilip bununla ilgili boşluklara verilen kelime seçeneklerinden uygun gördükleri ile doldurmaları istenmiştir. TOFHLA skoru 0-100 arasında değişmektedir. Puanı <60 olanlar yetersiz sağlık okuryazarı olarak kabul edilmektedir. TOFHLA sağlık okuryazarlığını değerlendirmede sık kullanılmaktadır. Ancak ölçeği doldurma süresi 18-22 dakika zaman almaktadır. Bu nedenle TOFHLA'nın kısa versiyon olan S-TOFHLA daha sonra geliştirilmiştir. TOFHLA puanlamasına göre anketi cevaplayanların okuryazarlık düzeyi üç kategoriye ayrılmıştır; yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-59 puan); düşük sağlık okuryazarlığı (60-74 puan); yeterli sağlık okuryazarlığı (75-100 puan) (48).

S-TOFHLA (Short-Test Of Functional Health Literacy in Adults)

TOFHLA'nın uzun olması ve çok zaman alması nedeniyle kısa versiyonu olan S-TOFHLA geliştirilmiştir. S-TOFHLA yazılı dokümanları okuma ve anlama becerileri üzerine yönelmiş cümle tamamlama testidir. S-TOFHLA iki bölümden oluşmakta ve cümleler 36 tane boşluk doldurma içermektedir. Ölçeğin ilk 17 boşluk doldurma bölümü genel sağlık konularındaki terimleri içermekte, kalan kısımlarda örnek bir hastalık durumu verilip sağlık sistemi içerisinde neler yapılması gerektiğini içermektedir. Ölçeğin her bir boşluk doldurması için 0-1 puan verilmekte, ölçek toplam 36 puandan oluşmaktadır. Buna göre ölçekten 0-16 puan alanlar yetersiz, 17-22 düşük, 23-36 yeterli düzeyde sağlık okuryazarı olarak kabul edilmektedir. S-TOFHLA'nın doldurma süresi 7-10 dakika arasında değişmektedir (49).

NVS (Newest Vital Sign)

NVS, bir besin etiketinin içeriği verilerek etiketteki bilgileri okuyup anlamayı ölçen bir testtir. Bireylere 6 soru sorulup etiketteki bilgilerden yola çıkarak yanıtlamaları istenmiştir. Doğru verdikleri yanıt sayısına göre 0-6 arasında puan verilir. 0-1 doğru yanıt muhtemelen sınırlı sağlık okuryazarlığı, 2-3 doğru yanıt sınırlı sağlık okuryazarlığı, 4 ve daha üzeri doğru yanıt yeterli sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir (48).

Açıklanan ölçeklerin her birinin olumlu yönleri olduğu gibi, uygulama süresi, dil, ölçtüğü yetenek (okuma, anlama, yazma, analiz gibi), kültürel farklılıklardan etkilenme gibi olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Bu ölçeklerin hiçbirisi tüm toplumlara uygulanabilir, sağlık okuryazarlığının tüm boyutlarını ölçebilen ölçekler değildir ve kavramsal çerçevelerle ilişkileri kesin tanımlanmamıştır. Ölçeğin seçiminde; uygulanacağı toplumun sosyokültürel düzeyi, eğitim düzeyi, anadili gibi unsurlar göz önünde bulundurulmalıdır (47).

HLS-EU-Q (European Health Literacy Survey Questionnaire)-(Avrupa SOY Araştırması Anketi) (SOYA-AB)

SOYA-AB, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi 2009-2012 kapsamında, HLS-EU Konsorsiyumu tarafından Sorensen'in "entegre sağlık okuryazarlığı modeli" dahilinde geliştirilmiş 47 soru ile sağlık süreçlerinde üç (hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, sağlık hizmet sunumu) alan ve bilgiyi işleme süreçlerinde dört (erişim, anlama, değerlendirme, uygulama) alan üzerinden sağlık okuryazarlık düzeyini ölçen bir ankettir.

2011 yılında Institute Health Promotion Research tarafından, Avrupa'nın sekiz ülkesinde (Almanya, Hollanda, Avusturya, İspanya, İtalya, Yunanistan, Bulgaristan ve Polonya), değişik dillerde, yaklaşık 8000 Avrupa vatandaşına uygulanmış anketin, farklı sosyodemografik özellikleri ve sağlık sistemleri olan Avrupa ülkelerinde uygulanabilirliği ve iç geçerliliği kanıtlanmıştır (38).

2.2.6. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından üç tane "sağlık okuryazarlığını ölçme aracı" geliştirilmiştir.

- Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR)
- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)
- Gerçek Hayata Yakın Bir Sorgulamayı Hedefleyen Senaryo Ölçeği (SOY-SEN)

Bu araştırmada, sağlık okuryazarlığı ölçme aracı olarak Avrupa Sağlığı Okuryazarlığı Araştırması'nda kullanılan kavramsal çerçeveye dayanan TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı ölçümünde referans alınacak kavramsal çerçevenin, sağlık okuryazarlığının tanımı gereği toplumsal özellikler ve sağlık hizmet sunumunun yapısı ile uyumlu olması önemlidir. Bu nedenle TSOY-32 ölçeği geliştirilirken, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen kavramsal çerçeve referans alınmış; Türkiye'nin toplumsal özellikleri, toplumun sağlık düzeyi ve sağlık sisteminin yapısına uyarlılığı gözetilerek yenilenmiştir.

Böylelikle "tedavi ve hizmet" ile "hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi" olmak üzere iki boyut; "sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma", "sağlıkla ilgili bilgiyi anlama", "sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme" ve "sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama" olmak üzere dört süreçten oluşan bir matris, ölçeğin temelini oluşturmuştur. Ölçek, matristeki sekiz farklı gözle ilişkilendirilmiş ve her bir göze karşılık dört soru olacak şekilde toplam 32 soru olarak hazırlanmıştır (50).

2.3. Sağlıklı Yaşam Davranışları

Günümüzde sağlık kavramı; sadece hastalıkları ortadan kaldırmayı değil, aynı zamanda bireylerin sağlığını devam ettirmek, korumak ve geliştirmek için onlara sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmayı da amaçlamaktadır (51). Bu nedenle kişilerin sağlıklı olabilmeleri için sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri ve uygulayabilmeleri gerekmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi, “bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi” olarak tanımlanmıştır. Diğer bir ifadeyle, sadece hastalıklardan korunmak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışların sergilenmeye çalışılmasıdır.

“Hastalıklardan korunmak, kendi sağlığını sürdürmek ve sağlığını geliştirmek için yapmış oldukları davranış ve tutumların tümüne” ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları denir. Sağlıklı ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite, yeterli dinlenme, güvenli cinsel davranışlar, sigaradan, alkolden ve madde kullanımından uzak durma, yaralanmaya neden olabilecek riskli davranışları benimsememe sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına örnek verilebilir (52).

Pender tarafından ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları;

- sağlık sorumluluğu,
- fiziksel aktivite,
- beslenme,
- ruhsal gelişim
- kendini gerçekleştirme,
- kişilerarası ilişkiler ve
- stres yönetimi şeklinde gruplandırılmıştır (53).

Örnekleri verilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ciddi bir mortalite yükü oluşturan kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve diyabet gibi başlıca BOH önemli oranda önlenabilmektedir. BOH'ın temel nedeninin bireylerin olumsuz sağlık davranışları olduğu birçok araştırmayla ortaya konulmuş, dört ana risk faktörü ön plana çıkmıştır; tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, zararlı alkol kullanımı ve sağlıksız beslenme. Bu hastalıklara karşı korumada birçok yaklaşım önerilmekte ancak çok sayıda çalışmada, bu hastalıkların gelişiminde öncü olan sigara, kötü beslenme, azalmış fiziksel aktivite ve obezite gibi değiştirilebilir yaşam tarzı faktörleri üstünde durulmuştur (2).

2.3.1.Sağlıklı Beslenme

Beslenme; yaşamın sürdürülmesi, büyüme ve gelişme, sağlığının iyileştirilmesi, korunması ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, üretkenliğin sağlanması için gerekli olan besin öğeleri ile biyoaktif bileşenleri sağlayan besinleri tüketerek vücutta kullanılmasıdır. Beslenmede temel amaç, kişinin yaşına, cinsiyetine, içinde bulunduğu fiziksel duruma (gebe, emzikli, çocuk, yaşlı) göre gereksinimi olan bütün besin öğelerini ve enerjiyi yeterli miktarda besinler yoluyla sağlayabilmektir. Bu aslında “yeterli ve dengeli beslenme (sağlıklı beslenme)” deyiimi ile açıklanır.

Yeterli beslenme, vücudun yaşam ve fonksiyonlarının sürdürülmesinde gereksinim duyulan enerjinin besinlerin bileşiminde bulunan karbonhidrat, yağ ve proteinlerin kullanılmasıyla sağlanmasıdır. Dengeli beslenme ise, enerjinin yanı sıra tüm besin öğelerinin gereksinim duyulan kadar alınmasıdır. Şeker, yağ, nişasta gibi bazı besinler tüketildiğinde

bireyin enerji gereksinimi karşılanabilir, ancak protein, vitamin, mineral ihtiyacı karşılanmamış olur (54, 55).

Sağlıklı beslenme; yaşam döngüsünde büyüme ve gelişme, sağlıklı olma, fiziksel aktif olma, yaşamı sürdürme gibi süreçler için elzemdir ve malnütrisyonun yanı sıra bulaşıcı olmayan hastalıkları (BOH) önlemeye yardımcı olur. Bununla birlikte, artan işlenmiş gıda üretimi, hızlı kentleşme ve değişen yaşam tarzları, beslenme düzenlerinde değişime yol açmıştır. Bireyler artık enerji, yağ, serbest şeker ve tuz/sodyum içeriği yüksek gıdaları daha fazla tüketmekte ve birçok kişi yeterli meyve, sebze ve tam tahıllı gıdalar gibi sağlıklı lifleri tüketmemektedir. Diyetteki artmış trans-yag, doymuş yağ ve aşırı tuz kullanımı, meyve, sebzenin az tüketilmesi kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır. Dünyada yaklaşık 16 milyon (%1.0) DALY'nin ve 1.7 milyon (%2.8) ölümün düşük meyve/sebze tüketimiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (56, 57, 58).

Günümüzde sık rastlanılan kötü beslenme davranışlarından biri de öğün atlamadır ve alışkanlık haline getirildiği zaman bireyin yeterli ve dengeli beslenmesi engellenmektedir. Sağlıklı beslenmede öğünlerin düzenli tüketilmesinin önemi büyüktür. Vücudun fizyolojik dengesinin sağlanmasında öğün düzeni önemli bir etmendir. Yeterli ve dengeli beslenebilmek için öğünlerin günlük en az üç ana, iki ara öğün şeklinde yapılması gerekir. Günlük diyetle ana öğün sayısının iki ve daha az olmasının metabolizmayı aksatacağı bildirilmektedir. Öğün atlamak bazal metabolizmayı yavaşlatacağından, öğün atlamak yerine en az üç, hatta altı öğünde önerilen miktardaki besinleri tüketmek, organizmanın sindirim ve metabolizma faaliyetlerinin belirli düzeyde tutulmasına yardımcı olacaktır (55).

Bireylerin beslenme şekilleri, kişisel özelliklere (yaş, cinsiyet, yaşam tarzı ve fiziksel aktivite derecesi gibi), kültüre, beslenme geleneklerine bağlı olarak değişecektir ancak sağlıklı bir beslenmenin temel ilkeleri aynıdır (59).

Yetişkinler için sağlıklı bir beslenme şunları içerir:

- Meyve, sebze, bakliyat (mercimek, fasulye gibi), sert kabuklu yemişler ve tam tahıllı gıdalar (işlenmemiş mısır, darı, yulaf, buğday ve kahverengi pirinç gibi) tüketilmelidir.
- Günde en az 400 g (5 porsiyon) meyve ve sebze (patates ve diğer nişastalı kök sebzeler hariç) tüketilmelidir (60).

- Rafine şekerler toplam enerji alımının %10'undan az olmalıdır (günlük yaklaşık 2000 kalori harcayan sağlıklı vücut ağırlığına sahip bir yetişkinde 50 g ya da 12 çay kaşığı), ancak ideali %5'ten az olmasıdır (59, 61).
- Yağlar toplam enerji alımının %30'undan az olmalıdır (60,62,63). Doymuş yağların toplam enerji alımının %10'unun altına, trans yağların ise toplam enerji alımının %1'inin altına düşürülmesi önerilmektedir (64). Özellikle endüstriyel olarak üretilen trans yağlar sağlıklı bir beslenmenin parçası değildir ve bunlardan kaçınılmalıdır (65, 66).
- Tuz alımı günde 5 g'ın (yaklaşık bir çay kaşığına eşdeğer) altında olmalıdır. Ve iyotlu tuz kullanılmalıdır (67).

2.3.2.Fiziksel Aktivite

DSÖ, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcanmasını gerektiren her bedensel hareketi fiziksel aktivite olarak tanımlamaktadır. Boş zamanlarda yapılan hareketler dahil olmak üzere, bir yere ulaşım için veya kişinin işinin bir parçası olarak yaptığı tüm bedensel hareketler fiziksel aktivitedir (68). Fiziksel aktivite kişinin kendisini daha enerjik hissetmesini, daha canlı, hareketli ve huzurlu olmasını sağlayarak yaşam kalitesini artırır. Düzenli yapılan fiziksel aktiviteler kişinin bedensel, ruhsal, entelektüel, sosyal ve çevresel iyi olma hâlini geliştirme ve korumada etkilidir (69).

Düzenli fiziksel aktivite;

- Kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, koroner kalp hastalığı gibi), inme, diyabet, kanser (özellikle meme ve kolon kanseri) ve depresyon riskini azaltır.
- Düşme riskini azaltmasının yanı sıra kemik ve kas doku kaybını önleyerek kalça veya vertebral kırık riskini azaltır ve sağlıklı bir vücut ağırlığının korunmasına yardımcı olur.
- Depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltır.
- Düşünme, öğrenme ve yargılama becerilerini geliştirir.
- Gençlerde sağlıklı büyüme ve gelişme sağlar.
- Özellikle orta ve şiddetli düzeydeki fiziksel aktiviteler sağlığı iyileştirir (68,70).

Fiziksel aktivitenin yetersizliği ise fiziksel inaktivite olarak tanımlanır. DSÖ'nün hazırladığı fiziksel inaktivite küresel durum raporuna göre, dünya genelinde yetişkin nüfusun dörtte birinden fazlası (yaklaşık 1.4 milyar) fiziksel olarak yeterince aktif değildir. Yaklaşık

üç kadından biri ve dört erkekten biri sağlıklı kalmak için yeterli fiziksel aktivite yapmamaktadır (68).

Fiziksel inaktivitenin, kardiyovasküler hastalıklar, obezite ve obeziteye bağlı metabolik hastalıklar, tip-2 diyabet, kolon ve meme kanseri ve diğer kanserler, kas-iskelet hastalıkları, depresyon, stres ve anksiyete gibi pek çok hastalık için risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda, bulaşıcı olmayan hastalık ölümlerinde de önde gelen risk faktörlerinden biridir. DSÖ'ye göre yeterince fiziksel aktif olmayan kişiler, yeterli düzeyde fiziksel aktif olanlara göre %20 ile %30 daha yüksek ölüm riskine sahiptir ve dünya nüfusu daha fazla fiziksel aktif olsaydı, yılda 5 milyon kadar ölüm önlenebilirdi. Buna yönelik olarak DSÖ'ye üye devletler 2030 yılına kadar yetersiz düzeydeki fiziksel aktiviteyi %15 azaltmayı hedeflemişlerdir (68, 71, 72).

DSÖ'nün 18-64 yaş arası yetişkinler için önerdiği fiziksel aktivite ise şu şekildedir;

- Hafta boyunca en az 150-300 dakika orta derecede aerobik (dayanıklılık) fiziksel aktivite veya hafta boyunca en az 75-150 dakika şiddetli aerobik fiziksel aktivite veya orta ve şiddetli fiziksel aktivitenin eşdeğer bir kombinasyonu şeklindedir.
- Ayrıca, ek sağlık yararları için, haftada 2 veya daha sık büyük kas gruplarını kapsayan orta veya daha şiddetli derecede kas güçlendirici aktiviteler yapılmalıdır.
- Hareketsiz kalınan süre sınırlandırılmalıdır. Hareketsiz geçirilen zamanın herhangi bir derecedeki (hafif dahil) fiziksel aktivite ile değiştirilmesi, sağlık için olumlu katkı sağlayacaktır.
- Hareketsiz geçirilen zamanının sağlık üzerindeki zararlı etkilerini azaltmaya yardımcı olmak için, tüm yetişkinler, önerilen orta ile şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinden daha fazlasını yapmayı hedeflemelidir (70).

Ülkemizde de yeterli düzeyde fiziksel aktivite, hemen hemen her kronik hastalık için evrensel olarak ilk basamak tedavi olarak reçete edilen düşük maliyetli bir tedavi yöntemi / koruyucu önlem olarak görülmelidir (73).

2.3.3. Sigara kullanımı

Tütün ürünleri kullanımı, dünyada ve ülkemizde en önemli önlenebilir halk sağlığı tehditlerindendir. Günümüzde % 80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde olmak üzere, dünyada 1.3 milyar kişi, ülkemizde ise 15 milyondan fazla kişi tütün ürünü kullanmaktadır. Dünya çapında en yaygın tütün kullanım şekli ise sigaradır (74).

Tütün ürünlerinin tamamı zararlıdır ve tütün maruziyetinin güvenli bir düzeyi yoktur. Küresel bir salgın olan tütün kullanımına bağlı hastalıklar sebebiyle dünyada her yıl 8 milyondan fazla kişi ölmektedir ve bunun 7 milyondan fazlası (ülkemizde de 100 binden fazlası) doğrudan tütün ürünü kullanımıyla, yaklaşık 1.2 milyonu tütün ürünlerinin dumanının çevreye saçılmasının sonucu, pasif etkilenim yoluyla olmaktadır (75).

Sigara ve tütün ürünlerinin neden olduğu hastalıklar, diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de en önemli ve erken ölüm nedenleri olmaya devam etmektedir. Bu nedenle, tütün ürünleri kullanımı ile zararları her geçen gün daha iyi anlaşılan tütün dumanından pasif etkilenim ve üçüncü el tütün dumanı maruz kalımını önleme, tütün ürünleri salgınını kontrol altına alma, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de öncelikli halk sağlığı çabaları arasında yer almaktadır (76).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2016'ya göre ülkemizde 18 milyonu her gün, 1.2 milyonu ara-sıra olmak üzere totalde 19.2 milyon yetişkin (erkeklerin %44.1'i, kadınların %19.2'si) tütün kullanmaktadır. Bir günde içilen sigara sayısı ortalaması ise 18.0 (erkek 18.9, kadın 15.8) olarak belirtilmiştir. Rapora göre her gün tütün kullanan 15-34 yaş grubundaki bireylerin %15'i 15 yaşından önce, %57.5'i 18 yaşından önce tütün kullanmaya başlamıştır (77).

Türkiye Sağlık Araştırması (TSA) 2019'a göre ise her gün tütün kullanan 15 yaş ve üzeri bireylerin oranı (erkeklerin %41.3'ü, kadınların %14.9'u) %28.0'dır. Tütün kullanmayan bireylerin (bırakanlar ve hiç kullanmayanlar) oranı ise 2016 yılında %69.4 iken 2019 yılında azalarak %68.7 olmuştur. Yaş gruplarına göre incelendiğinde en çok tütün kullanan bireyler %42.8 ile 35-44 yaş grubunda yer almıştır (78, 79).

Ülkemizde tütün kullanımı ile ilgili güncel veriler değerlendirildiğinde mücadelenin yeterince güçlü olmadığı anlaşılmaktadır. Mücadele; küresel gereksinimlere, tütün endüstrisinin etkisinin boyutuna, tütün kontrolü kapasitesinin kapsayıcılığına, gücüne, vb. göre yıllar içinde farklı içerik ve ağırlıkta devam etmiştir. Mücadelenin gücüne göre de tütün kullanımı ve yarattığı sorunların boyutunda da dalgalanmalar görülmüştür. Sürecin bu anlamda “dinamizmi” nedeniyle dünyada ve Türkiye’de tütün kontrolü istenilen seviyeye gerileyememiştir (73).

Sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve sigara kullanımının güncel durumlarına ilişkin verilen bilgilerden sonra daha da iyi görülmüştür ki gelinen nokta hedeflenenin çok gerisinde

kalmıştır. Ancak sağlığı geliştirmenin anahtarı olarak görülen, sağlıklı yaşam davranışlarını ve riskli davranışları değiştirebilmek ve istenilen düzeye getirebilmek, sağlık okuryazarlığını geliştirmek; yalnızca bireylerin veya sağlık sektörünün çabası ile de sağlanamaz, bunun için eğitim sektörü, sivil toplum kuruluşları, akademik  evre gibi tarafların ortak çabası gerekmektedir.

Bu kapsamda, sağlıklı nesillerin yetişebilmesi için bireylerin çocukluk, ergenlik ve gençlik dönemlerini geçirdiği, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öğretildiği ve riskli davranışlarla baş edebilme becerisinin kazandırıldığı yerler olan eğitim kurumları ve bu kurumlarda görev yapan öğretmenler oldukça büyük bir önem taşımaktadır.

Öğretmenler,  ğrenme ve öğretme sürecinde çok yönlü ve yaşamsal bir role sahiptir ve öğretmenlerin davranışları öğrenciler için bir model oluşurmaktadır. Okullar, bireylerin ailelerinden sonra ilk sosyal etkileşime girdikleri toplumsal kurumlar ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının başlangıcını oluşurtmak için en uygun çevreler olarak tanımlanırlar.

Bu kapsamda öğretmenlerin sağlık okuryazarlığının, sağlık davranışlarının ve risklerinin belirlenmesi sağlığı geliştirme girişimlerinin ve sağlık eğitimlerinin planlanması açısından son derece önemlidir.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı ve Çıkış Noktası

Araştırma İzmir ili Balçova ilçesindeki 2018-2019 eğitim yılında görev yapan tüm kamu anaokulu, ilkokul, ortaokul ve lisedeki öğretmenlerde Mart-Nisan-Mayıs 2019 tarihlerinde okul ortamında yapılmıştır.

Çalışmamızın çıkış noktası, Balçova Kaymakamlığı ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı arasında 20/07/2017 tarihinde imzalanan “Balçova İlçesi Sağlık Okuryazarlığını Geliştirme Projesi” protokolü kapsamında yürütülen “Balçova Sağlık Okulu Projesi (BASOP) ” olmuştur. Araştırmanın yapıldığı okullar da Balçova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü bölgesinde bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni, Örneği ve Örnek Seçim Yöntemi

Balçova’da kamuya bağlı toplam 1 anaokulu, 6 ilkokul, 8 ortaokul ve 6 lise bulunmaktadır. Anaokulunda 13, ilkokullarda 154, ortaokullarda 215 ve liselerde 202 öğretmen görev yapmaktadır (Ek-1). Araştırmanın evrenini Balçova ilçesindeki 2018-2019 eğitim yılında görev yapan tüm kamu anaokulu, ilkokul, ortaokul ve liselerdeki 584 öğretmen oluşturmaktadır.

Örnek seçilmemiş tüm okullar araştırmaya dahil edilmiştir. Herhangi bir dışlama kriteri bulunmamaktadır.

3.4. Araştırma Veri Formu

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm katılımcılara veri toplama aracı olarak “sağlık okuryazarlığı ölçeği” ve ilgili kaynaklar okunarak “araştırmacı tarafından hazırlanan 5 bölümden oluşan bir anket formu” (Ek-2) kullanılmıştır. Birinci bölüm öğretmenlerin tanımlayıcı özelliklerini belirlemek için hazırlanmış sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölüm öğretmenlerin beslenme özellikleri için hazırlanmış sorulardan oluşmaktadır. Üçüncü bölüm öğretmenlerin fiziksel aktivite özellikleri için hazırlanmış sorulardan oluşmaktadır. Dördüncü bölüm öğretmenlerin sigara kullanım özellikleri için hazırlanmış sorulardan oluşmaktadır. Son

bölüm ise Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) sorularından oluşmaktadır.

Sağlık okuryazarlığını belirlemek için geçerlilik ve güvenilirliği T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması” ile belirlenmiş olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılmıştır (59).

Anket, araştırmacının gözetimi altında ve gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra öğretmenler tarafından okul ortamında oldurulmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

- **Sağlıklı Yaşam Davranışları**
 - Sağlıklı beslenme durumu
 - Fiziksel aktivite durumu
 - Sigara kullanma durumu

3.5.2. Bağımsız Değişken

- Sağlık okuryazarlığı düzeyi

3.5.3. Olası karıştırıcı etmenler

- Cinsiyet
- Yaş
- Medeni durum
- Öğrenim durumu
- Çocuk varlığı
- Gelir-gider algısı
- Sağlık algısı
- Kronik hastalık varlığı
- Ailede sigara kullanan birey varlığı (Sigara kullanım durumu için)
- Beden kütle indeksi (Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite için)

3.5.4. Diğer değişkenler

- Okul
- Aile yapısı
- Beden ağırlığı algısı
- Kronik hastalığın tipi
- Ailede sağlık çalışanı varlığı
- Günlük kullanılan/kullanılmış sigara sayısı
- Sigara kullanılan/kullanılmış yıl
- Sigarayı bırakmayı deneme durumu
- Sigarayı bırakmayı düşünme durumu

3.5.5. Değişkenlerin Tanım ve ölçütleri

Sağlıklı beslenme durumu: Sağlıklı beslenme durumunu belirlemek için beslenme alışkanlıklarına ilişkin 6 soru sorulmuştur: Ana öğün sayısı, ara öğün sayısı, günlük tüketilen toplam sebze, meyve porsiyonu, en sık kullanılan yağ türü, en sık kullanılan ekmek türü, tadına bakmadan yemeğe tuz atma durumu.

1. **Günlük ana öğün sayısı:** Bir günde kaç ana öğün yaptığı sorulmuş, yanıtlar açık uçlu olarak alınmıştır. Günlük ana öğün sayısına “3” yanıtını verenler düzenli ana öğün yapıyor olarak tanımlanmıştır ve bu yanıtı verenler “1” puan alacak şekilde puanlama yapılmıştır. Günlük ana öğün sayısına “3” yanıtı dışında yanıt verenler düzenli ana öğün yapmıyor olarak tanımlanmıştır ve 3 yanıtını vermeyenler “0” puan alacak şekilde puanlama yapılmıştır.
2. **Günlük ara öğün sayısı:** Bir günde kaç ara öğün yaptığı sorulmuştur. Yanıtlar açık uçlu olarak alınmıştır. Günlük ara öğün sayısına “2 ve üzeri” yanıtını verenler düzenli ara öğün yapıyor olarak tanımlanmıştır ve bu yanıtı verenler “1” puan alacak şekilde puanlama yapılmıştır. Günlük ara öğün sayısına “2’den az” yanıtını verenler düzenli ara öğün yapmıyor olarak tanımlanmıştır ve bu yanıtı verenler “0” puan alacak şekilde puanlama yapılmıştır.
3. **Günlük tüketilen toplam sebze- meyve porsiyon sayısı:** Bir günde kaç porsiyon meyve ve sebze tüketildiği ayrı ayrı sorulmuştur. Porsiyon büyüklükleri katılımcılara örneklerle açıklanmıştır (Örneğin; 1 porsiyon; 1 elma,1 şeftali vb.) Yanıtlar açık uçlu

olarak alınmıştır. Günlük sebze ve meyve porsiyon sayısına “5 ve üzeri” yanıtını verenler düzenli sebze-meyve tüketiyor olarak tanımlanmıştır ve bu yanıtı verenler “1” puan alacak şekilde puanlama yapılmıştır. Günlük sebze ve meyve porsiyon sayısına “5’in altında” yanıtını verenler düzenli sebze-meyve tüketmiyor olarak tanımlanmıştır ve bu yanıtı verenler “0” puan alacak şekilde puanlama yapılmıştır.

4. **Yemeklerde en sık tüketilen yağ:** Yemeklerde en sık hangi yağ tüketildiği sorulmuştur. Yanıtlar zeytinyağı/ayçiçeği, soya, mısırözü, fındık yağı gibi diğer sıvı yağlar/tereyağı/margarin/diğer olarak alınmıştır. Yemeklerde en sık tüketilen yağ çeşidine “sıvı yağ” yanıtını verenler sağlıklı yağ tüketiyor olarak tanımlanmıştır ve bu yanıtı verenler “1” puan alacak şekilde puanlama yapılmıştır. Yemeklerde en sık tüketilen yağ çeşidine “sıvı yağ” yanıtını vermeyenler sağlıklı yağ tüketmiyor olarak tanımlanmıştır ve bu yanıtı verenler “0” puan alacak şekilde puanlama yapılmıştır.
5. **En sık tüketilen ekmek:** Yemeklerde en sık hangi ekmek tüketildiği sorulmuştur. Yanıtlar beyaz ekmek/yulaf-çavdar-kepekli-tam buğday/hiç olarak alınmıştır. Yemeklerde en sık tüketilen ekmek çeşidine “yulaf-çavdar-kepekli-tam buğday vb./hiç” yanıtını verenler sağlıklı ekmek tüketiyor olarak tanımlanmıştır ve bu yanıtı verenler “1” puan alacak şekilde puanlama yapılmıştır. Yemeklerde en sık tüketilen ekmek çeşidine “beyaz ekmek” yanıtını verenler sağlıklı ekmek tüketmiyor olarak tanımlanmıştır ve bu yanıtı verenler “0” puan alacak şekilde puanlama yapılmıştır.
6. **Yemeğin tadına bakmadan tuz atma:** Yemeklerde tadına bakmadan tuz atılıp atılmadığı sorulmuştur. Yanıtlar evet/hayır olarak alınmıştır. Yemeklerde tadına bakmadan tuz atmıyorum yanıtını verenler sağlıklı olarak tanımlanmıştır ve bu yanıtı verenler “1” puan alacak şekilde puanlama yapılmıştır. Yemeklerde tadına bakmadan tuz atıyorum yanıtını verenler sağlıksız olarak tanımlanmıştır ve bu yanıtı verenler “0” puan alacak şekilde puanlama yapılmıştır.

Özetle;

- Ana öğün sayısı (3)
- Ara öğün sayısı (2 ve üzeri)
- Sebze + meyve porsiyonu (5 ve üzeri)

- Yağ tercihi (Sıvı yağ)
- Ekmek tercihi (Kepek, çavdar, yulaf, tam buğday vb. ya da hiç)
- Tuz atma (Yemeğin tadına bakmadan tuz atmıyor)

sorularından “4 ve üzeri” puan alan katılımcılar “sağlıklı besleniyor”, 4’ün altında puan alan katılımcılar “sağlıksız besleniyor” olarak değerlendirilmiştir.

Fiziksel aktivite durumu: Çalışmada, 15-65 yaş aralığındaki katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla Craig ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öztürk (2005) tarafından yapılan Uluslararası Fiziksel Aktivite Formu (International Physical Activity Questionnaire-IPAQ)’nun kısa versiyonu kullanılmıştır. IPAQ anketinin kısa formu 7 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular yürüme, orta şiddetli ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman ve otururken harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır (80, 81) (Ek-2). Kısa formun toplam skorunun hesaplanması yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir. Bütün aktivitelerin değerlendirilmesinde her bir aktivitenin tek seferde en az 10 dk yapıyor olması ölçüt alınmaktadır. Fiziksel aktivite esnasında tüketilen oksijen miktarını ifade etmek için Metabolic Equivalent (metabolik eşitlik)’in kısaltılmışı olan MET terimi kullanılır. 1 MET dinlenmiş halde kilogram başına bir dakikada tüketilen yaklaşık 3.5 ml oksijeni ifade eder. Aktivitelerin şiddetleri sınıflandırılırken genellikle MET değerleri kullanılır (82). Bu aktiviteler için standart MET değerleri oluşturulmuştur. Bunlar; yürüme = 3.3 MET, orta şiddetli fiziksel aktivite = 4.0 MET, şiddetli fiziksel aktivite = 8.0 MET, oturma = 1.5 MET şeklindedir.

Dakika, gün ve MET değeri (istirahat oksijen tüketiminin katlan) çarpılarak "MET-dakika/hafta" olarak elde edilen skorla aktiviteler için gerekli olan enerji hesaplanır. Örneğin; 3 gün 30 dakika yürüyen bir kişinin yürüme MET-dk/hafta skoru: $3.3 \times 3 \times 30 = 297$ MET-dk/hafta olarak hesaplanmaktadır (Yürüme MET-dk/hafta = $3.3 \times$ yürüme dakikası $\times$ yürüme gün sayısı); (Orta şiddetli MET-dk/hafta = $4.0 \times$ orta şiddetli aktivite dakikası $\times$ orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı); (Şiddetli MET-dk/hafta = $8.0 \times$ şiddetli aktivite dakikası $\times$ şiddetli aktivite yapılan gün sayısı); (Toplam MET-dk/hafta = (yürüme + orta şiddetli+ şiddetli + oturma) MET-dk/hafta).

Fiziksel aktivite düzeyleri ise,

- fiziksel olarak aktif olmayan (<600 MET- dk/hafta),
- fiziksel aktivite düzeyi düşük (600 – 3000 MET-dk/hafta),
- fiziksel aktivite düzeyi yeterli olan (sağlık açısından yararlı olan) (>3000 MET-dk/hafta) şeklinde sınıflandırılmıştır (80).

Anket sonunda toplam puanı “>3000 MET-dk/hafta” katılımcılar fiziksel olarak aktif olarak değerlendirilmiştir. Toplam puanı “<3000 MET-dk/hafta” olan katılımcılar ise fiziksel olarak aktif değil olarak değerlendirilmiştir (80).

Sigara kullanım durumu: Katılımcıların sigara kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa ne sıklıkla kullandığı sorulmuştur. Yanıtlar “hiç kullanmadım, düzenli olarak (günde en az 1 adet) kullanıyorum, ara sıra kullanıyorum, kullanmıyorum/hiç kullanmadım, bıraktım” şeklinde alınmıştır. Nedensel analizlerde hiç kullanmamış olanlar “sigara kullanmıyor” diğer gruplar “sigara kullanıyor/kullanmış” olarak kabul edilmiştir.

Ailede sigara kullanan birey varlığı: Ailede sigara kullanan birey olup olmadığı sorulmuştur. Yanıtlar evet/hayır şeklinde gruplandırılmıştır. Ailede sigara kullanan kişiler tanımlayıcı olarak sunulmuştur.

Sigarayı bırakmayı deneme durumu: Düzenli olarak ya da ara sıra sigara kullananlara sigarayı bırakmayı deneyip denemedikleri sorulmuştur. Yanıtlar evet/hayır şeklinde alınmış, tanımlayıcı olarak sunulmuştur.

Sigarayı bırakmayı düşünme durumu: Düzenli olarak ya da ara sıra sigara kullananlara sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmedikleri sorulmuştur. Yanıtlar evet/hayır şeklinde alınmış, tanımlayıcı olarak sunulmuştur.

Günlük kullanılan sigara sayısı: 1 günde kaç adet sigara içtiği sorulmuştur. Yanıtlar açık uçlu olarak alınmış, tanımlayıcı olarak sunulmuştur.

Sigara kullanılan yıl sayısı: Kaç yıldır sigara içildiği sorulmuştur. Yanıtlar açık uçlu olarak alınmış, tanımlayıcı olarak sunulmuştur.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi: Sağlık okuryazarlığını belirlemek için geçerlilik ve güvenilirliği T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması” ile belirlenmiş olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-

32) kullanılmıştır. TSOY-32 ölçeği, okuryazar olan 15 yaş üzeri kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması, 2016 yılında, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı ile Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ortak projesi sonucu Okyay ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı (Cronbach Alfa) 0.927 olarak saptanmıştır. Ölçek 32 sorudan oluşmakta olup, katılımcılar her bir soruda geçen konular için zorluk derecesine göre, 1.Çok kolay/2.Kolay/3.Zor/4.Çok zor/5.Fikrim yok cevaplarından birini işaretlemiştir. Ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU Consortium, 2012) tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanmaktadır. Ancak, TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4'lük bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (tedavi, hizmet ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ve dört süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam 8 bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenlere denk gelen madde numaraları (Tablo 1)'de sunulmuştur (50).

Tablo 1. TSOY-32'nin 2X4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları

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

Analiz aşamasında 1 (4 puan), 2 (3 puan), 3 (2 puan), 4 (1 puan), 5 (kayıp veri) olacak şekilde kodlama yapılmıştır. Böylelikle sorularda çok kolay yanıtı verenler daha yüksek puan alırken, çok zor yanıtı verenler daha düşük sağlık okuryazarlığı puanı almıştır. Standart puan elde edebilmek için indeks puan hesaplama yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler (0) ile (50) arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

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

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Bu hesaplama sonrasında, (0) en düşük sağlık okuryazarlığını, (50) de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. İndeks puan hesaplanırken her katılımcının 32 sorunun %80'den fazlasını (26 ve üzeri) cevaplamış olması (1, 2, 3, 4 seçeneklerinden birini işaretlemesi) gerekmektedir. Bu kriterleri karşılamayan katılımcıların ölçekleri değerlendirmeye alınmamıştır. Gerekli koşulları sağlayan katılımcıların, ölçekte boş kalan sorularına ise ilgili sorunun ortalama puanı atanmıştır.

Elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır. Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

- (0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı
- (>25-33): Sorunlu-Sınırlı sağlık okuryazarlığı
- (>33-42): Yeterli sağlık okuryazarlığı
- (>42-50): Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak sınıflanmaktadır (50).

Cinsiyet: Erkek ve kadın şeklinde gruplandırılmıştır.

Yaş: Doğum tarihine göre tamamlanan yıl sayısı şeklinde yanıtlandırılmıştır. Analizlerde 45 yaş altı ve üstü olarak gruplanmıştır.

Medeni durum: Evli, bekar, dul, boşanmış şeklinde gruplandırılmıştır.

Öğrenim durumu: Lisans, lisans üstü şeklinde gruplandırılmıştır.

Çocuk sayısı: Katılımcılara kaç çocukları olduğu sorulmuş, yanıtlar açık uçlu olarak alınmıştır.

Gelir-gider algısı: Hanenin tüm gelirini göz önüne aldığında gelirlerinin giderlerine göre nasıl olduğu sorulmuştur. Yanıtlar gelirim giderimden fazla, gelirim giderime eşit, gelirim giderimden az şeklinde alınmıştır.

Sağlık algısı: Kendi sağlığını nasıl bulduğu sorulmuştur. Yanıtlar çok iyi/iyi/orta/kötü/çok kötü şeklinde alınmıştır.

Kronik hastalık varlığı: Kendi bildirimine göre sürekli tedavi veya kontrol gerektiren hekim tanısı almış hastalık varlığı sorulmuştur. Yanıtlar var/yok şeklinde alınmıştır.

Kronik hastalığın ne olduğu: Var olan kronik hastalığının ne olduğu sorulmuş ve gruplandırılmış, tanımlayıcı olarak sunulmuştur.

Boy ve Ağırlık: Katılımcıların kendi bildirimine göre boy (cm) ve ağırlık (kg) açık uçlu olarak sorulmuştur.

Beden kütle indeksi (BKİ): Kilo (kg) / boy² (m²) formülü ile hesaplanmıştır. DSÖ tarafından yayınlanan 19 yaş ve üzeri yetişkinler için referans değerlerine göre BKİ sınıflaması yapılmıştır (Tablo 2) (83). Nedensel analizlerde fazla kilolu ve obez grubu; zayıf ve normal kilolu grup birleştirilmiştir.

Tablo 2. Yetişkinlerde beden kütle indeksi sınıflandırması (83)

Sınıflandırma	BKİ değeri (kg/m ²)
Zayıf	<18.50
Normal	18.50-24.99
Fazla kilolu	25.00-29.99
Obez	≥ 30.00

Okul: Anaokulu, ilkokul, ortaokul ve lise şeklinde gruplandırılmış, tanımlayıcı olarak sunulmuştur.

Aile yapısı: Aile yapısının hangisi olduğu sorulmuştur. Yanıtlar çekirdek, geniş, parçalanmış şeklinde alınmıştır. Büyükanne ve/veya büyükbaba, dayı, hala, amca, teyze gibi yakın akrabalar bir arada olan aileler geniş aile, anne-baba ve/veya çocuklardan oluşan aileler çekirdek aile olarak tanımlanmıştır. Ebeveynlerin boşandığı veya ebeveynlerden birinin hayatta olmadığı aileler parçalanmış olarak tanımlanmıştır.

Yaşam memnuniyeti: Şu anki yaşamlarından memnun olma durumlarının 0-10 arası bir puan vererek belirtmeleri istenmiştir. Yaşam memnuniyeti “cantril merdiveni” ile ölçülmüştür ve skoru ortanca değerde ya da altında olanlar “yaşamından memnun olmayanlar”, ortanca değer üzerinde olanlar “yaşamından memnun olanlar” kabul edilmiştir. Sonuç tanımlayıcı olarak sunulmuştur.

Beden ağırlığı algısı: “Kilonuza göre kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorulusu

sorulmuş yanıtlar zayıf, normal ağırlıklı, fazla ağırlıklı, obez şeklinde gruplandırılmıştır.

Ailede sağlık çalışanı varlığı: Ailede (anne, baba, kardeş, eş, çocuk) sağlık çalışanı olup olmadığı sorulmuştur. Yanıtlar evet/hayır şeklinde alınmıştır.

Sağlıkla ilgili bir eğitim alma durumu: Daha önce sağlıkla ilgili bir eğitim alınıp alınmadığı sorulmuştur. Yanıtlar evet/hayır şeklinde olarak alınmıştır.

3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Veri toplama Mart-Nisan-Mayıs 2019 tarihlerinde DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan araştırma görevlisi Merve Işık'ın gözlemi altında okul ortamında önceden hazırlanan anket formları ile uygulanmıştır.

3.7. Ulaşma Oranı

Anket uygulamak için her okula farklı günlerde okula gidilmiştir. Ulaşılamayan öğretmenler için okullara daha önce gidilen günlerin dışında farklı günlerde tekrar gidilmiştir. Araştırma sonunda anket uygulanan kişi sayısı 512'dir (ulaşma oranı %87.6, red oranı %5.1, ulaşamama oranı %7.2).

3.8. Veri Analizi

Veri analizi SPSS 21.0 kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgularda, kategorik değişkenler yüzde dağılımları; sürekli değişkenler ortalama±standart sapmaları biçiminde sunulmuştur. Bağımsız değişkenlerin sağlık davranışları ile ilişkilerini belirlemede tek değişkenli analiz olarak Ki-kare; çok değişkenli analiz olarak Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır. Sonuçlar, Odds ratio (OR) ve %95 güven aralıkları ile sunulmuştur. İstatistiksel testler için anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Ölçeğin güvenirliğinin belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı 0.954 olarak hesaplanmıştır.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Kesitsel çalışma olması nedeniyle neden-sonuç ilişkisini açıklamada kanıt değeri düşüktür.
- Araştırmanın belli bir bölgedeki okullarda yapılmış olmasından dolayı sonuçlar tüm

öğretmenlere genellenemez.

- Katılımcıların boy ve kilo değişkeni bildirimine dayalı olarak toplanmıştır. Buna bağlı olarak hatırlama ve yanlış bildirimine bağlı yanlışlık olabilir.
- Katılımcıların kimlik bilgilerinin tamamen gizli kalacağı açıklanmış olmasına karşın veri toplamanın okul ortamında olması sigara kullanımı ve kronik hastalık ile ilgili soruların olduğundan daha olumlu şekilde yanıtlanmasına neden olmuş olabilir.
- Homojen bir grupta çalışma yapmak bağımlı değişkenlerle bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri göstermede kısıtlılığa neden olmuş olabilir.
- Geçmişe dönük bazı soruların yanıtları hafıza etmeni nedeniyle olduğundan az belirtilmiş olabilir.
- Özellikle branş öğretmenlerinin ders gün ve saatleri değişiklik gösterdiği için ulaşmakta güçlük yaşanmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Kurul Onayı ve İzinler

Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.01.2019 tarih ve 2019/01-07 numaralı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır (EK-3). Öğretmenlere anketlerin uygulanabilmesi için İzmir Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 3558626-10.06-e.12607291 sayı ve 22.08.2017 tarihli kurum izni alınmıştır (EK-4).

3.11. Araştırmanın Bütçesi

Araştırma araştırmacıların kendi olanaklarıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmayı destekleyen herhangi bir kuruluş ve araştırma fonu yoktur.

3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	2018							2019							2022				
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
Konu seçimi																			
Literatür Tarama																			
Hazırlık-ön çalışma																			
Veri toplama																			
Veri girişi																			
Analiz																			
Yazım																			

Şekil 3. Araştırmanın zaman çizelgesi

4. BULGULAR

Çalışmada, Balçova ilçesinde 2018-2019 eğitim yılında görev yapan tüm kamu anaokulu, ilkokul, ortaokul ve lisedeki 584 öğretmenden ulaşılan 512 öğretmenin verisi incelenmiştir. Bulguların birinci bölümünde bağımlı değişkenler, bağımsız değişkenler ve diğer değişkenlerin tanımlayıcı bulguları yer almaktadır.

İkinci bölümde ise her bir bağımlı değişkenin sosyodemografik değişkenler, diğer değişkenler ve sağlık okuryazarlığı durumu ile ilişkisine ait tek değişkenli analiz sonuçları ile çok değişkenli analiz sonuçları yer almaktadır.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Sosyodemografik Bulgular

Araştırma grubundaki öğretmenlerin yaş ortalaması 45.7 ± 0.3 'tür (23-64). Okul dağılımına bakıldığında öğretmenlerin çoğunlukla (%36.7) ortaokullarda çalıştığı görülmektedir. Öğretmenlerin %73.8'i kadın, %81.0'ı evli, %87.7'si lisans mezunu, %90.1'inin aile yapısı çekirdek ailedir. Katılımcıların %65.3'ü gelirinin giderine denk olduğunu, %17.1'i çocuk sahibi olmadığını belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Öğretmenlerin sosyodemografik özellikleri

Özellik	n	%
Yaş grubu (n=504)		
20-29	20	4.0
30-39	89	17.7
40-49	217	43.1
50-59	161	31.8
60-69	17	3.4
Okul (n=512)		
Anaokulu	11	2.1

İlkokul	133	26.0
Ortaokul	188	36.7
Lise	180	35.2
Cinsiyet (n=512)		
Erkek	134	26.2
Kadın	378	73.8
Medeni durumu (n=504)		
Evli	408	81.0
Bekar	48	9.5
Boşanmış	43	8.5
Dul	8	1.0
Öğrenim durumu (n=506)		
Lisans	444	87.7
Yüksek lisans	49	9.7
Doktora	13	2.6
Aile yapısı (n=496)		
Çekirdek	447	90.1
Geniş	27	5.5
Parçalanmış	22	4.4
Çocuk sayısı (n=504)		
0	86	17.1
1	180	35.7
2	217	43.0
3 ve üstü	21	4.2
Gelir algısı (n=505)		
Gelirim giderimden fazla	68	13.5
Gelirim giderimle denk	330	65.3
Gelirim giderimden az	107	21.2

4.1.2. Beden Algısı ve Beden Kütle İndeksi ile Bulgular

Öğretmenlerin boy ölçümleri ortalaması 166.5 ± 0.3 (150.0-193.0) cm, ağırlık ölçümleri ortalaması 69.1 ± 0.5 (44.0-120.0) kg, beden kütle indeksi ortalaması 24.8 ± 0.1 kg/m²'dir (16.9-37.6).

Araştırma grubunun %37.1'i bedenini fazla ağırlıklı/obez olarak değerlendirmektedir. Boy ve ağırlık ölçüm sonuçlarına göre hesaplanan beden kütle indeksine göre öğretmenlerin %45.2'si fazla ağırlıklı/obez grubundadır (Tablo 4).

Tablo 4. Öğretmenlerin beden ağırlığı algısı ve beden kütle indeksine göre dağılımları

Özellik	n	%
Beden algısı (n=507)		
Zayıf	16	3.2
Normal	303	59.8
Fazla ağırlıklı	183	36.0
Obez	5	1
Beden kütle indeksi (n=504)		
Zayıf	13	2.6
Normal	263	52.2
Fazla ağırlıklı	187	37.1
Obez	41	8.1

4.1.3. Sağlık Algısı ve Kronik Hastalık ile Bulgular

Öğretmenlerin %34.4'ü sağlıklarını orta, %2.7'si kötü/çok kötü olarak değerlendirmektedir ve %31.9'unun kronik bir hastalığı vardır. Kronik hastalıkların dağılımına bakıldığında ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar görülmektedir (%11.7). Öğretmenlerin %77.3'ünün ailesinde (anne, baba, eş, kardeş, çocuk) sağlık çalışanı bulunmamaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. Sağlık algısı ve kronik hastalık varlığına ilişkin özelliklerin dağılımı

Özellik	n	%
Sağlık algısı (n=512)		
Çok iyi	29	5.7
İyi	293	57.2
Orta	176	34.4
Kötü	13	2.5
Çok kötü	1	0.2
Ailede sağlık çalışanı varlığı (n=506)		
Var	115	22.7
Yok	391	77.3
Kronik hastalık (n=508)		
Var	162	31.9
Yok	346	68.1
Kronik hastalık (n=508)*		
Kardiyovasküler hastalıklar	60	11.7
Tiroid hastalıkları	51	10.0
Diyabet	24	4.7
Kronik akciğer hastalıkları- Astım	18	3.5
Otoimmün hastalıklar	11	2.1
Böbrek hastalığı	7	1.4
Nörolojik hastalıklar	7	1.4
Hiperkolesterolemi	5	1.0
Kanser	5	1.0
Ailevi Akdeniz ateşi	3	0.6
Kronik karaciğer hastalıkları	2	0.4
Kronik hastalık yok	346	68.1

*Bir kişi birden çok yanıt verebilmiştir.

4.1.4. Beslenme Alışkanlıkları ile İlgili Bulgular

Öğretmenlerin %54.0'ı günde 3 ana öğün yaparken ve %43.3'ü günde 2 ve üzeri ara öğün yapmaktadır. Günlük sebze porsiyonuna bakıldığında %63.4'ü 1 porsiyon sebze, günlük meyve porsiyonuna bakıldığında ise %65.9'u 1 porsiyon meyve tüketmektedir. Günlük sebze ve meyve porsiyonu birlikte değerlendirildiğinde öğretmenlerin yalnız %4.1'i günde 5 ve üzeri sebze-meyve tüketmektedir. Öğretmenlerin %65.7'si sağlıklı (sıvı yağ) yağ kullanmakta, %73.6'sı sağlıklı (kepekli, çavdar, yulafı, tam buğday/hiç) şekilde ekmek tüketmektedir. Yemeğın tadına bakmadan tuz atan öğretmenlerin oranı %13.8'dir (Tablo 6).

Tablo 6. Öğretmenlerin beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı

Özellik	n	%
Ana öğün sayısı (n=509)		
0-2	228	44.8
3	275	54.0
4 ve üzeri	6	1.2
Ara öğün sayısı (n=499)		
0-1	283	56.7
2	152	30.5
3 ve üzeri	64	12.8
Sebze porsiyon sayısı (n=503)		
0	34	6.8
1	319	63.4
2	131	26.0
3 ve üzeri	19	3.8
Meyve porsiyon sayısı (n=496)		
0	60	12.1
1	327	65.9
2	92	18.5
3 ve üzeri	17	3.5
En sık kullanılan yağ (n=508)		
Tereyağı	13	2.6
Margarin	0	0.0
Zeytinyağı	310	61.0
Ayçiçeği, soya, mısırözü gibi diğer sıvı yağlar	24	4.7
Katı ve sıvı yağı birlikte kullanma	161	31.7
En sık tüketilen ekmek (n=508)		
Beyaz ekmek	134	26.4
Kepekli, çavdar, yulaflı, tam buğday	331	65.1
Hiç tüketmiyorum	43	8.5

Tadına bakmadan tuz atma durumu (n=494)		
Evet	68	13.8
Hayır	426	86.2

Öğretmenlerin sağlıklı beslenme toplam puan ortalaması 3.3 ± 0.5 'dir (0-6) ve %56.8'i sağlıklı beslenmemektedir (Tablo 7).

Tablo 7. Öğretmenlerin beslenme alışkanlıklarına göre gruplandırılmış dağılımı

Özellik	n	%
Ana öğün sayısı (n=509)		
Sağlıklı (3 öğün)	275	54.0
Sağlıklı değil (3 harici)	234	46.0
Ara öğün sayısı (n=499)		
Sağlıklı (2 ve üzeri)	216	43.3
Sağlıklı değil (0 ve 1)	283	56.7
Toplam sebze ve meyve porsiyonu (n=493)		
Sağlıklı (5 ve üzeri)	20	4.1
Sağlıklı değil (<5 porsiyon)	473	95.9
En sık kullanılan yağ (n=508)		
Sağlıklı (Sıvı yağ)	334	65.7
Sağlıklı değil (Sıvı yağ harici)	174	34.3
En sık tüketilen ekmek (n=508)		
Sağlıklı (Kepekli, çavdar, yulaflı, tam buğday / Hiç)	374	73.6
Sağlıklı değil (Beyaz ekmek)	134	26.4
Tadına bakmadan tuz atma durumu (n=494)		
Sağlıklı (Hayır)	426	86.2
Sağlıklı değil (Evet)	68	13.8
Sağlıklı beslenme (n=465)		
Sağlıklı besleniyor (4 ve üzeri puan)	201	43.2
Sağlıklı beslenmiyor (0-3 puan)	264	56.8

4.1.5. Fiziksel Aktivite ile İlgili Bulgular

Öğretmenlerin %56.5'i son 1 hafta içinde hiç şiddetli fiziksel aktivite yapmadığını, %58.9'u hiç orta düzeyde fiziksel aktivite yapmadığını, %6.5'inin hiç yürümediğini

belirtmiştir. Öğretmenlerin 1 gün içinde oturarak geçirdikleri sürenin ortalaması 146.8 ± 6.6 dk'dır (0-900). MET-dk/hafta skoruna göre gruplandırıldığında öğretmenlerin %28.9'u fiziksel aktivite açısından inaktif bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. Öğretmenlerin fiziksel aktivite durumuna göre dağılımı

Fiziksel aktivite düzeyleri	n	%
İnaktif	103	28.9
Minimal aktif fiziksel aktivite	196	55.1
Çok aktif fiziksel aktivite (yeterli düzey)	57	16.0
Toplam	356	100.0

4.1.6. Sigara Kullanımı ile İlgili Bulgular

Öğretmenlerin %24.0'ı düzenli olarak, her gün en az 1 kez sigara kullanmakta, %9.7'si ara sıra sigara kullanmakta, %16.1'i sigara kullanmayı bırakmış ve %50.2'si hiç sigara kullanmamaktadır. Öğretmenlerin %46.0'ının ailesinde sigara içen bir birey bulunmaktadır ve %20.4'ünün ailesinde sigara içen kişi sayısı birden fazladır. Sigara kullanan öğretmenlerin %59.5'i sigarayı bırakmayı denediğini ve %67.1'i sigarayı bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 9).

Aktif sigara kullanan öğretmenlerin günlük ortalama sigara sayısı 13.6 ± 0.7 (1-40), ortanca değeri 13.00'dır. Sigara kullanmayı bırakan öğretmenlerin eskiden kullandıkları günlük ortalama sigara sayısı 15.0 ± 1.1 (1-40), ortanca değeri 15.00'dır. Sigara kullanan/bırakmış öğretmenlerin günlük ortalama sigara sayısı 14.0 ± 8.4 (1-40), ortanca değeri 15.00'dır. Sigara kullananların/bırakmışların sigara kullandıkları yıl sayısının ortalaması ise 18.3 ± 9.3 (1-53), ortancası 19.00'dır. Toplam sigara paket yılı ortalaması 294.3 ± 248.0 (1-53), ortancası 240.0'dır.

Tablo 9. Öğretmenlerin sigara kullanımı ile ilgili özelliklerinin dağılımı

Özellik	n	%
Sigara kullanım sıklığı (n=492)		
Günde en az 1 tane	118	24.0
Ara sıra	48	9.7
Bıraktım	79	16.1
Hiç kullanmadım	247	50.2
Sigarayı bırakmayı düşünme (n=155)		
Evet	104	67.1
Hayır	51	32.9
Sigarayı bırakmayı deneme (n=163)		
Evet	97	59.5
Hayır	66	40.5
Ailede sigara kullanan birey varlığı (n=504)		
Evet	232	46.0
Hayır	272	54.0
Ailede sigara kullanan bireyin kim olduğu (n=186)		
Sadece eş	64	34.5
Sadece kardeş	46	24.7
Sadece baba	18	9.6
Sadece çocuk	12	6.5
Sadece anne	8	4.3
1'den fazla kişi	38	20.4

4.1.7. Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Bulgular

Öğretmenlerin SOY indeks puan ortalaması 33.7 ± 7.6 (3.8-50.0), ortancası 32.8 bulunmuştur.

TSOY-32 ölçeğine göre değerlendirildiğinde öğretmenlerin % 51.8'i yetersiz ya da sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir (Tablo 10).

Tablo 10. Öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyine göre dağılımları

Sağlık okuryazarlığı düzeyi	n	%
Yetersiz	48	9.6
Sorunlu – sınırlı	212	42.2
Yeterli	154	30.7
Mükemmel	88	17.5
Toplam	502	100.0

4.2. Nedensel Bulgular

4.2.1. Sigara Kullanımı ile İlişkili Etmenler

Sigara kullanımı sıklığı, 45 yaş ve üzerinde ($p=0.004$), erkeklerde ($p=0.001$), sağlık algısı orta/kötü/çok kötü olanlarda ($p=0.013$), kronik hastalığı olanlarda (0.024), ailesinde sigara kullanan birey olanlarda ($p<0.001$) anlamlı olarak fazladır (Tablo 11). Medeni durum, öğrenim durumu, çocuk sahibi olma durumu, gelir-gider algısı ve SOY düzeyi ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Sağlık okuryazarlığına ve olası karıştırıcı etmenlere göre sigara kullanım durumu

Özellikler	Sigara kullanımı				p*
	Düzenli-ara sıra kullanan, kullanıp bırakan		Hiç kullanmayan		
	n	%	n	%	
Yaş grubu					
45 yaş altı	85	42.1	117	57.9	0.004
45 yaş ve üzeri	160	55.2	130	44.8	
Cinsiyet					

Erkek	80	62.0	49	38.0	0.001
Kadın	165	45.5	198	54.5	
Medeni durum					
Evli	192	49.1	199	50.9	0.477
Evli değil	50	53.2	44	46.8	
Öğrenim durumu					
Lisans	217	50.8	210	49.2	0.466
Lisans üstü	27	45.8	32	54.2	
Çocuk sahibi olma					
Var	34	40.5	50	59.5	0.050
Yok	209	52.3	191	47.8	
Gelir gider algısı					
Gelirim giderimden fazla	27	41.5	38	58.5	0.359
Gelirim giderimle denk	160	50.6	156	49.4	
Gelirim giderimden az	54	51.9	50	48.1	
Sağlık algısı					
Çok iyi-iyi	139	45.4	167	54.6	0.013
Orta-kötü-çok kötü	106	57.0	80	43.0	
Kronik hastalık durumu					
Var	90	57.3	67	42.7	0.024
Yok	154	46.4	178	53.6	
Ailede sigara içen varlığı					
Var	138	60.0	92	40.0	<0.001
Yok	102	39.8	154	60.2	
SOY düzeyi					
Yetersiz-sınırlı	129	52.9	115	47.1	0.448
Yeterli	71	47.0	80	53.0	
Mükemmel	42	48.3	45	51.7	

4.2.2. Sağlıklı Beslenme ile İlişkili Etmenler

Araştırma grubunda sağlıklı beslenme, kadınlarda erkeklerden anlamlı olarak fazladır ($p=0.001$). Sağlıklı beslenme sıklığı sağlık algısı orta/kötü/çok kötü olanlarda %49.7, çok iyi/iyi olanlarda %39.5'dir ve bu fark anlamlıdır ($p=0.033$) (Tablo 12). Diğer değişkenler ile

sağlıklı beslenme arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). SOY düzeyi ile sağlıklı beslenme arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0.393$) (Tablo 12).

Tablo 12. Sağlık okuryazarlığına ve olası karıştırıcı etmenlere göre sağlıklı beslenme durumu

Özellikler	Beslenme				p*
	Sağlıklı değil		Sağlıklı		
	n	%	n	%	
Yaş					
45 yaş altı	111	56.6	85	43.4	0.958
45 yaş ve üstü	153	56.9	116	43.1	
Cinsiyet					
Erkek	85	69.7	37	30.3	0.001
Kadın	179	52.2	164	47.8	
Medeni durum					
Evli	214	56.9	162	43.1	0.699
Evli değil	48	59.3	33	40.7	
Öğrenim durumu					
Lisans	225	56.0	177	44.0	0.222
Lisans üstü	38	64.4	21	35.6	
Çocuk sahibi olma					
Var	215	56.7	164	43.3	0.992
Yok	46	56.8	35	43.2	
Gelir gider algısı					
Gelirim giderimden fazla	39	63.9	22	36.1	0.438
Gelirim giderimle denk	169	55.8	134	44.2	
Gelirim giderimden az	52	54.2	44	45.8	
Sağlık algısı					
Çok iyi-iyi	179	60.5	117	39.5	0.033
Orta-kötü-çok kötü	85	50.3	84	49.7	
Kronik hastalık durumu					
Var	73	50.0	73	50.0	0.056
Yok	188	59.5	128	40.5	

Beden Kütle İndeksi					
Zayıf-normal	143	57.0	108	43.0	0.970
Fazla-obeze	117	56.8	89	43.2	
Beden ağırlığı algısı					
Zayıf-normal	189	84.0	36	16.0	0.921
Fazla-obeze	107	83.6	21	16.4	
Fiziksel aktivite					
İnaktif-düşük aktif	161	59.0	112	41.0	0.145
Yeterli aktif	25	48.1	27	51.9	
SOY düzeyi					
Yetersiz-sınırlı	139	58.6	98	41.4	0.393
Yeterli	80	57.6	59	42.4	
Mükemmel	40	50.0	40	50.0	

4.2.3. Fiziksel Aktivite ile İlişkili Etmenler

Araştırma grubunda fiziksel aktivite açısından inaktif / düşük aktif olma SOY düzeyi mükemmel olanlarda %73.1, yeterli olanlarda %87.4, yetersiz-sınırlı olanlarda %85.5'dir ve bu fark anlamlıdır ($p=0.030$) (tablo). Diğer değişkenler ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13)

Tablo 13. Sağlık okuryazarlığına ve olası karıştırıcı etmenlere göre fiziksel aktivite durumu

Özellikler	Fiziksel aktivite				p*
	İnaktif-düşük aktif		Yeterli aktif		
	n	%	n	%	
Yaş					
45 yaş altı	128	86.5	20	13.5	0.278
45 yaş ve üzeri	171	82.2	37	17.8	
Cinsiyet					
Erkek	81	78.6	22	21.4	0.079
Kadın	218	86.2	35	13.8	
Medeni durum					

Evli	246	84.5	45	15.5	0.450
Evli değil	50	80.6	12	19.4	
Öğrenim durumu					
Lisans	257	82.9	53	17.1	0.211
Lisans üstü	38	90.5	4	9.5	
Çocuk sahibi olma					
Var	247	85.5	42	14.5	0.186
Yok	48	78.7	13	21.3	
Gelir gider algısı					
Gelirim giderimden fazla	39	81.3	9	18.8	0.875
Gelirim giderimle denk	193	84.3	36	15.7	
Gelirim giderimden az	62	83.8	12	16.2	
Sağlık algısı					
Çok iyi-iyi	184	82.1	40	17.9	0.216
Orta-kötü-çok kötü	115	87.1	17	12.9	
Kronik hastalık durumu					
Var	90	83.3	18	16.7	0.848
Yok	207	84.1	39	15.9	
Beden Kütle İndeksi					
Zayıf-normal	171	85.5	29	14.5	0.309
Fazla-obez	123	81.5	28	18.5	
Beden ağırlığı algısı					
Zayıf-normal	172	59.5	117	40.5	0.183
Fazla-obez	92	53.2	81	46.8	
SOY düzeyi					
Yetersiz-sınırlı	147	85.5	25	14.5	0.030
Yeterli	97	87.4	14	12.6	
Mükemmel	49	73.1	18	26.9	

4.2.4. Sigara Kullanımı ile İlişkili Lojistik Regresyon Analizleri

Bağımsız değişkenin ve olası karıştırıcı etmenlerin sigara kullanımına etkisini gösteren lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 14’de sunulmuştur. SOY düzeyi ile sigara kullanma riski arasında anlamlı ilişki yoktur (Tablo 14). Erkeklerde kadınlara göre sigara

kullanma riski 2.1 kat (OR=2.123, p=0.001, %95GA=1.341-3.360), evli olmayanlarda evli olanlara göre 1.8 kat (OR=1.794, p=0.047, %95GA=1.009-3.190), ailesinde sigara kullanım öyküsü olanlarda olmayanlara göre 2.4 kat anlamlı olarak fazladır (OR=2.422, p<0.001, %95GA=1.615-3.632). Çocuk sahibi olmak sigara kullanımı açısından %55 oranında anlamlı olarak koruyucu bulunmuştur (OR=0.455, p=0.011, %95GA=0.248-0.836). Yaş, öğrenim durumu, gelir gider algısı, sağlık algısı, kronik hastalık varlığı sigara kullanım riskini anlamlı olarak etkilememektedir (Tablo 14).

Tablo 14. Sağlık okuryazarlığına ve olası karıştırıcı etmenlere göre sigara kullanım durumu- Lojistik Regresyon Analizi sonuçları

Özellik (Referans grup)		Sigara kullanıyor (Düzenli-ara sıra- kullanıp bırakan)		
		p	OR	%95 GA
SOY düzeyi (Mükemmel)	Yeterli	0.709	1.118	0.622-2.008
	Yetersiz-sınırlı	0.552	1.179	0.685-2.030
Yaş grubu (45 yaş altı)	45 yaş ve üzeri	0.192	1.327	0.867-2.030
Cinsiyet (Kadın)	Erkek	0.001	2.123	1.341-3.360
Medeni durum (Evli)	Evli değil	0.047	1.794	1.009-3.190
Ailede sigara öyküsü (Yok)	Var	<0.001	2.422	1.615-3.632
Öğrenim durumu (Lisansüstü)	Lisans	0.920	1.032	0.559-1.906
Çocuk varlığı (Yok)	Var	0.011	0.455	0.248-0.836
Gelir gider algısı (Gelir giderden fazla)	Gelir gidere denk	0.529	1.206	0.673-2.164
	Gelir giderden az	0.459	1.299	0.650-2.595
Sağlık algısı (Çok iyi- iyi)	Orta-kötü-çok kötü	0.171	1.354	0.877-2.090
Kronik hastalık varlığı (Yok)	Var	0.161	1.379	0.879-2.163

4.2.5. Sağlıklı Beslenme ile İlişkili Lojistik Regresyon Analizleri

Bağımsız değişkenin ve olası karıştırıcı etmenlerin sağlıklı beslenmeye etkisini gösteren lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 15’de sunulmuştur. SOY düzeyi ile

sağlıklı beslenme davranışı arasında anlamlı ilişki yoktur (Tablo 15). Erkeklerde kadınlara göre sağlıklı beslenmeme riski 2 kat anlamlı olarak fazladır (OR=2.044, p=0.004, %95GA=1.258-3.322). Yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çocuk varlığı, gelir gider algısı, sağlık algısı, kronik hastalık varlığı, beden kitle indeksi sağlıklı beslenmeme riskini anlamlı olarak etkilememektedir.

Tablo 15. Sağlık okuryazarlığına ve olası karıştırıcı etmenlere göre sağlıklı beslenme durumu- Lojistik Regresyon Analizi sonuçları

Özellik (Referans grup)		Sağlıklı beslenmiyor		
		p	OR	%95 GA
SOY düzeyi (Mükemmel)	Yeterli	0.426	1.272	0.704-2.299
	Yetersiz-sınırlı	0.394	1.266	0.736-2.178
Yaş grubu (45 yaş altı)	45 yaş ve üzeri	0.617	0.895	0.579-1.383
Cinsiyet (Kadın)	Erkek	0.004	2.044	1.258-3.322
Medeni durum (Evli)	Evli değil	0.637	1.150	0.643-2.055
Öğrenim durumu (Lisansüstü)	Lisans	0.378	0.754	0.403-1.412
Çocuk varlığı (Yok)	Var	0.804	0.928	0.514-1.676
Gelir gider algısı (Gelir giderden fazla)	Gelir gidere denk	0.375	0.761	0.416-1.391
	Gelir giderden az	0.454	0.762	0.375-1.552
Sağlık algısı (Çok iyi- iyi)	Orta-kötü-çok kötü	0.115	0.704	0.454-1.089
Kronik hastalık varlığı (Yok)	Var	0.274	0.780	0.499-1.218
Beden kütle indeksi (Zayıf-normal)	Fazla ağırlıklı-obez	0.706	0.921	0.600-1.413

4.2.6. Fiziksel Aktivite ile İlişkili Lojistik Regresyon Analizleri

Bağımsız değişkenin ve olası karıştırıcı etmenlerin fiziksel aktiviteye etkisini gösteren lojistik regresyon analizinin sonuçları tablo 16’da sunulmuştur. SOY düzeyi mükemmel olanlara göre, yetersiz-sınırlı olanlarda 2.7 kat (OR=2.693, p=0.010, %95GA=1.273-5.695), yeterli olanlarda 3.2 kat (OR=3.175, p=0.007, %95GA=1.369-7.367), fiziksel inaktivite-düşük aktivite riski anlamlı olarak yüksektir (Tablo 16). Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim

durumu, çocuk varlığı, gelir gider algısı, sağlık algısı, kronik hastalık varlığı, beden kitle indeksi fiziksel inaktivite-düşük aktivite riskini anlamlı olarak etkilememektedir (Tablo 16).

Tablo 16. Sağlık okuryazarlığına ve olası karıştırıcı etmenlere göre fiziksel aktivite durumu- Lojistik Regresyon Analizi sonuçları

Özellik (Referans grup)		Fiziksel inaktif- Düşük aktif		
		p	OR	%95 GA
SOY düzeyi (Mükemmel)	Yeterli	0.007	3.175	1.369-7.367
	Yetersiz-sınırlı	0.010	2.693	1.273-5.695
Yaş grubu (45 yaş altı)	45 yaş ve üzeri	0.261	0.675	0.340-1.339
Cinsiyet (Kadın)	Erkek	0.138	0.596	0.301-1.180
Medeni durum (Evli)	Evli değil	0.819	0.901	0.368-2.203
Öğrenim durumu (Lisansüstü)	Lisans	0.266	0.520	0.164-1.647
Çocuk varlığı (Yok)	Var	0.070	0.450	0.190-1.067
Gelir gider algısı (Gelir giderden fazla)	Gelir gidere denk	0.927	1.041	0.440-2.462
	Gelir giderden az	0.954	1.031	0.359-2.960
Sağlık algısı (Çok iyi- iyi)	Orta-kötü-çok kötü	0.175	1.632	0.804-3.313
Kronik hastalık varlığı (Yok)	Var	0.728	0.883	0.439-1.778
Beden kütle indeksi (Zayıf-normal)	Fazla ağırlıklı-obez	0.305	0.702	0.357-1.380

5. TARTIŞMA

Bu çalışma İzmir ili Balçova ilçesindeki anaokulu, ilkokul, ortaokul ve lise öğretmenlerinde SOY düzeyinin sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmaya katılan öğretmenlerin sağlıklı beslenme sıklığı %43.2, yeterli fizik aktivite yapma sıklığı %16.0, her gün en az 1 adet sigara kullanım sıklığı %24.0 olarak saptanmıştır. Araştırma grubunun SOY düzeyine bakıldığında, öğretmenlerin yarıdan fazlasının (%51.8) SOY düzeyinin kısıtlı (yetersiz + sorunlu sınırlı) olduğu saptanmıştır. Sigara kullanımının; cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ve ailede sigara içen birey varlığı ile ilişkili olduğu, sağlıklı beslenmenin; cinsiyet ile ilişkili olduğu, fiziksel aktivitenin SOY düzeyi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

5.1. Öğretmenlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Bu çalışmada öğretmenlerin SOY indeks puanı ortalaması 33.7, ortancası 32.8 bulunmuştur. TSOY-32 ölçeğine göre değerlendirildiğinde öğretmenlerin %51.8'inin SOY düzeyi kısıtlıdır.

Avrupa SOY araştırmasında, 15 yaş ve üzeri toplam 8102 kişinin katılımcının %47.6'sının SOY düzeyi yetersiz ve sınırlı olarak saptanmıştır. Yetersiz ve sınırlı SOY düzeyinin en düşük olduğu ülke Hollanda (%29), en yüksek olduğu ülke Bulgaristan'dır (%62) (38). T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması” ise, SOY’u ulusal düzeyde ortaya koymuştur. TSOY-32 ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada toplumun %30.9'unun yetersiz, %38.0'ının sorunlu-sınırlı SOY düzeyine sahiptir. Araştırma ile SOY’u yetersiz olanlarla sorunlu-sınırlı olanların toplamı %68.9 bulunmuştur (44). Bu iki kategori kısıtlı olarak değerlendirildiğinde; kısıtlı SOY’un ülkedeki her on kişiden yedisini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak öne çıktığı görülmüştür. Öte yandan Türkiye, %30.9 yetersiz SOY düzeyi ile Avrupa ve Amerika’daki yetersiz SOY düzeyinin yaklaşık iki katına sahip bulunmuştur. Ülkemizdeki sonuçlar, Avrupa SOY kapsamındaki ülkelerle karşılaştırıldığında ise Türkiye’nin bu grupta

en kötü durumdaki ülke olan Bulgaristan'ın da gerisinde kaldığı görülmüştür (44). Bizim çalışmamızda elde edilen yetersiz-sınırlı SOY düzeyi sıklığı öğretmenlerde elde edildiği için genel toplumdan düşükken Avrupa'da elde edilen sıklıktan daha yüksektir.

Ülke genelinde yapılan çalışmalardan, Durusu-Tanrıöver ve ark.nın (2014) (HLS-EU) kullanarak yaptığı çalışmada, toplumun %24.5'i yetersiz, %40.1'i sorunlu SOY düzeyine sahiptir (43). Okyay, Abacıgil ve Harlak'ın (2016) TSOY-32 ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla 400 katılımcı ile yürüttüğü çalışmada ortalama SOY indeks puanı 29.5 olarak saptanmış olup katılımcıların %27.2'si yetersiz, %42.2'si sorunlu SOY düzeyinde bulunmuştur ve elde edilen sıklık genel topluma ilişkin olduğundan bizim çalışmamızdaki öğretmenlerin yetersiz- sınırlı SOY sıklığından daha yüksektir (50). SOY her ne kadar çok boyutlu ve karmaşık bir kavram olsa da pek çok çalışma, SOY düzeyinin öğrenim durumu ile ilişkili olduğunu ve gelir, refah seviyesi gibi etmenlerden etkilendiğini göstermektedir (40, 84-86). Araştırma grubumuzda bu etmenlerin Türkiye'deki genel topluma göre daha iyi olması ile bu fark açıklanabilir.

Öğretmenlerde yapılmış çalışma örneklerine bakıldığında; Yılmazel'in Çorum il merkezinde 580 ilköğretim öğretmeni ile yürüttüğü araştırmada SOY düzeyi için Newest Vital Sign (NVS) ölçeği kullanılmıştır. Öğretmenlerin ölçekten aldıkları puan ortalamaları 2.12 ± 1.82 olarak bulunmuştur. Ölçek puan ortalamalarının karşılık geldiği SOY düzeyine bakıldığında; öğretmenlerin %44.0'ı çok sınırlı, %29.8'i sınırlı ve %26.2'si yeterli SOY düzeyinde yer almıştır (87). Çalışmamıza göre farklı sonuç elde edilmesinin nedeni farklı ölçek kullanılmasıdır.

İstanbul'da sınıf öğretmenleri ile yapılan bir çalışmada SOY düzeyini belirlemek için çalışmamızla benzer şekilde TSOY-32 ölçeğinden yararlanılmıştır. Çalışmaya katılan öğretmenlerin genel SOY indeks puanı ortalaması 33.4 olarak hesaplanmıştır ve bizim çalışmamızdan biraz yüksektir. Öğretmenlerin SOY düzeyleri %17.0'ında yetersiz, %35.0'ında sorunlu-sınırlıdır ve bizim sonuçlarımızla benzerdir (88).

Malatya'da öğretmenlerle yürütülen başka bir çalışmada SOY düzeyinin belirlenmesi için Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nden (HLS-EU) yararlanılmıştır. Çalışmaya katılan öğretmenlerin SOY indeks puanı ortalaması 33.4 hesaplanmıştır ve öğretmenlerin %49.6'sı yetersiz veya sorunlu, SOY'da bulunmuştur. Ortalama ölçek puanı bizim çalışmamızda elde ettiğimizden biraz yüksek, yetersiz-sınırlı SOY sıklığı da biraz düşüktür (89).

Manisa-Salihli merkezde bulunan devlet liselerinde görevli öğretmenlerde TSOY-32 ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada öğretmenlerin SOY genel ölçek puanı ortalaması 31.2 olarak hesaplanmıştır ve %21.2'si yetersiz, %41.9'u sorunlu-sınırlı SOY düzeyinde yer almıştır. Bu sıklık öğretmenlerde elde edilen sıklıklardan daha yüksek olmakla birlikte genel toplumla benzerdir (90). İzmir-Karşıyaka'da sınıf öğretmenlerinde, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) kullanılarak yapılan çalışmada ortalama puan 17.7 olarak hesaplanmıştır (91).

Ülkemizde öğretmenlerle yürütülen çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda öğretmenlerin büyük bir kısmının araştırmamıza benzer şekilde yetersiz veya sorunlu-sınırlı SOY düzeyinde olduğu söylenebilir. Öğrenim düzeyine göre değerlendirildiğinde öğretmenlerin daha da yüksek bir SOY düzeyine sahip olması beklenirken bu çalışmada ve ülkemizde yürütülen diğer çalışmalarda, öğretmenlerin SOY düzeyinin beklenen kadar yüksek olmadığı hatta büyük bir kısmının sorunlu ya da yetersiz SOY kategorisinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgular öğrenim düzeyi yüksek popülasyonların hele ki öğrenci yetiştiren bir popülasyonun SOY girişimlerinde göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermektedir.

5.2. Öğretmenlerin Sigara Kullanım Durumu ve SOY Düzeyi ile Olası Karıştırıcı Etmenlerle Sigara Kullanımı İlişkisi

Bu çalışmada öğretmenlerin %24.0'ı düzenli olarak, her gün en az 1 kez sigara kullanmakta, %9.8'i ara-sıra sigara kullanmaktadır. OECD Sağlık İstatistikleri Raporuna göre OECD ülkelerinde her gün sigara içenlerin oranı %18.0 olarak bulunmuştur (92). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) sonuçlarına göre Türkiye'de sigara kullanım sıklığı 2008 yılında %31.2, 2012 yılında %27.1, 2016 yılında %31.6 olarak bulunmuştur (77). Halen tütün ürünü kullananlar içinde her gün tütün kullanan 15 yaş ve üzeri bireylerin sıklığı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verisine göre 2016 yılı için %26.5 ve 2019 yılı için %28'dir (78, 79). KYTA'a göre 2008 yılında bu oran %27.4, 2012 yılında %23.8, 2016 yılında ise %29.6 bulunmuştur. KYTA'a göre halen tütün ürünü kullananlar içinde ara sıra tütün ürünü kullanımı sıklığı 2008 yılında %3.8, 2012 yılında %3.3, 2016 yılında ise %2 olarak saptanmıştır (77). Bu sonuçlar, Türkiye'de yetişkinlerde sigara kullanım yüzdelerinde kararlı ve anlamlı bir düşüş döneminin başlamadığını açıkça göstermektedir. Bu durum her iki cinsiyet ve tüm yaş grupları için geçerli görünmektedir (73). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1965 yılında %42.0 olarak saptanan yetişkin sigara kullanım sıklığı, zaman içinde sürekli ve düzenli olarak azalmış ve 2019'da %13.7 olarak saptanmıştır (93).

Bu çalışmada öğretmenlerin %33.8'i sigara kullanmaktadır (%24.0'ı düzenli olarak, %9.8'i ara-sıra). Dünya genelinde 31 ülkede yapılan küresel okul personel anketi sonuçlarına göre, öğretmenlerde sigara kullanım sıklığı %15-19 aralığında bulunmuştur (94). Ülkelere göre öğretmenlerde sigara kullanım sıklığının Japonya'da %44.7 (2000), İspanya'da %37.2, İtalya'da %32.5 (2003), Hindistan'da %14.5 (2013), Tunus'ta %17.8, Bangladeş'te %17.0 (2011), Malezya'da %7.8 (2012) ve Suriye'de %52.1 (2000), Yunanistan'da %26.4 (2017) olduğu görülmüştür (95-100). Bu çalışmada bulunan %33.8 oranı ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda öğretmenlerde sigara kullanım sıklığı, bazı Avrupa ülkelerine benzerken, Hindistan, Tunus, Malezya ve Bangladeş'ten daha yüksektir. Yıl farklılıkları bu sonuçlardaki farklılığı doğurmuş olabilir. Ayrıca bu farklı sonuçlar, kültürel farklılıklar ve gelişmişlik düzeyine bağlı olabilmenin yanında dünyadaki sigara kullanım oranlarını sınıflandıran DSÖ'nün bulguları ile de uyumlu görünmektedir (101).

Türkiye'de öğretmenlerde yapılan çalışmalarda sigara kullanma sıklığı %27.1 ile %45.3 arasında değişmektedir. Öğretmenlerin sigara kullanma davranışına ilişkin farklı zamanlarda farklı illerde yapılan çok sayıda çalışmada sigara kullanım sıklığı, 2007'de Edirne'de %45.3, Kayseri'de %31.5, 2008'de Afyon'da %43.1, 2009'da Kocaeli'nde %44.1, Denizli'de %34.9, 2012'de Malatya'da %27.4, 2018'de Hakkari'de %37.3, Konya'da %36.7, İzmir'de %30.7, 2020'de Manisa'da %27.1 olarak saptanmıştır (90, 91, 102-109).

Çalışmamızda öğretmenlerin sigara kullanım sıklığı, ülke geneliyle ve öğretmenlerde yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında benzerlik göstermektedir. Topluma örnek olması gereken ve öğrencilerin kendilerine rol model olarak seçtikleri öğretmenlerde sigara kullanım sıklığının genel toplumunki ile benzer olması beklenenden çok uzaktır (90, 91, 102-109).

Bu çalışmada, öğretmenlerin SOY düzeyi ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak genellikle araştırmalar, olumsuz sağlık davranışlarından biri olan sigara kullanımının SOY ile ilişkili olduğunu göstermektedir (34, 37, 86, 110-115). Baker ve ark.nın (2004) çalışmasında SOY düzeyi yeterli olan bireylerin sigara, alkol tüketiminin daha az olduğu saptanmıştır (34). Von Wagner ve ark.nın (2007) çalışmasında, katılımcıların SOY düzeyi arttıkça daha az sigara kullandıkları saptanmıştır (37). İngiltere, Amerika ve Çin'de yapılmış üç farklı çalışmada düşük SOY'lu olan kişilerde sigara kullanımının daha yaygın olduğu saptanmıştır (86, 110, 113). Bizim çalışmamızda da, SOY düzeyi mükemmel olanlara göre, yetersiz-sınırlı olanlarda 1.2 kat (OR=1.179, p=0.552, %95GA=0.685-2.030), yeterli

olanlarda 1.1 kat ($OR=1.118$, $p=0.709$, $95\%GA=0.622-2.008$), sigara kullanım riski yüksek bulunmasına karşın bu fark anlamlı değildir.

Ülkemizde, Arıkan'ın eğitim fakültesi öğrencilerinin de dahil olduğu üniversite öğrencilerinde, sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini incelediği araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyi “yetersiz” olan öğrencilerde her gün sigara kullananların oranı %30.6, “yeterli” düzeyde olan öğrencilerde %12.0 olarak bulunmuştur (111). Bu çalışmaların dışında, Atay ve ark.nın 2017 yılında Eskişehir’de görev yapan 825 öğretmende TSOY-32 kullanarak yaptıkları kesitsel araştırmada, SOY ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (116). Yine üniversite öğrencilerinde, işçilerde, öğretmenlerde yapılan altı farklı araştırmada SOY düzeyleri ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı görülmüştür (117-122). Bu bulgular çalışmamızı desteklemektedir. Bu bulgular için olası bir açıklama, sigaranın olumsuz sağlık sonuçlarının bilinmesinin davranış değişikliğine neden olmaması olabilir. Bu nedenle, araştırmalara katılanlar sigarayla ilgili farklı davranışlar göstermiş olabilir. Ayrıca, SOY ölçüm araçlarında standardizasyonun olmaması da çalışmaların sonuçları arasında farklılıklara neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda çok değişkenli analizlerde SOY düzeyi ile sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ancak erkek cinsiyet, evli olmama, çocuk sahibi olmama ve ailede sigara içen varlığı sigara kullanımı açısından risk oluşturmaktadır.

Araştırma grubunda sigara kullanımı (düzenli-ara sıra kullanan, kullanıp bırakan), tek değişkenli analizlerde 45 yaş ve üzerinde (%55.2), 45 yaş altı gruba (%42.1) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuş ancak çok değişkenli analizlerde yaş grubu ve sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yapılan çalışmalarda genellikle farklı yaş gruplandırılmaları kullanılmıştır. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması’nda tütün kullanımı yaş gruplarına göre değişkenlik göstermiştir. En yüksek tütün kullanım oranı 25-44 yaş aralığındadır (123). TÜİK 2012, 2016, 2019 verileri, yaş gruplarına göre incelendiğinde en çok tütün kullanan bireyler (%42.8) 35-44 yaş aralığında, KYTA 2012’de 25-44 yaş aralığında yer almış, en düşük oran ise 65 yaş ve üzeri grupta saptanmıştır (83-85). Hassoy’un araştırmasında, 40 yaş ve üstü katılımcıların, 20-39 yaş grubuna göre anlamlı olarak fazla sigara kullandığı bulunmuştur (124). Sezgin ve Pirinççi’nin (2020) çalışmasında, 31 yaş ve üzeri grupta, 30 yaş ve altına göre sigara kullanım oranının anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir (125).

Bu çalışmada, sigara kullanımı açısından erkekler kadınlara göre riskli bulunmuştur. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına ve TÜİK 2019 verilerine göre erkeklerde sigara kullanımı sıklığı kadınlardan yüksektir (79, 123). Literatüre bakıldığında da çoğu araştırmada, erkeklerde kadınlara göre sigara kullanma sıklığı anlamlı olarak yüksektir (125, 126-131). Ancak her iki cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır (124, 132, 133). Öğretmenlerde yapılmış çalışma örneklerine baktığımızda ise yine sigara kullanım sıklığının, erkeklerde (%33.6-%44.8); kadınlara (%25.4-%43.2) göre daha yüksek olduğu sonuçlar elde edilmiştir (105, 109, 134, 135). Çalışmamızdaki sonuçlar literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda, evli olmayanlarda evli olanlara göre sigara kullanım riski anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Bu sonuç çocuğu olanların da anlamlı olarak daha az sigara kullandığına ilişkin sonucumuzla birbirini desteklemektedir. Tansel ve Karaoğlu'nın TÜİK verilerini kullanarak yaptığı çalışmada bekarlarda sigara kullanımı daha yüksek bulunmuştur (136). Sayan'ın hemşirelerde yaptığı çalışmada da bekarlarda sigara kullanım sıklığı evli olanlara göre fazla bulunmuştur ancak bu fark anlamlı değildir (126). Buna karşın, farklı ülkelerde öğretmenlerde ve erkek popülasyonunda yapılmış 2 farklı çalışmada, sigara kullanımı evli olanlarda daha fazla bulunmuştur (98, 137). Farklı meslek gruplarında ya da farklı popülasyonlarda yapılan çalışmalarda da farklı sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin Nehir'in hemşirelerde yaptığı araştırmada dul/boşanmış olmak geçmişte ya da halen sigara kullanımı açısından risk oluşturmaktadır (138). Macaristan'da yapılmış bir çalışmada boşanmış/dul kadın ve erkeklerde sigara kullanımı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (139). Ayrıca ülkemizde yapılmış farklı araştırma örneklerinde, medeni durum ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (124-126).

Bu çalışmada, ailede sigara kullanım öyküsü olması sigara kullanım riskini artırmaktadır ve literatürde de ailede sigara kullanan bireylerin olmasının, sigara kullanımı için risk oluşturduğu gösterilmiştir (140, 141). Hakkari'de 2018 yılında öğretmenlerin sigara kullanım konusundaki tutum ve düşüncelerine yönelik yürütülen çalışmada sigara kullananların %42.9'unun evinde başka bir bireyin de sigara kullandığı belirlenmiştir (108). Edirne'de yapılan çalışmada, hiç sigara kullanmamış öğretmenlerin eşlerinin sigara kullanım oranı (%27.0), halen sigara kullanan öğretmenlerin eşlerinin sigara kullanım oranından (%39.9) düşük bulunmuştur (141). 2016 yılında Elazığ'da yapılan kesitsel çalışmada, ailesinde sigara kullanan birey olanlardaki sigara kullanım sıklığı (%67.2), ailesinde sigara kullanan birey olmayanlardan (%32.8) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (142). Erbaycu

ve ark.nın İzmir’de yaptığı çalışmada ailede sigara kullanan kişi olmaması ile sigara kullanım alışkanlığının olmaması anlamlı olarak ilişkili bulunmuş, özellikle eşlerin veya kardeşlerin sigara alışkanlıkları, sigara kullanım sıklığını etkileyen bir unsur olarak ön plana çıkmıştır (143). Düşük ve orta gelirli ülkelerde okul personelinde yapılmış bir çalışmada ise özellikle anne ve babanın sigara kullanmış olmasının, bireylerin sigara kullanımı üzerinde artırıcı etkisi olduğu gösterilmiştir (144). Nehir’in çalışmasında, ailede ya da yakın çevrede sigara kullanan kişilerin bulunmasının, katılımcıların geçmişte ya da halen sigara kullanımı açısından risk oluşturduğu bulunmuştur. Anne babalar, çocuk ve gençleri bağımlılık yapan maddeler konusunda uyarsa da kendi sergiledikleri davranış modelleri, mantıklı uyarılarından çok daha etkin olmaktadır (138). Bu nedenle erken çocukluk döneminde ebeveynlerin çocuklarına uygun rol modeli olmaları gerekmektedir ve sigarayla mücadelede kişinin sosyal ortamı göz ardı edilmemelidir (138, 140).

Bu çalışmada öğrenim durumuna göre sigara kullanımı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Farklı meslek gruplarında ve popülasyonlarda yapılan çalışmalarda düşük öğrenimin ya da öğrenim süresinin sigara kullanımı açısından risk oluşturduğu bulunmuştur (125, 138, 142, 145, 146). Tansel ve Karaoğlu’nın 2016 yılında, TÜİK (2008, 2010 ve 2012) verilerini kullanarak yaptıkları çalışmada, öğrenim düzeyi ile sigara kullanımı arasında pozitif ilişki bulunmuştur (136). Ülkemizde Dursun ve ark.nın TÜİK (2008, 2010, 2012, 2014 ve 2016) ile Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008 ve 2012’den elde edilen verileri kullandıkları çalışmada ise eğitimin sigara kullanımına etkisinin olmadığı bulunmuştur (147). Yine benzer şekilde başka çalışmalarda da öğrenim durumu ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (124, 126, 148). Bu bulgular araştırmamızın sonuçlarını desteklese de bizim çalışmamızda öğrenim durumu ile sigara kullanımı arasında ilişki saptanmamasının başlıca nedeni araştırma grubunun öğrenim düzeyi açısından görece homojen bir grup olması olabilir (%87.7 lisans mezunu).

Bu çalışmada çocuk sahibi olmak sigara kullanımı açısından koruyucu bulunmuştur. Ancak ülkemizde farklı bölgelerde ve yıllarda yapılan çalışmalarda ebeveynlerin, çocuklarının yanında sigara kullandığı gösterilmiştir (149-153). Hemşirelerde sigara bırakma deneyimlerini inceleyen bir çalışmada, katılımcıların %60.0’ı sağlık, %20.0’ı bağımlılıktan kurtulma, %12.0’ı gebelik ve %8.0’ı çocuklarına kötü örnek olmamak için sigarayı bıraktıklarını belirtmişlerdir (154). Çalışmamızda çocuk sahibi olmanın sigara kullanımı açısından koruyucu bulunması, öğretmenlerin öğrenim durumu yüksek bir grup olması ve çocuklar ilgili konularda daha bilinçli davranışlarından kaynaklanabilir. Dolayısıyla çocuğu

olan öğretmenlerin, çocuğuna olumsuz rol model oluşturmayı ve yanında sigara kullanmayı istemediği için sigara kullanım sıklığı daha az olabilir.

Çalışmamızda öğretmenlerin gelir-gider algılarının, kronik hastalık varlığının ve sağlık algısının sigara kullanım riskini etkilemediği görülmüştür. Çalışmalar ya da raporlar sigara kullanımı açısından düşük gelirli olmanın risk oluşturduğunu belirtmektedir (101, 139, 155). Ancak ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Oğuztürk'ün 1980-2010 yılları için Türkiye'de sigara tüketimini incelediği araştırmada gelir düzeyinin artmasının sigara kullanımını arttırdığı saptanmıştır (156). Gelir düzeyinin sigara kullanımını etkilemediği çalışmalar da bulunmaktadır (124, 125, 142). Tabi ki bu çalışmalar öğretmenlerde yapılmamıştır. Ancak öğrenim durumunda olduğu gibi gelir açısından da genel olarak öğretmenlerin homojen bir grup olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir.

Türkiye'de yapılan üç çalışmada kronik hastalığı olan yetişkinlerde sigara kullanım sıklığı %40.2-52.9 arasında bulunmuştur (157-159). Edirne'de öğretmenlerde yapılan çalışmada kronik hastalık sıklığı %20.7 bulunmuş ve sigara kullanımı ile son bir yılda konan astım, gastrit ve depresyon tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (102). Ayrıca bazı çalışmalarda kronik hastalık varlığının sigara bırakmada etkili olduğu görülmüştür. Önen'in çalışmasında kronik akciğer hastalığı olanların olmayanlara göre sigarayı daha zor bıraktığı bildirilmiştir (160). Berkeşoğlu'nun çalışmasında medikal hastalık durumunun sigara bırakma üzerine etkisi görülmezken, psikiyatrik hastalık olmasının sigara bırakma başarısını olumsuz etkilediği görülmüştür ancak çok değişkenli analizlerde bu durum istatistiksel olarak anlam kazanmamıştır (161). Kronik hastalık-sigara birlikteliğini değerlendirirken, sigaranın kendisinin de birçok kronik hastalıkla (kanser, kalp hastalığı, akciğer hastalıkları, inme, diyabet gibi) ilişkili olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (162). Çalışmalarda elde edilen sonuçların tek ya da çok değişkenli analizlerle elde edilmesi ve sigara kullanımı için oluşturulan kategorilerin farklı olması gibi nedenler farklı sonuçlara neden olmuş olabilir. Nitekim bizim çalışmamızda tek değişkenli analizlerde kronik hastalık varlığı ve sigara kullanımı arasında ilişki saptanmıştı ancak bu sonuç çok değişkenli analizde saptanmadı.

5.3. Öğretmenlerde Sağlıklı Beslenme Durumu ve SOY Düzeyi ile Olası Karıştırıcı Etmenlerle Sağlıklı Beslenme İlişkisi

Bu çalışmada, öğretmenlerin %54.0'ı günde üç ana öğün, %43.3'ü günde iki ve üzeri ara öğün yapmaktadır. Günlük tüketilen sebze meyve porsiyonuna bakıldığında %63.4'ü bir

porsiyon sebze, %65.9'u bir porsiyon meyve tüketmektedir. Günlük sebze ve meyve porsiyonu birlikte değerlendirildiğinde öğretmenlerin yalnızca %4.1'i günde beş ve üzeri porsiyon sebze-meyve tüketmektedir. Öğretmenlerin %65.7'si çoğunlukla sağlıklı (sıvı) yağ kullanmakta, %73.6'sı sağlıklı (kepekli, çavdar, yulafli, tam buğday/hiç) şekilde ekmek tüketmektedir. Yemeğin tadına bakmadan tuz atan öğretmenlerin oranı ise %13.8'dir. Öğretmenlerin %56.8'i sağlıksız beslenmektedir.

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında, sıklıkla tüketilen ekmek türü bizim çalışmamızın tersine %87.0 beyaz ekmektir. Yemeklerde en sık tüketilen yağ %27.6 zeytinyağı, %62.1 diğer sıvı yağlardır. Bir başka ifade ile katılımcıların %89.6'sı genellikle sıvı yağları tükettiklerini belirtmişlerdir ki bu sıklık bizim çalışmamızdan yüksektir. Araştırma grubunun yemeğin tadına bakmadan tuz atma oranı; erkek ve kadınlar için sırasıyla %17.7 ve %14.1 olarak belirtilmiştir ve bizim sonucumuza yakındır. Çalışmada günlük tüketilen ortalama meyve sebze porsiyonu sayısı 2.7'dir ve grubun yalnızca %13.3'ü günde beş ya da daha fazla meyve/sebze porsiyonu tükettiğini belirtmiştir (123). Bizim çalışmamızdaki en çarpıcı fark beş porsiyon meyve sebze tüketimi sıklığının çok düşük olmasıdır.

Sağlık Bakanlığı ve DSÖ Türkiye Ofisi ortaklığında 2017 yılında gerçekleştirilen “Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017” çalışmasında katılımcıların %12.2'si günde beş porsiyon ve daha fazla meyve sebze tüketmektedir ve bu sıklık düşük olmasına karşın bizim sonucumuzun yaklaşık üç katıdır. Katılımcıların dörtte birinden fazlası (%28.1) yemeğin tadına bakmadan ya da yerken sıklıkla/her zaman yemeklerine tuz eklemektedir ve bu bizim sonucumuzun iki katıdır (163).

TBSA 2017 sonuçlarına göre, katılımcıların %23.9'u (%10.5 her zaman) her zaman ya da ara sıra yemeklerinin tadına bakmadan tuz eklemektedirler. Tüketilen ekmek çeşitlerine bakıldığında; beyaz ekmek %72.1'dir. Tüketilen yağ çeşitlerine bakıldığında; zeytinyağını her gün tüketenlerin sıklığı %44.6, ayçiçek yağını her gün tüketenlerin sıklığı %61.4'tür (164). Soru biçimleri farklı olsa da bu çalışmada tuz ekleme sıklığı bizim çalışmamızdan (%13.8) yüksektir ve sıklıkla beyaz ekmek kullanılmaktadır. Sıvı yağ kullanımı ön plandadır.

Bizim çalışmamızdaki öğretmenlerde elde edilen sonuçların genel toplum sonuçlarından başlıca farkları tüketilen ekmek türünde beyaz ekmek dışı ekmeklerin sıklıkla

kullanılması (%73.6 sağlıklı ekmek tercihi), tuz tüketiminin düşük olması (%13.8) ve beş porsiyon meyve sebze tüketiminin (%4.1) çok düşük olmasıdır.

Ülkemizde öğretmenlerde beslenme alışkanlıklarına ilişkin yapılan araştırmalarda, düzenli beslendiklerini belirtme sıklıkları %60.0 ve %75.5'tir (165, 166). Bu çalışmalarda sıklık kişilerin kendi algısına göre belirlenmiştir ve bizim çalışmamızda elde edilen sağlıklı beslenme sıklığı ile karşılaştırılması uygun değildir. Benzer bir çalışma da Adana'da yapılmıştır. Adana'da okulöncesi öğretmenlerinin %40.9'u sağlıklı şekilde beslenmediklerini belirtmişlerdir. Öğretmenlerin %78.2'sinin sabah kahvaltısını, %65.4'ünün öğle yemeğini, %74.7'sinin akşam yemeğini her zaman yemekte olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %49.0'ı zeytinyağı, %37.0'ı ayçiçek yağı kullandığını belirtmiştir ki bu bizim çalışmamızdan (%65.7 sıvı yağ) yüksek bir sıklıktır (167).

Sabbağ'ın ilköğretim okullarında görev yapan 381 öğretmende yaptığı çalışmada öğretmenlerin %54.3'ünün günde üç öğün yemek yedikleri belirlenmiştir. Araştırma sonucunda öğretmenlerin %71.4'ünün yeterli, %24.9'unun iyi düzeyde beslenme bilgisine sahip olduğu saptanmıştır (168). Sakar'ın, Uşak'ta ilköğretim okullarında görev yapan 150 öğretmende yaptığı çalışmada; 3 ana öğün beslenme sıklığı kadınlarda %61.0, erkeklerde %60.0'dır. Öğretmenlerin %86.0'ının ara öğün yaptığı saptanmıştır. Beslenme bilgi durumlarına bakıldığında grubun %50.0'ının yeterli, %28.0'ının iyi düzeyde beslenme bilgisine sahip olduğu görülmüştür (169).

İstanbul'da 2018 yılında, farklı meslek gruplarından 300 gönüllü ile internet üzerinden yapılmış bir araştırmada katılımcıların %54.0'ının üç öğün beslendikleri belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre bakıldığında, eğitimcilerin ve ev kadınlarının sıklıkla iki öğün beslendiği görülmüştür. Katılımcıların %2.7'si sağlıklı beslendiğini, %42.7'si yeteri kadar (orta derecede) beslendiğini belirtmişlerdir. En sık tüketilen ekmek, beyaz ekmektir (%50.3). En sık tüketilen yağlar; %30.7 bitkisel sıvı yağ (ayçiçeği, mısırözü, soya vb.), %27.0 zeytinyağıdır. Tüm meslek gruplarının sıvı ve bitkisel yağ ağırlıklı beslendikleri ifade edilmiştir (170). Bizim çalışmamızda da ekmek tüketimi (%73.6 sağlıklı ekmek tercihi) dışındaki bulgular benzerdir.

Genel olarak yapılan çalışmalara bakıldığında, beslenme alışkanlıkları ile ilgili soruların ve sağlıklı beslenme kriterlerinin her çalışmada farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu nedenle sağlıklı beslenme davranışını bir bütün olarak karşılaştırabilmek güçtür. Öğünler ve en sık tüketilen yağ çeşitleri özelinde değerlendirdiğimizde, diğer çalışmalarla benzer

sonuçlar elde edilmiştir. Ancak en çok tüketilen ekmek çeşidi ve günlük sebze/meyve porsiyon sayısı, bizim çalışmamızda diğerk çalışmalardan oldukça farklı bulunmuştur.

Çalışmamızda SOY düzeyi ile sağlıksız beslenme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sağlıksız beslenme açısından erkeklerin riskli olduğu saptanmıştır. Yapılan pek çok çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak SOY düzeyi yüksek olan bireylerin daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip olduğu ve beslenme durumunu etkileyen en önemli belirleyicilerden birinin SOY düzeyi olduğu gösterilmiştir (36-39, 117, 171). Speirs ve ark.nın çalışmasında, SOY düzeyi düşük olan bireylerin gelir düzeyinden bağımsız olarak sağlıksız beslendikleri ortaya çıkmıştır (172). SOY düzeyi düşük olan bireylerin daha az besin etiketi okudukları (173-176), daha az sıklıkta düşük yağlı veya düşük enerjili besinleri tercih ettikleri ve günlük önerilen miktardan daha az sebze, meyve (37, 172, 177, 178), tahıl ve kurubaklagil (178) tükettikleri saptanmıştır. Aynı zamanda SOY düzeyi düşük olan bireylerin diyetisyenlerin önerdiği besin ögelerini karşılama, marketteki seçenekler karşısında sağlıklı seçimler yapma, besinlerin porsiyon ölçülerini tahmin etme konusunda zorlandığı ifade edilmiştir (172, 179). SOY düzeyi yeterli olan bireylerin ise kızartma türü besinleri nadiren tükettikleri, sebze ve tahılı daha fazla tükettikleri, taze meyveleri ise çoğunlukla kabuklu tercih ettikleri belirlenmiştir (172, 178). Atay ve ark.nın 825 ğretmende TSOY-32 kullanarak yaptıkları kesitsel çalışmada SOY düzeyi ile porsiyon kısıtlama düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu, SOY düzeyi ile duygusal ve kontrolsüz yeme davranışı arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (116).

SOY düzeyi ile sağlıksız beslenme arasında anlamlı bir ilişki beklenen sonuç olabilir ancak çalışmaların yöntemsel (sağlıklı beslenmenin değerlendirilmesinde kullanılan kriterler) ve analize ilişkin farklılıkları bizim çalışmamızda farklı bir sonuç doğurmuş olabilir. Ayrıca bireylerin sağlıklı beslenmeye ilişkin bilgi düzeyleri yüksek bile olsa çalışma koşulları ve çalışma ortamından kaynaklı sağlıklı gıdaya erişimde yaşanan sorunlar sağlıksız beslenmeye neden olabilir.

Çalışmamızda SOY ve sağlıksız beslenme arasında anlamlı ilişki bulunmamasına karşın sağlıksız beslenme açısından erkekler riskli bulunmuştur. Turrel'in, cinsiyetin beslenme davranışları üzerine etkisini incelediği araştırmada, kadınların sağlıklı beslenme davranışlarını erkeklerden daha fazla uyguladığı belirlenmiş ve kadınların erkeklere göre beslenme alışkanlıklarını değiştirmeye daha istekli oldukları görülmüştür (180). Ergün'n ve Pasinoğlu'nun yaptığı araştırmalarda da yine kadınların, erkeklere kıyasla sağlıklı beslenmeye daha fazla önem verdiği saptanmıştır (181, 182). Çalışmamızla benzer şekilde,

Yalçinkaya'nın sağlık çalışanlarında, Tatar'ın tıp öğrencilerinde, Sural'ın öğretmenlerde yaptıkları çalışmalarda da kadınların erkeklere göre SYBD ölçeğinin beslenme alt boyutundan anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır (183, 119, 184).

Esra'nın çalışmasında kadınların %74.0'ının, erkeklerin %68.5'inin öğünlerinin düzenli olduğu belirlenmiş ancak bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Çalışmada günde üç öğün yemek yeme, düzenli kahvaltı yapma ve sebze meyve tüketimi sıklığı, kadınlarda erkeklerden anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Çalışma sonucunda, kadınların sağlıklı beslenmeye yönelik tutumlarının erkeklere göre daha olumlu olduğu sonucuna varılmıştır (185). Bu durum kültürel yapıdan ve kadınların sağlık, beslenme ve beden algısı gibi konularda erkeklerden daha duyarlı olmalarından kaynaklanabilir. Beslenme davranışları açısından cinsiyetin etkili olmadığı öğretmen çalışmaları da bulunmaktadır (166, 168).

Çalışmamızda yaş grubu, medeni durum, gelir gider algısı, çocuk sahibi olma, sağlık algısı, kronik hastalık varlığı ve beden kütle indeksi ile sağlıklı beslenme arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmalarda yaş arttıkça sağlıklı beslenmenin bazı bileşenlerinde, özellikle de tuz tüketiminde, daha olumluya geçiş olduğu görülmektedir (54, 123, 163). Sağlık çalışanlarında ve öğrencilerde yapılan iki çalışmada yaşın artması ile sağlıklı beslenme puanlarının da arttığı görülmüştür (183, 186). Pasinlioğlu ve Gözüm'ün sağlık çalışanlarında, Sural'ın beden eğitim öğretmenlerinde yaptığı araştırmalarda ise çalışmamızla benzer şekilde yaş ile beslenme davranışları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (182, 184). Medeni durum ve sağlıklı beslenme arasında anlamlı ilişki bulunmayan çalışmaların yanı sıra (184, 187, 188), evli olanların daha sağlıklı beslendiğini ya da beslenme bilgi puanının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (167, 168, 189). Tabi ki bu sonuçlar değerlendirilirken sağlıklı beslenme ölçütünün farklılığı, yapılan analizlerin farkı göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca beslenmeye ilişkin değerlendirmeler açısından, sağlıklı beslenmenin çok bileşenli bir durum olduğu gerçeği de unutulmamalıdır.

Öğrenim düzeyinin sağlıklı beslenmeyi etkilediği farklı meslek gruplarında yapılan çalışmalar olsa da (136, 167, 190) bizim çalışmamızda olduğu gibi öğrenim düzeyi ile sağlıklı beslenme arasında anlamlı ilişki saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır (191, 192). Literatüre baktığımızda, gelir düzeyi ile sağlıklı beslenme arasında anlamlı ilişki bulunan çalışmalar çoğunluktadır (190, 193-196). Özellikle öğrencilerde yapılan çalışmalarda gelirin etkili olması beklenen bir sonuçtur (194, 195). Ancak araştırmamıza benzer şekilde, Yalova'da farklı öğrenim ve gelir düzeyine sahip yetişkinlerde yapılan araştırmada da katılımcıların gelir düzeyleri ile ana öğün sayıları ve ara öğün sayıları karşılaştırıldığında

aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (192). Araştırmaların sonuçları, olumlu ekonomik etkenlerin kişilerin sağlıklı beslenme davranışlarını pozitif yönde etkilediğini göstermektedir. Çalışmamızda araştırma grubunun gelir gider algısı ve öğrenim düzeyi açısından görece homojen bir grup olması nedeniyle bu sonuçlar elde edilmiş olabilir.

Çalışmamızla benzer şekilde, çocuk sahibi olma durumu ile sağlıklı beslenme arasında ilişki bulunmayan çalışmalar mevcuttur (193, 197). Ancak, Kaya ve ark.nın öğretim elemanlarında yaptığı çalışmada, çocuğu olan öğretim elemanlarında sağlıklı beslenme davranışlarının (özelikle de kahvaltı öğünü) daha fazla olduğu bulunmuştur (198). Benzer şekilde, çalışan kadınlarla yapılan bir çalışmada evde bağımlı birey olmasının beslenme düzeyini olumlu etkilediği belirlenmiştir (199). Çalışmamızda araştırma grubunun büyük çoğunluğunun evli ve çocuk sahibi olması nedeniyle farklılık saptanmamış olabilir.

Çalışmamızda sağlık algısı ile sağlıklı beslenme davranışı arasında anlamlı fark saptanmamış olmasına karşın literatürde, sağlık durumunu iyi olarak algılayanın, olumlu sağlık davranışlarını kazanmakta çok önemli olduğu vurgulanmıştır (195, 198, 200, 201). Açıksöz'ün hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada, sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (202). Kaya ve ark.nın öğretim elemanlarında, Tatar'ın tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarda, kişilerin sağlık algısı yükseldikçe beslenme puanlarının arttığı bulunmuştur. Kendini sağlıklı olarak algılayanların, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları daha fazla uyguladıkları belirlenmiştir (198, 117). Çalışmamızda öğretmenlerin büyük çoğunluğunun sağlık durumunu iyi-orta olarak algılamasının (%91.6) bu sonucu doğurabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda olduğu gibi öğretim elemanlarında, farklı meslek gruplarında (aile hekimi, imam, öğretmen) ve öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen dört farklı çalışmada kronik hastalık ile SYBD'nin beslenme alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (198, 194, 203, 204). İki çalışmada ise kronik hastalığı olanlarda beslenme puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalardan biri kadınlarda diğeri de akademik personelde yapılmıştır (190, 205). Ayrıca çalışmamıza benzer şekilde, öğretmenlerde ve farklı meslek gruplarında yapılan çalışmalarda da beden kütle indeksi ve sağlıklı beslenme arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (194, 198, 204, 206).

5.4. Öğretmenlerde Fiziksel Aktivite Yapma Durumu ve SOY Düzeyi ile Olası Karıştırıcı Etmenlerle Fiziksel Aktivite İlişkisi

Bu çalışmada, öğretmenlerin %28.9'unun fiziksel olarak inaktif olduğu, %55.1'inin fiziksel aktivite düzeyinin düşük olduğu, %16.0'ının fiziksel aktivite düzeyinin yeterli olduğu belirlenmiştir.

DSÖ'nün hazırladığı küresel durum raporuna göre, her dört yetişkinden biri fiziksel olarak yeterince aktif değildir. DSÖ'ye üye ülkeler, 2025 yılına kadar bu oranı %10'a düşürmeyi hedeflemişlerdir (68). 2000'li yılların başında 76 ülkede yürütülen bir çalışmada ise, dünya genelinde (ülkelerin toplam nüfusu için ağırlıklandırma yapıldıktan sonra) fiziksel inaktivite sıklığı %17.4 olarak saptanmış ve gelişmiş ülkelerde az gelişmiş ülkelere göre daha yaygın olduğu bulunmuştur (sırasıyla %27.8 ve %18.7) (207). Ng ve ark.nın beş Asya ülkesinde kırsal alanlarda fiziksel inaktivite düzeyini inceledikleri çalışmada ise erkeklerin 1/4'ünün ve kadınların ise 1/3'ünün fiziksel olarak aktif olmadığı belirlenmiştir (208). 2015 yılında yapılan başka bir çalışmada, içlerinde Türkiye'nin de bulunduğu 38 İslam ülkesinde fiziksel inaktivite sıklığı %32.3 olarak rapor edilmiştir. Çalışmada, Arapların Arap olmayanlardan, Müslüman ülkelerin Müslüman olmayan ülkelere göre daha yüksek fiziksel inaktif oldukları belirtilmiştir (209).

Çalışmamızda öğretmenlerin fiziksel inaktivite sıklığı, dünya genelinden daha yüksek, gelişmiş ülkelere göre yakın bulunmuştur.

Ülkemizde fiziksel aktivite düzeylerini gösteren geniş kapsamlı çalışmalar arasında “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım (SBKK)” çalışması (2004), Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 ve 2017, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması (2013) ve Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması (2017) örnek verilebilir. Türkiye'nin yedi coğrafik bölgesinden seçilen yedi ilde, 30 yaş üstü bireylerde yürütülen SBKK çalışmasında haftada en az 3 gün, 30 dakika düzenli olarak yapılan egzersiz, düzenli fiziksel aktivite olarak değerlendirilmiştir ve toplumda düzenli fiziksel aktivite yapanların sıklığı %3.5 bulunmuştur (210). TBSA-2010'da bireylerin son 7 günde 30 dakika veya daha fazla süre ile spor yapma durumları sorulmuş, nüfusun %71.9'unun (erkeklerin %67.6'sı, kadınların %76.5'i) hiç egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Haftada 1-2 kez egzersiz yapanların oranı erkeklerde %11.5, kadınlarda %7.7, toplamda ise %9.7 olarak gözlenirken; erkeklerin %12.4'ünün, kadınların ise %9.0'ının her gün egzersiz yaptıkları ve en çok tercih edilen aktivitenin “yürüyüş” olduğu belirlenmiştir (54). Ülke genelinde, 16.622 kişi ile yürütülen Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda kişilerin fiziksel aktivite düzeyi boş zaman, ev yaşamı, ulaşım ve çalışma ortamı için ayrı değerlendirilmiştir. Boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite açısından nüfusun %23.0'ının yeterli, %22.5'inin orta,

%54.5'inin düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olduğu bulunmuştur (143). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması'nda, 15 yaş ve üzerindeki bireylerin %49.4'ünün düşük, %26.0'ının orta ve %24.6'sının yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir. Ayrıca nüfusun %43.6'sı DSÖ'nün sağlık için önerdiği fiziksel aktivite (<150 dakika/gün orta yoğunlukta ya da eş değeri) önerisine göre yetersiz fiziksel aktivite yapmıştır. (144). TBSA 2017 raporunda, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) ile hesaplanan MET düzeyine göre 15 ve üzeri yaş nüfusun; %42.4'ünün düşük, %33.1'inin orta, %24.4'ünün yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır (164).

Yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında, çalışmamızda öğretmenlerin fiziksel inaktivite açısından ülke geneline göre daha iyi durumda olduğu, buna karşın yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapanların oranının daha az olduğu belirlenmiştir.

Öğretmenlerde yapılan çalışma örneklerinde; Şanlı'nın farklı branşlardan öğretmenlerde yaptığı araştırmada, katılımcıların %17.1'inin fiziksel olarak inaktif olduğu, %63.9'unun fiziksel aktivite düzeyinin düşük, %19.0'ının fiziksel aktivite düzeyinin yeterli olduğu belirlenmiştir (211). Arabacı ve Çankaya'nın beden eğitimi öğretmenlerinde yaptıkları araştırmada, katılımcıların %41.6'sının inaktif, %41.6'sının minimum aktif ve %16.8'inin yeterince aktif olduğu tespit edilmiştir (212). Gürel'in ilköğretim öğretmenlerinde yaptığı çalışmada, öğretmenlerin %22.1'inin fizik aktivite düzeyleri yeterli ve %77.9'unun yetersiz olarak bulunmuştur (213). Kalkavan ve ark.nın akademisyenlerde yaptığı araştırmada, akademisyenlerin %39.0'ının inaktif, %50.0'ının az aktif, %11.0'ının yeterince aktif olduğu bulunmuştur (214). Öner'in Fırat üniversitesinde çalışan akademik personelde yaptığı araştırmada %80.5'inin inaktif, %18.3'ünün minimal aktif, %1.3'ünün ise çok aktif olduğu tespit edilmiştir (215). Vural ve ark.nın masabaşı çalışanlarda yaptığı araştırmada %25.2'sinin inaktif, %48.9'unun minimal aktif ve %25.9'unun yeterince aktif olduğu, Erdoğan'ın masabaşı çalışanlarda yaptığı araştırmada %47.2'sinin aktif olmadığı, %47.0'sinin düşük ve %5.8'inin yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (216, 217). Çalışmamızda bulunan sonuçlar öğretmenlerde yapılan araştırmalarla uyumludur. Bu bulgular genel olarak toplumumuzun fiziksel aktivite alışkanlığının olmadığını göstermektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için, fiziksel aktivitenin günlük yaşantıda alışkanlık haline getirilip yaşam boyu sürdürülmesi sağlıklı yaşam için önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, SOY düzeyi mükemmel olanlara göre; SOY düzeyi yetersiz-sınırlı olanlarda ve SOY düzeyi yeterli olanlarda fiziksel inaktivite-düşük aktivite riski anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Literatürde de sağlık okuryazarlığının fizik aktivite ile pozitif

ilişkili olduğu belirtilmiştir (86, 206, 218). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması'nda sigara kullanımı, alkol kullanımı, obezite ve fizik aktivite olmak üzere dört risk etmeni incelenmiş ve hepsi SOY düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle de fiziksel aktivite, diğer risk etmenleri arasında SOY ile en güçlü ilişkiye sahip olarak belirlenmiştir; SOY düzeyi arttıkça fiziksel aktivite sıklığı artmıştır (38). Kim'in Kore'de yetişkinlerde yaptığı çalışmada; (yaşa, öğrenim düzeyine, gelire göre düzeltildikten sonra) SOY düzeyi yüksek olan bireylerin, SOY düzeyi düşük olanlara göre daha sık fizik aktivite yaptığı bulunmuştur (35). Yine Von Wagner ve ark.nın İngiliz yetişkinlerde yaptığı çalışmada, SOY düzeyi yüksek olanların daha düzenli fizik aktivite alışkanlığına sahip olduğu saptanmıştır (37). Baker ve ark.nın, Mancuso ve Rincon'un, Wolf ve ark.nın yaptıkları çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (219-221).

Ülkemizde, Yılmazel'in öğretmenlerde yaptığı çalışmada, sağlık okuryazarlığı yeterli olanların, sınırlı olanlara göre daha fazla düzenli egzersiz yaptığı belirlenmiştir (87). Atay ve ark.nın, 825 öğretmende TSOY-32 kullanarak yaptıkları kesitsel çalışmada ise, düzenli egzersiz yapan katılımcıların SOY düzeyinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (116). Bir sistematik derlemede 2020 yılında, incelenen 22 çalışmanın 17'sinde, SOY ile fiziksel aktivite arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuş, 4 çalışmada anlamlı bir ilişki saptanmamış, 1 girişim çalışmasında ise SOY'un fiziksel aktivite üzerinde etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır (222). Avrupa SOY çalışması ve derleme de göz önüne alındığında SOY ile fiziksel aktiviteye ilişkin güçlü kanıtlar vardır, bu da çalışmamızdaki bulgularla uyumludur.

Çalışmamızda çok değişkenli analizlerde, diğer değişkenlerle ile fiziksel aktivite arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda, fiziksel inaktivite sıklıklarının yaş arttıkça arttığı gözlenmiştir ancak bu çalışmalarda nedensel analiz yapılmamıştır (54, 123, 163, 164, 214). Tansel ve Karaoğlu'nun çalışmasında da düzenli egzersiz yapanların daha genç yaşta olduğu belirlenmiştir (136). Bu bulguların aksine, Arabacı ve Çankaya'nın beden eğitimi öğretmenlerinde yaptığı çalışmada, Vural'ın ve Genç'in masa başı çalışanlarda yaptıkları çalışmalarda yaşın artmasıyla fiziksel aktivitenin arttığı belirlenmiştir (212, 216, 223). Çalışmamızla benzer şekilde, Ödemiş'te görev yapan kadın öğretmenlerde yapılan çalışmada, Yalçınkaya'nın sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada ise yaş ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (224, 183). Şanlı'nın Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) kullanarak öğretmenlerde yaptığı çalışmada da yaş grupları arasında fizik aktivite ve yürüyüş açısından fark bulunmamış ancak öğretmenlerin oturma sürelerinin yaş arttıkça anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir (211).

Çalışmamızda yaş ile fiziksel aktivite arasında fark bulunmamasının nedeni grubun orta yaş ağırlıklı olmasından kaynaklanmış olabilir.

Genel olarak literatürde, erkeklerin kadınlara göre daha sık ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaptıkları bulunmuştur (117, 206, 190, 198, 212, 215). Bu çalışmada ise, cinsiyete göre fiziksel aktivite açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızla benzer şekilde, Sural'ın ve Şanlı'nın öğretmenlerde yaptıkları çalışmalarda, Genç'in banka çalışanlarında yaptığı çalışmada da cinsiyetler arasında fiziksel aktivite açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (184, 211, 223).

Literatürde genellikle, bekarların fiziksel aktivite durumlarının evlilerden daha iyi olduğu belirlenmiştir (184, 187, 225-228). Kalkavan ve ark.nın, akademisyenlerde yaptığı araştırmada da fiziksel aktiviteye ayrılan sürenin, bekarlarda evlilere oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (214). Bu bulgulardan farklı olarak; Arabacı'nın beden eğitimi öğretmenlerinde yaptığı çalışmada evlilerin fiziksel aktivite sıklığının bekarlardan daha fazla olduğu, Tansel ve Karaoğlu'nın TÜİK verilerini kullanarak yaptıkları çalışmada, evli bireylerin dul/boşanmış olanlara göre daha sık egzersiz yaptığı görülmüştür (212, 136). Isparta'da öğretmenlerin de dahil olduğu farklı meslek gruplarında yapılan çalışmada, Türköl'un asistan hekimlerde yaptığı çalışmada, Kafkas'ın beden eğitimi öğretmenlerinde yaptığı çalışmada ise medeni durum ile fiziksel aktivite arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (203, 228, 229). Bu bulgular bizim çalışmamızla uyumludur.

Çalışmamızla benzer şekilde, Isparta'da öğretmenlerin de dahil olduğu farklı meslek gruplarında yapılan çalışmada, Genç'in banka çalışanlarında yaptığı çalışmada fiziksel aktivite yönünden öğrenim grupları arasında fark bulunmamıştır (204, 223). Ancak, Tansel ve Karaoğlu'nın TÜİK verilerini kullanarak yaptığı çalışmada, düzenli egzersizin eğitim düzeyi ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (136). Yine Bahar'ın ve Bilgili'nin kadınlarda yapmış oldukları çalışmalarda, Pirinççi'nin akademik personelde yaptığı çalışmada, tek değişkenli analizlerde eğitim seviyesi arttıkça fizik aktivite puanlarının arttığı belirlenmiştir (187, 190, 205). Bu çalışmada fark bulunmamasının nedeni, araştırma grubunun tamamına yakınının öğrenim durumunun yüksek ve homojen bir grup olması (%87.7 lisans mezunu) ile açıklanabilir.

Çalışmamızda, çocuk sahibi olma durumu ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak Sayan'ın çalışan kadınlarda yaptığı çalışmada, ailedeki bağımlı birey sayısının fizik aktiviteyi etkilediği, Burton ve Turrell'in farklı meslek gruplarında

yaptığı araştırmada, çocuk bakmakla yükümlü olan anne-babaların daha az fiziksel aktivite yaptıkları belirlenmiştir (199, 230). Bunun aksine, Arabacı'nın çalışmasında çocuğu olanların daha çok fiziksel aktif olduğu belirlenmiştir (212). Ankara'da sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada, Özçelik'in Isparta çalışmasında ise çalışmamızla benzer şekilde, çocuğu olanlarla olmayanlar arasında fiziksel aktivite açısından fark saptanmamıştır (197, 204). Kaya ve ark.nın öğretim elemanları çalışmasında da çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısı ayrı ayrı değerlendirildiğinde de fiziksel aktivite ile anlamlı fark bulunmamıştır (198). Bu bulgular çalışmamızı desteklemektedir.

Yapılan çalışmalarda genellikle, gelir düzeyi ile fiziksel aktivite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve geliri giderinden fazla olanların / sosyoekonomik düzeyi yüksek olanların fizik aktivite durumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır (187, 190, 194, 205, 226, 231). Tansel ve Karaoğlu'nın TÜİK verilerini kullanarak yaptıkları çalışmada ise, çalışmamızda olduğu gibi gelir seviyesi ile fiziksel aktivite arasında anlamlı fark bulunmamıştır (136). Bu durum için olası bir açıklama, araştırma grubumuzun aynı meslek grubundan oluşması ve benzer gelir düzeyine sahip olması olabilir.

Literatürde, kişilerin sağlık durumlarını iyi olarak algılamının, olumlu sağlık davranışlarını kazanmada önemli yeri olduğu vurgulanmıştır (195, 198, 200, 201). Farklı gruplarda yapılan çalışma örneklerinde, bireylerin sağlık algısı yükseldikçe fizik aktivite puanlarının arttığı, kendini sağlıklı olarak algılayanların, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları daha fazla uyguladıkları belirlenmiştir (188, 205, 209, 232). Vural'ın masa başı çalışanlarda yaptığı araştırmada ise çalışmamızla benzer şekilde, sağlık algısı ile fiziksel aktivite arasında anlamlı fark bulunmamıştır (216).

Bu çalışmada kronik hastalık durumuna göre fiziksel aktivite açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bu konuda literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Özçelik'in farklı meslek gruplarında (aile hekimi, imam, öğretmen) ve Çetin'in sağlık personelinde yaptığı çalışmalarda, kronik hastalığı olanların fiziksel aktivite puanı daha düşük bulunmuştur (204, 197). Buna karşın, Bilgili ve Pirinççi'nin çalışmalarında, kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullananların, kronik hastalığı olmayanlara göre fizik aktivite puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (205, 190). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen bazı çalışmalarda ise bizim çalışmamızla uyumlu olarak kronik hastalık ile fiziksel aktivite arasında anlamlı fark bulunmamıştır (157, 194, 200, 203).

Çalışmamızda, BKİ ile fiziksel aktivite arasında anlamlı ilişki saptanmamış olmasıyla birlikte Vural'ın masa başı çalışanlarda yaptığı çalışmada, BKİ yüksek olanların, BKİ düşük olanlara göre fiziksel aktivite düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (206). Şanlı'nın, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) kullanarak öğretmenlerde yaptığı çalışmada ise katılımcıların BKİ'ye göre yürüme, orta düzeyde fizik aktivite ve total fizik aktivite puanları arasında anlamlı fark bulunmamışken şiddetli fiziksel aktivite puanları karşılaştırıldığında, BKİ'leri yüksek olan öğretmenlerin şiddetli fiziksel aktivite puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (197). Bunların dışında farklı ülkelerde yapılmış çalışmalarda, BKİ arttıkça fiziksel inaktivitenin arttığı da gösterilmiştir (233, 234). Çalışmamızla benzer şekilde, öğretmenlerin de dahil olduğu gruplarda, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen bazı çalışmalarda, BKİ ile fiziksel aktivite arasında anlamlı fark bulunmamıştır (184, 198, 194, 204, 214, 225, 235). Bu bulgular bizim çalışmamızı desteklemektedir.

5.5. Çalışmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları

Balçova'da görev yapan öğretmenlerde yapılan bu araştırmanın güçlü yönlerinden biri sağlığı geliştirme konusunda önemli sorunlar olan sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam davranışlarının birlikte incelenmiş olmasıdır. Araştırmanın güçlü yönlerinden bir diğeri de Balçova'daki tüm kamu anaokulu, ilkokul, ortaokul ve liselerin çalışmaya dahil edilmiş olmasıdır. Anketler öğretmenlerin kendisi tarafından doldurulmuştur. Bu şekilde dile getirmeye çekindikleri bazı konuları da rahatça ankete aktarabilmişlerdir.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı alanında geliştirilmiş, en kapsamlı ve güncel sağlık okuryazarlığı ölçeği olan HLS-EU-Q47'nin Türkçe versiyonu TSOY-32 kullanılmıştır. Bu durum da ölçekler ile yapılan yakın zamandaki çalışmalarla karşılaştırma imkanı sağlamıştır.

Ancak çalışmamız, kesitsel tipte olması nedeniyle neden-sonuç ilişkisini açıklamada kanıt değeri düşük kalmıştır. Araştırma grubunun eğitim düzeyi yüksek, çalışan, orta yaş nüfusta yapılmış olması bu gruba ait sağlık okuryazarlığı ve sağlık davranışları hakkında bilgi vermekle birlikte İzmir'in sadece bir ilçesinde yapılmış olması genellenebilirliği güçleştirmektedir. Çalışma grubu yaş, öğrenim durumu, gelir düzeyi açısından homojen bir gruptur. Bu durum, bağımlı değişkenlerle bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri göstermede kısıtlılığa neden olmuş olabilir. Katılımcıların boy ve kilo değişkeni bildirimine dayalı olarak toplanmıştır. Buna bağlı olarak hatırlama ve yanlış bildirimle bağlı yanlılık olabilir. Katılımcıların kimlik bilgilerinin tamamen gizli kalacağı açıklanmış olmasına karşın

veri toplamanın okul ortamında olması sigara kullanımı ve kronik hastalık ile ilgili soruların olduğundan daha olumlu şekilde yanıtlanmasına neden olmuş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma İzmir ili Balçova ilçesindeki anaokulu, ilkokul, ortaokul ve lise öğretmenlerinde SOY düzeyinin sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmaya katılan öğretmenlerin sağlıklı beslenme sıklığı %43.2, yeterli fizik aktivite yapanların sıklığı %16.0, her gün en az 1 adet sigara kullananların sıklığı %24.0 olarak belirlenmiştir.

Araştırma grubunun SOY düzeyine bakıldığında, öğretmenlerin yarıdan fazlasının (%51.8) SOY düzeyinin kısıtlı (yetersiz + sorunlu sınırlı) olduğu saptanmıştır.

SOY düzeyi ile fiziksel aktivitenin anlamlı olarak ilişkili olduğu belirlenmiştir.

SOY düzeyi ile sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ancak erkek cinsiyet, evli olmama, çocuk sahibi olmama ve ailede sigara kullanan birey varlığının sigara kullanımı açısından risk oluşturduğu bulunmuştur.

SOY düzeyi ile sağlıklı beslenme arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ancak erkek cinsiyetin, sağlıklı beslenme açısından risk oluşturduğu bulunmuştur

6.2. Öneriler

Bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılabilmesi için öncelikle sahip oldukları yaşam biçimi davranışlarının ve SOY düzeylerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu

kapsamda öğretmenlerin sağlık okuryazarlığının, sağlık davranışlarının ve risklerinin belirlenmesi sağlığı geliştirme girişimlerinin ve sağlık eğitimlerinin planlanması açısından son derece önemlidir. Yapılan bu durum saptama çalışması öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık davranışları konusunda oldukça yararlı bilgiler sağlamıştır.

Bununla birlikte, sağlıklı nesillerin yetişebilmesi için bireylerin çocukluk, ergenlik ve gençlik dönemlerini geçirdiği, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öğretildiği ve riskli davranışlarla baş edebilme becerisinin kazandırıldığı yerler olan eğitim kurumları ve bu kurumlarda görev yapan öğretmenler oldukça büyük bir önem taşımaktadır.

Okul sağlığı ile ilgili literatür incelendiğinde, araştırmacılar tarafından çoğunlukla öğrencilerin sağlık davranışlarının belirlenmesi ve sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik eğitim çalışmalarının gerçekleştirildiği görülmektedir. Oysa okul öğrenci, öğretmen ve diğer okul çalışanlarının birlikte ve etkileşim içinde oldukları bir ortamdır. Öğretmen, öğrenme-öğretme sürecinde çok yönlü ve kritik bir role sahiptir.

Öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırabilmek içinse; “öğrenmenin en iyi yolu öğretmektir” ilkesinden hareketle, öğretmenlerin eğitici rolde olduğu yine öğretmenlere yönelik sağlıklı yaşam davranışı ve sağlık okur yazarlığı eğitici eğitimi programları düzenlenebilir. Böylelikle kendileri de öğretirken öğrenebilirler. Ayrıca yine toplum katılımlı projelerde de öğretmenlerin eğitici rol alması sağlanabilir. Ancak davranış değişikliği yaratmanın zorlu, uzun bir süreç olduğu ve eğitim dışında sosyal-çevresel faktörlerin de etkisi göz ardı edilmemelidir.

Öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseltilerek özellikle de fiziksel aktivite yönünden sağlıklı yaşam davranışlarını kazanmaları ve bu konuda örnek/rol model oluşturmaları sağlanabilir. Bu sayede düzenli fiziksel aktiviteyi sürdürebilir kılmak da mümkün olabilecektir.

Bunun dışında, öğretmenlerde sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi için; özellikle okul ortamında fiziksel aktivite yapabilecekleri alanlar oluşturulabilir. Yine öğretmenlerin okullarda sağlıklı gıdaya erişimleri sağlanarak daha sağlıklı beslenmeleri teşvik edilebilir .

Görece yeni bir konu olan sağlık okuryazarlığı alanında yapılacak araştırmalar, ilişkili faktörlerin daha iyi anlaşılmasını sağlayacak ve bu konuda yapılacak müdahalelere yol

gösterecektir. Bu konuda girişimsel araştırmalara gereksinim vardır. Özellikle riskli davranışların nedenlerine yönelik nitel araştırmalar planlanabilir.

7. KAYNAKLAR:

1. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2018; 392: 1736–88
2. Ford E.S, Bergmann M.M, Kröger J, Schienkiewitz A, Weikert C, Boeing H. Healthy Living Is the Best Revenge: Findings From the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition–Potsdam Study. Arch Intern Med 2009;169(15):1355-62
3. Erci B. (2009). Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam. İçinde: Halk Sağlığı Hemşireliği Kitabı. Ed: Erci B. Birinci Baskı. Göktuğ Yayınları, s. 192-201
4. Nielsen-Bohlman L, Panzer A.M, & Kindig D.A. (Eds). (2003). Health literacy. A prescription to end confusion. Washington, D.C: The National Academies Press
5. HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series ; No. 5)
6. WHO <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/> Erişim tarihi: 08.09.2021
7. T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı, <https://stratejikplan.saglik.gov.tr/files/TC-Saglik-Bakanligi-2019-2023-Stratejik-Plan.pdf>
8. Pender N.J, Walker S.N, Madeleine J.K. Health Promoting Lifestyle o Older Adults: Comparations With Young and Middle Aged Adults, Correlates and Patterns. Advanced Nursing Science 1988; 11 (1): 76- 89.

9. Aytaş G, Kaplan K. Medya okuryazarlığı bağlamında yeni okuryazarlıklar. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi. 2017;18(2):291–310.
10. WHO. Promoting health in the SDGs: Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. World Health Organization; 2017
11. The World Health Organization Report. (1998). Life in the 21st century: A vision for all. Erişim tarihi: 29.09.2021, <http://www.who.int/whr/1998/en/>
12. Nielsen-Bohlman L, Panzer A.M, Kindig D.A(Eds.), (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion, National Academies Press, Washington, p. 31-55
13. Pehlivan H. (2005). Eğitimde yaratıcılığın önemi. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 28-30 Eylül 2005, Denizli
14. World Health Organization. (2013). Health literacy. The solid facts Erişim tarihi: 29.09.2021, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
15. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, for (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models BMC Public Health 2012, 12: 80.
16. Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267.
17. Uğurlu Z. (2011), Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Yayınlanmamış doktora tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
18. Mancuso J. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. Nursing & Health Sciences, 10(3), 248–255.
19. Rudd R, Kirsch I, Yamamoto K. (2004). Literacy and health in America. Policy information report. Erişim tarihi: 29.09.2021 <http://www.ets.org/Media/Research/pdf/PICHEATH.pdf>.
20. Özdemir Y. Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi: Kahramanmaraş ili örneği. Yüksek lisans tezi.

2018.https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=fS4sqEZr79C_n60Rk6MjFVJeFopbKmiaWQIDovXLgWntBnwBAf1I83d3pUnaJGF

21. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association Health Literacy Report of the Council on Scientific Affairs JAMA 1999; 281(6): 552-557.
22. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. Turk J Public Health 2014;12(1) [Sağlık okur-yazarlığı/Health Literacy \(researchgate.net\)](#) Erişim tarihi: 29.09.2021
23. Nutbeam D. Discussion paper on promoting, measuring and implementing health literacy-implications for policy and practice in non-communicable disease prevention and control. World Health Organ. 2017:1-29.
24. Castro-Sánchez E, Chang PWS, Vila-Candel R, Escobedo AA, Holmes AH. Health literacy and infectious diseases: why does it matter? Int J Infect Dis. 2016;43:103-10. [Health literacy and infectious diseases: why does it matter? \(ijidonline.com\)](#), Erişim tarihi: 30.09.2021
25. Norman C.D, Skinner H.A. Health literacy: essential skills for consumer health in a networked world. Journal of medical Internet research. 2006;8(2):e9. [\(PDF\) EHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World \(researchgate.net\)](#), Erişim tarihi: 30.09.2021
26. Ren L-L, Wang Y-M, Wu Z-Q, Xiang Z-C, Guo L, Xu T, et al. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. Chinese medical journal. 2020. [\(PDF\) Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study \(researchgate.net\)](#), Erişim tarihi: 30.09.2021
27. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW.(2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. Med Care, 40(5): 395-404.
28. Baker D.W, Gazmararian J.A, Williams M.V, Scott T, Parker R.M, Green D. et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. American journal of public health. 2002;92(8):1278-83, [Functional](#)

[health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees - PubMed \(nih.gov\)](#), Erişim tarihi: 30.09.2021

29. Baker D.W, Parker R.M, Williams M.V, Clark W.S. Health literacy and the risk of hospital admission. Journal of general internal medicine. 1998;13(12):791-8, [Health literacy and the risk of hospital admission - PubMed \(nih.gov\)](#), Erişim tarihi: 30.09.2021
30. Baker D.W, Parker R.M, Williams M.V, Pitkin K, Parikh N.S, Coates W. et al. The health care experience of patients with low literacy. Archives of family medicine. 1996;5(6):329. [The health care experience of patients with low literacy - PubMed \(nih.gov\)](#), Erişim tarihi: 30.09.2021
31. Williams M.V, Baker D.W, Parker R.M, Nurss J.R. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. Arch Intern Med. 1998;158(2): 166-72, [Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes - PubMed \(nih.gov\)](#), Erişim tarihi: 30.09.2021
32. Neter E, Brainin E. Association between health literacy, ehealth literacy, and health outcomes among patients with long-term conditions. A Systematic Review European Psychologist. 2019. (PDF) (researchgate.net), Erişim tarihi: 30.09.2021
33. HEALTHY PEOPLE 2020 (<http://www.healthypeople.gov.tr>), Erişim Tarihi: 02.10.2021
34. Baker D.W, Gazmararian J.A, Williams M.V, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J, Peel J. (2004). Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees. J Gen Intern Med , 9: 215–220.
35. Kim S.H. (2009). Health literacy and functional health status in Korean older adults. Journal of Clinical Nursing, 18: 2337–2343.
36. Zoellner J, You W, Connell C, Smith-Ray R.L, Allen K, Tucker K.L, Davy B.M, Estabrooks P. (2011). Health literacy is associated with healthy eating index scores and sugar-sweetened beverage intake: Findings from the rural lower mississippi delta. J Am Diet Assoc, 111: 1012-1020.

37. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behavior in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*, 61: 1086–1090.
38. HLS-EU Consortium. Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (Second Revised and Extended Version). Maastricht Univ [Internet]. 2012;1–92. Available from: <http://www.health-66>
39. Nutbeam D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4): 349-364
40. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. National Center for Education Statistics. 2006.
41. Gazmararian J, Baker D, Williams M, Parker R, Scott T, Green D, et al. (1999). Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *Journal of American Medical Association*, 281, 545-551.
42. Williams M.V, Parke R.M, Baker D.W. (1995), Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Journal of American Medical Association*, 274(21), 1677–1682 Lyla M. Hernandez, Rapporteur, Institute of Medicine Measures of Health Literacy Workshop Summary, Institute of Medicine
43. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım H.H, Demiray-Ready F.N, Çakır B. ve Akalın H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Sağlık-Sen Yayınları, Aralık 2014, Ankara, 8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf (sagliksen.org.tr) Erişim tarihi:15.09.21
44. Özkan S, Uğraş Dikmen A, Baran Aksakal, F, Çalışkan, D, Tüzün H, Taşçı, Ö. ve Ceylan Ünal, S. (2018). Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması, (saglik.gov.tr), Erişim tarihi:15.09.21
45. Deniz S, Öztaş D, Akbaba M, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, (Sakarya Tıp Dergisi 2018, 8(2):214-228)

46. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Ankara İl Merkezinde Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Belirleyicilerinin Değerlendirilmesi, Ocak-Şubat 2015, Ankara
47. Davis T.C, Long S.W, Jackson R.H, Mayeaux E.J, George R.B, Murphy P.W, Crouch M.A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. Fam Med, 25(6): 391–395, [Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument - PubMed \(nih.gov\)](#), Erişim tarihi: 07.10.2021
48. Weiss B.D, Mays M.Z, Martz W, Castro K.M, De Walt D.A, Pignone M.P, Mockbee J, Hale F.A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. Ann Fam Med, 3: 514–522. [\(PDF\) Health literacy and health communication \(researchgate.net\)](#), Erişim tarihi: 07.10.2021
49. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. Patient Educ Couns, 38(1): 33–42. Erişim tarihi: 07.10.2021
50. Okyay P, Abacıgil F, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Anıl Matbaa.1. Baskı. Ankara 2016; 27- 60.
51. Tagoe H.A, Dake F.A.A. Healthy lifestyle behaviour among Ghanaian adults in the phase of a health policy change. Globalization and Health 7(7):1-9, 2011
52. Health Promotion Glossary, WHO/HPR/HEP/98.1 Distr.: Limited <https://doi.org/10.1093/heapro/1.1.113>
53. Pender N.J, Walker S.N, Sechrist K.R. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. Nursing Research 1987; 36 (2): 76-81.
54. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 Ankara; 2014. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat>
55. Küçükerdönmez Ö. (2008) Mevsimsel Değişikliklerin Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğrencilerinin Besin Tüketimi, Beslenme Alışkanlıkları, Antropometrik Ölçümleri ve Bazı Serum Vitamin Düzeyleri Üzerine Etkisi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

56. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization (WHO) 2014 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-statusreport-2014/en>).
57. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en>).
58. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization; 2013 http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en
59. WHO, Fact Sheets, Healthy Diet, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> , Erişim Tarihi: 17.09.2021
60. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003.
61. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.
62. Hooper L, Abdelhamid A, Bunn D, Brown T, Summerbell CD, Skeaff CM. Effects of total fat intake on body weight. Cochrane Database Syst Rev. 2015; (8):CD011834.
63. Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation. FAO Food and Nutrition Paper 91. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2010.
64. Guidelines: Saturated fatty acid and trans-fatty acid intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2018 (Draft issued for public consultation in May 2018).
65. Nishida C, Uauy R. WHO scientific update on health consequences of trans fatty acids: introduction. Eur J Clin Nutr. 2009; 63 Suppl 2:S1–4.
66. Replace: An action package to eliminate industrially-produced trans-fatty acids. WHO/NMH/NHD/18.4. Geneva: World Health Organization; 2018.

67. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.
68. WHO, Fact Sheets, Physical Activity, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> Erişim tarihi: 20.09.2021
69. Editörler: Demirel H, Kayıhan H, Özmert E, Doğan A, T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi 2014, 978-975-590-492-4, 2014, Ankara
70. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020 Erişim tarihi: 21.09.2021
71. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world Erişim tarihi: 22.09.2021
72. World Health Organisation. Global recommendations on physical activity for health. WHO. Geneva: World Health Organization; 2010 Erişim tarihi: 23.09.2021
73. Türkiye Sağlık Raporu 2020
74. WHO, Fact Sheets, Tobacco, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>, Erişim tarihi: 24.09.2021
75. [Global Burden of Disease \[database\]](#). Washington, DC: Institute of Health Metrics; 2019. IHME, Erişim tarihi: 24.09.2021
76. 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/haberler/tutun_eylem_plani/Tutun_Kontrolu_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Plani.pdf Erişim tarihi: 27.09.2021
77. GATS Global Adult Tobacco Survey Turkey 2016, Fact Sheet, https://dev.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/GATS_Turkey_2016_FactSheet.pdf, Erişim tarihi: 27.09.2021
78. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması, 2016. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095
79. Türkiye Sağlık Araştırması 2019, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkey-Health-Survey-2019-33661>, Erişim tarihi: 27.09.2021

80. Craig C.L, Marshall A.L, Sjöström M, Bauman A.E, Booth M.L, Ainsworth B.E, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis J.F, Oja P, International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity, *Med. Sci. Sports. Exerc.*, 35, 1381-1395, 2003.
81. Öztürk M. (2005). Üniversitelerde eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı.
82. Howley E.T. Type of activity: resistance, aerobic and leisure versus occupational physical activity, *Med. Sci. Sport. Exerc.*, 33, S364-369, 2001.
83. Obesity: preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation (No. 894). Geneva, 2000; 6-13.
84. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham R. W, Elsworth G. R, McPhee C, ... ve Osborne R. H. (2015), Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health*, 15(1), 1-13. doi: 10.1186/s12889-015-2056-z
85. Lee S. Y. D, Tsai T. I, Tsai Y. W. ve Kuo K. N. (2010), Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC public health*, 10(1), 1-8. doi: 10.1186/1471-2458-10-614
86. Liu Y. B, Liu L, Li Y. F. ve Chen Y. L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International journal of environmental research and public health*, 12(8), 9714-9725. doi: 10.3390/ijerph120809714
87. Yılmazel G. (2014). Çorum il merkezindeki ilköğretim öğretmenlerinde sağlık okuryazarlığı, hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü arasındaki ilişki, Doktora tezi
88. Güner A. E, Şahin E, Peksu S, Şengül K. S. ve Güngör M. (2020), Sınıf Öğretmenlerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Belirleme, Bilgi, Tutum, Davranış Değişikliği ve Eğitim İhtiyacını Saptama Çalışması. *Turkey Health Literacy Journal*, 1(1), 69-87. Erişim adresi: <http://www.saglikokuryazarligi.org/tag/turkiye-saglik-okuryazarligi-dergisi/>

89. Deniz S, Bentli R, Kalkanlı M. T, Fıncı B, Yalın F, Demir E. ... ve Akbaba M. (2020). Malatya ilinde çalışan öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(1), 28-36.
90. Şişko E. Lise Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığının Dumansız Hava Sahası Tutumu ile İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, 2021, İzmir
91. Ucu G. İzmir İli Karşıyaka İlçesi Sınıf Öğretmenlerinde Siberkondri Düzeyi ve İlişkili Faktörler, Uzmanlık Tezi, 2018, İzmir
92. OECD. (2017). Health at a glance 2017: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2017-Chartset.pdf> - Erişim Tarihi: 14.04.2022
93. U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2020. Erişim tarihi: 27.09.2021
94. Warren C.W. The Global School Personnel Survey: A Cross-Country Overview. *Tobacco Control* 2006;15:20-30.
95. Savadi P, Wantamutte A.S, Narasannavar A. Pattern of tobacco use among primary school teachers in Belgaum city, India - A cross sectional study. *Global Journal of Medicine and: Public Health*. 2013;2(4):1-6
96. Harrabi I, Maatoug J.M, Belkacem M. et al. Profile of tobacco use among the teachers of Sousse. *Ann Cardiol Angeiol*. 2011;60(2):92-96.
97. Rahman M.M, Karim M.J, Ahmad S.A. et al. Prevalence and determinants of smoking behaviour among the secondary school teachers in Bangladesh. *Int J Public Health Res, Spec*. 2011. 25–32.
98. Al-Naggar R.A, Jawad A.A, Bobryshev Y.V. Prevalence of Cigarette Smoking and Associated Factors among Secondary School Teachers in Malaysia. *Asian Pacific J Cancer* 2012;13(11):5539-43.
99. Maziak W, Mzayek F, Al-Moushareff M. Smoking behaviour among school teachers in the north of the Syrian Arab Republic. *East Mediterr Health J*. 1999;6(2–3):352–358.

100. Teloniatis S, Tzortzi A, Liozidou A, Demi M, Evangelopoulou V. ve Behrakis P. (2017). Smoking prevalence, compliance and attitudes towards smoking bans among School Teachers in Attica, Greece 2014. *Pneumon*, 30(4), 227-235. Erişim adresi: <http://www.pneumon.org/>
101. Asma S, Mackay J, Yang Song S, Zhao L, Morton J, Palipudi K.M. et al. The GATS Atlas. CDC Foundation. 2015. 128 p.
102. Tokuş B, Berberoğlu U. Edirne Merkez İlçe İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerde Sağlığı Geliştirici Davranışlar, *Kor Hek* 2007; 6 (6): 421-426
103. Çoban S.A, Sungur G. Öğretmenlerin Sigara Kullanım Konusundaki Davranışları ve Görüşleri, *Türk Toraks Derg* 2013; 14: 98-102
104. Tosun B. (2008). Afyonkarahisar İlinde Görev Yapan Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenlerinin Sigara Kullanım Alışkanlıklarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi
105. Barış S.A. Kocaeli İli İzmit Belediyesi Sınırları İçerisindeki Okullarda Görev Yapan Öğretmenlerde Sigara İçme ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Prevalansı, 2009
106. Turhan E. (2010) Denizli Merkez İlçe Liselerinde 5727 Sayılı Yasanın ve Eğitimin, Öğretmenlerde Sigara İçmeyi Bırakma Üzerine Etkileri
107. Konan N. (2014). İlköğretim Okulu ve Lise Öğretmenlerinin Sigara İçme Alışkanlıkları . *Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* , 2 (4) , 74-98 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kilissbd/issue/45259/566870>
108. Perinçek G. Evaluation of the teachers' attitudes and thoughts on smoking: a Cross-sectional study, *ACU Sağlık Bil Derg.* 2021; 12(1): 38-43
109. Kutlu R, Demirbaş N, Yeşildağ K. İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı: Konya Örneği, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/990223>
110. Bostock S. ve Steptoe A. (2012), Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *Bmj*, 344. doi: 10.1136/bmj.e1602
111. Arıkan A. (2020), Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi: Üniversite öğrencileri arasında bir araştırma, Yüksek lisans tezi

112. Brandt L, Schultes M. T, Yanagida T, Maier G, Kollmayer M. ve Spiel C. (2019). Differential associations of health literacy with Austrian adolescents' tobacco and alcohol use. *Public health*, 174, 74-82. doi: 10.1016/j.puhe.2019.05.033
113. Hoover D. S, Vidrine J. I, Shete S, Spears C. A, Cano M. A, Correa-Fernández, V., ... ve McNeill L. H. (2015), Health literacy, smoking, and health indicators in African American adults. *Journal of health communication*, 20(sup2), 24-33. doi: 10.1080/10810730.2015.1066465
114. Salgado M. V, Pérez-Stable E. J, Primack B. A, Kaplan C. P, Mejia R. M, Gregorich S. E. ve Alderete E. (2012). Association of media literacy with cigarette smoking among youth in Jujuy, Argentina. *Nicotine & Tobacco Research*, 14(5), 516-521. doi: 10.1093/ntr/ntr240
115. Tan X. Q, Yu X. M, Song Y. Z, Huang S. Z, Guo S. J. ve Wang J. (2017). Association between health literacy, cigarette and alcohol use among high school students in three provinces. *Chinese Journal of Health Education*
116. Atay E, Göktaş S, Emiral G.Ö, Dağtekin G, Zencirci S.A, Aygar H. et al. The health literacy level and eating behaviours of the teachers working at the city center of Eskişehir Turkey. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2017;6(1):27-34.
117. Tatar M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Uzmanlık tezi, 2020, Kırıkkale
118. Çopurlar C.K, Akkaya K, Arslantaş İ, Kartal M. Health Literacy of Students Who Applied to Medical and Nursing Faculty in Dokuz Eylül University. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2017;11(3):144-51
119. Caylan A, Yayla K, Oztora S, Dağdeviren H.N. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomedical Research*. 2017;28(15).
120. Dirim A. Bir İş Yerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler, 2021, Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
121. Sezgin Ö. Isparta Gül Küçük Sanayi Sitesi Küçük Ölçekli İş Yeri Çalışanlarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019, Uzmanlık tezi, Isparta

122. Durmaz S, Sürücü E. Özvurmaz S. Mermer fabrikası işçilerinde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. E-journal New World Sci Acad. 2020;15(3):81–91.
123. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Editörler: Ünal B, Ergör G, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara 2013
124. Hassoy D, Özvurmaz S. (2021), Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sigara İçme Durumlarının ve İlişkili Etmenlerin İncelenmesi, Hemşirelik Bilimi Dergisi 2021 4(3) 140–147
125. Sezgin L, Pirinççi E. (2020), Muş ili ve ilçelerindeki hastanelerde görev yapan hemşirelerin sigara içme durumlarının değerlendirilmesi, KSÜ Tıp Fak Der,15(3), 14-21.
126. Sayan İ, Tekbaş Ö.F, Göçgeldi E, Paslı E, Babayiğit M. Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin sigara içme profilinin belirlenmesi. Genel Tıp Dergisi. 2009;9(1):9-15.
127. Alışkın Ö, Savaş N, İnandı T, Peker E, Erdem M, Yeniçeri A. (2015), Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde sağlık personelinin sigara içme ve bağımlılık durumu. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 6(24), 32-42.
128. Özvurmaz S, Yavaş S. (2018). Hekim dışı sağlık çalışanlarının sigara içme ve bağımlılık düzeyleri ile ilişkili etmenler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi, 11(2), 157-162.
129. Çalışkan D, Çulha G, Sarışen Ö, Karpuzoğlu S, Tunçbilek A. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrenci ve çalışanlarının sigara içme durumu ve etkili faktörler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2005; 58:124-131
130. Salepçi B, Fidan A, Çağlayan B. ve ark. İstanbul’da genel bir eğitim hastanesinde çalışanların sigara hakkındaki bilgileri, davranışları ve sigara içme oranları. Solunum 2006;8(4):156-62
131. Kosku N, Kosku M, Çıkrıkoğlu U, Tümer Z.Ö. Toraks Derneği üyelerinin sigara konusunda bilgi, tutum ve davranışları. Toraks Dergisi 2003;4(3):223-30
132. Koç E.M, Başer D.A, Döner P et al. Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumansız hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi. J Clin Exp Invest 2015; 6 (1): 33-39.
133. Öztürk Ö. Sağlık çalışanları ve sigara. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2009;16(2):32-38.

134. Coşkun F, Karadağ M, Ursavas A, Ege E. Smoking Habits of the Teachers and Their Opinion About the New Law. *Solunum* 2010; 12(3): 119-124.
135. Coşkun A. S, Goktalay T, Havlucu Y, Dinc G. ve HAYAT Project Team. (2013). Effect of smoke-free legislation on smoking cessation rates in teachers in Manisa, Turkey. *Journal of international medical research*, 41(5), 1622-1631.
136. Tansel A. ve Karaoğlu D. (2019), Determinants of Health Behaviors and Obesity in Turkey. *Sosyoekonomi*, 27 (41), 11-40.
137. Yang T, Li F, Yang X. et al (2008) Smoking patterns and sociodemographic factors associated with tobacco use among Chinese rural male residents: A descriptive analysis. *BMC Public Health*, 8, 248
138. Nehir S, Demet M, Dinç G. Manisa ili kent merkezinde görevli hemşirelerin sigara kullanma düzeyleri ve ilişkili risk etmenleri. *Bağımlılık Dergisi*. 2007;8:3-10.
139. Leinsalu M, Kaposvári C, Kunst A.E. Is income or employment a stronger predictor of smoking than education in economically less developed countries? A cross-sectional study in Hungary. *BMC Public Health*, 2011; 13; 11: 97
140. Côté J.E, The role of identity capital in the transition to adulthood: The individualization thesis examined. *J Youth Studies* 2002; 5: 117-134
141. Tunç Z. Edirne’de Öğretmenlerin Sigara İçme ile Bırakma Davranışları ve Etkileyen Faktörler, 2007
142. Yakar B. Sigara İçme Durumuna Etki Eden Faktörler ve Tütün Kontrol Eylem Planının Sigara Kullanım Üzerine Etkisinin Araştırılması, *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp.Derg.* 2020; 34 (2): 147 - 153 <http://www.fusabil.org>
143. Erbaycu A.E, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. *Toraks Dergisi* 2004;5(1):27-35.
144. Nikaj S, Chaloupka F. School personnel smoking, school-level policies, and adolescent smoking in low- and middle-income countries, <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052531>
145. Cutler D.M. & Lleras-Muney A. (2010), “Understanding Differences in Health Behaviors by Education”, *Journal of Health Economics*, 29(1), 1-28.
146. Lantz P.M. et al. (2001), “Socioeconomic Disparities in Health Change in a Longitudinal Study of US Adults: The Role of Health-Risk Behaviors”, *Social Science & Medicine*, 53(1), 29-40.

147. Dursun B, Cesur R. ve Mocan N. (2018), The Impact of education on health outcomes and behaviors in a middle-income, low-education country. *Economics and Human Biology*, 31, 94-114.
148. Kemptner D, Jürges H, Reinhold S. (2011), “Changes in Compulsory Schooling and the Causal Effect of Education on Health: Evidence from Germany”, *Journal of Health Economics*, 30(2), 340-354.
149. Uğurlu E.S, Abbasoğlu G.U, Durmaz N, Köksal Ö. 2018, Ebeveynlerin Çocuklarının Yanında Sigara İçme Durumlarının İncelenmesi, 27(2), 86-91
150. Köse E, Pazarlı P, Şimşek Z. Şanlıurfa’nın kırsal kesiminde yaşayan kadınlar arasında sigara içme davranışı. *Solunum Dergisi* 2011; 13(1): 26-31.
151. Özyurt C.B. Manisa’da kırsal bir bölgedeki ilkokul çocuklarında pasif sigara içicilik maruziyetinin değerlendirilmesi. *Türk Toraks Dergisi* 2009;10:155-61.
152. Ayçiçek A. Eskişehir ilinde hastaneye başvuran adolesan ve anne babaların sigara kullanma alışkanlıkları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2014;57:252-257.
153. Karatay G. Kars ili 4 nolu sağlık ocağına kayıtlı 0-6 yaş aralığındaki bebek ve çocuklarda pasif sigara dumanı maruziyetinin belirlenmesi 2008; 12(2): 31-38.
154. [Kamışlı S](#), [Yüce D](#), [Küçükçoban Ş](#), [Hayran M](#), [Kılıçkap S](#), [Çelik İ](#), [Erman M](#). Bir sigara bırakma polikliniğinde uygulanan psikoeğitimsel sigara bırakma programının etkinliği, [2017](#), 20 (4), 235-243.
155. Mentis A. F. Social determinants of tobacco use: towards an equity lens approach. *Tob Prev Cessat*. 2017;3 (3):1-8
156. Oğuztürk B.S, Gülcü Y. Türkiye’de sigara tüketimini etkileyen faktörlerin analizi. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi* 2012; 4: 99-105.
157. Çulcu H.A. Kronik Hastalıkların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Olan Etkisinin Değerlendirmesi, 2021, İstanbul
158. Halıcı F. Hipertansif Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Farmakolojik ve Non-Farmakolojik Tedaviye Uyumu Üzerine Etkisi, 2020, Ankara
159. Keten H. Kronik hastalığı olan hastaların sigara ve Maraş otu kullanımı konusunda bilgi tutum ve davranışları, 2016, Kahramanmaraş
160. Önen Z. P, Şen E, Gülbay B.E, Yıldız Ö.A, Acıcan T, Saryal S, Karabıykoğlu G. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım olgularında uzun dönem sigara bırakma oranları ve iki grup arasındaki farklılıklar. *Türk Thorac J* 2011;12(2):6771.
161. Berkeşoğlu Ç, Özgür E.S, Demir A.U. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler, *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg* 2018;11(3).

162. Karlıkaya C, Öztuna F. Tütün Kontrolü, Toraks Dergisi, 7(1) s:51-64, 2006.
163. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, 2018, Ankara
164. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara
165. Ulutaşdemir N. Kilis kent Merkezinde Görev Yapan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Etkileyen faktörlerin İncelenmesi, Doktora Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012
166. Çelebi E, Oğuzöncül A. F. Özel Eğitim Öğretmenlerinin Bazı Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi, F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Dergisi, 2013; 27 (2): 87 – 92
<http://www.fusabil.org>
167. Gündoğdu S. Adana İlinde Görev Yapan Okulöncesi Öğretmenlerinin Beslenme Bilgi Düzeyleri ve Alışkanlıklarının Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Konya
168. Sabbağ Ç. (2003). İlköğretim Okullarında Görevli Öğretmenlerin Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Bilgi Düzeyleri, Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, 98s., Ankara
169. Sakar E, Açkurt F. İlköğretim okullarında görevli öğretmenlerin beslenme alışkanlıkları ve beslenme bilgi durumları, Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi, 2019, Cilt 1, Sayı 1
170. Reisoğlu E. İstanbul İlinde Yaşayan Bazı Meslek Gruplarının Beslenme Alışkanlıkları ve Bu Beslenme Alışkanlıklarını Etkileyen Faktörler Yüksek Lisans Tezi, Gıda Mühendisliği Anabilim Dalı, 2019, Bayburt Üniversitesi
171. Tangut E. 2007, İşçilerin Sağlıklı Beslenmeye Yönelik Tutum ve Alışkanlıkları. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
172. Speirs K.E. Health literacy and nutrition behaviors among low-income adults. J Health care for the poor and underserved. 2012;23(3):1082-91.
173. Queensland Public Health Forum. (2002). Eat well Queensland 2002-2012: Smart eating for a healthier state. Retrieved April 12, 2014, <http://www.health.qld.gov.au/healthyeating/eatwellqld/>.
174. Queensland Public Health Forum. (2002). Eat well Queensland 2002-2012: Smart eating for a healthier state. Retrieved April 12, 2014, <http://www.health.qld.gov.au/healthyeating/eatwellqld/>.

175. Sanders L.M, Shaw J.S, Guez G, Baur C, Rudd R. (2009). Health literacy and child health promotion: Implications for research, clinical care, and public policy. *Pediatrics*, 124 (Suppl 3), 306–314.
176. Yin H.S, Johnson M, Mendelsohn A.L, Abrams M.A, Sanders L.M. Dreyer B.P. (2009), The health literacy of parents in the United States: A nationally representative study. *Pediatrics*, 124 (Suppl 3), 289–298.
177. Huizinga M.M, Carlisle A.J, Cavanaugh K.L, Davis D.L, Gregory R.P, Schlundt D.G. et al. (2009). Literacy, numeracy, and portion-size estimation skills. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 324-328.
178. Duplaga M. (2020). Determinants and Consequences of Limited Health Literacy in Polish Society. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 642.
179. Taylor M. K, Sullivan D. K, Ellerbeck E. F, Gajewski B. J. ve Gibbs H. D. (2019). Nutrition literacy predicts adherence to healthy/unhealthy diet patterns in adults with a nutrition-related chronic condition. *Public Health Nutrition*, 22(12), 2157-2169.
180. Turrel G. 1997. Determinants of gender differences in dietary behaviour. *Nutrition Research*, 17(7); 1105-1120
181. Ergün C. 2003. Sağlıklı beslenme kavramı ve tüketici algısı üzerine bir araştırma. Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, 153s., Ankara.
182. Pasinlioğlu T, Gözümlü S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi*. 1998; 2(2):60-68.
183. Yalçinkaya M, Özer F. G, Karamanoğlu A.Y. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6(6): 409-420
184. Sural V, Tamer K. Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, 2021, *Gazi Journal of Physical Education and Sport Sciences* 2021, 26(1), 163-180
185. Esra C. 2007, Yetişkin Tüketicilerin Besin Tercihleri ve Sağlıklı Beslenmeye Yönelik Tutumları Üzerine “Cinsiyet Faktörünün Etkisi”, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi (Beslenme Bilimleri) Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi

186. Turan T, Ceylan S.S. Çetinkaya B, Altundağ S. Meslek lisesi öğrencilerinin obezite durumlarının ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. TAF Prev Med Bull 2009; 8 (1):5-12
187. Bahar Z, Beşer A, Özbıçakçı Ş, Öztürk M. Health promotion behaviors of Turkish women. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2013; 6(1): 9-16.
188. Tokgöz E. (2002), Kadın öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi, İzmir.
189. Taşdemir T. İlkokul öğretmen ve öğrencilerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli ebelerin beslenme konusunda bilgi tutum ve davranışlarının araştırılması, Uzmanlık Tezi, 1990, Ankara
190. Pirinççi E, Rahman S, Durmuş A. Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. Public Health 122: 1261-1263, 2008.
191. Arıca Ç. Ş, Güreş N, Arslan S. Tüketicilerin Sağlıklı Beslenmeye Yönelik Tutumlarının İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma, Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi Cilt:20. Sayı:2. Aralık 2016 ss.99-110
192. Güven E. Yalova İlinde Yaşayan Farklı Eğitim ve Gelir Düzeyine Sahip Fertlerin Beslenme Alışkanlıkları ve Gıda Güvenliği Bilgisinin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma, Yüksek lisans tezi, 2010, Tekirdağ
193. Bostan N. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler, Yüksek lisans tezi 2013, İzmir
194. Cihangiroğlu Z, Deveci S.E. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2011; 16(2): 78-83.
195. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 9(2): 26-34
196. Koçoğlu D. Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi, 2006, Konya
197. Çetin F. Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Merkez ilçelerin toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, 2015, Ankara

198. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Çınar B, Öz F ve ark. Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. TAF Prev Med Bull. 2008;7(1):59-64
199. Sayan A, Erci B. Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001;4(2):17.
200. Zaybak A, Fadıloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 20(1): 77-95.
201. Spellbring A.M. Nursing's role in health promotion. An overview. Nurs Clin North Am 1991; 26(4): 805-813.
202. Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi 2013; 10.5455/gulhane.15228
203. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö. ve ark. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 26(3):151–7.
204. Özçelik H. Isparta il merkezinde görev yapan toplum lideri bazı meslek gruplarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi
205. Bilgili N, Ayaz S. Kadınların sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull. 2009; 8(6): 497- 502
206. Soykan H. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla İlişkisi, Yüksek lisans tezi, 2020, İstanbul
207. Dumith S.C, Hallal P.C, Reis R.S, Kohl H.W. Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21371494/>
208. Ng N, Hakimi M, Van Minh H, Juvekar S, Razzaque A, Ashraf A, et al. Prevalence of physical inactivity in nine rural INDEPTH Health and Demographic Surveillance Systems in five Asian countries, [Glob Health Action](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21371494/). 2009; 2: 10.3402/gha.v2i0.1985,
209. Kahan D. Adult physical inactivity prevalence in the Muslim world: Analysis of 38 countries. Prev Med Reports, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26844051/>

210. Editörler: Erel C, Uğurlu M, Aydınli F, Kesici C, Çakır B, Özoğlu F, Kaplan Y. “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım” Projesi Araştırma Raporu, 2004, Ankara
211. Şanlı E. (2008). Öğretmenlerde fiziksel aktivite düzeyi-yaş, cinsiyet ve beden kitle indeksi ilişkisi, Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
212. Arabacı R. ve Çankaya C. (2007), Beden eğitimi öğretmenlerinin fiziksel aktivite düzeylerinin araştırılması. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, XX (1), 1-15.
213. Gürel F.S, Gemalmaz A, Dişçigil G. Bir Grup İlk Öğretim Öğretmeninin Beslenme Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları ve Fizik Aktivite Durumları, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 5(3) : 21 - 26
214. Kalkavan A, Özkara A. B, Alemdağ C. ve Çavdar S. (2016). Akademisyenlerin fiziksel aktiviteye katılım düzeyleri ve obezite durumlarının incelenmesi. International Journal of Science Culture and Sport, 4(1), 329-339.
215. Öner S. (2016). Fırat Üniversitesi'nde çalışan akademik personelin fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi, yüksek lisans tezi. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
216. Vural Ö, Eler S. ve Güzel N. (2010), Masabaşı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 8(2), 69-75.
217. Erdoğan M, Certel Z, Güvenç A. Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi: Obezite ve Diğer Özelliklere Göre İncelenmesi, Spor Hekimliği Dergisi Cilt: 46, S. 97-107, 2011, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
218. Duong T. V, Nguyen T. T, Pham K. M, Nguyen K. T, Giap M. H, Tran T. D, ... & Su C. T. (2019). Validation of the Short-Form Health Literacy Questionnaire (HLS-SF12) and Its Determinants among People Living in Rural Areas in Vietnam. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(18), 3346.
219. Baker D.W, Parker R.M, Williams M.V, Clark W.S & Nurss J. (1997) The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. American Journal of Public Health 87, 1027–1030.
220. Mancuso C.A. & Rincon M. (2006) Impact of health literacy on longitudinal asthma outcomes. Journal of General Internal Medicine 21, 813–817.

221. Wolf M.S, Gazmararian J.A, Baker D.W. (2005) Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine* 165, 1946–1952.
222. Buja A, Rabensteiner A, Sperotto M, Grotto G, Bertoncello C, Cocchio S. et al. Health Literacy and Physical Activity: A Systematic Review. *J Phys Act Heal.* 2020;17(12):1259–74
223. Genç M.E, Eğri M, Kurçer M, Kaya M, Pehlivan E, Karaoğlu L, Güneş G. Malatya Kent Merkezindeki Banka Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Sıklığı. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 9(4): 237-240, 2002.
224. Kabataş M.S. Bayan Öğretmenlerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2010, 6 (4),150-154
225. Karakoç A. Sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi*, 2006; 31-63, Sivas.
226. Kim Y.I. Effect factors on health promotion lifestyle of shift work nurses. *Korean Journal of Occupational Health Nursing* 2011; 20(3): 356-364
227. Güner İ, Demir F. Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9(3): 17-25
228. Türkol E. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ruhsal sağlık durumu. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Malatya, 2012
229. Kafkas M, Kafkas A. ve Acet M. (2012), Beden eğitimi öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin incelenmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 32(2), 47-56
230. Burton N.W. and Turrell G. Occupation, hours worked , and leisure – time physical activity. *Prev. Med.* 31. 2000. 673-681.
231. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi., *DEUHFED* 2009; 2 (4): 145-54
232. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi. *Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongre Kitabı*. Marmaris 2006, 135.

233. Hallal P.C, Victora C.G, Wells J.C, Lima R.C, Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. Med Sci Sports Exerc. 35: 1894-900, 2000.
234. Ayiesah R, Leonard J.H, Vijaykumar P. Obesity and habitual physical activity level among staffs working in a Military Hospital in Malacca, Malaysia. International Medical Journal Malaysia 12(1), 2013.
235. Özger İ. Fazla kilolu ve obez bireylerde duygu değişiklikleri ve yeme eğilimi ilişkisinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2012.

8. EKLER

EK-1. Araştırmanın Yapıldığı Okullar

Balçova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü Okul Öğretmen İstatistikleri

Okul Adı	Öğretmen Sayısı
Mehlika Emir Altay Anaokulu	13
Asil Nadir İlkokulu	21
Asil Nadir Ortaokulu	26
Başöğretmen İlkokulu	20
Başöğretmen Ortaokulu	20
Ertuğrulgazi İlkokulu	30
Ertuğrulgazi Ortaokulu	42
Sacide Ayaz İlkokulu	4
Sacide Ayaz Ortaokulu	13
Vali Kutlu Aktaş İlkokulu	44
80.Yıl Orhangazi İlkokulu	35
80.Yıl Orhangazi Ortaokulu	46
Balçova İmam Hatip Ortaokulu	7
Yusuf Uz Ortaokulu	51
9 Eylül Üniversitesi Güzel Sanatlar Ortaokulu	10
9 Eylül Üniversitesi Güzel Sanatlar Lisesi	10
Balçova Anadolu Lisesi	41

Balçova Nevvar Salih İşören A.L.	50
Salih Dede Anadolu Lisesi	41
Ahmet Hakkı Balcıoğlu Mt. A.L.	42
Sacide Ayaz Anadolu İmam Hatip Lisesi	18
Toplam	584

EK-2. Veri Toplama Formu

Sayın katılımcı, bu araştırma ile İzmir ili Balçova ilçesindeki öğretmenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Sağlık okuryazarlığı, sağlık ile ilgili bilgileri okuma, anlama ve bu bilgileri kullanma ile ilgili becerilerin tümünü ifade etmektedir.

Anket beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yaşıınız, öğreniminiz, gelirinzi gibi sosyal özellikleriniz hakkında sorular bulunmaktadır. Sonraki bölümlerde ise beslenme, fiziksel aktivite, sigara kullanımı ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili sorular yer almaktadır. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Verdiğiniz tüm bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırmaya katılımınız bizim için çok değerlidir.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket no:.....(boş bırakınız)

1.Bölüm:

1.Cinsiyetiniz: (1)Erkek (2) Kadın

2.Yaşıınız.....

3.Medeni durumunuz hangisidir ? (uygun olanı işaretleyiniz): (1)Evli (2) Bekar (3)Dul
(4)Boşanmış

4.Öğrenim durumunuz hangisidir? (1) Lisans (2) Yüksek lisans (3) Doktora

5.Branşınız

6.Aile yapınız hangisidir ? (1)Çekirdek (2)Geniş (3)Parçalanmış

7.Kaç çocuğunuz var ?

8.Boyunuz.....

9.Kilonuz.....

10.Kilonuza göre kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? (1) Zayıf (2) Normal kilolu (3) Fazla kilolu (4) Obez

11.Hanenizin gelirini nasıl değerlendiriyorsunuz? (1) Gelirim giderimden fazla

(2) Gelirim giderim ile denk

(3) Gelirim giderimden az

12.Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

(1) Çok iyi

(2) İyi

(3) Orta

(4) Kötü

(5) Çok kötü

13. Sürekli tedavi veya kontrol gerektiren hekim tanısı almış bir hastalığınız var mı?

(1)Evet

(2)Hayır **(15.soruya geçiniz.)**

14. Cevabınız evet ise hastalığınız nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

(1)Diyabet

(2)Hipertansiyon

(3)Kalp Hastalığı

(4)Böbrek hastalığı

(5)Astım

(6)Diğer (lütfe

belirtiniz).....

15. Ailenizde (anne, baba, kardeş, eş, çocuk) sağlık çalışanı var mı ? (evet ise kim?)

(1)Evet,.....

(2)Hayır

16. Daha önce sağlıkla ilgili bir eğitim aldınız mı ? (evet ise nereden?)

(1)Evet,.....

(2)Hayır

17. Şu andaki yaşamınızdan memnuniyetinizi değerlendirmek gerekirse 0-10 arasında kaç puan verirsiniz?

2.Bölüm (Beslenme)

BE1. Bir günde kaç ana öğün yapıyorsunuz ?

BE2. Bir günde kaç ara öğün yapıyorsunuz ?

BE3. Bir günde kaç porsiyon sebze tüketiyorsunuz? **(1 porsiyon: 1 tabak sebze yemeği, 1 kase salata vb.)**.....

BE4. Bir günde kaç porsiyon meyve tüketiyorsunuz? **(1 porsiyon: 1 elma ya da 1 şeftali vb. meyve)**

BE5. Yemeklerde en sık hangi tür yağ kullanırsınız?

(1) Tereyağı

(2) Margarin

(3) Zeytinyağı

(4) Ayçiçeği, soya, mısırözü, fındık yağı gibi diğer sıvı yağlar

(5)Diğer.....

BE6. En sık hangi tür ekmek tüketirsiniz?

(1) Beyaz

(2) Kepekli, çavdar, yulaflı, tam buğday

(3) Hiç tüketmiyorum

BE7. Yemek sofraya geldiğinde genellikle tadına bakmadan tuz atar mısınız?

(1)Evet

(2)Hayır

3.Bölüm (Fiziksel Aktivite)

Günlük yaşam içinde yaptığınız fiziksel aktiviteler hakkında bilgi edinmek istiyoruz. Aşağıda **son 7 gün içinde** fiziksel olarak harcanan zaman hakkında sorular bulunmaktadır. Lütfen, kendinizi çok hareketli bir kişi olarak görmesiniz bile her soruyu cevaplayın. Ev ve bahçe işlerinizi, işyerinde yaptığınız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarınızda yaptığınız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün.

Son 7 gün içinde 10 dakika veya üstünde süren, nefesinizi hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.

FA1. Son bir hafta içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız?

1. Haftada gün

2. Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım **(FA3'e geçiniz)**

FA2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/Emin değilim

Günde dakika

Günde saat

Geçen bir hafta içinde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dakika veya daha uzun süren, orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir.

FA3. Son bir hafta içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? **(Yürüme hariç.)**

1. Haftada gün

2. Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım **(FA5'e geçiniz)**

FA4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/Emin değilim

Günde dakika

Günde saat

Geçen bir hafta içinde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu; işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

FA5. Geçen 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika **yürüdüğünüz gün sayısı** kaçtır?

1. Haftada gün

2. Yürümedim **(FA7'e geçiniz)**

FA6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Bilmiyorum/Emin değilim

Günde dakika

Günde saat

Son soru, son bir hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

FA7. Son bir hafta içinde günde **oturarak** ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/Emin değilim

Günde dakika

Günde saat

4.Bölüm (Sigara Kullanımı)

S1. Ailenizde (anne, baba, kardeş, eş, çocuk) sigara içen birey var mı ? (evet ise kim?)

(1)Evet ,.....

(2)Hayır

S2. Sigara kullanıyor musunuz?

(1)Evet, düzenli olarak (**günde en az 1 adet**) kullanıyorum (**S3'e geçiniz.**)

(2)Evet, arasıra kullanıyorum (**S4'e geçiniz.**)

(3)Bıraktım, ...ay yıl önce bıraktım (lütfen belirtiniz) (**S3'e geçiniz.**)

(4)Hayır, kullanmıyorum/hiç kullanmadım (**5.Bölüme geçiniz.**)

S3. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz/içerdiniz ? adet/gün

S4. Toplam kaç yıldır sigara içiyorsunuz/içtiniz ? yıl

S5. (**Bu soruyu düzenli olarak ya da arasıra sigara kullananlar yanıtlayacaktır**) Sigarayı bırakmayı denediniz mi?

(1)Evet

(2)Hayır

S6. (**Bu soruyu düzenli olarak ya da arasıra sigara kullananlar yanıtlayacaktır**) Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

(1)Evet

(2)Hayır

5. Bölüm(Sağlık Okuryazarlığı)

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini "**çok kolay/ kolay / zor /çok zor/fikrim yok**" seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					

3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					

31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK-3. Etik Kurul Onay Formu



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Hatice Şimşek Keskin

Araştırmaya ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4382-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İzmir İli Balçova İlçesindeki Öğretmenlerde Sağlık Düzeyinin Sağlıkla Yaşam Davranışlarıyla İlişkisinin Belirlenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Hatice Şimşek Keskin Halk Sağlığı A.D
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐