



T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE
HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

Dr. GÜLŞAH ÇOLAK
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN – 2023



T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE
HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

Dr. Gülşah ÇOLAK
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ÜNAL

SAMSUN – 2023

TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecinde kıymetli katkılarından ötürü tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ÜNAL hocama teşekkür ederim.

Tüm eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi hiçbir desteği benden esirgemeyen, her umutsuzluğa kapıldığımda devam etmemi sağlayan annem Melek'e, fiziken yanımda olamasa da şefkatini hep yanımda hissettiğim babam Enver'e, ablalarım Elif ve Kevser'e ve abim Sabri'ye ayrı ayrı teşekkür ederim. Bu stresli dönemde motivasyonumu yüksek tutabilmemin en büyük yardımcısı minik yeğenim Enver Ali'ye de en büyük teşekkürü borç bilirim

Dr. Gülşah ÇOLAK

2023, SAMSUN

BEYAN

“Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi” başlıklı tez çalışmasının benim çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, bu tezde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla edinilmeyen bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesinde belirttiğimi beyan ederim.



ÖZET

Amaç: Bu çalışmayla Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi(OMÜTF) aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri hastalarda sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi düzeyinin, bunları etkileyen faktörlerin ve sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı özellikteki araştırma kapsamında 20.07.2022-20.11.2022 tarihleri arasında OMÜTF aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri 330 hastaya 3 bölümden oluşan veri toplama formu yöneltilmiştir. Sağlık okuryazarlığı TSOY(Türkiye Sağlık Okuryazarlığı)-32 ölçeği ile yaşam kalitesi ise SF-36(Short Form-36) ile değerlendirilmiştir. Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS sürüm 25.0 kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çeşitli değişkenler arasındaki farklılıkların değerlendirilmesinde Independent Samples t testi ve One-Way ANOVA testi kullanılmıştır. $p<0,05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %55,8'i(n=184) kadın, %44,2'si(n=146) erkektir. Yaş ortalaması $40,03\pm13,55$ 'tir. Katılımcıların %27,0'ı(n=89) yetersiz, %40,0'ı(n=132) sorunlu sağlık okuryazarlığına sahiptir. Sf-36 alt boyutlarından alınan puanlar sırasıyla fiziksel fonksiyon=84,40, fiziksel rol güçlüğü=67,34, emosyonel rol güçlüğü=63,43, vitalite=49,09, ruhsal sağlık=60,90, sosyal işlevsellik=68,97, ağrı=67,03, genel sağlık algısı=57,37'dir.

SOY toplam puanı ile SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Fiziksel Fonksiyon” puanı ($r=0,303$ $p<0.001$), “Fiziksel Rol Güçlüğü” puanı ($r=0,271$ $p<0.001$), “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı ($r=0,368$ $p<0.001$), “Ruhsal sağlık” puanı ($r=0,166$ $p=0.003$), “Sosyal işlevsellik” puanı ($r=0,295$ $p<0.001$), “Ağrı” puanı ($r=0,226$ $p<0.001$), “Genel sağlık algısı” puanı ($r=0,322$ $p<0.001$) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Sağlık okuryazarlığı toplam puanı ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanı ile yaşam kalitesinin emosyonel rol güçlüğü dışındaki tüm alt boyut puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki mevcuttur. Sağlık okuryazarlığı tedavi ve hizmet alt boyut puanı ile yaşam kalitesinin tüm alt

boyutlarının puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır. Bu sonuçlardan hareketle toplumun yaşam kalitesini artırmak için hasta gruplarını ayırt etmeden tüm toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmaya yönelik daha ciddi adımlar atılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: “Sağlık okuryazarlığı”, “Yaşam kalitesi”, “Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi”



ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to determine the levels of health literacy and life quality, the factors that influence them and the effect of health literacy on quality of life in patients aged 18 and older applying to Ondokuz Mayıs University School of Medicine (OMUSM) family medicine outpatient clinic.

Instrument and Method: In this cross-sectional and descriptive research, the three-party data collection form was filled in by 330 patients aged 18 and older applying to OMUSM family medicine outpatient clinic between 20.07.2022 and 20.11.2022. Health literacy was assessed by TSOY (Turkish Health Literacy- 32 Scale and quality of life was assessed by SF- 36 (Short Form- 36). Statistical analysis of the data was conducted in the IBM SPSS 25.0 statistical package program. Independent Samples t Test and One- Way ANOVA were used to assess the differences among variables. $p < 0,05$ was statistically significant.

Findings: %55,8 (n=184) of the participants are female, %44,2 (n=146) are male. The average of age is $40,03 \pm 13,55$. %27,0 (n=89) of the participants has insufficient, %40,0 (n=132) has problematical health literacy. The scores of dimensions of SF- 36 are successively; physical functioning=84,40, role-physical=67,34, role-emotional=63,43, vitality=49,09, mental health=60,90, social functioning=68,97, bodily pain=67,03, general health=57,37.

A statistically significant positive correlation was detected between total TSOY-32 score and the scores of dimensions of SF- 36. It was ($r=0,303$ $p < 0.001$) between TSOY-32 score and physical functioning. It was ($r=0,271$ $p < 0.001$) between TSOY-32 score and role-physical. It was ($r=0,368$ $p < 0.001$) between TSOY-32 score and vitality. It was ($r=0,166$ $p=0.003$) between TSOY-32 score and mental health. It was ($r=0,295$ $p < 0.001$) between TSOY-32 score and social functioning. It was ($r=0,226$ $p < 0.001$) between TSOY-32 score and bodily pain. It was ($r=0,322$ $p < 0.001$) between TSOY-32 score and general health.

Result: There is a significant positive correlation among total and the dimension of prevention of illnesses/ development of health of TSOY-32 and all dimensions of life quality other than role-emotional. There is a significant positive correlation among the dimension of treatment and service of TSOY-32 and all dimensions of life

quality. According to these results, it can be inferred that more serious and concrete actions/ measures have to be taken without discerning patient groups in order to increase the level of health literacy through all of the society.

Keywords: “Health literacy”, “Quality of life”, “Health related quality of life”



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
BEYAN	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Sağlık Okuryazarlığı	3
2.1.1.Sağlık okuryazarlığı tanımı ve önemi.....	3
2.1.2.Sağlık okuryazarlığının boyutları	4
2.1.3.Sağlık okuryazarlığının belirlenmesi	4
2.1.4.Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri	5
2.2.Yaşam Kalitesi	5
2.2.1.Yaşam kalitesi tanımı	5
2.2.2.Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ve belirleyicileri	6
2.2.3.Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin belirlenmesi	7
2.3.Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	8
3.GEREÇ VE YÖNTEM	9
3.1.Araştırmanın Türü, Yeri ve Zamanı	9
3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	9
3.3.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	9
3.4.Araştırmaya Dışlanma Kriterleri	9
3.5.Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması.....	10
3.6.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	10
3.6.1.Sosyodemografik anket formu.....	10
3.6.2.Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32(TSOY-32)	10
3.6.3.Short Form-36(SF-36).....	11
3.7.Verilerin İstatistiksel Analizi.....	11
3.8.Araştırmanın Etik Yönü	12
4.BULGULAR.....	13
5.TARTIŞMA	49
5.1.Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Değişkenlerle İlişkisinin Tartışılması	49

5.2.Yaşam Kalitesi ve Değişkenlerle İlişkisinin Tartışılması	55
5.3.Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması	60
5.4.Kısıtlılıklar	61
6.SONUÇLAR.....	62
7.KAYNAKLAR	64
8.EKLER	71
8.1.Ek-1. Örneklem Hesaplanması	71
8.2.Ek-2. Veri Toplama Formu	72
8.3.Ek-3. Etik Kurul Onayı	76
8.4.Ek-4. Kurum Onayı	77
8.5.Ek-5. Orijinallik Raporu.....	78



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HLS-EU-Q	: European Health Literacy Survey Questionnaire
NVS	: Newest Vital Sign
REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SF-36	: Short Form-36
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy in Adults
TSOYA	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özelliklerin Frekans Dağılımı

Tablo 2. Katılımcılara Ait Çeşitli Özelliklerin Frekans Dağılımı

Tablo 3. Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

Tablo 4. Katılımcılara Uygulanan Ölçek ve Alt Boyut Puanları ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 5. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Tablo 6. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Tablo 7. SOY Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 8. SF-36 Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 9. SOY Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 10. SF-36 Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 11. SF-36 Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması (Devamı)

Tablo 12. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 13. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Kitap Okuma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 14. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Sigara Kullanma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 15. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Alkol Kullanma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 16. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Günlük işlerinizi görmek dışında fiziksel aktivite yapar mısınız?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 17. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Doktor tarafından tanı konmuş kronik hastalığınız var mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 18. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Herhangi bir sağlık problemi nedeniyle bakımını üstlendiğiniz kimse var mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 19. SOY Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Sağlığınızla ilgili herhangi bir sorunuz/sorunuz olduğunda ne yaparsınız?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 20. SF-36 Ölçeği Alt Boyut Puanlarının “Sağlığınızla ilgili herhangi bir sorunuz/sorunuz olduğunda ne yaparsınız?” Sorusu Açısından Karşılaştıırılması



1.GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık okuryazarlığı tanımı ömür boyunca nitelikli bir yaşam sürmek hedefiyle sağlık, hastalıkların engellenmesi ve sağlığın teşviki ile ilgili günlük hayatta yargıda bulunmak ve karar vermek amacıyla gerekli bilgileri elde etmek, kavramak, yorumlamak ve gerçekleştirmek için insanların bilgi, kararlılık ve yeterliklerini içerir(1).

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sosyal, ekonomik durumları ve sağlık düzeyi durumları arasında yakın ve pozitif bir ilişki vardır. Sağlık okuryazarlığının sınırlı olması bireyin sağlık durumunu ve sağlık davranışlarını negatif etkiler(2).

Yaşam kalitesi bireylerin kendi iyilik hallerini ve fiziksel, sosyal, psikolojik işlevleri yerine getirme yeteneklerini öznel olarak nasıl değerlendirdiklerini ifade eder(3).

Düşük sağlık okuryazarlığı daha kötü sağlık ve yaşam kalitesi ile bağlantılıdır. Bir meta-analize göre çeşitli uluslararası araştırmalarda sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasında orta düzeyde korelasyon ($r=0,35$) vardır(4). Yakın zamanda farklı bir araştırma sonucunda da sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yaşam kalitesi arasında yine orta düzeyde korelasyon ($r=0,41$) saptanmıştır(5).

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireylerin sağlık durumlarına daha az dikkat ettikleri ve bu nedenle yaşam kalitesinde düşüşe neden olan sağlıksız davranış alışkanlıklarına sahip oldukları öne sürülebilir(2).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi hem çeşitli sosyoekonomik değişkenlerden etkilenen hem de sağlık düzeyini ve sağlık hizmetlerini etkileyen bir parametre olması nedeniyle sağlıkla ilişkilendirilebilecek çok sayıda değişkenin kavşak noktasındadır(6).

Bu verilere dayanarak bireylerin yaşam kalitesinin artırılması, dolayısıyla sağlık hizmeti kullanımının optimizasyonu, sağlık hizmeti giderlerinin azaltılması amacıyla sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi önemlidir.

Çalışmamızla 3. basamak sağlık kuruluşundaki aile hekimliği polikliniğine müracaat eden erişkin yaş grubu hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve bireylerin yaşam

kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyerek ilgili literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Sağlık Okuryazarlığı

2.1.1.Sağlık okuryazarlığı tanımı ve önemi

“Sağlık okuryazarlığı” terimi ilk defa 1974’te Scott Simonds tarafından kullanılmıştır(7). Bu tarihten günümüze kadar sağlık okuryazarlığının pek çok tanımı yapılmıştır. Bu tanımlar ortak olarak sağlıkla ilgili uygun kararlar alabilmek için gerekli olan bilgileri elde etmek, işlemek ve anlamak için ihtiyaç duyulan bireysel becerilere odaklanmaktadır(1).

DSÖ’nün tanımına göre sağlık okuryazarlığı sağlığın korunması ve geliştirilmesi için kişilerin sağlıkla ilgili bilgileri edinme, anlama ve kullanma becerisidir(8).

American Medical Association ise sağlık hizmetleri çerçevesindeki eylemler için basit okuma ve sayısal işlevleri gerçekleştirmeyi sağlayan beceriler topluluğunu sağlık okuryazarlığı tanımı altında birleştirir. Bu beceriler reçete düzenlenen ilaçların prospektüsünü, randevu fişlerini ve sağlık/hastalıkla ilgili yazılı/basılı materyalleri okuma ve anlamayı da içerir(9).

T.C. Sağlık Bakanlığı da sağlık okuryazarlığı bireylerin yaşam biçimini ve şartlarını değiştirerek bireysel ve toplumsal sağlık durumunu pozitif yönde değiştirmek hedefi doğrultusunda adım atmak için gerekli bilgi, yeterlilik düzeyine ulaşılması şeklinde tariflemiştir. Yalnızca broşür okuyabilmekten ve verilen talimatları yerine getirmekten daha kapsamlı bir kavramdır(10).

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sosyal, ekonomik durumları ve sağlık düzeyi durumları arasında yakın ve pozitif bir ilişki vardır. Sağlık okuryazarlığının sınırlı olması bireyin sağlık durumunu ve sağlık davranışlarını negatif etkiler(2).

Sağlık okuryazarlığı hastalar ile sağlık hizmetini sunanlar arasında sağlık bakımıyla ilgili sorumlulukların paylaşılmasını ve her iki tarafın iletişim sürecinde birbirlerini daha iyi anlamalarını sağlar. Günümüzde hekimlerin hastalarıyla geçirebildikleri süreler kısalmakta, bu kısıtlı sürede hasta tarafından gerekli bilgilerin edinilebilmesi için yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi önem kazanmaktadır. Ayrıca geçen zamanla birlikte hastalar tıbbi karar alma süreçlerinde geçmişe göre daha aktif rol almak

istemektedir. Tüm bu gerekçelerle sağlık okuryazarlığının önemi her geçen gün daha da fark edilmektedir(11).

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin tedavi uyumları daha kötü olduğundan tekrarlayan hastane başvuruları ve hastaneye yatışları söz konusudur(12). Bununla birlikte yetersiz düzeyde sağlık okuryazarı olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma oranının düşük olduğu, hastalıkları ve tedavileriyle ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları, ölüm risklerinin arttığı bilinmektedir(13). Bu da ülkelerin ekonomilerinde sağlık harcamalarının payını artırmaktadır.

2.1.2.Sağlık okuryazarlığının boyutları

Araştırmacılar sağlık okuryazarlığının boyutlarını belirlerken farklı özellikleri dikkate alarak farklı sınıflamalar oluşturmuşlardır(1). Bu sınıflamalar içinde en yaygın şekilde sağlık okuryazarlığını fonksiyonel(temel/işlevsel), iletişimsel(interaktif) ve eleştirel(kritik) olmak üzere 3 boyutta ele alan yaklaşım kullanılmaktadır(14).

İşlevsel sağlık okuryazarlığı basit okuma ve yazma yetilerine karşılık gelmektedir. Bu boyutta bireyler sağlıkla ilgili herhangi bir konuda ilgili eğitim gereçlerini okuyabilmektedir(15).

İletişimsel(interaktif) sağlık okuryazarlığı sağlık hizmeti alanların bu hizmeti sunanlar ile iletişimlerinde sosyal ve bilişsel becerilere sahip olmasını ifade etmektedir. Bu aşamada bireyler çeşitli sağlık hizmetlerinden yararlanabilirken mevcut bilgilerini değişen sağlık durumlarına adapte edebilirler(15).

Eleştirel sağlık okuryazarlığı ise eleştirel düşünme becerisinin yanında gelişmiş bir sosyal ve bilişsel yetenekler bütününe sahip olmayı gerekli kılar. Bu sayede kişiler sağlıkla ilgili bilgi ve durumları eleştirel olarak değerlendirip becerilerini geliştirebilmekte; sağlığı sosyal, ekonomik ve politik boyutlarıyla ele alıp yorumlayabilmektedirler(16).

2.1.3.Sağlık okuryazarlığının belirlenmesi

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespiti amacıyla konseptin farklı boyutlarını farklı şekillerde değerlendiren çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bu araçlar kabaca

sözcük tanıma testleri, okuduğunu anlama/fonksiyonel sağlık okuryazarlığı testleri ve informal testler olarak sınıflandırılabilir(17). “REALM”, “TOFHLA”, “NVS”, “HLS-EU-Q” literatürde sıklıkla kullanılanlardan bazılarıdır.

2.1.4.Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri

Temel olarak sağlık okuryazarlığı demografik, kültürel, psikososyal etmenlerden; kişilerin bireysel özelliklerinden, hastalıkla ilgili deneyimlerinden, genel okuryazarlık düzeylerinden ve sağlık sistemi ile ilgili faktörlerden etkilenmektedir(1).

Demografik faktörler açısından bakıldığında yaş, cinsiyet, ırk, gelir, eğitim ve çalışma durumu sıklıkla sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkilidir. Düşük eğitim ve gelir düzeyi, kadın cinsiyet, siyah ırk, ileri yaş, evli olmamak daha düşük sağlık okuryazarlığını öncüler(18, 19).

Bireylerin görme, işitme, konuşma, hafıza, anlamlandırma süreçlerini içeren sosyal ve bilişsel becerileri sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir. Kişilerin bu yeteneklerindeki azalmalar kendini sağlık okuryazarlığında düşüş olarak göstermektedir(1).

Kişilerin hastalık deneyimleri perspektifinden incelendiğinde sağlık okuryazarlığı geçirilen hastalığın tipi, süresi, şiddeti, komplikasyonları, tedavi süreci, eşlik eden hastalık varlığı ile yakından ilişkilidir(15).

Sağlık hizmetine ulaşım düzeyi ve kolaylığı/zorluğu, kişilerin sağlık güvencelerinin kapsamı/geçerliliği, hasta-hekim etkileşiminin kalitesi ise sağlık sisteminden kaynaklı durumlar olarak sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilemektedir(20).

2.2.Yaşam Kalitesi

2.2.1.Yaşam kalitesi tanımı

“*Yaşam kalitesi*” ilk çağlardan beri bireylerin düşünce ve eylemlerini etkileyen bir kavramdır. Hayatın amacı ve değeri, mutluluk, anlam ifade eden bir yaşam, kendini iyi hissetme, konforlu bir hayat sürme gibi pek çok farklı belirleyici etrafında tartışılmıştır. Bu tartışmalar mutluluk ve iyi yaşam bağlamında Antik dönem filozoflarınca dahi ilgi konusu olmuştur(21).

Terim olarak yaşam kalitesi ilk kez 1960 yılında kullanılmıştır(22). İnsan haklarının gelişimi ile yaşam kalitesi bireyler ve toplumlar için ulaşılması gereken bir hedef haline gelmiştir. İnsanların yaşam boyunca söz konusu olan ihtiyaçlarının hem nitelik hem de nicelik olarak tatmin edici şekilde karşılanmasının yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür(23).

Yaşam kalitesi günümüzde pek çok bilim dalı için inceleme konusudur ve tüm bilim dalları için ortak bir tanım yapılması mümkün olmamıştır; ancak tüm tanımlarda insan ve onun öznel değerlendirmesi ortak temeldir(24).

DSÖ yaşam kalitesini kişinin dahil olduğu sosyokültürel sisteminde istekleri, gayeleri ve ilgileri doğrultusunda hayattaki konumunu algılaması olarak tanımlamıştır. Bu çerçevede yaşam kalitesi bireyin fiziksel ve psikolojik durumunun, sosyal ilişkilerinin, bağımsızlık düzeyinin, inançlarının bir araya geldiği sosyokültürel kavramlarla bütünleşen öznel ve nitel bir kavramdır(25).

2.2.2.Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ve belirleyicileri

DSÖ sağlığı fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam iyilik durumu şeklinde tarif ettikten sonra kavram olarak yaşam kalitesi de son derece önemli hale gelmiştir. Bu tanımlamadan itibaren sağlık hizmeti sunumunda biyomedikal model yerine biyopsikososyal model benimsenmeye başlamıştır. Böylece planlanan tedavilerin amaçları ve beklenen sonuçlarında farklılaşmalar meydana gelmiştir. Zamanla meydana gelen sosyokültürel değişimlerle bireylerin sağlıkları ile ilgili süreçlere daha çok dahil olması, beklenen yaşam süresinin uzamasıyla artan kronik hastalıklar yaşam kalitesini sağlık hizmeti sunucuları için güncel bir konu statüsüne sokmuştur(26).

Günlük hayatta fiziki güç/direnç gerektiren fonksiyonları yerine getirebilmek ve yeterli kişisel bakımı sağlayabilmek objektif olarak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi belirleyicileridir(24). Bununla birlikte bireylerin sağlık güvencesine sahip olmaları da objektif bir göstergedir. Literatürde kişilerin sağlık güvencesine sahip olmalarının yaşam kalitelerini arttırdığı gösterilmiştir(27).

Subjektif sağlıkla ilgili yaşam kalitesi belirleyicileriye kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığıyla ilgili kendi yargılarıdır(28).

Yapılan çalışmalara göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, geliri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, kronik hastalığı olup olmama durumları gibi faktörlerden etkilenmektedir(23).

Sağlık hizmetinin en temel amacı hastalıkları tedavi etmek olsa da hastanın hastalığı ile ilgili duygu ve düşüncelerine hakim olmak, hastanın günlük yaşamını ve aktivitelerini nasıl etkilediğini görmek, tedavi sonunda ulaşmayı beklediği sonucu bilebilmek bu sürecin önemli parçalarıdır(26).

Bu hedefler doğrultusunda tıbbi bakımın sonuçlarının öznel olarak hasta merkezli yaklaşımla değerlendirilmesinde yaşam kalitesi ölçeklerine başvurulmaktadır(29).

2.2.3.Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin belirlenmesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri içeriklerine, teknik özelliklerine göre farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır. Garrat'ın sınıflandırmasına göre(30);

- *Genel ölçekler*; bireyin hastalık ya da sağlık durumundan bağımsız şekilde genel kullanım için tasarlanmış tüm hastalık-sağlık durumlarında popülasyonun tamamına uygulanabilen ölçeklerdir. “*Short Form-36(SF-36)*” bu ölçeklere örnektir (31).
- *Özel ölçekler*; değerlendirmeyi belirli bir hastalığın ya da tedavisinin etkileriyle sınırlı tutar. “Belirli bir nüfus grubuna özel”, “Hastalığa özel”, “İşleve özel” şeklinde sınıflandırılabilir. “*Quality of Life in Epilepsy(QOLIE-89)*”, hastalığa özel ölçeklere örnektir. “*WHOQOL-Old*” ise yaş grubuna özel ölçeklerdendir (31).
- *Bireyselleştirilmiş ölçekler*; uygulayıcı tarafından standardize edilmemiştir ve kişi hastalığının yaşamını nasıl etkilediğini öznel şekilde ifade edebilir. Önceden belirlenmiş yanıt şıklarını işaretlemek zorunda değildir. Hastanın durumuna göre farklı sorular eklenip çıkarılabilir. “*Patient Generated Index(PGI)*” buna örnektir (32).
- *Fayda ölçekleri(Utility measures)*; hastanın tercih edeceği sağlık hizmetlerinin maliyeti üzerine odaklanır(32).

2.3.Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sosyal, ekonomik durumları ve sağlık düzeyi durumları arasında yakın ve pozitif bir ilişki vardır. Sağlık okuryazarlığının sınırlı olması bireyin sağlık durumunu ve sağlık davranışlarını negatif etkiler(2).

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireylerin sağlık durumlarına daha az dikkat ettikleri ve bu nedenle yaşam kalitesinde düşüşe neden olan sağlıksız davranış alışkanlıklarına sahip oldukları öne sürülebilir(2).

Düşük sağlık okuryazarlığı daha kötü sağlık ve yaşam kalitesi ile bağlantılıdır. Bir meta-analize göre çeşitli uluslararası araştırmalarda sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasında orta düzeyde korelasyon ($r=0,35$) vardır(4). Yakın zamanda farklı bir araştırma sonucunda da sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yaşam kalitesi arasında yine orta düzeyde korelasyon ($r=0,41$) saptanmıştır(5).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü, Yeri ve Zamanı

Bu çalışma kesitsel, tanımlayıcı bir anket çalışması olarak planlanmıştır. Çalışma 20.07.2022 ile 20.11.2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini OMÜTF aile hekimliği polikliniğine başvuran erişkin hastalar oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğü Open Epi programı ile hesaplanmıştır. “Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM)” tarafından yürütülen araştırma ile ulusal çapta sağlık okuryazarlık düzeyi tespit edilmiştir. TSOY-32 ile toplumun %30,9’unun “Yetersiz”, %38’inin “Sorunlu-sınırlı”, %23,4’ünün “Yeterli”, %7,7’sinin “Mükemmel” derecede okuryazarı olduğu saptanmıştır(6). Sağlık okuryazarlığı oranı %31,1 (yeterli+mükemmel) alınarak %95 güvenilirlilik aralığında (alfa=0,05) d=0,05 örneklem hatası içerebileceği kabulüyle en az 330 katılımcıya ihtiyaç duyulacağı belirlenmiştir(Ek-1).

3.3.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- OMÜTF aile hekimliği polikliniğine başvurmuş olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Tüm soruları eksiksiz yanıtlamış olmak

3.4.Araştırmaya Dışlanma Kriterleri

- 18 yaşın altında olmak
- Sağlık çalışanı olmak
- Formların doldurulmasını etkileyecek herhangi bir fiziksel, nörolojik (işitme/konuşma bozukluğu, zihinsel engellilik), psikolojik (psikotik bozukluk) bozukluğa sahip olmak
- Soruları eksik yanıtlamış olmak

3.5.Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması

Araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterlerine göre belirlenen hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama formu yüz yüze olacak şekilde araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Öncesinde tüm katılımcılara araştırmanın amacı ve içeriği ile ilgili bilgi verilerek sözel onamları alınmıştır.

3.6.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Veri toplama formu 3 kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ile ilişkilendirilebilecek alışkanlıklarını sorgulayan literatür taranarak oluşturulan 16 soruluk anket formu; ikinci kısımda sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeye yönelik 32 maddeden oluşan TSOY-32 ölçeği; üçüncü kısımda ise sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ölçmeye yönelik 36 sorudan oluşan Short Form-36 mevcuttur. Veri toplama formunun örneği Ek-2’de gösterilmiştir.

3.6.1.Sosyodemografik anket formu

16 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni hali, eğitim/çalışma/gelir durumu gibi sosyodemografik nitelikleri; ilgili literatüre göre sağlık okuryazarlık düzeyi ve yaşam kalitesi ile ilişkili olabileceği belirlenen kitap okuma durumu, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite düzeyleri, kronik hastalığı olup olmadığı, sağlık problemi nedeniyle bakımını üstlendikleri birey olup olmadığı, son 1 yıl içinde aile sağlığı merkezi/2. ya da 3. basamak poliklinik/acil servis başvuru sayıları sorgulanmıştır.

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

TSOY-32 ölçeği “HLS-EU”(33) çalışmasında oluşturulan kavramsal çerçeve kullanılarak geliştirilmiştir. Okyay ve ark.(34) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Otuz iki önermeden oluşan likert tipte bir ölçektir. Bu önermeler sağlıkla ilgili “Tedavi ve hizmet” (1-16. maddeler), “Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi” (17-32. maddeler) boyutlarını değerlendirmektedir.

Ölçeğin Türkçe güvenilirliği için cronbach alfa katsayısı 0,927 olarak bulunmuştur.

Bütün önermelerde katılımcılar “Çok kolay”, “Kolay”, “Zor”, “Çok zor”, “Fikrim yok” seçeneklerinden birini işaretleyebilmektedir. Hesaplama yapılırken “Çok kolay” 4, “Kolay” 3, “Zor” 2, “Çok zor” 1 puan şeklinde kodlanmaktadır. “Fikrim yok” seçeneği ise kayıp veri şeklinde tanımlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 0-50 arasında olacak şekilde hesaplanmaktadır. Bu puanlara göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri 4 temel gruba ayrılmıştır.

- “0-25 puan”: “Yetersiz”
- “>25-33 puan”: “Sorunlu-sınırlı”
- “>33-42 puan”: “Yeterli”
- “>42-50 puan”: “Mükemmel” (34).

3.6.3.Short Form-36(SF-36)

SF-36 kişilerin sağlıklılık halini değerlendirmek için klinik uygulamalarda, sağlık hizmeti sunumunda mevcut koşulların değerlendirilmesinde, popülasyonun tüm kesimlerinde kullanılmak üzere Ware ve ark. tarafından geliştirilmiştir. On dört yaş ve üzerindeki kişilerin kendi kendine doldurması ya da eğitilmiş bir uygulayıcı tarafından yüz yüze veya telefonla doldurabileceği şekilde tasarlanmıştır(35). Sağlıkla ilgili 8 temel kavramı 36 soru ile değerlendirmektedir. “Fiziksel fonksiyon”, “Fiziksel rol güçlüğü”, “Sosyal işlevsellik”, “Ağrı”, “Ruhsal sağlık”, “Emosyonel rol güçlüğü”, “Enerji/canlılık/vitalite”, “Genel sağlık algısı” ile birlikte katılımcının geçen yıl boyunca sağlık durumundaki değişiklikleri sorgulayan sorular içermektedir. Her yaşam kalitesi alanı için madde puanları kodlanmakta ve algoritmalar kullanılarak 0-100 (0 en kötü, 100 en iyi) arasında bir skalaya yerleştirilmektedir. Koçyiğit ve ark. Türkçe için geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir. Her bir alt ölçek için cronbach alfa katsayısı 0,73-0,76 arasında değişmektedir (36).

3.7.Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS sürüm 25.0 kullanılmıştır. Elde edilen çıktıların sunumunda sürekli değişkenler Ort±SS olarak verilmiştir. Kategorik değişkenler sayı (N) ve yüzde (%) olarak verilmiştir.

Örneklem sayısı 200'den fazla(37), Skewness ve Kurtosis değerleri $\pm 3,29$ eşik değer aralığında olduğu için sürekli verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir(38). Bu sebeple sürekli değişkenler ile elde edilen sosyodemografik bulgular ve çeşitli değişkenler arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla 2 gruplu değişkenler için Independent Samples t testi ve 3 ve üzeri gruba sahip değişkenler için One-Way ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması halinde, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için sidak post-hoc testi tercih edilmiştir. $p<0,05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

Çapraz tablolar oluşturulurken frekans yeterli olmadığı için eğitim durumunda “Okuryazar değil, okuryazar, ilkokul” yanıtları birleştirilerek “İlkokul ve altı”; alkol kullanımında “Ara sıra tüketirim.” ve “Düzenli olarak tüketirim.” yanıtları birleştirilerek “Tüketiyorum.”; “Günlük işleriniz dışında fiziksel aktivite yapar mısınız?” sorusunda “Spor salonunda antrenör ile çalışırım.” ve “Diğer” seçenekleri birleştirilerek “Diğer”; “Sağlığınızla ilgili bir sorunuz/sorunuz olduğunda ilk ne yaparsınız?” sorusunda ise “Eczacıya danışırım.” şeklinde verilen yanıtlar “Çevremde güvendiğim kişilere danışırım.” seçeneğine verilen yanıtlar birleştirilerek sunulmuştur.

3.8.Araştırmanın Etik Yönü

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu(OMÜ-KAEK) tarafından 22.06.2022 tarihli toplantıda incelenen OMÜ KAEK 2022/313 karar no'lu çalışma B.30.2.ODM.0.20.08/437 sayılı belge ile onay almıştır(Ek-3).

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü'nün 30.06.2022 tarihli E-15374210-622.03-272439 sayılı kararı ile kurum izni alınmıştır(Ek-4).

Veri toplama formu katılımcılara yöneltilmeden önce her bir katılımcıya araştırmanın amacı ve kapsamı anlatılarak sözel onam alınmıştır.

4.BULGULAR

Tablo 1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özelliklerin Frekans Dağılımı (n=330)

Değişkenler	Grup	n	%
Cinsiyet	Kadın	184	55,8
	Erkek	146	44,2
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	41	12,4
	Ortaokul	34	10,3
	Lise	66	20,0
	Ön lisans/Lisans	157	47,6
	Lisansüstü	32	9,7
Medeni Durum	Evli	228	69,1
	Evli değil	102	30,9
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	27	8,2
	Emekli	23	7,0
	Ev hanımı	50	15,2
	İşçi	72	21,8
	Memur	105	31,8
	Öğrenci	33	10,0
	Kendi işinde çalışıyor	20	6,1
Gelir Durumu	Gelir giderden az	95	28,8
	Gelir gidere eşit	155	47,0
	Gelir giderden fazla	80	24,2
Kitap okuma durumu	Hiç okumam	99	30,0
	Nadiren okurum	153	46,4
	Düzenli olarak okurum	78	23,6
Sigara kullanma durumu	Hiç kullanmadım	187	56,7
	Bıaktım (en az 1 yıldır)	47	14,2
	Halen kullanıyorum	96	29,1
Alkol kullanma durumu	Tüketmiyorum	259	78,5
	Tüketiyorum	71	21,5

n=Sayı, %=Frekans

Tablo 1’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait frekans dağılımları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre katılımcıların %55,8’inin kadın, %47,6’sının ön lisans/lisans mezunu, %69,1’inin evli, %31,8’inin memur, %47,0’ının gelirinin giderine eşit, %46,4’ünün nadiren kitap okuduğu, %56,7’sinin hiç sigara kullanmadığı ve %78,5’inin alkol tüketmediği belirlenmiştir.

Tablo 2. Katılımcılara Ait Çeşitli Özelliklerin Frekans Dağılımı (n=330)

Değişkenler	Grup	n	%
Günlük işleriniz dışında fiziksel aktivite yapar mısınız?			
	Hayır, yapmam	191	57,9
	Haftada en az 150 dk yürüyüş yaparım.	111	33,6
	Diğer	28	8,4
Doktor tarafından tanı konmuş kronik hastalığınız var mı?			
	Yok	205	62,1
	Var	125	37,9
Herhangi bir sağlık problemi nedeniyle bakımını üstlendiğiniz kimse var mı?			
	Yok	298	90,3
	Var	32	9,7
Sağlığınızla ilgili herhangi bir sorunuz/sorunuz olduğunda ilk ne yaparsınız?			
	Aile hekimine giderim	113	34,2
	Hastaneye (acil dışı poliklinik) giderim	100	30,3
	Acil servise giderim	44	13,3
	Çevremde güvendiğim kişilere danışırım	32	9,7
	İnternete bakarım	41	12,4
	Medyan (Min-Maks)	Ort ±SS	
Yaş (yıl)	38,50 (18,0-70,0)	40,03±13,55	
Son 1 yıl içinde herhangi bir nedenle aile sağlığı merkezi (ASM)/birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuru sayısı	2,0 (0,0-30,0)	3,40±4,23	
Son 1 yıl içinde herhangi bir nedenle hastane (2. ya da 3. basamak sağlık kuruluşu) (acil servis hariç) başvuru sayısı	2,0 (1,0-30,0)	3,49±3,72	
Son 1 yıl içinde herhangi bir nedenle acil servis başvuru sayısı	1,0 (0,0-20,0)	1,65±2,42	

n=Sayı, %=Frekans, Medyan = Ortanca, Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma

Tablo 2’de katılımcıların çeşitli sorulara verdikleri yanıtların frekans dağılımı, medyan, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre katılımcıların “Günlük işleriniz dışında fiziksel aktivite yapar mısınız?” sorusuna %57,9’unun “Hayır, yapmam.” yanıtını verdiği, “Doktor tarafından tanı konmuş kronik hastalığınız var mı?” sorusuna %62,1’inin “Yok.” yanıtını verdiği, “Sağlığınızla ilgili herhangi bir sorunuz/sorunuz olduğunda ilk ne yaparsınız?” sorusuna %34,2’sinin “Aile hekimine giderim.” yanıtı verdiği belirlenmiştir.

Tablo 3. Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

Değişkenler	N	Min.	Maks.	Ort.	SS
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	330	20,00	100,00	84,40	17,01
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	330	,00	100,00	67,34	37,34
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	330	,00	100,00	63,43	40,21
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	330	5,00	100,00	49,09	22,49
SF-36 Ruhsal sağlık	330	4,00	100,00	60,90	19,56
SF-36 Sosyal işlevsellik	330	,00	100,00	68,97	25,04
SF-36 Ağrı	330	,00	100,00	67,03	25,28
SF-36 Genel sağlık algısı	330	5,00	100,00	57,37	21,98
SOY Toplam	330	24,00	128,00	86,17	17,97
SOY-Tedavi ve Hizmet Boyutu	330	17,00	64,00	45,06	8,29
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	330	2,00	16,00	11,34	2,62
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	330	4,00	16,00	11,86	2,24
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	330	,00	16,00	9,60	2,90
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma Uygulama	330	4,00	16,00	12,25	2,28
SOY- Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu	330	6,00	64,00	41,10	10,54
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	330	,00	16,00	10,10	3,60
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	330	1,00	16,00	10,85	3,16
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	330	2,00	16,00	10,07	3,05
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma Uygulama	330	3,00	16,00	10,06	2,47
SOY Grup	N	%			
Yetersiz	89	27,0			
Sorunlu-sınırlı	132	40,0			
Yeterli	84	25,5			
Mükemmel	25	7,6			

n=Sayı, %=Frekans, Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma

**SOY ölçeği toplam ve alt boyutlarının standartlaştırılmamış puanları kullanılmıştır.*

Tablo 3'te katılımcıların ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanlara ilişkin minimum, maximum, ortalama, standart sapma, sayı ve frekans değerleri verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcılara Uygulanan Ölçek ve Alt Boyut Puanları ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1-SOY Toplam	r 1														
	p														
2-SOY-Tedavi ve Hizmet Boyutu	r ,941**	1													
	p <0.001														
3-SOY-Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu	r ,964**	,817**	1												
	p <0.001	<0.001													
4-SF-36 Fiziksel Fonksiyon	r ,303**	,306**	,275**	1											
	p <0.001	<0.001	<0.001												
5-SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	r ,271**	,239**	,274**	,544**	1										
	p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001											
6-SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	r 0,100	,112*	0,083	,206**	,432**	1									
	p 0,069	0,042	0,133	<0.001	<0.001										
7-SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	r ,368**	,343**	,358**	,375**	,428**	,457**	1								
	p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001									
8-SF-36 Ruhsal sağlık	r ,166**	,193**	,131*	,286**	,310**	,462**	,734**	1							
	p 0,003	<0.001	0,018	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001								
9-SF-36 Sosyal işlevsellik	r ,295**	,293**	,273**	,494**	,607**	,560**	,607**	,570**	1						
	p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001							
10-SF-36 Ağrı	r ,226**	,227**	,207**	,578**	,597**	,411**	,531**	,473**	,683**	1					
	p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001						
11-SF-36 Genel sağlık algısı	r ,322**	,308**	,306**	,560**	,545**	,344**	,644**	,541**	,663**	,658**	1				
	p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001					
12-Yaş (yıl)	r -,245**	-,246**	-,224**	-,527**	-,358**	0,039	-,156**	-0,010	-,218**	-,223**	-,284**	1			
	p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0,475	0,005	0,859	<0.001	<0.001	<0.001				
13- Birinci basamak Sağlık kuruluşuna /(ASM) başvuru sayısı (Son 1 yıl)	r -0,102	-,143**	-0,061	-,223**	-,203**	-,200**	-,204**	-,206**	-,255**	-,237**	-,179**	,193**	1		
	p 0,064	0,009	0,266	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0,001	<0.001			
14- Hastane başvuru sayısı (Son 1 yıl)	r -0,099	-0,067	-,116*	-,192**	-,248**	-,122*	-,261**	-,115*	-,253**	-,264**	-,284**	,195**	,315**	1	
	p 0,072	0,225	0,034	<0.001	<0.001	0,026	<0.001	0,036	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001		
15- Acil servis başvuru sayısı (Son 1 yıl)	r -0,107	-0,089	-,112*	-,110*	-,205**	-,202**	-,229**	-,233**	-,191**	-,218**	-,205**	-0,056	,277**	,344**	1
	p 0,053	0,108	0,042	0,046	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0,310	<0.001	<0.001	

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)

Tablo 4’te katılımcılara uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanları ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile gösterilmiştir. Bu analiz sonucuna göre SOY toplam puanı ile SF-36 ölçeği “Fiziksel Fonksiyon” puanı ($r=0,303$ $p<0.001$), “Fiziksel Rol Güçlüğü” puanı ($r=0,271$ $p<0.001$), “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı ($r=0,368$ $p<0.001$), “Ruhsal sağlık” puanı ($r=0,166$ $p=0.003$), “Sosyal işlevsellik” puanı ($r=0,295$ $p<0.001$), “Ağrı” puanı ($r=0,226$ $p<0.001$), “Genel sağlık algısı” puanı ($r=0,322$ $p<0.001$) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca SOY toplam puanı ile yaş (yıl) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,245$ $p<0.001$).

SOY ölçeği alt boyutlarından “Tedavi ve Hizmet” puanı ile SF-36 ölçeği “Fiziksel Fonksiyon” puanı ($r=0,306$ $p<0.001$), “Fiziksel Rol Güçlüğü” ($r=0,239$ $p<0.001$), “Emosyonel Rol Güçlüğü” puanı ($r=0,112$ $p=0.042$), “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı ($r=0,343$ $p<0.001$), “Ruhsal sağlık” puanı ($r=0,193$ $p<0.001$), “Sosyal işlevsellik” puanı ($r=0,293$ $p<0.001$), “Ağrı” puanı ($r=0,227$ $p<0.001$), “Genel sağlık algısı” puanı ($r=0,308$ $p<0.001$) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca SOY ölçeği alt boyutlarından “Tedavi ve Hizmet” puanı ile yaş (yıl) arasında ($r=-0,246$ $p<0.001$) ve Birinci basamak Sağlık kuruluşuna /(ASM) başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,143$ $p=0.009$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SOY ölçeği alt boyutlarından “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” puanı ile SF-36 ölçeği “Fiziksel Fonksiyon” puanı ($r=0,274$ $p<0.001$), “Fiziksel Rol Güçlüğü” puanı ($r=0,275$ $p<0.001$), “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı ($r=0,358$ $p<0.001$), “Ruhsal sağlık” puanı ($r=0,131$ $p=0.018$), “Sosyal işlevsellik” puanı ($r=0,273$ $p<0.001$), “Ağrı” puanı ($r=0,207$ $p<0.001$), “Genel sağlık algısı” puanı ($r=0,306$ $p<0.001$) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca SOY ölçeği alt boyutlarından “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” puanı ile yaş (yıl) arasında ($r=-0,224$ $p<0.001$), hastane başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,116$ $p=0.034$) ve acil servis başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,112$ $p=0.042$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SF-36 ölçeği “Fiziksel Fonksiyon” puanı ile yaş (yıl) arasında ($r=-0,527$ $p<0.001$), Birinci basamak Sağlık kuruluşuna /(ASM) başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,223$ $p<0.001$), hastane başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,192$ $p<0.001$) ve acil servis başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,110$ $p<0.001$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SF-36 ölçeği “Fiziksel Rol Güçlüğü” puanı ile yaş (yıl) arasında ($r=-0,358$ $p<0.001$), Birinci basamak Sağlık kuruluşuna /(ASM) başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,203$ $p<0.001$), hastane başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,248$ $p<0.001$) ve acil servis başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,205$ $p<0.001$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SF-36 ölçeği “Emosyonel Rol Güçlüğü” puanı ile Birinci basamak Sağlık kuruluşuna /(ASM) başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,200$ $p<0.001$), hastane başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,122$ $p<0.001$) ve acil servis başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,202$ $p<0.001$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SF-36 ölçeği “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı ile yaş (yıl) arasında ($r=-0,156$ $p<0.001$), Birinci basamak Sağlık kuruluşuna /(ASM) başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,204$ $p<0.001$), hastane başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,261$ $p<0.001$) ve acil servis başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,229$ $p<0.001$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SF-36 ölçeği “Ruhsal sağlık” puanı ile Birinci basamak Sağlık kuruluşuna /(ASM) başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,206$ $p<0.001$), hastane başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,115$ $p=0.036$) ve acil servis başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,233$ $p<0.001$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SF-36 ölçeği “Sosyal işlevsellik” puanı ile yaş (yıl) arasında ($r=-0,218$ $p<0.001$), Birinci basamak Sağlık kuruluşuna /(ASM) başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,255$ $p<0.001$), hastane başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,253$ $p<0.001$) ve acil servis başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,191$ $p<0.001$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SF-36 ölçeği “Ağrı” puanı ile yaş (yıl) arasında ($r=-0,223$ $p<0.001$), Birinci basamak Sağlık kuruluşuna /(ASM) başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,237$ $p<0.001$), hastane başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,264$ $p<0.001$) ve acil servis başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,218$ $p<0.001$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SF-36 ölçeği “Genel sağlık algısı” puanı ile yaş (yıl) arasında ($r=-0,284$ $p<0.001$), Birinci basamak Sağlık kuruluşuna /(ASM) başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,179$ $p<0.001$), hastane başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,284$ $p<0.001$) ve acil servis başvuru sayısı (Son 1 yıl) ($r=-0,205$ $p<0.001$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 5. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
SOY Toplam	Kadın	184	85,34±19,16	-0,948	0.344
	Erkek	146	87,23±16,36		
SOY-Tedavi ve Hizmet	Kadın	184	44,49±8,88	-1,444	0.150
	Erkek	146	45,79±7,47		
SOY-Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi	Kadın	184	40,84±11,21	-0,503	0.615
	Erkek	146	41,43±9,67		
SF-36 Fiziksel fonksiyon	Kadın	184	81,28±18,84	-3,978	<0.001
	Erkek	146	88,36±13,44		
SF-36 Fiziksel rol güçlüğü	Kadın	184	65,63±38,55	-0,941	0.347
	Erkek	146	69,52±35,78		
SF-36 Emosyonel rol güçlüğü	Kadın	184	55,07±41,94	-4,441	<0.001
	Erkek	146	73,97±35,34		
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	Kadın	184	44,46±20,65	-4,312	<0.001
	Erkek	146	54,93±23,42		
SF-36 Ruhsal sağlık	Kadın	184	57,54±19,41	-3,570	<0.001
	Erkek	146	65,15±19,00		
SF-36 Sosyal işlevsellik	Kadın	184	64,13±25,18	-4,038	<0.001
	Erkek	146	75,09±23,56		
SF-36 Ağrı	Kadın	184	62,61±25,36	-3,638	<0.001
	Erkek	146	72,62±24,14		
SF-36 Genel Sağlık algısı	Kadın	184	54,38±20,73	-2,816	0.005
	Erkek	146	61,16±22,98		

Independent Samples Test, $p<0.05$

*SOY ölçeği toplam ve alt boyutlarının standartlaştırılmamış puanları kullanılmıştır.

Tablo 5'te ölçek toplam ve alt boyut puanlarının cinsiyet açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Fiziksel fonksiyon” puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-3,978$ $p<0.001$). Cinsiyeti erkek olan katılımcıların kadınlara kıyasla “Fiziksel fonksiyon” puanı daha yüksek bulunmuştur.

SF-36 ölçeği “Emosyonel rol güçlüğü” puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-4,441$ $p<0.001$). Cinsiyeti erkek olan katılımcıların kadınlara kıyasla “Emosyonel rol güçlüğü” puanı daha yüksek bulunmuştur.

SF-36 ölçeği “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-4,312$ $p<0.001$). Cinsiyeti erkek olan katılımcıların kadınlara kıyasla “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı daha yüksek bulunmuştur.

SF-36 ölçeği “Ruhsal sağlık” puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-3,570$ $p<0.001$). Cinsiyeti erkek olan katılımcıların kadınlara kıyasla “Ruhsal sağlık” puanı daha yüksek bulunmuştur.

SF-36 ölçeği “Sosyal işlevsellik” puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-4,038$ $p<0.001$). Cinsiyeti erkek olan katılımcıların kadınlara kıyasla “Sosyal işlevsellik” puanı daha yüksek bulunmuştur.

SF-36 ölçeği “Ağrı” puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-3,638$ $p<0.001$). Cinsiyeti erkek olan katılımcıların kadınlara kıyasla “Ağrı” puanı daha yüksek bulunmuştur.

SF-36 ölçeği “Genel Sağlık algısı” puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-2,816$ $p=0.005$). Cinsiyeti erkek olan katılımcıların kadınlara kıyasla “Genel Sağlık algısı” puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 6. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
SOY Toplam	Evli	228	84,50±17,92	-2,555	0.011
	Evli değil	102	89,92±17,60		
SOY-Tedavi ve Hizmet	Evli	228	44,24±8,48	-2,754	0.006
	Evli değil	102	46,93±7,59		
SOY-Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi	Evli	228	40,26±10,31	-2,186	0.029
	Evli değil	102	42,99±10,88		
SF-36 Fiziksel fonksiyon	Evli	228	81,25±17,56	-5,817	<0.001
	Evli değil	102	91,47±13,31		
SF-36 Fiziksel rol güçlüğü	Evli	228	62,83±38,52	-3,559	<0.001
	Evli değil	102	77,45±32,53		
SF-36 Emosyonel rol güçlüğü	Evli	228	65,79±39,32	1,594	0.112
	Evli değil	102	58,17±41,87		
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	Evli	228	48,11±22,53	-1,180	0.239
	Evli değil	102	51,27±22,37		
SF-36 Ruhsal sağlık	Evli	228	61,39±18,93	0,661	0.509
	Evli değil	102	59,84±20,98		
SF-36 Sosyal işlevsellik	Evli	228	67,11±26,09	-2,174	0.031
	Evli değil	102	73,16±22,07		
SF-36 Ağrı	Evli	228	64,64±26,27	-2,775	0.006
	Evli değil	102	72,40±22,13		
SF-36 Genel Sağlık algısı	Evli	228	55,22±22,90	-2,890	0.004
	Evli değil	102	62,21±19,02		

Independent Samples Test, p<0.05**SOY ölçeği toplam ve alt boyutlarının standartlaştırılmamış puanları kullanılmıştır.*

Tablo 6’da ölçek toplam ve alt boyut puanlarının medeni durum açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre SOY toplam puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-2,555$ $p=0.011$). Medeni durumu, evli olmayanların evli olanlara kıyasla SOY toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

SOY ölçeği alt boyutlarından “Tedavi ve Hizmet” puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-2,754$ $p=0.006$).

Medeni durumu, evli olmayanların evli olanlara kıyasla “Tedavi ve Hizmet” puanları daha yüksek bulunmuştur.

SOY ölçeği alt boyutlarından “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi” puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-2,186$ $p=0.029$). Medeni durumu, evli olmayanların evli olanlara kıyasla “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi” puanları daha yüksek bulunmuştur.

SF-36 ölçeği “Fiziksel fonksiyon” puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-5,817$ $p<0.001$). Medeni durumu, evli olmayanların evli olanlara kıyasla “Fiziksel fonksiyon” puanları daha yüksek bulunmuştur.

SF-36 ölçeği “Fiziksel rol güçlüğü” puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-3,559$ $p<0.001$). Medeni durumu, evli olmayanların evli olanlara kıyasla “Fiziksel rol güçlüğü” puanları daha yüksek bulunmuştur.

SF-36 ölçeği “Sosyal işlevsellik” puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-2,174$ $p=0.031$). Medeni durumu, evli olmayanların evli olanlara kıyasla “Sosyal işlevsellik” puanları daha yüksek bulunmuştur.

SF-36 ölçeği “Ağrı” puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-2,775$ $p=0.006$). Medeni durumu, evli olmayanların evli olanlara kıyasla “Ağrı” puanları daha yüksek bulunmuştur.

SF-36 ölçeği “Genel Sağlık algısı” puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-2,890$ $p=0.004$). Medeni durumu, evli olmayanların evli olanlara kıyasla “Genel Sağlık algısı” puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. SOY Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>	<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Post-Hoc</i>
SOY Toplam	1)İlkokul ve altı	41	71,78±19,04	20,353	<0.001
	2)Ortaokul	34	73,03±14,78		
	3)Lise	66	85,12±16,54		
	4)Ön lisans/Lisans	157	91,39±15,53		
	5)Lisansüstü	32	95,16±15,94		
SOY-Tedavi ve Hizmet	1)İlkokul ve altı	41	37,78±7,83	19,984	<0.001
	2)Ortaokul	34	39,47±6,57		
	3)Lise	66	45,38±7,00		
	4)Ön lisans/Lisans	157	47,31±7,45		
	5)Lisansüstü	32	48,75±8,90		
SOY-Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi	1)İlkokul ve altı	41	34,00±11,89	17,283	<0.001
	2)Ortaokul	34	33,56±9,31		
	3)Lise	66	39,74±10,36		
	4)Ön lisans/Lisans	157	44,08±9,04		
	5)Lisansüstü	32	46,41±7,91		

One Way ANOVA Test, Post-Hoc=Sidak, $p<0.05$

*SOY ölçeği toplam ve alt boyutlarının standartlaştırılmamış puanları kullanılmıştır.

Tablo 7’de SOY ölçek toplam ve alt boyut puanlarının eğitim durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre SOY ölçeği toplam puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=20,353$ $p<0.001$). Eğitim durumu “Lisansüstü” olan katılımcıların diğer katılımcılara kıyasla SOY ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda “İlkokul ve altı” olanlar ile “Lise” ($p<0.001$), “Ön lisans/lisans” ($p<0.001$) ve “Lisansüstü” ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca “Ortaokul” mezunu olanlar ile “Lise” ($p=0.005$), “Ön lisans/lisans” ($p<0.001$) ve “Lisansüstü” ($p<0.001$) arasında ve “Lise” mezunu olanlar ile “Lisansüstü” mezunu olanlar arasında ($p=0.042$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SOY ölçeği alt boyutlarından “Tedavi ve Hizmet” puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=19,984$ $p<0.001$). Eğitim durumu “Lisansüstü” olan katılımcıların diğer katılımcılara kıyasla “Tedavi ve Hizmet” puanı puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda “İlkokul ve altı” olanlar ile “Lise” ($p<0.001$), “Ön lisans/lisans”

($p<0.001$) ve “Lisansüstü” ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca “Ortaokul” mezunu olanlar ile “Lise” ($p=0.002$), “Ön lisans/lisans” ($p<0.001$) ve “Lisansüstü” ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 8. SF-36 Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Post-Hoc</i>
SF-36 Fiziksel fonksiyon	1)İlkokul ve altı	41	66,59±20,72	23,696	<0.001	1<3,4,5 2<3,4,5
	2)Ortaokul	34	74,41±16,41			
	3)Lise	66	86,29±16,04			
	4)Ön lisans/Lisans	157	89,75±12,83			
	5)Lisansüstü	32	87,81±13,01			
SF-36 Fiziksel rol güçlüğü	1)İlkokul ve altı	41	46,34±39,75	8,538	<0.001	1<3,4,5 2<4,5
	2)Ortaokul	34	47,79±37,62			
	3)Lise	66	67,42±38,72			
	4)Ön lisans/Lisans	157	75,96±33,00			
	5)Lisansüstü	32	72,66±34,99			
SF-36 Emosyonel rol güçlüğü	1)İlkokul ve altı	41	47,97±41,53	3,012	0.018	1<3
	2)Ortaokul	34	68,63±35,71			
	3)Lise	66	71,72±33,20			
	4)Ön lisans/Lisans	157	64,97±41,65			
	5)Lisansüstü	32	53,13±43,88			
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	1)İlkokul ve altı	41	35,24±21,94	9,857	<0.001	1<3,4,5 2<3,4
	2)Ortaokul	34	36,03±23,89			
	3)Lise	66	54,02±24,59			
	4)Ön lisans/Lisans	157	53,25±20,35			
	5)Lisansüstü	32	50,16±14,45			
SF-36 Ruhsal sağlık	1)İlkokul ve altı	41	52,98±20,33	2,893	0.022	1<3,4
	2)Ortaokul	34	56,94±18,69			
	3)Lise	66	64,3±20,06			
	4)Ön lisans/Lisans	157	62,57±19,42			
	5)Lisansüstü	32	60,13±16,65			
SF-36 Sosyal işlevsellik	1)İlkokul ve altı	41	54,27±26,9	7,308	<0.001	1<3,4,5 2<3,4
	2)Ortaokul	34	57,72±25,19			
	3)Lise	66	72,92±24,96			
	4)Ön lisans/Lisans	157	73,01±23,15			
	5)Lisansüstü	32	71,88±22,23			
SF-36 Ağrı	1)İlkokul ve altı	41	48,66±25,90	10,979	<0.001	1<3,4,5 2<3,4
	2)Ortaokul	34	54,26±25,29			
	3)Lise	66	72,5±24,66			
	4)Ön lisans/Lisans	157	71,66±23,41			
	5)Lisansüstü	32	70,23±19,96			
SF-36 Genel Sağlık algısı	1)İlkokul ve altı	41	43,66±23,88	10,929	<0.001	1<3,4,5 2<3,4
	2)Ortaokul	34	43,97±24,30			
	3)Lise	66	59,85±24,48			
	4)Ön lisans/Lisans	157	62,80±18,19			
	5)Lisansüstü	32	57,50±15,35			

One Way ANOVA Test, Post-Hoc=Sidak, $p<0.05$

Tablo 8’de SF-36 ölçeği alt boyut puanlarının eğitim durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Fiziksel fonksiyon” puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=23,696$ $p<0.001$). Eğitim durumu “Ön lisans/lisans” olan katılımcıların diğer katılımcılara kıyasla “Fiziksel fonksiyon” puanı puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda “İlkokul ve altı” olanlar ile “Lise” ($p<0.001$), “Ön lisans/lisans” ($p<0.001$) ve “Lisansüstü” ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca “Ortaokul” mezunu olanlar ile “Lise” ($p=0.002$), “Ön lisans/lisans” ($p<0.001$) ve “Lisansüstü” ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Fiziksel rol güçlüğü” puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=8,538$ $p<0.001$). Eğitim durumu “Ön lisans/lisans” olan katılımcıların diğer katılımcılara kıyasla “Fiziksel rol güçlüğü” puanı puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda “İlkokul ve altı” olanlar ile “Lise” ($p=0.032$), “Ön lisans/lisans” ($p<0.001$) ve “Lisansüstü” ($p=0.019$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca “Ortaokul” mezunu olanlar ile “Ön lisans/lisans” ($p<0.001$) ve “Lisansüstü” ($p=0.049$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Emosyonel rol güçlüğü” puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3,012$ $p=0.018$). Eğitim durumu “Lise” olan katılımcıların diğer katılımcılara kıyasla “Emosyonel rol güçlüğü” puanı puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda “İlkokul ve altı” olanlar ile “Lise” ($p=0.028$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=9,857$ $p=0.018$). Eğitim durumu “Lise” olan katılımcıların diğer katılımcılara kıyasla “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda İlkokul ve altı” olanlar ile “Lise” ($p<0.001$), “Ön

lisans/lisans” ($p<0.001$) ve “Lisansüstü” ($p=0.033$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca “Ortaokul” mezunu olanlar ile “Lise” ($p=0.001$), “Ön lisans/lisans” ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Ruhsal sağlık” puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=2,893$ $p=0.022$). Eğitim durumu “Lise” olan katılımcıların diğer katılımcılara kıyasla “Ruhsal sağlık” puanı puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda “İlkokul ve altı” olanlar ile “Lise” ($p=0.034$), “Ön lisans/lisans” ($p=0.049$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Sosyal işlevsellik” puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=7,308$ $p<0.001$). Eğitim durumu “Ön lisans/lisans” olan katılımcıların diğer katılımcılara kıyasla “Sosyal işlevsellik” puanı puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda “İlkokul ve altı” olanlar ile “Lise” ($p=0.001$), “Ön lisans/lisans” ($p<0.001$) ve “Lisansüstü” ($p=0.021$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca “Ortaokul” mezunu olanlar ile “Lise” ($p=0.030$), “Ön lisans/lisans” ($p=0.009$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Ağrı” puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=10,979$ $p<0.001$). Eğitim durumu “Ön lisans/lisans” olan katılımcıların diğer katılımcılara kıyasla “Ağrı” puanı puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda “İlkokul ve altı” olanlar ile “Lise” ($p<0.001$), “Ön lisans/lisans” ($p<0.001$) ve “Lisansüstü” ($p=0.002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca “Ortaokul” mezunu olanlar ile “Lise” ($p=0.003$), “Ön lisans/lisans” ($p=0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Genel sağlık algısı” puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=10,929$ $p<0.001$). Eğitim durumu “Ön lisans/lisans” olan katılımcıların diğer katılımcılara kıyasla “Genel sağlık algısı” puanı puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak Post-Hoc

analizi sonucunda “İlkokul ve altı” olanlar ile “Lise” ($p=0.001$), “Ön lisans/lisans” ($p<0.001$) ve “Lisansüstü” ($p=0.049$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca “Ortaokul” mezunu olanlar ile “Lise” ($p=0.003$), “Ön lisans/lisans” ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 9. SOY Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Post-Hoc</i>
SOY Toplam	1)Çalışmıyor	27	91,70±25,57	5,266	<0.001	3<1,5,7
	2)Emekli	23	82,65±23,00			
	3)Ev hanımı	50	75,66±20,58			
	4)İşçi	72	84,47±15,38			
	5)Memur	105	90,33±12,98			
	6)Öğrenci	33	86,67±14,80			
	7)Kendi işinde çalışıyor	20	92,50±17,93			
SOY-Tedavi Hizmet ve	1)Çalışmıyor	27	47,48±11,26	5,631	<0.001	3<1,4,5,6,7
	2)Emekli	23	44,04±10,70			
	3)Ev hanımı	50	39,78±8,86			
	4)İşçi	72	44,56±7,03			
	5)Memur	105	46,90±6,49			
	6)Öğrenci	33	45,24±6,94			
	7)Kendi işinde çalışıyor	20	48,15±8,62			
SOY-Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi	1)Çalışmıyor	27	44,22±14,86	4,208	<0.001	3<1,5,7
	2)Emekli	23	38,61±12,60			
	3)Ev hanımı	50	35,88±12,64			
	4)İşçi	72	39,92±9,29			
	5)Memur	105	43,43±7,53			
	6)Öğrenci	33	41,42±9,37			
	7)Kendi işinde çalışıyor	20	44,35±10,34			

One Way ANOVA Test, Post-Hoc=Sidak, $p<0.05$

*SOY ölçeği toplam ve alt boyutlarının standartlaştırılmamış puanları kullanılmıştır.

Tablo 9’da SOY ölçeği Toplam ve alt boyut puanlarının çalışma durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analize göre SOY ölçeği toplam puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. SOY ölçeği toplam puanı diğer gruplara kıyasla kendi işinde çalışan katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur ($F=5,266$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda ev hanımları ile herhangi bir işte çalışmayanlar ($p=0.003$), memurlar ($p<0.001$) ve kendi işinde çalışanlar ($p=0.006$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SOY ölçeği alt boyutlarından “Tedavi ve Hizmet” puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Tedavi ve Hizmet” puanı diğer gruplara kıyasla kendi işinde çalışan katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur ($F=5,631$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda ev hanımları ile herhangi bir işte çalışmayanlar ($p=0.001$), işçiler ($p=0.026$), memurlar ($p<0.001$), öğrenciler ($p=0.050$) ve kendi işinde çalışanlar ($p=0.002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SOY ölçeği alt boyutlarından “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” puanı diğer gruplara kıyasla kendi işinde çalışan katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur ($F=4,208$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda ev hanımları ile herhangi bir işte çalışmayanlar ($p=0.015$), memurlar ($p=0.001$) ve kendi işinde çalışanlar ($p=0.040$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 10. SF-36 Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Post-Hoc</i>
SF-36 Fiziksel fonksiyon	1)Çalışmıyor	27	81,85±19,42	17,030	<0.001	2-4,5,7 3-1,4,5,7 6-1,2,3,4
	2)Emekli	23	74,13±14,35			
	3)Ev hanımı	50	68,70±20,60			
	4)İşçi	72	85,69±15,91			
	5)Memur	105	88,62±11,98			
	6)Öğrenci	33	96,06±9,08			
	7)Kendi işinde çalışıyor	20	93,00±9,38			
SF-36 Fiziksel rol güçlüğü	1)Çalışmıyor	27	66,67±41,02	4,855	<0.001	2-6 3-5,6
	2)Emekli	23	50,00±40,59			
	3)Ev hanımı	50	49,50±41,80			
	4)İşçi	72	67,36±35,27			
	5)Memur	105	72,62±35,44			
	6)Öğrenci	33	85,61±25,02			
	7)Kendi işinde çalışıyor	20	75,00±29,24			
SF-36 Emosyonel rol gücüğü	1)Çalışmıyor	27	60,49±34,64	1,622	0.140	-
	2)Emekli	23	66,67±37,61			
	3)Ev hanımı	50	52,67±42,10			
	4)İşçi	72	71,30±34,63			
	5)Memur	105	66,03±42,36			
	6)Öğrenci	33	52,53±44,12			
	7)Kendi işinde çalışıyor	20	66,67±41,89			
SF-36 Enerji/Canlılı k/ Vitalite	1)Çalışmıyor	27	44,07±20,57	3,982	0.001	3-4,5,6
	2)Emekli	23	49,57±25,31			
	3)Ev hanımı	50	36,50±21,51			
	4)İşçi	72	52,15±26,05			
	5)Memur	105	53,38±18,38			
	6)Öğrenci	33	51,82±22,91			
	7)Kendi işinde çalışıyor	20	48,75±19,39			

One Way ANOVA Test, Post-Hoc=Sidak, p<0.05

Tablo 10’da SF-36 ölçeği alt boyut puanlarının çalışma durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Fiziksel fonksiyon” puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Fiziksel fonksiyon” puanı diğer gruplara kıyasla öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur ($F=4,208$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda emekliler ile işçiler ($p=0.029$), memurlar ($p=0.001$) ve kendi işinde çalışanlar ($p=0.001$), ev hanımları ile herhangi bir işte çalışmayanlar ($p=0.006$), işçiler ($p<0.001$), memurlar ($p<0.001$) ve kendi işinde çalışanlar ($p<0.001$), öğrenciler ile herhangi bir işte çalışmayanlar ($p=0.006$), emekliler ($p<0.001$), ev hanımları ($p<0.001$) ve işçiler ($p=0.023$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Fiziksel rol güçlüğü” puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Fiziksel rol güçlüğü” puanı diğer gruplara kıyasla öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur ($F=4,855$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda emekliler ile öğrenciler ($p=0.007$) ve ev hanımları ile memurlar ($p=0.005$), öğrenciler ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı diğer gruplara kıyasla memurlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=3,982$ $p=0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda ev hanımları ile işçiler ($p=0.003$), memurlar ($p<0.001$), öğrenciler ($p=0.041$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 11. SF-36 Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması (Devamı)

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Post-Hoc</i>
SF-36 Ruhsal sağlık	1)Çalışmıyor	27	57,19±18,05	2,592	0.018	3-4,5
	2)Emekli	23	61,04±18,02			
	3)Ev hanımı	50	52,64±21,05			
	4)İşçi	72	63,61±19,95			
	5)Memur	105	63,47±17,75			
	6)Öğrenci	33	58,91±22,77			
	7)Kendi işinde çalışıyor	20	66,60±16,58			
SF-36 işlevsellik	1)Çalışmıyor	27	68,06±20,61	3,668	0.002	3-4,5,6,7
	2)Emekli	23	64,13±29,51			
	3)Ev hanımı	50	55,75±28,15			
	4)İşçi	72	69,79±26,10			
	5)Memur	105	73,21±23,15			
	6)Öğrenci	33	72,73±19,38			
	7)Kendi işinde çalışıyor	20	77,50±20,52			
SF-36 Ağrı	1)Çalışmıyor	27	63,33±25,74	5,487	<0.001	3-4,5,6,7
	2)Emekli	23	67,39±27,58			
	3)Ev hanımı	50	49,80±25,30			
	4)İşçi	72	71,15±25,25			
	5)Memur	105	70,50±23,29			
	6)Öğrenci	33	71,44±23,02			
	7)Kendi işinde çalışıyor	20	74,50±19,14			
SF-36 Genel Sağlık algısı	1)Çalışmıyor	27	55,93±20,99	4,052	0.001	3-4,5,6,7
	2)Emekli	23	51,09±23,40			
	3)Ev hanımı	50	45,90±23,62			
	4)İşçi	72	58,06±24,02			
	5)Memur	105	60,81±19,48			
	6)Öğrenci	33	63,64±17,01			
	7)Kendi işinde çalışıyor	20	64,50±19,66			

One Way ANOVA Test, Post-Hoc=Sidak, $p<0.05$

Tablo 11’de SF-36 ölçeği alt boyut puanlarının çalışma durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Ruhsal sağlık” puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Ruhsal sağlık” puanı diğer gruplara kıyasla kendi işini yapanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=2,592$ $p=0.018$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda ev hanımları ile işçiler ($p=0.045$) ve memurlar ($p=0.025$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Sosyal işlevsellik” puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Sosyal işlevsellik” puanı diğer gruplara kıyasla kendi işini yapanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=3,668$ $p=0.002$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda ev hanımları ile işçiler ($p=0.041$), memurlar ($p=0.001$), öğrenciler ($p=0.044$) ve kendi işini yapanlar ($p=0.018$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Ağrı” puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Ağrı” puanı diğer gruplara kıyasla kendi işini yapanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=5,487$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda ev hanımları ile işçiler ($p<0.001$), memurlar ($p<0.001$), öğrenciler ($p=0.002$) ve kendi işini yapanlar ($p=0.003$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Genel Sağlık algısı” puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Genel Sağlık algısı” puanı diğer gruplara kıyasla kendi işini yapanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=4,052$ $p=0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda ev hanımları ile işçiler ($p=0.045$), memurlar ($p=0.001$), öğrenciler ($p=0.005$) ve kendi işini yapanlar ($p=0.023$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 12. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Post-Hoc</i>
SOY Toplam	1) Gelir giderden az	95	80,19±21,84	9,136	<0.001	1-2,3
	2) Gelir gidere eşit	155	87,23±14,67			
	3) Gelir giderden fazla	80	91,24±16,94			
SOY- Tedavi ve Hizmet	1) Gelir giderden az	95	42,61±9,54	7,406	0.001	1-2,3
	2) Gelir gidere eşit	155	45,45±7,15			
	3) Gelir giderden fazla	80	47,26±8,13			
SOY- Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	1) Gelir giderden az	95	37,58±13,03	9,006	<0.001	1-2,3
	2) Gelir gidere eşit	155	41,78±8,56			
	3) Gelir giderden fazla	80	43,98±9,71			
SF-36 Fiziksel fonksiyon	1) Gelir giderden az	95	78,11±19,87	11,319	<0.001	1-2,3
	2) Gelir gidere eşit	155	85,58±16,40			
	3) Gelir giderden fazla	80	89,63±11,55			
SF-36 Fiziksel rol güçlüğü	1) Gelir giderden az	95	56,58±38,28	5,901	0.003	1-2,3
	2) Gelir gidere eşit	155	70,65±36,83			
	3) Gelir giderden fazla	80	73,75±34,88			
SF-36 Emosyonel rol güçlüğü	1) Gelir giderden az	95	57,19±39,10	2,372	0.095	-
	2) Gelir gidere eşit	155	63,66±40,80			
	3) Gelir giderden fazla	80	70,42±39,69			
SF-36 Enerji/Canlılık/ Vitalite	1) Gelir giderden az	95	40,11±23,71	11,409	<0.001	1-2,3
	2) Gelir gidere eşit	155	53,16±21,14			
	3) Gelir giderden fazla	80	51,88±20,72			
SF-36 Ruhsal sağlık	1) Gelir giderden az	95	56,38±19,47	3,681	0.026	1-3
	2) Gelir gidere eşit	155	63,02±19,32			
	3) Gelir giderden fazla	80	62,20±19,50			
SF-36 Sosyal işlevsellik	1) Gelir giderden az	95	60,39±26,53	8,510	<0.001	1-2,3
	2) Gelir gidere eşit	155	71,53±23,34			
	3) Gelir giderden fazla	80	74,22±24,14			
SF-36 Ağrı	1) Gelir giderden az	95	58,13±27,97	8,721	<0.001	1-2,3
	2) Gelir gidere eşit	155	71,03±23,95			
	3) Gelir giderden fazla	80	69,88±21,89			
SF-36 Genel Sağlık Algısı	1) Gelir giderden az	95	48,95±23,68	10,537	<0.001	1-2,3
	2) Gelir gidere eşit	155	60,23±20,02			
	3) Gelir giderden fazla	80	61,88±21,04			

One Way ANOVA Test, Post-Hoc=Sidak, p<0.05

*SOY ölçeği toplam ve alt boyutlarının standartlaştırılmamış puanları kullanılmıştır.

Tablo 12’de Ölçek Toplam ve alt boyut puanlarının gelir durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analize göre SOY ölçeği toplam puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. SOY ölçeği toplam puanı diğer gruplara kıyasla yüksek gelirlielerde daha yüksek bulunmuştur ($F=9,136$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda dar gelirli ile orta gelirli ($p=0.007$) ve yüksek gelirli ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SOY ölçeği alt boyutlarından “Tedavi ve Hizmet” puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Tedavi ve Hizmet” puanı diğer gruplara kıyasla yüksek gelirlielerde daha yüksek bulunmuştur ($F=7,406$ $p=0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda dar gelirli ile orta gelirli ($p=0.023$) ve yüksek gelirli ($p=0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SOY ölçeği alt boyutlarından “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi” puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi” puanı diğer gruplara kıyasla yüksek gelirlielerde daha yüksek bulunmuştur ($F=9,006$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda dar gelirli ile orta gelirli ($p=0.006$) ve yüksek gelirli ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Fiziksel fonksiyon” puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Fiziksel fonksiyon” puanı diğer gruplara kıyasla yüksek gelirlielerde daha yüksek bulunmuştur ($F=11,319$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda dar gelirli ile orta gelirli ($p=0.002$) ve yüksek gelirli ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Fiziksel rol güçlüğü” puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Fiziksel rol güçlüğü” puanı diğer gruplara kıyasla yüksek gelirlielerde daha yüksek bulunmuştur ($F=5,901$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda dar gelirli ile orta gelirli

($p=0.011$) ve yüksek gelirli ($p=0.007$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı diğer gruplara kıyasla orta gelirli ($p<0.001$) ve yüksek gelirli ($p=0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Ruhsal sağlık” puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Ruhsal sağlık” puanı diğer gruplara kıyasla orta gelirli ($p=0.026$) ve yüksek gelirli ($p=0.027$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Sosyal işlevsellik” puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Sosyal işlevsellik” puanı diğer gruplara kıyasla yüksek gelirli ($p<0.001$) ve orta gelirli ($p=0.002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Ağrı” puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Ağrı” puanı diğer gruplara kıyasla orta gelirli ($p<0.001$) ve yüksek gelirli ($p=0.006$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Genel Sağlık algısı” puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Genel Sağlık algısı” puanı diğer gruplara kıyasla yüksek gelirli ($p<0.001$) ve orta gelirli ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

ve yüksek gelirli (p<0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 13. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Kitap Okuma Durumu Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Post-Hoc</i>
SOY Toplam	1) Hiç okumam	99	74,72±17,67	36,959	<0.001	1-2,3
	2) Nadiren okurum	153	89,57±16,49			
	3) Düzenli olarak okurum	78	94,05±13,85			
SOY-Tedavi ve Hizmet	1) Hiç okumam	99	40,39±7,90	28,212	<0.001	1-2,3
	2) Nadiren okurum	153	46,35±7,86			
	3) Düzenli olarak okurum	78	48,50±7,01			
SOY-Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	1) Hiç okumam	99	34,32±10,5	37,181	<0.001	1-2,3
	2) Nadiren okurum	153	43,22±9,70			
	3) Düzenli olarak okurum	78	45,55±7,82			
SF-36 Fiziksel fonksiyon	1) Hiç okumam	99	78,13±18,37	10,720	<0.001	1-2,3
	2) Nadiren okurum	153	86,31±16,58			
	3) Düzenli olarak okurum	78	88,65±13,71			
SF-36 Fiziksel rol güçlüğü	1) Hiç okumam	99	56,57±40,02	6,170	0.002	1-2,3
	2) Nadiren okurum	153	71,24±35,33			
	3) Düzenli olarak okurum	78	73,40±35,20			
SF-36 Emosyonel rol güçlüğü	1) Hiç okumam	99	66,33±37,04	0,850	0.428	-
	2) Nadiren okurum	153	64,05±40,74			
	3) Düzenli olarak okurum	78	58,55±43,04			
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	1) Hiç okumam	99	41,01±26,51	10,026	<0.001	1-2,3
	2) Nadiren okurum	153	51,63±19,60			
	3) Düzenli olarak okurum	78	54,36±19,61			
SF-36 Ruhsal sağlık	1) Hiç okumam	99	60,69±20,03	0,131	0.887	-
	2) Nadiren okurum	153	60,55±19,28			
	3) Düzenli olarak okurum	78	61,90±19,74			
SF-36 Sosyal işlevsellik	1) Hiç okumam	99	63,26±28,67	3,751	0.025	1-2
	2) Nadiren okurum	153	71,41±21,87			
	3) Düzenli olarak okurum	78	71,47±25,07			
SF-36 Ağrı	1) Hiç okumam	99	61,14±27,76	3,984	0.020	1-2
	2) Nadiren okurum	153	69,98±23,64			
	3) Düzenli olarak okurum	78	68,75±24,15			
SF-36 Genel Sağlık algısı	1) Hiç okumam	99	50,30±27,00	7,826	<0.001	1-2,3
	2) Nadiren okurum	153	61,05±18,89			
	3) Düzenli olarak okurum	78	59,17±18,40			

One Way ANOVA Test, Post-Hoc=Sidak, p<0.05

*SOY ölçeği toplam ve alt boyutlarının standartlaştırılmamış puanları kullanılmıştır.

Tablo 13'te Ölçek Toplam ve alt boyut puanlarının kitap okuma durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analize göre SOY ölçeği toplam puanı ile kitap okuma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. SOY ölçeği toplam puanı diğer gruplara kıyasla düzenli kitap okuyanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=36,959$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda hiç kitap okumayanlar ile nadiren okuyanlar ($p<0.001$) ve düzenli kitap okuyanlar ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SOY ölçeği alt boyutlarından “Tedavi ve Hizmet” puanı ile kitap okuma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Tedavi ve Hizmet” puanı diğer gruplara kıyasla düzenli kitap okuyanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=28,212$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda hiç kitap okumayanlar ile nadiren okuyanlar ($p<0.001$) ve düzenli kitap okuyanlar ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SOY ölçeği alt boyutlarından “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi” puanı ile kitap okuma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi” puanı diğer gruplara kıyasla düzenli kitap okuyanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=37,181$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda hiç kitap okumayanlar ile nadiren okuyanlar ($p<0.001$) ve düzenli kitap okuyanlar ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Fiziksel fonksiyon” puanı ile kitap okuma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Fiziksel fonksiyon” puanı diğer gruplara kıyasla düzenli kitap okuyanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=10,720$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda hiç kitap okumayanlar ile nadiren okuyanlar ($p<0.001$) ve düzenli kitap okuyanlar ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Fiziksel rol güçlüğü” puanı ile kitap okuma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Fiziksel rol güçlüğü” puanı diğer gruplara kıyasla düzenli kitap okuyanlarda daha yüksek bulunmuştur

($F=6,170$ $p=0.002$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda hiç kitap okumayanlar ile nadiren okuyanlar ($p=0.006$) ve düzenli kitap okuyanlar ($p=0.008$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı ile kitap okuma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı diğer gruplara kıyasla düzenli kitap okuyanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=10,026$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda hiç kitap okumayanlar ile nadiren okuyanlar ($p=0.001$) ve düzenli kitap okuyanlar ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Sosyal işlevsellik” puanı ile kitap okuma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Sosyal işlevsellik” puanı diğer gruplara kıyasla düzenli kitap okuyanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=3,751$ $p=0.025$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda hiç kitap okumayanlar ile nadiren okuyanlar ($p=0.034$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Ağrı” puanı ile kitap okuma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Ağrı” puanı diğer gruplara kıyasla nadiren kitap okuyanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=3,984$ $p=0.020$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda hiç kitap okumayanlar ile nadiren okuyanlar ($p=0.019$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Genel Sağlık algısı” puanı ile kitap okuma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Genel Sağlık algısı” puanı diğer gruplara kıyasla nadiren kitap okuyanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=7,826$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonucunda hiç kitap okumayanlar ile nadiren okuyanlar ($p<0.001$) ve düzenli kitap okuyanlar ($p=0.021$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 14. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Sigara Kullanma Durumu Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Post-Hoc</i>
SOY Toplam	1) Hiç kullanmadım	187	86,89±18,78	0,571	0.566	-
	2) Bıraktım	47	83,79±16,87			
	3) Halen kullanıyorum	96	85,94±16,92			
SOY-Tedavi ve Hizmet	1) Hiç kullanmadım	187	45,02±8,81	0,116	0.891	-
	2) Bıraktım	47	44,68±7,78			
	3) Halen kullanıyorum	96	45,36±7,55			
SOY-Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi	1) Hiç kullanmadım	187	41,88±10,88	1,471	0.231	-
	2) Bıraktım	47	39,11±9,93			
	3) Halen kullanıyorum	96	40,57±10,12			
SF-36 Fiziksel fonksiyon	1) Hiç kullanmadım	187	83,32±18,49	2,784	0.063	-
	2) Bıraktım	47	81,91±16,83			
	3) Halen kullanıyorum	96	87,76±13,37			
SF-36 Fiziksel rol güçlüğü	1) Hiç kullanmadım	187	67,11±37,23	1,247	0.289	-
	2) Bıraktım	47	60,64±42,91			
	3) Halen kullanıyorum	96	71,09±34,48			
SF-36 Emosyonel rol güçlüğü	1) Hiç kullanmadım	187	61,14±41,61	0,702	0.497	-
	2) Bıraktım	47	66,67±39,93			
	3) Halen kullanıyorum	96	66,32±37,62			
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	1) Hiç kullanmadım	187	48,26±21,81	0,564	0.570	-
	2) Bıraktım	47	48,19±21,90			
	3) Halen kullanıyorum	96	51,15±24,13			
SF-36 Ruhsal sağlık	1) Hiç kullanmadım	187	60,15±19,55	0,385	0.681	-
	2) Bıraktım	47	62,72±17,73			
	3) Halen kullanıyorum	96	61,50±20,54			
SF-36 Sosyal işlevsellik	1) Hiç kullanmadım	187	68,38±24,19	0,276	0.759	-
	2) Bıraktım	47	68,09±28,41			
	3) Halen kullanıyorum	96	70,57±25,13			
SF-36 Ağrı	1) Hiç kullanmadım	187	65,15±25,02	1,247	0.289	-
	2) Bıraktım	47	68,67±26,17			
	3) Halen kullanıyorum	96	69,92±25,31			
SF-36 Genel Sağlık algısı	1) Hiç kullanmadım	187	56,42±21,16	0,746	0.475	-
	2) Bıraktım	47	56,49±23,50			
	3) Halen kullanıyorum	96	59,69±22,85			

One Way ANOVA Test, Post-Hoc=Sidak, $p<0.05$

**SOY ölçeği toplam ve alt boyutlarının standartlaştırılmamış puanları kullanılmıştır.*

Tablo 14’te Ölçek Toplam ve alt boyut puanlarının sigara kullanma durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analize göre SOY ölçeği toplam puanı ile sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 15. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Alkol Kullanım Durumu Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
SOY Toplam	Tüketiyor	259	85,71±18,07	-0,900	0.369
	Tüketmiyor	71	87,87±17,64		
SOY-Tedavi ve Hizmet	Tüketiyor	259		-1,522	0.129
	Tüketmiyor	71	44,71±8,25 46,39±8,39		
SOY-Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi	Tüketiyor	259	41±10,69	-0,338	0.735
	Tüketmiyor	71	41,48±10,09		
SF-36 Fiziksel fonksiyon	Tüketiyor	259	83,05±17,66	-3,271	0.001
	Tüketmiyor	71	89,37±13,39		
SF-36 Fiziksel rol güçlüğü	Tüketiyor	259	65,54±37,96	-1,781	0.078
	Tüketmiyor	71	73,94±34,44		
SF-36 Emosyonel rol güçlüğü	Tüketiyor	259	62,93±40,65	-0,431	0.667
	Tüketmiyor	71	65,26±38,81		
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	Tüketiyor	259	48,49±22,23	-0,920	0.358
	Tüketmiyor	71	51,27±23,46		
SF-36 Ruhsal sağlık	Tüketiyor	259	60,34±19,62	-1,010	0.313
	Tüketmiyor	71	62,99±19,37		
SF-36 Sosyal işlevsellik	Tüketiyor	259	68,34±24,98	-0,883	0.378
	Tüketmiyor	71	71,3±25,3		
SF-36 Ağrı	Tüketiyor	259	66,19±25,43	-1,168	0.244
	Tüketmiyor	71	70,14±24,69		
SF-36 Genel Sağlık algısı	Tüketiyor	259	56,53±21,59	-1,349	0.199
	Tüketmiyor	71	60,49±23,27		

Independent Samples Test, p<0.05

**SOY ölçeği toplam ve alt boyutlarının standartlaştırılmamış puanları kullanılmıştır.*

Tablo 15’te Ölçek Toplam ve alt boyut puanlarının alkol kullanma durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analize göre “Fiziksel fonksiyon” puanı ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Fiziksel fonksiyon” puanı alkol tüketmeyenlerde tüketenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur (t=-3,271 p=0.001).

Tablo 16. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Günlük İşlerinizi Görmek Dışında Fiziksel Aktivite Yapar mısınız?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Post-Hoc</i>
SOY Toplam	1) Hayır, yapmam.	191	82,22±18,08	12,275	<0.001	1-2
	2) Haftada en az 150 dk yürüyüş yaparım.	111	92,39±15,53			
	3) Diğer	28	88,50±19,48			
SOY-Tedavi ve Hizmet	1) Hayır, yapmam.	191	43,40±8,31	10,186	<0.001	1-2
	2) Haftada en az 150 dk yürüyüş yaparım.	111	47,71±7,63			
	3) Diğer	28	45,96±8,11			
SOY-Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi	1) Hayır, yapmam.	191	38,82±10,69	11,846	<0.001	1-2
	2) Haftada en az 150 dk yürüyüş yaparım.	111	44,68±8,78			
	3) Diğer	28	42,54±12,07			
SF-36 Fiziksel fonksiyon	1) Hayır, yapmam.	191	81,02±17,59	10,835	<0.001	1-2,3
	2) Haftada en az 150 dk yürüyüş yaparım.	111	87,93±16,07			
	3) Diğer	28	93,57±8,80			
SF-36 Fiziksel rol güçlüğü	1) Hayır, yapmam.	191	63,09±38,12	2,995	0.051	-
	2) Haftada en az 150 dk yürüyüş yaparım.	111	73,42±35,40			
	3) Diğer	28	72,32±36,86			
SF-36 Emosyonel rol güçlüğü	1) Hayır, yapmam.	191	62,3±40,01	0,658	0.519	-
	2) Haftada en az 150 dk yürüyüş yaparım.	111	66,67±39,95			
	3) Diğer	28	58,33±43,15			
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	1) Hayır, yapmam.	191	44,45±21,95	10,203	<0.001	1-2,3
	2) Haftada en az 150 dk yürüyüş yaparım.	111	55,32±22,27			
	3) Diğer	28	56,07±19,83			
SF-36 Ruhsal sağlık	1) Hayır, yapmam.	191	60,08±19,31	0,567	0.568	-
	2) Haftada en az 150 dk yürüyüş yaparım.	111	62,52±19,51			
	3) Diğer	28	60,14±21,73			
SF-36 Sosyal işlevsellik	1) Hayır, yapmam.	191	66,82±25,86	1,774	0.171	-
	2) Haftada en az 150 dk yürüyüş yaparım.	111	71,51±24,49			
	3) Diğer	28	73,66±20,22			
SF-36 Ağrı	1) Hayır, yapmam.	191	65,09±25,79	1,374	0.255	-
	2) Haftada en az 150 dk yürüyüş yaparım.	111	69,46±24,71			
	3) Diğer	28	70,71±23,66			
SF-36 Genel Sağlık algısı	1) Hayır, yapmam.	191	53,80±22,85	6,259	0.002	1-2
	2) Haftada en az 150 dk yürüyüş yaparım.	111	62,03±19,51			
	3) Diğer	28	63,39±21,13			

One Way ANOVA Test, Post-Hoc=Sidak, p<0.05

*SOY ölçeği toplam ve alt boyutlarının standartlaştırılmamış puanları kullanılmıştır.

Tablo 16’da Ölçek Toplam ve alt boyut puanlarının “Günlük işlerinizi görmek dışında fiziksel aktivite yapar mısınız?” sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analize göre SOY ölçeği toplam puanı ile “Günlük işlerinizi görmek dışında fiziksel aktivite yapar mısınız?” sorusu arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. SOY ölçeği toplam puanı diğer gruplara kıyasla haftada en az 150 dk yürüyüş yapanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=12,275$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc testi sonucunda fiziksel aktivite yapmayanlar ile haftada en az 150 dakika yürüyüş yapanlar ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SOY ölçeği alt boyutlarından “Tedavi ve Hizmet” puanı ile “Günlük işlerinizi görmek dışında fiziksel aktivite yapar mısınız?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Tedavi ve Hizmet” puanı diğer gruplara kıyasla haftada en az 150 dk yürüyüş yapanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=10,186$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc testi sonucunda fiziksel aktivite yapmayanlar ile haftada en az 150 dakika yürüyüş yapanlar ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SOY ölçeği alt boyutlarından “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi” puanı ile “Günlük işlerinizi görmek dışında fiziksel aktivite yapar mısınız?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi” puanı diğer gruplara kıyasla haftada en az 150 dk yürüyüş yapanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=11,846$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc testi sonucunda fiziksel aktivite yapmayanlar ile haftada en az 150 dakika yürüyüş yapanlar ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Fiziksel fonksiyon” puanı ile “Günlük işlerinizi görmek dışında fiziksel aktivite yapar mısınız?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Fiziksel fonksiyon” puanı diğer gruplara kıyasla diğer aktivite çeşitlerinden birini yapanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=10,835$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc testi sonucunda fiziksel aktivite yapmayanlar ile haftada en az 150 dakika yürüyüş yapanlar ($p=0.002$) ve diğer aktivite çeşitlerinden birini yapanlar ($p=0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı ile “Günlük işlerinizi görmek dışında fiziksel aktivite yapar mısınız?” sorusu arasında istatistiksel olarak

anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı diğer gruplara kıyasla diğer aktivite çeşitlerinden birini yapanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=10,203$ $p<0.001$). Yapılan sidak Post-Hoc testi sonucunda fiziksel aktivite yapmayanlar ile haftada en az 150 dakika yürüyüş yapanlar ($p<0.001$) ve diğer aktivite çeşitlerinden birini yapanlar ($p=0.027$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Genel Sağlık algısı” puanı ile “Günlük işlerinizi görmek dışında fiziksel aktivite yapar mısınız?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Genel Sağlık algısı” puanı diğer gruplara kıyasla diğer aktivite çeşitlerinden birini yapanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=6,259$ $p=0.002$). Yapılan sidak Post-Hoc testi sonucunda fiziksel aktivite yapmayanlar ile haftada en az 150 dakika yürüyüş yapanlar ($p=0.005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 17. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Doktor Tarafından Tanı Konmuş Kronik Hastalığınız Var mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
SOY Toplam	Evet	205	88,79±16,64	3,437	0.001
	Hayır	125	81,89±19,29		
SOY-Tedavi ve Hizmet	Evet	205	46,20±7,66	3,081	0.002
	Hayır	125	43,22±8,97		
SOY-Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi	Evet	205	42,59±9,84	3,330	0.001
	Hayır	125	38,66±11,24		
SF-36 Fiziksel fonksiyon	Evet	205	90,12±12,84	7,907	<0.001
	Hayır	125	75,04±18,82		
SF-36 Fiziksel rol güçlüğü	Evet	205	77,80±32,20	6,657	<0.001
	Hayır	125	50,20±38,95		
SF-36 Emosyonel rol güçlüğü	Evet	205	67,15±40,22	2,164	0.031
	Hayır	125	57,33±39,62		
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	Evet	205	54,41±21,42	5,770	<0.001
	Hayır	125	40,36±21,54		
SF-36 Ruhsal sağlık	Evet	205	63,04±19,97	2,560	0.011
	Hayır	125	57,41±18,43		
SF-36 Sosyal işlevsellik	Evet	205	75,18±22,16	5,829	<0.001
	Hayır	125	58,80±26,23		
SF-36 Ağrı	Evet	205	74,44±22,29	7,335	<0.001
	Hayır	125	54,90±25,30		
SF-36 Genel Sağlık algısı	Evet	205	65,02±17,81	8,536	<0.001
	Hayır	125	44,84±22,49		

Independent Samples Test, $p<0.05$

*SOY ölçeği toplam ve alt boyutlarının standartlaştırılmamış puanları kullanılmıştır.

Tablo 17’de Ölçek Toplam ve alt boyut puanlarının “Doktor tarafından tanı konmuş kronik hastalığınız var mı?” sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analize göre SOY ölçeği Toplam puanı ile kronik hastalık durumu sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. SOY ölçeği Toplam puanı kronik hastalığı olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($t=3,437$ $p=0.001$).

SOY ölçeği alt boyutlarından “Tedavi ve Hizmet” puanı ile kronik hastalık durumu sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Tedavi ve Hizmet” puanı kronik hastalığı olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($t=3,081$ $p=0.002$).

SOY ölçeği alt boyutlarından “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi” puanı ile kronik hastalık durumu sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi” puanı kronik hastalığı olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($t=3,330$ $p=0.001$).

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Fiziksel fonksiyon” puanı ile kronik hastalık durumu sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Fiziksel fonksiyon” puanı kronik hastalığı olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($t=7,907$ $p<0.001$).

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Fiziksel rol güçlüğü” puanı ile kronik hastalık durumu sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Fiziksel rol güçlüğü” puanı kronik hastalığı olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($t=6,657$ $p<0.001$).

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Emosyonel rol güçlüğü” puanı ile kronik hastalık durumu sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Emosyonel rol güçlüğü” puanı kronik hastalığı olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($t=2,164$ $p=0.031$).

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı ile kronik hastalık durumu sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı kronik hastalığı olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($t=5,770$ $p<0.001$).

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Ruhsal sağlık” puanı ile kronik hastalık durumu sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Ruhsal sağlık” puanı kronik hastalığı olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($t=2,560$ $p=0.011$).

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Sosyal işlevsellik” puanı ile kronik hastalık durumu sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Sosyal işlevsellik” puanı kronik hastalığı olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($t=5,829$ $p<0.001$).

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Ağrı” puanı ile kronik hastalık durumu sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Ağrı” puanı kronik hastalığı olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($t=7,335$ $p<0.001$).

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Genel Sağlık algısı” puanı ile kronik hastalık durumu sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Genel Sağlık algısı” puanı kronik hastalığı olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($t=8,536$ $p<0.001$).

Tablo 18. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Herhangi Bir Sağlık Problemi Nedeniyle Bakımını Üstlendiğiniz Kimse Var mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
SOY Toplam	Hayır	298	86,33±18,18	0,481	0.631
	Evet	32	84,72±16,09		
SOY-Tedavi ve Hizmet	Hayır	298	45,23±8,35	1,059	0.290
	Evet	32	43,59±7,70		
SOY-Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi	Hayır	298	41,10±10,67	-0,012	0.990
	Evet	32	41,13±9,43		
SF-36 Fiziksel fonksiyon	Hayır	298	84,85±17,10	1,436	0.152
	Evet	32	80,31±15,81		
SF-36 Fiziksel rol güçlüğü	Hayır	298	67,95±37,45	0,897	0.370
	Evet	32	61,72±36,47		
SF-36 Emosyonel rol güçlüğü	Hayır	298	64,21±40,03	1,064	0.288
	Evet	32	56,25±41,85		
SF-36 Enerji/Canlılık/Vitalite	Hayır	298	50,17±22,36	2,679	0.008
	Evet	32	39,06±21,61		
SF-36 Ruhsal sağlık	Hayır	298	61,61±19,50	1,997	0.047
	Evet	32	54,38±19,30		
SF-36 Sosyal işlevsellik	Hayır	298	69,63±24,80	1,449	0.148
	Evet	32	62,89±26,84		
SF-36 Ağrı	Hayır	298	67,71±25,52	1,476	0.141
	Evet	32	60,78±22,41		
SF-36 Genel Sağlık algısı	Hayır	298	57,79±22,06	1,025	0.306
	Evet	32	53,59±21,18		

Independent Samples Test, $p<0.05$

**SOY ölçeği toplam ve alt boyutlarının standartlaştırılmamış puanları kullanılmıştır.*

Tablo 18’de Ölçek Toplam ve alt boyut puanlarının “Herhangi bir sağlık problemi nedeniyle bakımını üstlendiğiniz kimse var mı?” sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı ile “Herhangi bir sağlık problemi nedeniyle bakımını üstlendiğiniz kimse var mı?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Enerji/Canlılık/Vitalite” puanı birinin bakımını üstlenmeyenlerde üstlenenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($t=2,679$ $p=0.008$).

SF-36 ölçeği alt boyutlarından “Ruhsal sağlık” puanı ile “Herhangi bir sağlık problemi nedeniyle bakımını üstlendiğiniz kimse var mı?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Ruhsal sağlık” puanı birinin bakımını üstlenmeyenlerde üstlenenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($t=1,997$ $p=0.047$).

Tablo 19. SOY Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Sağlığınızla ilgili herhangi bir sorunuz/sorunuz olduğunda ilk ne yaparsınız?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
SOY Toplam	1)Aile hekimine giderim	113	86,77±19,85	1,146	0.335	-
	2)Hastaneye giderim	100	86,68±16,95			
	3)Acil servise giderim	44	84,32±19,26			
	4)Çevremde güvendiğim kişilere danışırım	32	81,00±13,5			
	5)İnternete bakarım	41	89,32±16,30			
SOY-Tedavi ve Hizmet	1)Aile hekimine giderim	113	45,20±8,90	1,066	0.373	-
	2)Hastaneye giderim	100	45,24±8,19			
	3)Acil servise giderim	44	44,77±8,19			
	4)Çevremde güvendiğim kişilere danışırım	32	42,59±6,55			
	5)İnternete bakarım	41	46,54±8,08			
SOY-Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi	1)Aile hekimine giderim	113	41,57±11,77	1,104	0.355	-
	2)Hastaneye giderim	100	41,44±9,65			
	3)Acil servise giderim	44	39,55±11,91			
	4)Çevremde güvendiğim kişilere danışırım	32	38,41±8,25			
	5)İnternete bakarım	41	42,78±8,91			

One Way ANOVA Test, Post-Hoc=Sidak, $p<0.05$

**SOY ölçeği toplam ve alt boyutlarının standartlaştırılmamış puanları kullanılmıştır.*

Tablo 19’da Ölçek Toplam ve alt boyut puanlarının “Sağlığınızla ilgili herhangi bir sorunuz/sorunuz olduğunda ilk ne yaparsınız?” sorusu açısından

karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analize göre SOY ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile “Sağlığınızla ilgili herhangi bir sorunuz/sorununuz olduğunda ilk ne yaparsınız?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.005$).

Tablo 20. SF-36 Ölçeği Alt Boyut Puanlarının “Sağlığınızla ilgili herhangi bir sorunuz/sorununuz olduğunda ilk ne yaparsınız?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Post-Hoc</i>
SF-36 Fiziksel fonksiyon	1)Aile hekimine giderim	113	85,18±17,73	1,4418	0.228	-
	2)Hastaneye giderim	100	83,45±15,95			
	3)Acil servise giderim	44	81,36±21,31			
	4)Çevremde güvendiğim kişilere danışırım	32	82,66±17,27			
	5)İnternete bakarım	41	89,27±10,52			
SF-36 Fiziksel rol güçlüğü	1)Aile hekimine giderim	113	72,35±35,88	1,954	0.101	-
	2)Hastaneye giderim	100	62,5±38,02			
	3)Acil servise giderim	44	59,66±40,78			
	4)Çevremde güvendiğim kişilere danışırım	32	64,84±37,49			
	5)İnternete bakarım	41	75,61±33,77			
SF-36 Emosyonel rol gücüğü	1)Aile hekimine giderim	113	64,60±40,65	0,832	0.505	-
	2)Hastaneye giderim	100	67,00±38,92			
	3)Acil servise giderim	44	64,39±38,31			
	4)Çevremde güvendiğim kişilere danışırım	32	57,29±43,37			
	5)İnternete bakarım	41	55,28±41,91			
SF-36 Enerji/Canlılık/ Vitalite	1)Aile hekimine giderim	113	51,50±21,9	1,732	0.143	-
	2)Hastaneye giderim	100	49,35±22,95			
	3)Acil servise giderim	44	47,27±26,62			
	4)Çevremde güvendiğim kişilere danışırım	32	40,16±20,26			
	5)İnternete bakarım	41	50,73±18,69			
SF-36 Ruhsal sağlık	1)Aile hekimine giderim	113	59,12±20,55	0,951	0.435	-
	2)Hastaneye giderim	100	61,16±20,85			
	3)Acil servise giderim	44	61,09±17,07			
	4)Çevremde güvendiğim kişilere danışırım	32	59,75±18,29			
	5)İnternete bakarım	41	65,95±16,81			
SF-36 Sosyal işlevsellik	1)Aile hekimine giderim	113	70,13±23,82	1,051	0.381	-
	2)Hastaneye giderim	100	68,00±25,7			
	3)Acil servise giderim	44	66,48±27,73			
	4)Çevremde güvendiğim kişilere danışırım	32	64,06±26,13			
	5)İnternete bakarım	41	74,70±22,62			
SF-36 Ağrı	1)Aile hekimine giderim	113	67,59±25,33	0,616	0.651	-
	2)Hastaneye giderim	100	66,90±25,38			
	3)Acil servise giderim	44	62,78±27,61			
	4)Çevremde güvendiğim kişilere danışırım	32	66,02±24,28			
	5)İnternete bakarım	41	71,22±23,51			
SF-36 Genel Sağlık Algısı	1)Aile hekimine giderim	113	57,43±19,86	0,222	0.926	-
	2)Hastaneye giderim	100	57,85±23,51			
	3)Acil servise giderim	44	55,45±27,61			
	4)Çevremde güvendiğim kişilere danışırım	32	55,78±23,18			
	5)İnternete bakarım	41	59,39±16,02			

One Way ANOVA Test, Post-Hoc=Sidak, $p<0.05$

Tablo 20’de SF-36 ölçeği alt boyut puanlarının “Sağlığınızla ilgili herhangi bir sorunuz/sorunuz olduğunda ilk ne yaparsınız?” sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analize göre SF-36 alt boyut puanları ile “Sağlığınızla ilgili herhangi bir sorunuz/sorunuz olduğunda ilk ne yaparsınız?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.005$).



5.TARTIŞMA

5.1.Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Değişkenlerle İlişkisinin Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların %27'si “Yetersiz”, %40'ı “Sorunlu-sınırlı”, %25,5 i “Yeterli” düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir. “Mükemmel” düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olma oranı yalnızca %7,6'dır. Bizim çalışmamızla benzer olarak Okyay ve Abacıgil'in 2016'da yaptıkları çalışmada ise toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi %27,2'si “Yetersiz”, %42,2'si “Sorunlu”, %24,8'i “Yeterli” ve % 5,8'i “Mükemmel” olarak saptanmıştır(34). Özkan ve ark. tarafından Türk toplumunun sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi amacıyla 2017'de 6228 katılımcı ile yürütülen çalışmada ise sağlık okuryazarlığı düzeyi %30,9'unun “Yetersiz”, %38,0'ının “Sorunlu-sınırlı”, %23,4'ünün “Yeterli”, %7,7'sinin ise “Mükemmel” olarak bulunmuştur(6). Tanrıöver ve ark.'nın 2014'te Türkiye genelinde HLS-EU-Q (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği) Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında toplumda %24,5 ile “Yetersiz”, %40,1 ile “Sınırlı”, %27,8 ile “Yeterli”, %7,6 ile “Mükemmel” olarak tespit edilmiştir(39). Berberoğlu ve ark.'nın 2018'de aile sağlığı merkezine başvuran hastalarla yaptığı çalışmasında ise %51,7 ile “Yetersiz”, %31,1 ile “Sorunlu-sınırlı”; yalnızca %9,4 ile “Yeterli” ve %7,8 ile “Mükemmel” sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanmıştır(40). Bakan ve Yıldız'ın 2018 de yine bir aile sağlığı merkezine başvuran hastalarla yaptıkları çalışmada %55,4 ile “Yetersiz”, %22,4 ile “Sorunlu-sınırlı”, %16,4 ile “Yeterli” ve %5,8 ile “Mükemmel” düzeyde sağlık okuryazarlığı saptanmıştır(41). Bizim çalışmamızda olduğu gibi 3. basamak sağlık kuruluşları ve toplum genelinde yapılan çalışmalarda aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalarla yapılan çalışmalara kıyasla sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olmasının sebebi 1. basamak dışındaki sağlık kuruluşlarına başvurma kararını vermek ve bu kuruluşlardan amacına uygun sağlık hizmeti alabilme becerisinin daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi gerektirmesinden kaynaklanıyor olabilir. Sorensen ve ark.'nın 2015'te 8 Avrupa ülkesinin sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etmeye yönelik çalışmalarında sağlık okuryazarlığı ortalama skoru en düşük Bulgaristan'da en yüksek ise Hollanda'da saptanmıştır. Bulgaristan toplumunda %26,9 ile “Yetersiz”, %35,2 ile “Sorunlu”, %26,6 ile “Yeterli” ve %11,3 ile “Mükemmel” düzeyde olmak üzere; görece bizim çalışmamızdakine benzer sağlık okuryazarlığı olduğu belirlenmiştir. Hollanda'da bu

oranlar yalnızca %1,8 “Yetersiz”, %26,9 “Sorunlu”, %46,3 “Yeterli” ve %25,1 “Mükemmel” şeklindedir(42). Avustralya’da 2009’da yapılan bizim çalışmamızdan farklı bir yöntem kullanılarak yapılan ölçüme göre toplumun %93,2’sinin “Yeterli”, yalnızca %2,6’sının “Yetersiz” düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür(43).

Çalışmamızda TSOY-32 toplam ve 2 alt boyut puanları ile yaş arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ülkemizde ve dünyada yapılan pek çok çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi azalmaktadır(6, 34, 39, 42-47). Yaş arttıkça bilişsel fonksiyonların zayıflamasının bu konuda etkili olabileceği düşünülmüştür(48). Buna karşın Ehmann ve ark.’nın 2020’de yaptıkları çalışmalarında yaş ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır(5).

Çalışmamızda TSOY-32 “Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi” alt boyut puanı ile son 1 yıl içerisinde 2-3. basamak sağlık kuruluşu poliklinik başvuru sayısı ve son 1 yılda acil servis başvuru sayısı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Literatürde de düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi ile artan sayıda acil servis başvuru sayısı arasında anlamlı ilişki olduğu yönünde kanıtlar mevcuttur(19, 45, 49). Özkan ve ark.’nın çalışmasında ise genel olarak sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça son 6 ayda acil servise başvuru sayısı azalsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır(6).

Literatürde cinsiyet ve sağlık okuryazarlığı ilişkisine dair farklı sonuçlar mevcuttur. Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı toplam ve her 2 alt boyut puanları ile cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Benzer şekilde Okyay’ın çalışmasında da toplamda ve tüm boyutlarda sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır(34). Uluslararası literatürde cinsiyetler arasında sağlık okuryazarlığı açısından anlamlı fark bulunmayan çalışmalar vardır(50-52). Bakan ve Yıldız’ın aile sağlığı merkezine başvuranlar ile yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığı toplam ve tedavi-hizmet alt boyut puanları için cinsiyetler arasında fark bulunmazken; hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanı erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur(41). Banfai-Csonka ve ark.’nın çalışmasında toplam sağlık okuryazarlığı ve hastalıklardan korunma alt boyut puanı

ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmazken; sağlık hizmeti alt boyut puanı erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur(53). Özdemir ve ark.'nın çalışmasında sağlık okuryazarlığı düzeyi kadınlarda daha düşüktür. Aynı zamanda kadınların eğitim düzeyinin daha düşük olduğu saptanmış ve düşük sağlık okuryazarlığı puanının gerekçesi olarak anlamlı bulunmuştur(47). Tanrıöver ve ark.'nın çalışmasında sağlık okuryazarlığı düzeyi erkeklerde daha yüksektir(39). Wang ve ark. Tarafından Çin'de yapılan araştırmada ise kadınlarda sağlık okuryazarlığı puanları erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur(54).

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı toplam ve her 2 alt boyut puanları medeni durumu evli olmayanlarda evli olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Literatürde hem bizim çalışmamızla benzer olarak evli olmayanlarda evli olanlara göre daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanan(46, 55, 56) hem de her 2 grup arasında anlamlı fark saptanmayan çalışmalar mevcuttur(41, 43, 53, 57). Bu sonuçlardan farklı olarak Temel ve Çimen'in 65 yaş ve üzeri grupla yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı toplam puanı evlilerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur(58).

Eğitim durumu açısından bakıldığında çalışmamızda TSOY-32 toplam ve 2 alt boyut puanları lisansüstü eğitim grubunda diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bu durum ilkokul ve altı olanlarda daha üst eğitim düzeyi grupları arasında, ortaokul mezunu olanlarla daha üst eğitim düzeyi grupları arasında ve lise mezunu olanlarla lisansüstü eğitim düzeyi grubu arasında anlamlı farklılık oluşturmuştur. Sağlık okuryazarlığı bilgiyi edinme, algılama ve eleştirel yaklaşma gibi süreçleri içerdiğinden eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin de artması beklenen bir sonuçtur. Özkan ve ark.'nın Türkiye genelinde bizim çalışmamızla aynı ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada da sağlık okuryazarlığı toplam ve her 2 alt boyut puanı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Puanlar en yüksek eğitim grubunda anlamlı olarak daha yüksektir(6). Hem Türkiye'de hem de farklı ülkelerde yapılan pek çok çalışmada da düşük eğitim düzeyine sahip olanların anlamlı olarak daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi sahip oldukları görülmüştür(34, 42, 43, 46, 50, 53, 55, 56).

Araştırmamızda çalışma durumuna göre bakıldığında kendi işinde çalışanlarda sağlık okuryazarlığı toplam ve her 2 alt boyut puanlarının diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu gördük. Gruplar arasındaki farklılıklara bakıldığında ev hanımlarının her 3 puan türünde de çalışmayanlara, memurlara, kendi işinde çalışanlara göre daha düşük puan aldığı tespit edildi. Temel ve Çimen'in çalışmasında da meslek grupları ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı fark bulunmuş ve kendi işinde çalışanlarda sağlık okuryazarlığı puanının diğer gruplara göre daha düşük olduğu görülmüştür(58). Özdemir ve ark.'nın araştırmasında çalışma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında fark saptanmazken(47); Özkan ve ark. her 3 puan türünde de yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı en sık çalışmayanlarda bulmuş(6). Amerika'da yapılan bir çalışmada da düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin çalışmayanlarda daha yüksek olduğu bulunmuş(59). Bakan ve Yıldız ise sağlık okuryazarlığı toplam puanı ve tedavi ve hizmet alt boyut puanının gelir getiren bir işte çalışanlarda çalışmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulmuş; hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda ise anlamlı ilişki bulamamışlardır(41).

Araştırmamızda katılımcıların gelir durumlarına göre sağlık okuryazarlığı puanları incelendiğinde sağlık okuryazarlığı toplam ve 2 alt boyut puanlarının geliri giderinden fazla olan grupta diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Her 3 puan türünde de geliri giderinden az olan grupla geliri giderine eşit veya fazla olan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Ülkemizde ve farklı ülkelerde yapılan pek çok çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Baker ve ark., Beachump ve ark., Özdemir ve ark., gelir düzeyi düşük olanların sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğunu(47, 60, 61); Çelikyürek ve ark. geliri fazla olanların daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduklarını göstermişlerdir(46). Farklı olarak Bakan ve Yıldız, Değerli ve Tüfekçi ise gelir durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı fark bulamamışlardır(41, 62).

Sağlık okuryazarlığı okuma ve anlama becerisi gerektirdiğinden bireylerin kitap okuma durumlarının sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyeceği öngörülebilir. Bu sebeple katılımcıların kitap okuma durumlarını sorguladığımızda sağlık okuryazarlığı toplam ve 2 alt boyut puanlarının düzenli kitap okuyanlarda diğer gruplara kıyasla

anlamli olarak daha yuiksek olduğunu gördük.  zkan ve ark.'nın Türkiye'de sağlık okuryazarlığını araştırdıkları çalışmalarında son 1 yılda hiç kitap okumayanlarla en az 1 kitap okuyanlar arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından anlamli fark saptanmıştır. Hiç kitap okumayanlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı daha sık bulunmuştur(6). Murray ve ark.'nın Kanada'da sağlık okuryazarlığı üzerine yaptıkları çalışmada günlük okuma alışkanlıklarının sağlık okuryazarlığı yeterliliği üzerinde en güçlü etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Doküman analizi yapan benzer bir araştırmada eğitimin sağlık okuryazarlığı konusunda en önemli belirleyici olduğu sonucuna ulaşıldığı gibi, eğitimle gelen kazanımlar sağlık okuryazarlığı yeterliliğini açıklayan en güçlü ikinci faktördür(63). Bu da günlük okuma alışkanlığının sağlık okuryazarlığını olumlu yönde etkilediğine işaret etmektedir(64). 2016'da Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan çalışmaya göre de ara sıra ve düzenli olarak kütüphaneye gidenlerde hiç gitmeyenlere göre sağlık okuryazarlığı puanları anlamli olarak daha yuiksek bulunmuş(65).

Çalışmamızda sigara içme ve alkol kullanım durumu ile sağlık okuryazarlığı toplam ve alt boyut puanları arasında anlamli ilişki bulunmamıştır. Literatürde bizim çalışmamızla benzer olarak sigara ve alkol kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamli ilişki saptanmayan çalışmalar(50, 56, 66-69) olduğu gibi sigara ve alkol kullanımının olumlu ve olumsuz yönde etki oluşturduğu çalışmalar da mevcuttur. Baker ve ark. son 1 ayda sigara ve alkol kullanımı oranının yetersiz sağlık okuryazarlığı olanlarda yeterli olanlara göre daha düşük olduğunu görmüşlerdir(60).  in'de yapılan bir çalışmada sigara içmeyenlerde, alkol kullanmayanlarda sağlık okuryazarlığı puanları anlamli olarak daha yuiksek bulunmuştur(70). Avustralya'da yapılan bir çalışmada ise sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olanlarda sigara içmeyenlerin oranı anlamli olarak daha yuiksek bulunurken, alkol kullanımı ile anlamli ilişki saptanmamıştır(71). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonuçlarında da toplam örneklemde anlamli fark olmamakla birlikte ülkeler bazında sigara kullanımının düşük ya da yüksek sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada toplam örneklemde alkol kullanımının düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamli olarak daha az olduğu; ancak ülkeler bazında sıklıkla anlamli ilişki olmadığı görülmüştür(33).

Örneklelimizi fiziksel aktivite yapma durumları açısından incelediğimizde “Haftada en az 150 dk yürüyüş yaparım.” diyenlerde sağlık okuryazarlığı toplam ve alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu gördük. Her 3 puan türünde de günlük işleri dışında fiziksel aktivite yapmayanlarla haftada en az 150 dk yürüyüş yapanlar arasında anlamlı fark bulduk. Literatürde de bizimle benzer sonuca ulaşan çalışmalar mevcuttur(33, 56, 70). Yetersiz fiziksel aktivite düzeyine sahip olanlarda sağlık okuryazarlığı puanı anlamlı olarak daha düşüktür(71, 72). Wolf ve ark. ise fiziksel aktivite durumu ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı ilişki bulamamışlardır(68).

Çalışmamızda doktor tarafından tanı konulmuş kronik hastalığı olanlarda olanlara göre sağlık okuryazarlığı toplam ve alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Bizim sonucumuzdan farklı olarak literatürde hem kronik hastalığı olanların olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları yönünde(6, 33, 44, 66, 73) hem de kronik hastalığı olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark olmadığı yönünde(41, 43, 46, 53, 55, 74) çalışmalar mevcuttur.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı toplam ve alt boyut puanları açısından katılımcıların sağlık problemi nedeniyle bakımını üstlendikleri kişi varlığı/yokluğu ve sağlıkla ilgili sorunları olduğunda ilk ne yaptıkları ile arasında anlamlı farklılık saptamadık. Bakan ve Yıldız’ın çalışmalarında sağlık okuryazarlığı toplam ve her 2 alt boyut puanları ailesinde hasta birey olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebi olarak bireylerin hastalık nedeniyle sağlıkla ilgili süreçleri yönetmek durumunda kalmaları gösterilmiştir(41). Bizim örneklelimizde katılımcıların sağlıkla ilgili sorusu/sorunu durumunda %34,2 ile aile hekimine, %30,3 ile 2-3. basamak hastanelerdeki polikliniklere, %13,3 ile acil servise başvurdıkları görülmüştür. “İnternete bakarım.” diyenlerin oranı ise %12,4’tür. Tanrıöver ve ark.’nın Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Çalışması’nda ise katılımcılar sağlık bilgisine erişmek için %50,7 ile en sık doktora başvurmayı tercih ettikleri; %19,9 oranında ise internet kaynaklarına başvurdıkları görülmektedir(39).

5.2.Yaşam Kalitesi ve Değişkenlerle İlişisinin Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların SF-36 ile belirlenen yaşam kalitesi alt boyut puanları “Fiziksel fonksiyon” için 84,40, “Fiziksel rol güçlüğü” için 67,34, “Emosyonel rol güçlüğü” için 63,43, “Enerji/canlılık/vitalite” için 49,09, “Ruhsal sağlık” için 60,90, “Sosyal işlevsellik” için 68,97, “Ağrı” için 67,03 ve “Genel sağlık algısı” için 57,37 olarak saptanmıştır. Demiral ve ark.’nın Türk toplumunun normatif verilerini belirlemek için yaptıkları çalışmada alt boyut ortalama puanları “Fiziksel fonksiyon” için 83,8, “Fiziksel rol güçlüğü” için 86,3, “Emosyonel rol güçlüğü” için 90,1, “Enerji/canlılık/vitalite” için 64,5, “Ruhsal sağlık” için 71,0, “Sosyal işlevsellik” için 91,0, “Ağrı” için 82,9 ve “Genel sağlık algısı” için 71,6 ile “Fiziksel fonksiyon” alt boyutu dışında bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur(75). SF-36 kullanılarak çeşitli ülkelerde yapılan toplum tabanlı çalışmalara bakıldığında Almanya, Avustralya ve Hindistan’da yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının puanları bizim çalışmamızda belirlenenden daha yüksektir(76-78).

Yaşam kalitesi ve yaş arasındaki ilişkiyi incelediğimizde bizim örneklemimizde “Fiziksel fonksiyon”, “Fiziksel rol güçlüğü”, “Enerji/canlılık/vitalite”, “Sosyal işlevsellik”, “Ağrı” ve “Genel sağlık algısı” puanları ile yaş arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. “Ruhsal sağlık” ve “Emosyonel rol güçlüğü” puanları ile yaş arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatürde yaş ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği pek çok çalışma mevcuttur. Bardage ve Isacson “Fiziksel fonksiyon”, “Fiziksel rol güçlüğü”, “Ağrı”, “Genel sağlık algısı” alt boyut puanları yaşlılarda anlamlı olarak daha düşük bulurken; “Enerji/canlılık/vitalite” ve “Ruhsal sağlık” puanları yaşlılarda anlamlı olarak daha yüksek tespit etmişlerdir(79). Demiral ve ark.’nın çalışmasında ruhsal sağlık hariç tüm alt boyutlarda yaşla birlikte puanlar anlamlı olarak azalmaktadır(75). Türkiye’de erkeklerle yapılan bir çalışmada “Ruhsal sağlık” ve yaş arasında anlamlı ilişki bulunmazken “Ruhsal sağlık” dışındaki tüm puanlar yaşla birlikte anlamlı olarak azalmaktadır(24). Erbaydar ve ark.’nın kadınlarla yaptıkları çalışmada yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında puanlar yaşla birlikte azalırken; “Sosyal işlevsellik” boyutu dışında yaş ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(80). Göçgeldi ve ark. hipertansif hastaların yaşam kalitesini incelediklerinde ise yaşam

kalitesinin tüm alt boyutlarında puanların yaşla birlikte azalmakta olduğunu, bu ilişkinin “Genel sağlık algısı” alt boyutu dışında anlamlı olduğunu bulmuşlardır(81). İsviçre ve Almanya’da toplum tabanlı araştırmaların sonuçlarına göre yaş arttıkça mental komponent skoru(“Enerji/canlılık/vitalite”, “Sosyal işlevsellik”, “Emosyonel rol güçlüğü”, “Ruhsal sağlık”) anlamlı olarak artarken, fiziksel komponent skoru(“Fiziksel fonksiyon”, “Fiziksel rol güçlüğü”, “Ağrı”, “Genel sağlık algısı”) anlamlı olarak azalmaktadır(76, 82). Lübnan toplumunda ise yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında puanların yaş arttıkça azaldığı; ancak yalnızca “Fiziksel fonksiyon” alt boyutunda anlamlı fark olduğu görülmüş(83).

Çalışmamızda yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ile son 1 yılda aile sağlığı merkezi/birinci basamak sağlık kuruluşu, 2-3. basamak hastane poliklinikleri, acil servis başvuru sayıları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Slovenya’da üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada son 1 yılda herhangi bir klinik uzmanına başvuranlarda ve acil servise başvuranlarda yaşam kalitesi skoru başvurmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur(84).

Cinsiyetler ile yaşam kalitesi ilişkisini incelediğimizde yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında erkekler kadınlardan daha yüksek puan alırken; “Fiziksel rol güçlüğü” boyutu dışında bu farklılık anlamlıdır. Hem yurtdışı hem de Türkiye’de yapılan çalışmalarda da genel olarak erkeklerin yaşam kalitesi kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Çalıştır ve ark. yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada erkeklerin yaşam kalitesini anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır(85). Demiral ve ark.’nın Türk toplumunun yaşam kalitesi normlarını belirlemek için yaptıkları çalışmada “Ruhsal sağlık” ve “Enerji/vitalite/canlılık” hariç tüm alt boyutlarda kadınların yaşam kalitesi puanları anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır(75). Hipertansif hastaların yaşam kalitesini inceleyen Göçgeldi ve ark. yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında kadınların erkeklere göre daha düşük puanlar aldığını; bu farklılığın “Genel sağlık algısı” boyutu dışında anlamlı olduğunu görmüşlerdir(81). Öğretim elemanlarının dahil edildiği bir çalışmada erkekler tüm alt boyutlarda kadınlardan daha yüksek puanlar almışlardır ve “Fiziksel fonksiyon”, “Fiziksel rol güçlüğü”, “Ağrı”, “Enerji/canlılık/vitalite” boyutlarında bu fark anlamlıdır(86). Jenkinson ve ark.,

Hawthorne ve ark. genel sağlık algısı hariç tüm alanlarda erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulmuşlardır(87, 88). İsviçre’de ise fiziksel ve ruhsal sağlık puanları erkeklerde daha yüksek olmakla birlikte, çok değişkenli analizler sonucunda ruhsal sağlık puanı için bu farklılığın anlamlı olduğu görülmüştür(76). Tüm bu sonuçlardan farklı olarak İranlı üniversite öğrencilerinde ise cinsiyetler arasında yaşam kalitesi açısından fark saptanmamıştır(89).

Çalışmamızda evli olmayanlar “Fiziksel fonksiyon”, “Fiziksel rol güçlüğü”, “Sosyal işlevsellik”, “Ağrı” ve “Genel sağlık algısı” alt boyutlarında evlilere göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. Bizim elde ettiğimiz sonuca benzer olarak Bilir ve ark. da bekar olmanın yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında puanları arttırdığını, bu artışın “Ruhsal sağlık” dışındaki tüm alanlarda anlamlı olduğunu bulmuşlardır(24). İsviçre toplumunda bekarların fiziksel sağlığa değerlendiren alt boyutlarda(76); Lübnan’da ise yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında evli olmayanların evli olanlara göre, evlilerin de boşanmış/dullara göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları görülmüştür(83). Literatürde farklı popülasyonlar üzerinde yürütülen çalışmalarda evli ya da boşanmış/dul olmanın bekar olmak/evli olmamaya göre daha iyi yaşam kalitesine işaret ettiği görülmektedir. Türkiye’de hipertansiyon hastalarıyla yapılan bir çalışmada “Fiziksel fonksiyon”, “Fiziksel rol güçlüğü”, “Sosyal işlevsellik” ve “Ağrı” puanlarının evlilerde anlamlı olarak daha yüksek olduğu; diğer alanlarda ise anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir(90). İsveç’te hipertansiyon hastaları arasında ise bekar olanlar “Sosyal işlevsellik”, “Emosyonel rol güçlüğü”, “Ruhsal sağlık” boyutlarında anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır (79).

Araştırma verilerimize göre yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarından alınan puanlar ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki vardır. “Fiziksel fonksiyon”, “Fiziksel rol güçlüğü”, “Sosyal işlevsellik”, “Ağrı”, “Genel sağlık algısı” puanları eğitim durumu ön lisans/lisans olanlarda diğer gruplara göre daha yüksektir. “Emosyonel rol güçlüğü”, “Enerji/canlılık/vitalite”, “Ruhsal sağlık” puanları ise eğitim durumu lise olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. İlkokul ve altı ile ortaokul düzeyinde eğitim alanlar tüm alt boyutlarda daha üst eğitim grubuna göre anlamlı

olarak daha düşük puana sahiptir. Literatürde hem toplum tabanlı hem de özel popölayonlarda yapılan çalışmalara bakıldığında eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyut puanlarının anlamlı olarak arttığı görölmektedir(24, 83, 85, 91, 92). Demiral ve ark. ilkokul ve altı; Göçgeldi ve ark. ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanların daha üst düzeyde eğitim alanlara göre yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında anlamlı olarak daha düşük puan aldıklarını göstermişlerdir(75, 81). Bazı çalışmalarda da eğitim düzeyindeki artışın yaşam kalitesinin yalnızca fiziksel komponentlerinde puan artışı ile anlamlı ilişkisi olduğunu, ruhsal komponentleri ile anlamlı ilişkisi olmadığı saptanmıştır(76, 79, 80).

Çalışmamızda “Emosyonel rol güçlüğü” dışında yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ile katılımcıların çalışma durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. “Fiziksel fonksiyon” ve “Fiziksel rol güçlüğü” puanları öğrencilerde; “Enerji/canlılık/vitalite” puanı memurlarda; “Ruhsal sağlık”, “Sosyal işlevsellik”, “Ağrı” ve “Genel sağlık algısı” puanları ise kendi işinde çalışanlarda diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu gruplarda en düşük puanları ev hanımları almıştır. Bu konudaki literatür tarandığında sıklıkla herhangi bir işte çalışanların çalışmayanlara göre daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu görölmektedir. İsviçre’de yapılan bir çalışmada “Fiziksel fonksiyon”, “Ağrı” ve “Genel sağlık” algısı puanları en yüksek kendi işinde çalışanlarda bulunmuştur. “Emosyonel rol güçlüğü” ve “Ruhsal sağlık” dışındaki tüm alanlarda işçiler memurlara göre anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır(79). Çalışma durumunu bizimle benzer şekilde sınıflandıran Demiral ve ark. yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının puanlarını çalışmayanlarda çalışanlara göre anlamlı olarak daha düşük saptamışlardır(75). Benzer şekilde çalışmayan ya da iş arayanlarda yaşam kalitesinin fiziksel komponent puanları anlamlı olarak daha düşük bulunan çalışmalar mevcuttur(3, 80). Gonzalez ve ark. emeklilerde herhangi bir işte çalışanlara göre yaşam kalitesinin fiziksel komponent puanlarının anlamlı olarak daha düşük bulurken; ruhsal komponent puanları ile anlamlı ilişki bulmamışlardır(57). Roser ve ark. ise emeklilerde ve çalışanlarda çalışmayanlara göre ruhsal sağlık puanlarını anlamlı olarak daha yüksek saptamışlardır(76).

Bireyleri gelir durumu ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelediğimizde “Emosyonel rol güçlüğü” alt boyutu dışında tüm alt boyutlarla gelir arasında anlamlı

ilişki olduğunu gördük. “Fiziksel fonksiyon”, “Fiziksel rol güçlüğü”, “Sosyal işlevsellik”, “Genel sağlık algısı” puanları geliri giderinden fazla olanlarda; “Enerji/canlılık/vitalite”, “Ağrı” puanları ise geliri giderine eşit olanlarda diğer gruplara göre daha yüksektir. Tüm alanlarda en düşük puana sahip grup geliri giderinden az olanlardır. Literatürde farklı katılımcı grupları ile yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızla benzer şekilde katılımcıların gelir düzeyi arttıkça yaşam kaliteleri de tüm alt boyutlarıyla birlikte artmaktadır(75, 79, 81, 85, 93). Farklı olarak Sabbah ve ark. Lübnan toplumunda gelir durumu ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulmamışlardır(83).

Çalışmamızın sonuçlarına göre kişilerin sigara kullanım durumları ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kişilerin alkol kullanımları ile yaşam kalitesinin yalnızca “Fiziksel fonksiyon” alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. “Fiziksel fonksiyon” puanı alkol tüketmeyenlerde tüketenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Kutlu ve ark. da çalışmalarında bizimle benzer şekilde yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarından alınan puanlarla sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki olmadığı sonucuna ulaşmışlardır(94). Üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesini farklı bir enstrümanla ölçen çalışmada da yaşam kalitesi ile tütün kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır(95). Türkiye’de kadınlarla yapılan bir araştırmada yaşam kalitesinin fiziksel komponentleri ile sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmazken; ruhsal komponent puanları sigara içmeyenlerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur(80). Hırvat üniversite öğrencilerinde ise yaşam kalitesinin ruhsal komponentleri ile sigara ve alkol kullanımı arasında ilişki bulunmazken; fiziksel komponent puanları sigara içenlerde anlamlı olarak daha düşük, alkol tüketenlerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır(96).

Örneklerimizde yaşam kalitesinin “Fiziksel fonksiyon”, “Enerji/canlılık/vitalite”, “Genel sağlık algısı” alt boyut puanları ile kişilerin egzersiz yapma durumları arasında anlamlı ilişki olduğunu gördük. “Diğer” aktivite çeşitlerinden birini yapanlarda bu alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptadık. Günlük işleri dışında hiç fiziksel aktivite yapmayanlar en düşük puanları almıştır. Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite yapma sıklığı arttıkça

yaşam kalitesinin hem fiziksel hem ruhsal komponent puanlarının anlamlı olarak yükseldiği görülmektedir(95, 96).

Kronik hastalığa sahip olmanın yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre yaşam kalitesinin tüm boyutlarında puanların anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür(78, 80, 87, 91, 97). Bizim çalışmamızda literatür verilerinin aksine kronik hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının puanları kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda herhangi bir sağlık problemi nedeniyle birinin bakımını üstlenmeyenlerde üstlenenlere göre yaşam kalitesinin “Enerji/canlılık/vitalite” ve “Ruhsal sağlık” alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Diğer alt boyut puanları ile anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatürde bir aile üyesinin hastalık deneyiminin kişilerin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi olduğu görülmüştür(98, 99).

5.3.Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırma sonuçlarımıza göre TSOY-32 toplam puanı ve “Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi” alt boyutu puanı ile yaşam kalitesinin “Fiziksel fonksiyon”, “Fiziksel rol güçlüğü”, “Enerji/canlılık/vitalite”, “Ruhsal sağlık”, “Sosyal işlevsellik”, “Ağrı”, “Genel sağlık algısı” puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

TSOY-32 “Tedavi ve hizmet” alt boyut puanı ile yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Literatürde yaşam kalitesinin SF-36 ile değerlendirildiği yaşlı bireylerle yapılan çalışmalarda yetersiz/düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı olanların anlamlı olarak daha kötü fiziksel ve ruhsal sağlığa sahip oldukları görülmektedir(73, 100). Avustralya’da 1. basamağa başvuran hastalardan düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanlar anlamlı olarak daha kötü fiziksel ve ruhsal sağlık düzeyindedir(71). Amerikan erişkin bireylerinde daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi daha kötü

fiziksel sağlık ile ilişkilidir(101). Çeşitli hasta gruplarında yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile SF-36'nın fiziksel ve ruhsal komponent puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu görölmüşür(67, 102). Gonzalez ve ark. iskemik kalp hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesinin fiziksel komponenti ile anlamlı olarak ilişkili olduğunu, ruhsal komponenti ile ilişkili olmadığını tespit etmişlerdir(57). Romatolojik hastalığı bulunanların dahil edildiğı bir çalışmada ise yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olanların sf-36'nın "Fiziksel fonksiyon" alt boyutunda anlamlı olarak daha düşük puan aldıkları, SF-36'nın diğere alt boyutları ile anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır(103). Farklı ölçüm yöntemleri kullanılarak genel toplumda yapılan çalışmalarda da sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu görölmüşür(5, 70).

5.4.Kısıtlılıklar

Üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalar örneklemini oluşturduğundan sonuçlar bütün toplumun verilerini yansıtmamaktadır.

Sağlık okuryazarlığının düzeyinin belirlenmesinde katılımcıların beyanına yönelik değerlendirme yapıldığından; objektif sonuç elde edilememektedir. Dolayısıyla gerçek okuryazarlık düzeyleri tespit edilenden daha düşük olabilir.

6.SONUÇLAR

- Çalışmamızda katılımcıların %27'sinin “Yetersiz”, %40'ının “Sorunlu-sınırlı” düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür.
- Katılımcıların yaşı, medeni hali, formal eğitim seviyesi, gelir, kitap okuma sıklığı, fiziksel aktivite yapma durumu, çalışma durumu, kronik hastalığı olma durumu, sağlık kuruluşu başvuru tercihleri ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
- Araştırmamızda katılımcıların yaşam kalitesi alt boyut puanları “Fiziksel fonksiyon” 84,40, “Fiziksel rol güçlüğü” 67,34, “Emosyonel rol güçlüğü” 63,43, “Enerji/canlılık/vitalite” 49,09, “Ruhsal sağlık” 60,90, “Sosyal işlevsellik” 68,97, “Ağrı” 67,03, “Genel sağlık algısı” 57,37 olarak hesaplanmıştır.
- Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni hali, formal eğitim seviyesi, geliri, çalışma durumu, kitap okuma sıklığı, fiziksel aktivite yapma durumu, kronik hastalığı olma durumu, sağlık problemi nedeniyle bakımı üstlenilen kişi olma durumu, sağlık kuruluşu başvuru tercihleri ile yaşam kalitesinin çeşitli alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
- Elde ettiğimiz verilere göre TSOY-32 toplam puanı ve “Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi” alt boyut puanı ile yaşam kalitesinin “Emosyonel rol güçlüğü” dışındaki tüm alt boyut puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki mevcuttur. TSOY-32 “Tedavi ve hizmet” alt boyut puanı ile yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır.
- Ülkemizde daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla bizim sonuçlarımızı karşılaştırdığımızda gerek sağlık okuryazarlığı gerekse de yaşam kalitesi düzeyleri açısından dikkate değer artış görülmemektedir.
- Bireylerin yaşam kaliteleri kötüleştikçe her basamakta sağlık hizmeti kullanım sıklıkları artmaktadır. Bu da sağlık harcamalarının ekonomideki yükünü artırmaktadır.
- Bu sonuçlardan hareketle hem toplumun yaşam kalitesini artırmak hem de sağlık harcamalarının ülke ekonomisi üzerindeki yükünü azaltmak için hasta gruplarını ayırt etmeden tüm toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyini

arttırmaya yönelik daha ciddi adımlar atılmalıdır. Bu planlamalar yapılırken bizim çalışmamız ve literatürdeki çalışmaların sonuçlarından elde edilen verilerde dezavantajlı toplum kesimlerine öncelik ve ağırlık verilmelidir.



7.KAYNAKLAR

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012;12(1):1-13.
2. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*. 2011;155(2):97-107.
3. Wang H-M, Beyer M, Gensichen J, Gerlach FM. Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: cross sectional survey. *BMC public health*. 2008;8(1):1-12.
4. Zheng M, Jin H, Shi N, Duan C, Wang D, Yu X, et al. The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and quality of life outcomes*. 2018;16(1):1-10.
5. Ehmann AT, Groene O, Rieger MA, Siegel A. The relationship between health literacy, quality of life, and subjective health: results of a cross-sectional study in a rural region in Germany. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(5):1683.
6. Özkan S, Uğraş Dikmen A, Baran Aksakal F, Çalışkan D, Tüzün H, Taşçı Ö, et al. Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması. 2018.
7. Simonds SK. Health education as social policy. *Health Education Monographs*. 1974;2(1_suppl):1-10.
8. Nutbeam D, Kickbusch I. Health promotion glossary. *Health promotion international*. 1998;13(4):349-64.
9. Hoc A. Committee on health literacy for the American Council on scientific Affairs, American Medical association. health literacy: report of the Council on scientific Affairs. *Jama*. 1999;281(6):552-7.
10. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Bakanlık yayın. 2011;814(1).
11. Osborne H. Health literacy from A to Z: Practical ways to communicate your health message. Burlington. MA: Jones & Bartlett Learning. 2013.
12. Andrus MR, Roth MT. Health literacy: a review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*. 2002;22(3):282-302.
13. Safety ACo, Care QiH. Consumers, the health system and health literacy: Taking action to improve safety and quality. Consultation paper. 2013.
14. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 2000;15(3):259-67.
15. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC family practice*. 2013;14(1):1-9.

16. Sykes S, Wills J, Rowlands G, Popple K. Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC public health*. 2013;13(1):1-10.
17. Peiravian F, Rasekh HR, Hashemi HJ, Mohammadi N, Jafari N, Fardi K. Drug literacy in Iran: the experience of using “the single item health literacy screening (SILS) tool”. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research: IJPR*. 2014;13(Suppl):217.
18. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *Journal of general internal medicine*. 2005;20(2):175-84.
19. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med*. 2008;66(8):1809-16.
20. Kanj M, Mitic W, editors. Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean region. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap; 2009.
21. Edisan Z, Kadioğlu F. Yaşam kalitesi kavramının antik dönemdeki öncülleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2013;3(3):1-4.
22. Long P. On the Quantity and Quality of Life. *Medieval Times*. 1960;88: 613-9.
23. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Quality of life and indicators. *Journal of Academic Researches and Studies*. 2016;8(15):137-50.
24. Bilir N, Özcebe LH, Vaizoğlu SA, Aslan D, Subaşı N, Telatar TG. Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2005;25(5):663-8.
25. Organization WH. Health Promotion Glossary Section II: Extended List of Terms. *Health Promotion Glossary*. 1998:5-21.
26. Ö. A. Using health related quality of life in clinical practice. *Sağlıkta Birikim*. 2006;1(2):9-13.
27. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. 2009.
28. Üstündağ H, Gül A, Zengin N, Aydın M. Böbrek nakli yapılan hastalarda yaşam kalitesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007;2(6):117-26.
29. M. R. Gesundheits bezogene Lebens qualität-Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheits forsch- Gesundheitss chutz* 2000;43(3):165-89.
30. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *Bmj*. 2002;324(7351):1417.
31. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim*. 2006;1(2):1-5.

32. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. 1998.
33. Consortium H-E. Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU. 2012;2.
34. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. TC Sağlık Bakanlığı. 2016;19-75.
35. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical care. 1992;473-83.
36. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş AK. Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve tedavi dergisi. 1999;12(2):102-6.
37. Tabachnick B, Fidell L. Chapter 4. Cleaning up your act. Using Multivariate Statistics 4th ed Needham Heights, MA: Allyn and Bacon. 2001.
38. Mayers A. Introduction to statistics and SPSS in psychology. 2013.
39. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FND, Çakır B, Akalın HE. Sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık-Sen Yayınları. 2014;6:42-7.
40. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi. 2018;8(3):575-81.
41. Bakan AB, Yıldız M. 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. Sağlık ve Toplum. 2019;29(3):33-40.
42. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European journal of public health. 2015;25(6):1053-8.
43. Barber MN, Staples M, Osborne RH, Clerehan R, Elder C, Buchbinder R. Up to a quarter of the Australian population may have suboptimal health literacy depending upon the measurement tool: results from a population-based survey. Health promotion international. 2009;24(3):252-61.
44. Adams RJ, Appleton SL, Hill CL, Dodd M, Findlay C, Wilson DH. Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. Medical Journal of Australia. 2009;191(10):530-4.
45. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees. Journal of general internal medicine. 2004;19(3):215-20.
46. Çelikyürek NA, ACIMIŞ NM, Özcan B. Bir üniversite hastanesi dahiliye polikliniğine başvuranlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili etmenler. Pamukkale Tıp Dergisi. 2020;13(2):258-66.
47. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health education research. 2010;25(3):464-77.

48. Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, von Wagner C. Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2016;71(3):445-57.
49. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *Am J Med.* 2005;118(4):371-7.
50. Levin-Zamir D, Baron-Epel OB, Cohen V, Elhayany A. The association of health literacy with health behavior, socioeconomic indicators, and self-assessed health from a national adult survey in Israel. *Journal of health communication.* 2016;21(sup2):61-8.
51. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy.* 2016;120(9):1087-94.
52. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. *Health Expect.* 2017;20(1):112-9.
53. Bánfai-Csonka H, Bánfai B, Jeges S, Gyebnár B, Betlehem J. Health literacy among participants from neighbourhoods with different socio-economic statuses in the southern region of Hungary: a pilot study. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1-8.
54. Wang C, Gu G, Yang Q, Yu S, Liu H, Yang Z, et al. The prevalence and related factors for low health literacy in Xingtai: A cross-sectional survey in prefecture-level city. *Medicine (Baltimore).* 2021;100(10):e24848.
55. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Euras J Fam Med.* 2019;8(1):27-35.
56. Yığıtbas C, Fatma G. Health literacy in elderly people: A quantitative research example from the Eastern Black Sea Region of Turkey. *Turkish Journal of Public Health.* 2021;19(1):41-54.
57. González-Chica DA, Mnisi Z, Avery J, Duszynski K, Doust J, Tideman P, et al. Effect of health literacy on quality of life amongst patients with ischaemic heart disease in Australian general practice. *PloS one.* 2016;11(3):e0151079.
58. Temel AB, Çimen Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı Ve İlişkili Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 33(3):105-25.
59. Chew LD, Bradley KA, Flum DR, Cornia PB, Koepsell TD. The impact of low health literacy on surgical practice. *The American journal of surgery.* 2004;188(3):250-3.
60. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American journal of public health.* 2002;92(8):1278-83.
61. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-

- demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health*. 2015;15(1):1-13.
62. Değerli H, Tüfekçi N. Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*. 2018;6(15):467-88.
63. Desjardins R. Determinants of literacy proficiency: A lifelong-lifewide learning perspective. *International Journal of Educational Research*. 2003;39(3):205-45.
64. Murray T, Hagey J, Willms D, Shillington R, Desjardins R. Health literacy in Canada: a healthy understanding. 2008.
65. Rikard R, Thompson MS, McKinney J, Beauchamp A. Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC Public Health*. 2016;16(1):1-11.
66. Yilmazel G, Çetinkaya F. Health literacy among schoolteachers in Çorum, Turkey. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*. 2015;21(8):598-605.
67. Jovanić M, Zdravković M, Stanisavljević D, Jović Vraneš A. Exploring the Importance of Health Literacy for the Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8).
68. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and health risk behaviors among older adults. *American journal of preventive medicine*. 2007;32(1):19-24.
69. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient education and counseling*. 2009;75(3):411-7.
70. Liu Y-B, Liu L, Li Y-F, Chen Y-L. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International journal of environmental research and public health*. 2015;12(8):9714-25.
71. Jayasinghe UW, Harris MF, Parker SM, Litt J, van Driel M, Mazza D, et al. The impact of health literacy and life style risk factors on health-related quality of life of Australian patients. *Health and quality of life outcomes*. 2016;14(1):1-13.
72. Joshi C, Jayasinghe UW, Parker S, Del Mar C, Russell G, Lloyd J, et al. Does health literacy affect patients' receipt of preventative primary care? A multilevel analysis. *BMC Family Practice*. 2014;15(1):1-10.
73. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(16):2337-43.
74. Bayazit T. Cumhuriyet Üniversitesi Lisans Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2019;4(3).
75. Demiral Y, Ergor G, Unal B, Semin S, Akvardar Y, Kıvrıcık B, et al. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC public health*. 2006;6(1):1-8.
76. Roser K, Mader L, Baenziger J, Sommer G, Kuehni CE, Michel G. Health-related quality of life in Switzerland: normative data for the SF-36v2 questionnaire. *Qual Life Res*. 2019;28(7):1963-77.

77. Frieling MA, Davis WR, Chiang G. The SF-36v2 and SF-12v2 health surveys in New Zealand: norms, scoring coefficients and cross-country comparisons. *Aust N Z J Public Health*. 2013;37(1):24-31.
78. Sinha R, van den Heuvel WJ, Arokiasamy P. Validity and Reliability of MOS Short Form Health Survey (SF-36) for Use in India. *Indian J Community Med*. 2013;38(1):22-6.
79. Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of clinical epidemiology*. 2001;54(2):172-81.
80. Erbaydar NP, Bilir N, Özcebe LH, Vaizoğlu S, Aslan D. Evaluation of health-related quality of life of women living in a city center in the east of Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2011;41(2):307-16.
81. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2008;50(3):172-9.
82. Ellert U, Kurth B. Methodological views on the SF-36 summary scores based on the adult German population. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2004;47(11):1027-32.
83. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N, Mercier M. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey. *Health and quality of life outcomes*. 2003;1(1):1-14.
84. Klemenc-Ketiš Z, Kersnik J, Eder K, Colarič D. Factors associated with health-related quality of life among university students. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*. 2011;139(3-4):197-202.
85. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. 2006.
86. Gürsel N, Özbey S, Güzel P. Öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi. *International Journal of Social Science Research*. 2016;5(2):10-25.
87. Jenkinson C, Stewart-Brown S, Petersen S, Paice C. Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(1):46-50.
88. Hawthorne G, Osborne RH, Taylor A, Sansoni J. The SF36 Version 2: critical analyses of population weights, scoring algorithms and population norms. *Qual Life Res*. 2007;16(4):661-73.
89. Fallahzadeh H, Mirzaei H. Health-Related Quality of life and Associated Factors among Iranian University Students. *Journal of Community Health Research*. 2012;1(2):122-30.
90. Yasemin G, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2014;7(2):98-108.

91. Ran L, Jiang X, Li B, Kong H, Du M, Wang X, et al. Association among activities of daily living, instrumental activities of daily living and health-related quality of life in elderly Yi ethnic minority. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):74.
92. Ran L, Kong H, Du M, He J, Zhong Q, Ran Y, et al. Comparison of health-related quality of life between the Han and Yi ethnicity elderly in the Yi autonomous areas of Yunnan Province. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):326.
93. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Almirall J, Dubois M-F, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Quality of life research.* 2006;15(1):83-91.
94. Kutlu R, Demirbaş N, Çivi S, Can A. Evaluation of depression and quality of life with short form 36 of inpatients at the thoracic surgery service. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.* 2015;23(3).
95. Aker EB, Doğaner YÇ, Aydoğan Ü. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler. *Eurasian Journal of Family Medicine.* 2020;154.
96. Rakovac M, Pedisic Z, Pranic S, Greblo Z, Hodak D. Sociodemographic and lifestyle correlates of health-related quality of life in Croatian university students. *Applied Research in Quality of Life.* 2013;8(4):493-509.
97. Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *Bmj.* 1993;306(6890):1437-40.
98. Low JT, Payne S, Roderick P. The impact of stroke on informal carers: a literature review. *Social science & medicine.* 1999;49(6):711-25.
99. Brodaty H, Green A. Who cares for the carer? The often forgotten patient. *Australian Family Physician.* 2002;31(9).
100. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of internal medicine.* 2005;165(17):1946-52.
101. Smith SG, Curtis LM, Wardle J, von Wagner C, Wolf MS. Skill set or mind set? Associations between health literacy, patient activation and health. *PloS one.* 2013;8(9):e74373.
102. Naimi AJ, Naderiravesh N, Bayat ZS, Shakeri N, Matbouei M. Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015–2016. *Electronic Physician.* 2017;9(11):5712.
103. Zhang XH, Li SC, Fong KY, Thumboo J. The Impact of Health Literacy on Health-Related Quality of Life (HRQoL) and Utility Assessment among Patients with Rheumatic Diseases. *Value in Health.* 2009;12:S106-S9.

8.EKLER

8.1.Ek-1. Örneklem Hesaplanması

Sample Size for Frequency in a Population

Population size(for finite population correction factor or fpc)(N): 1000000
Hypothesized % frequency of outcome factor in the population (p): 31.1% $\pm$ 5
Confidence limits as % of 100(absolute $\pm$ %)(d): 5%
Design effect (for cluster surveys- $DEFF$): 1

Sample Size(n) for Various Confidence Levels

ConfidenceLevel(%)	Sample Size
95%	330
80%	141
90%	232
97%	404
99%	569
99.9%	928
99.99%	1297

Equation

Sample size $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$

Results from OpenEpi, Version 3, open source calculator--SSPropor

Print from the browser with ctrl-P

or select text to copy and paste to other programs.

8.2.Ek-2. Veri Toplama Formu

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Bu anket OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı polikliniklerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi, bu ikisi arasındaki ilişkinin ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla oluşturulmuştur. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde başka kişi/kurum/kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Lütfen her soruda size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Dr. Gülşah Çolak – OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

1. Yaş: **2. Cinsiyet:** ()Kadın ()Erkek **3. Medeni durum:** ()Evli ()Evli değil

4. Eğitim durumu: ()Okuryazar değil ()Okuryazar ()İlkokul ()İlköğretim/Ortaokul
()Lise ()Ön lisans/Lisans ()Lisansüstü

5. Çalışma durumu: ()Çalışmıyor ()Emekli ()Ev hanımı ()Öğrenci
()Memur ()İşçi ()Kendi işinde çalışıyor

6. Gelir durumu: ()Gelir giderden fazla ()Gelir gidere eşit ()Gelir giderden az

7. Kitap okuma durumu: ()Hiç okumam. ()Nadiren okurum. ()Düzenli olarak okurum.

8. Sigara kullanımı: ()Hiç kullanmadım. ()Bıraktım, en az 1 yıldır kullanmıyorum.
()Halen kullanıyorum.

9. Alkol kullanımı: ()Tüketmiyorum. ()Ara sıra tüketiyorum. ()Düzenli olarak tüketiyorum.

10. Günlük işlerinizi görmek dışında fiziksel aktivite yapar mısınız?

()Hayır, yapmam. ()Haftada en az 150 dk yürüyüş yaparım.

()Spor salonunda antrenör ile çalışırım. ()Diğer:

11. Doktor tarafından tanı konmuş kronik hastalığınız var mı? ()Evet, var. ()Hayır, yok.

12. Herhangi bir sağlık problemi nedeniyle bakımını üstlendiğiniz kimse var mı?

()Evet, var. ()Hayır, yok.

13. Sağlığınızla ilgili herhangi bir sorunuz/sorunuz olduğunda ilk ne yaparsınız?

()Aile hekimime giderim. ()Hastaneye(acil dışı poliklinik) giderim. ()Acil servise giderim.

()Eczacıya danışırım. ()Çevremde güvendiğim kişilere danışırım. ()İnternete bakarım.

14. Son 1 yıl içinde herhangi bir nedenle aile sağlığı merkezi (asm)/birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuru sayısı:

15. Son 1 yıl içinde herhangi bir nedenle hastane (2. ya da 3. basamak sağlık kuruluşu) (acil servis hariç) başvuru sayısı:

16. Son 1 yıl içinde herhangi bir nedenle acil servis başvuru sayısı:

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınıza için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınıza 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 sağlığınıza 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) sağlığınıza 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					

Short Form-36 (SF-36): Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel Çok iyi İyi Orta Kötü
☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesine göre;

Çok daha iyi Biraz iyi Hemen hemen aynı Biraz daha kötü Çok daha kötü
☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

Aşağıdaki sorular bir gün içerisinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
3. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
4. Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
5. Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
6. Birkaç kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
7. Bir kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
8. Eğilmek, diz çökmek, çömelmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
9. Bir kilometreden fazla yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
10. Birkaç yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
11. Yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
12. Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
13. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
14. Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
15. Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
16. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor-çaba sarf ettiniz mi?)	☐ ₁	☐ ₂

Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük ve kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
17. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
18. Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
19. İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki dikkatle yapamadınız mı?	☐ ₁	☐ ₂

20. Son 4 hafta içinde bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi ☐1 Çok az ☐2 Orta derecede ☐3 Epeyce ☐4 Çok fazla ☐5

21. Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç olmadı ☐1 Çok az ☐2 Hafif ☐3 Orta ☐4 Çok ☐5 Pek çok ☐6

22. Son 4 hafta boyunca ağrınız normal işinizi (hem ev hem dışarı işinizi düşünün) ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi ☐1 Biraz etkiledi ☐2 Orta derecede ☐3 Epeyce etkiledi ☐4 Çok etkiledi ☐5

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

	Sürekli	Çoğu Zaman	Epeyce Zaman	Bazen	Ara sıra	Hiçbir Zaman
23. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
24. Çok sinirli biri oldunuz mu?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
25. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
26. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
27. Çok enerjik oldunuz mu?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
28. Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
29. Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
30. Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
31. Yorgunluk hissettiniz mi?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
32. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
	Sürekli	Çoğu zaman	Bazen	Ara sıra	Hiçbir zaman	
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Uygun olanı işaretleyiniz.

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
33. Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
34. Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
35. Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
36. Sağlığım mükemmeldir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

8.3.Ek-3. Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/437

23.06.2022

Sayın Dr. Öğretim Üyesi Mustafa ÜNAL

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi(OMÜTF) aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi başlıklı OMÜ KAEK 2022/313 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 22.06.2022 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Yasemin ULUS
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan Yrd.

8.4.Ek-4. Kurum Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : E-15374210-622.03-272439
Konu : Tez Çalışması İzni Hk.

30.06.2022

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 29.06.2022 tarihli ve E-19054817-903.99-272126 sayılı yazınız.

Fakülteniz Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencilerinden Dr. Gülşah ÇOLAK'ın Dr. Öğretim Üyesi Mustafa ÜNAL danışmanlığında yürütmekte olduğu "OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yaşam Kalitesi Etkisi ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını hastanemizde yürütmesi Merkez Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR
Merkez Müdürü V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 85IO-683P-0ZUG Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.omu.edu.tr/>

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN

Telefon No : 0362 312 19 19

e-Posta :

Fax No : (362) 457 60 29

İnternet Adresi : <http://www.omu.edu.tr/>

Bilgi İçin : Hava KONAÇOĞLU

Veri Giriş Personeli

Telefon No:



8.5.Ek-5. Orijinallik Raporu

tez

ORIJINALLIK RAPORU

% 17	% 14	% 6	% 13
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%4
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%2
3	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%2
4	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
5	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
6	dspace.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
7	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
9	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<%1