



Bir Sanayi Sitesinde Küçük Ölçekli İşyerlerinde Çalışanların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi *

Health Literacy Level of Workers in Small-Scale Workplaces in An Industrial Site

Öznur Sezgin¹, Ersin Uskun²

¹ Kilis İl Sağlık Müdürlüğü Toplum Sağlığı Merkezi, Kilis, Türkiye

² Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

ORCID ID: Öznur Sezgin <https://orcid.org/0000-0001-8699-455X>, Ersin Uskun <https://orcid.org/0000-0001-6446-0186>

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Prof.Dr. Ersin Uskun, e-posta / e-mail: ersinuskun@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 11-10-2021

Kabul Tarihi / Accepted: 17-11-2021

Yayın Tarihi / Online Published: 30-12-2021

Sezgin Ö., Uskun E. Bir Sanayi Sitesinde Küçük Ölçekli İşyerlerinde Çalışanların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi, J Biotechnol and Strategic Health Res. 2021; 5(3):236-247

Öz

Amaç	Çalışanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin bilinmesi özellikle çalışanların sağlığını geliştirme çalışmalarında hedefe yönelik çalışmalar gerçekleştirilmesi için yararlı olabilir. Bu çalışmanın amacı; sanayi içinde bulunan küçük ölçekli işyerlerinde çalışanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.
Materyal ve Method	Kesitsel tipteki bu çalışma, 2019 yılında, Akdeniz Bölgesi'nde bulunan bir ilin sanayi sitesindeki küçük ölçekli işyerlerinde gerçekleştirilmiştir. Uygun örnek büyüklüğü hesaplanmış, basit rasgele ve küme örnekleme yöntemleri kullanarak örnek seçimi yapılmış ve 183 kişiye ulaşılmıştır (ulaşma düzeyi %91,5). Yüz yüze görüşme yöntemiyle ve anket kullanılarak veriler toplanmıştır. Sağlık okuryazarlığı, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılarak ölçülmüştür. İstatistik analizde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi ve lojistik regresyon analizleri kullanılmıştır.
Bulgular	Araştırma grubunun %54,6'sı 40 yaş ve üstünde, %88,5'i erkek, %48,1'i otomotiv sektöründe çalışanlardan oluşmaktadır. Araştırma grubunun %56,3'ünün sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz-sınırlı düzeyde, %43,7'sinin yeterli-mükemmel düzeydedir. Tek değişkenli analizlerde, yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların sıklığı, 40 yaş altında, kadın, lise ve üstünde eğitim almış, sosyal statü algısı iyi-mükemmel olanlarda ve çalışma süresi 20 yıl altında olanlarda diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla p<0,01, p<0,001, p<0,001, p<0,05 ve p<0,001). İleri analizlerde lise ve üstünde eğitim almış olmak, yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı için önemli bir yordayıcı olarak belirlenmiştir (OR: 2,85; %95 GA: 1,44-5,63 ve p<0,01).
Sonuç	Bu çalışmada elde edilen sağlık okuryazarlığı düzeyi ülkemizde yapılan çalışmalara benzer ancak gelişmiş Avrupa ülkelerinden düşüktür. Sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bulunan en önemli faktör eğitim seviyesidir ve literatürle uyumludur. Sanayide çalışan bireylerin formal eğitim seviyesinin artırılması sağlık okuryazarlığının artırılması ve sağlığın geliştirilmesi çabalarına da katkı sağlayacaktır.
Anahtar kelimeler	sağlık okuryazarlığı, çalışan, sanayi

Abstract

Aim	Knowing the level of health literacy in employees can be useful for carrying out targeted studies, especially in the health promotion of employees. The aim of this study is to determine the health literacy levels of workers in small-scale workplaces in the industry and related factors.
Materials and Methods	This cross-sectional analytical study was carried out in small-scale workplaces in an industrial estate of a province in the Mediterranean Region in 2019. Sample selection was made by calculating the appropriate sample size and using simple random and cluster sampling methods, and 183 individuals were reached (reach level 91.5%). Data were collected using face-to-face interviews and questionnaires. Health literacy was measured using the Turkish Health Literacy Scale (TSOY-32). Descriptive statistics, chi-square test and logistic regression analyzes were used in statistical analysis.
Results	54.6% of the research group consisted of 40 years old and over, 88.5% men, 48.1% employees in the automotive sector. The health literacy level of 56.3% of the research group was at an insufficient-limited level, and 43.7% of them at a sufficient-excellent level. In univariate analyzes, the frequency of those with adequate-excellent health literacy was found to be higher in those under 40 years of age, female, with high school or higher education, with good-perfect perception of social status, and with a working period of less than 20 years (respectively p<0.01, p<0.001, p<0.05 and p<0.001). In further analysis, having a high school or higher education was determined as an important predictor of adequate-perfect health literacy (OR: 2.85; 95% CI: 1.44-5.63, and p<0.01).
Conclusion	The level of health literacy obtained in this study is similar to the studies conducted in our country, but it is lower than that of developed European countries. The most important factor associated with health literacy is the level of education and is compatible with the literature. Increasing the formal education level of individuals working in the industry will also contribute to efforts to increase health literacy and improve health.
Keywords	health literacy, employee, industry

GİRİŞ

Bireylerin sağlığını üst düzeye çıkarmak ve geliştirmek ve bunun için kendi sağlıkları üzerinde sahip oldukları kontrolü artırmayı sağlama süreci sağlığın geliştirilmesi sürecidir.¹ Yeterli sağlık bilgisine ve yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmak, bireylerin bu süreçte katılımını üst düzeye çıkarır. Sağlık düzeyinin yükseltilmesinde anahtar olarak kabul edilen sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, bu nedenle sağlığı geliştirme çabasında olan uluslararası çalışma ve toplantılarda vurgulanmıştır.²⁻⁴ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde okuryazarlığı, sağlığın sosyal belirleyicilerinin ve sağlıkta eşitsizliklerin belirlenmesinde temel olarak almaktadır.⁵ Sağlık okuryazarlığının sağlıktaki eşitsizliklerle ilişkisi, sağlığın sosyal belirleyicileri ile yakından ilişkili olmasından ileri gelmektedir.^{6,7} DSÖ tarafından, sağlık okuryazarlığı, “iyi sağlığı sürdürmek ve geliştirme amacıyla bilgileri kullanmak ve anlamak için bireylerin motivasyonu ve yeteneklerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlanmıştır.⁸ Buradan anlaşıldığı üzere sağlık okuryazarlığı bireysel bilgi elde etmenin ötesine geçmektedir. Bireylerin sağlık davranışlarının ve bir çıktı olarak da sağlığının önemli düzeyde belirleyicilerinden olan sağlık okuryazarlığı, toplum içindeki diğer bireylerde olduğu gibi işyeri çalışanlarında önemli bir başlığa karşılık gelmektedir. Çalışanların sağlığının dolayısıyla sağlık okuryazarlığının yüksek düzeyde olması, genel sağlık düzeyi yüksek çalışanlar anlamına gelmektedir. Çalışanların genel sağlık düzeyinin yüksek olması iş sağlığı ve güvenliği açısından olumlu bir başlangıçtır.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalara son yıllarda ilginin artışı ve alan yazında yer verildiği görülmektedir. Bu ilgiye paralel olarak, ülkelerin ulusal sağlık okuryazarlığı düzeyini saptamaya ve geliştirmeye yönelik çalışmalara hız verilmiştir. Ülkemizde de benzer çabaların yansması olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık okuryazarlığının ulusal düzeyde ölçülmesi amacıyla ölçek geliştirme/uyarlama ve ölçüm çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmaların sonunda hem Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği dilimize

uyarlanmış hem de ulusal düzeyde ölçüm yapan yeni bir ölçek Türkiye Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği (TSOY-32) geliştirilmiştir.^{9,10}

Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeye yönelik çalışmalarda; yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olanların Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) nüfusun %65’ini¹¹, Avrupa Birliği’ne üye sekiz ülkede ise nüfusun %53’ünü oluşturduğu bildirilmiştir.¹² Literatürde bildirilen sağlık okuryazarlığı düzeyleri ülkeler arasında ve kullanılan ölçüm yöntemi ve ölçeğe göre farklılık göstermektedir. Türkiye’de Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi 2014’de¹³ %35, 2016’da⁹ %47 olarak bildirilmiştir. 2016 yılında geliştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılarak yapılan çalışmada katılımcıların %31’inin yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir.¹⁰ Başka bir ifade ile ülkemizde her 10 kişiden 7’sinin, yetersiz veya sorunlu olarak nitelenen sağlık okuryazarlığına sahip olduğu söylenebilir. Yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı toplumun büyük çoğunluğunu etkilerken, toplumun içinde yine büyük çoğunluğu oluşturan çalışanlar açısından da risk oluşturmaktadır. Özellikle iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda toplumdaki yetersiz/sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinin akılda tutulması, bu çalışmalarda başarı elde etmenin anahtarı olabilir. Çalışanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin bilinmesi özellikle çalışanların sağlığını geliştirme çalışmalarında hedefe yönelik çalışmalar gerçekleştirilmesi için yol gösterici olabilir.

Bu çalışmanın amacı; sanayi içinde bulunan küçük ölçekli işyerlerinde çalışanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

YÖNTEM

Araştırma Tipi, Evren, Örnek ve Örneklem

Kesitsel tipteki bu çalışma 2019 yılında gerçekleştirildi. Araştırmanın evreni, Akdeniz Bölgesi’nde orta büyüklükte bir il merkezinde bulunan “Küçük Sanayi Sitesindeki”

küçük ölçekli iş yerlerinde çalışanlardı (2000 kişi). Örnek büyüklüğü hesabı OpenEpi (Versiyon 3.01, 2013) programında yapıldı. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında bildirilen yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyi olan %65 prevalans olarak alındı. Örnek büyüklüğü, %10 sapma ile desen etkisi 2 alınarak, %95 güven aralığında 168 kişi olarak belirlendi. Veri toplamada olası kayıplar göz önüne alınarak örneğe %10'luk bir ekleme yapıldı ve ulaşılması hedeflenen örnek büyüklüğü 185 kişi olarak belirlendi. Örnek seçiminde küme örnekleme ve basit rasgele örnekleme yöntemleri kullanıldı. Evrenin bulunduğu Küçük Sanayi Sitesi 28 sokaktan oluşan 500 işyerinin bulunduğu bir sanayi sitesiydi. Bu sitedeki evren 10'ar iş yerinden oluşan 50 kümeye ayrıldı. Her iş yerinde ortalama 4 ve her kümede 40 kişinin çalıştığı kabul edilerek, örnek büyüklüğüne ulaşmak için 5 kümenin seçilmesi gerektiği hesaplandı. Kümeler basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak belirlendi. Ulaşılması hedeflenen 200 kişiden 183'üne (ulaşma düzeyi %91,5) ulaşılarak anket uygulandı.

Araştırmanın Hipotezi

Hipotez 1: Bir sanayi sitesindeki küçük ölçekli işyeri çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri, bireylerin sosyodemografik özelliklerinden etkilenmektedir.

Hipotez 2: Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri sağlıkla ilgili davranışlarını etkilemektedir.

Veri Toplama ve Değerlendirme

Araştırmanın verileri, yüz yüze görüşme yöntemiyle ve anket kullanılarak toplanmıştır. Anket, bireylerin sosyodemografik özelliklerini ve koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti alma, ilaç kullanma gibi sağlıkla ilgili davranışlarını sorgulayan 43 sorudan ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nden¹⁰ (TSOY-32) oluşturulmuştur.

Kişilerin çalıştığı sektör Mesleki Yeterlilik Kurumu Ulusal Meslek Standartları'na göre belirlenmiştir.¹⁴ Fiziksel aktivite yapma durumu haftalık olarak değerlendirilmiş ve DSÖ'nün önerileri doğrultusunda sınıflandırma yapılarak

bireyler, fiziksel aktivite yapmıyor, 150 dakika altı süre fiziksel aktivite yapıyor ve 150 dakika ve üstü süre fiziksel aktivite yapıyor şeklinde gruplandırılmıştır.¹⁵ Araştırma grubuna, cinsiyetlere ve yaşa göre Ulusal Kanser Tarama Programında yer alan taramalarla ilgili¹⁶ tarama yaptırma durumu sorulmuştur. Tüm kadınlara kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapma, 30-65 yaş arası (30 ve 65 yaş dahil) kadınlara smear testi yaptırma durumu, 40-69 yaş arası (40 ve 69 yaş dahil) kadınlara mamografi yaptırma durumu, 50-70 yaş arası (50 ve 70 yaş dahil) kadın ve erkeklere dışkıda gizli kan testi yaptırma durumu ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ile ölçülmüştür. Bu ölçek 2016 yılında, Okyay ve arkadaşları tarafından, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği temel alınarak 15 yaş üstünde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir.¹⁰ Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,93 olarak bildirilmiştir. Her madde; çok kolay, kolay, zor, çok zor olacak şekilde 4 derecelidir ve çok kolay: 4- çok zor:1 olacak şekilde puanlanmaktadır. Toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde formül yardımıyla standardize edilir. Ölçekte sıfır puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Ölçeğin geliştiricileri tarafından sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre; 0-25 arası yetersiz, >25-33 arası sınırlı-sorunlu, >33-42 yeterli ve >42-50 mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak dört kategoriye ayrılmıştır. Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığı toplam puanı hesaplanarak kategorize edilmiş ve yetersiz ve sınırlı-sorunlu olan gruplar birleştirilerek yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı; yeterli ve mükemmel olan gruplar birleştirilerek yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı grupları oluşturulmuştur.

Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Birinci hipotez için bağımlı değişken; sağlık okuryazarlığı düzeyi, bağımsız değişkenler sosyodemografik özelliklerdir (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, yaşanılan yer, gelir miktarı, sos-

yal güvence, sosyal statü algısı, genel sağlık algısı, kronik hastalık varlığı, yatarak tedavi olma durumu, çalışılan sektör, çalışma süresi, mesleki eğitim varlığı, iş kazası geçirme durumu).

İkinci hipotez için bağımsız değişken sağlık okuryazarlığıdır. Bağımlı değişkenler; sağlıkla ilgili davranışlar (Sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, haftalık fiziksel aktivite durumu, ana öğün düzeni, ara öğün tüketme, günlük tüketilen su miktarı, haftalık banyo yapma sıklığı, günlük diş fırçalama sıklığı, iş giysisi kullanma durumu, iş giysisi giyiliyorsa yıkama/değiştirme sıklığı ve kişisel koruyucu donanım kullanım ile sağlık hizmetlerinden yararlanma ile ilgili özellikleri gösterir değişkenlerdir (tedavi için ilk başvuru yer, en sık tercih edilen kurum, aile hekimini tanıma, sağlık kurumuna yıllık başvuru sayısı, acil servise yıllık başvuru sayısı, hekim önermeden ilaç kullanma, başkasına ilaç tavsiye etme, ilacın kullanım süresine uyma, bitkisel içerikli ürün kullanımı, grip aşısı yaptıрма, kan basıncını düzenli kontrol ettirme, KKMM yapma, mamografi ve smear testi yaptıрма, dışkıda gizli kan tahlili yaptıрма).

İstatistik Analiz

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde değerler; analitik değerlendirmelerde ki-kare testi ve lojistik regresyon analizleri kullanılmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır. Yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyini öngörmedeki bağımsız prediktörleri belirlemek üzere, tek değişkenli (univariate) analizlerde anlamlı bulunan değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma süresi, sosyal statü algısı) ile model oluşturularak, lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Model uyumunu değerlendirmede Hosmer-Lemeshow testi kullanılmıştır. Bu testin p değerinin 0,05'in üstünde olması halinde modelin öngörü durumu yüksek kabul edilmektedir.¹⁷ Oluşturulan modelin Hosmer-Lemeshow test değeri $p < 0,05$, modeldeki bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklayıcılığı Nagelkerke R^2 değerine göre

%21 olarak belirlenmiş ve model uyumlu kabul edilmiştir. Modellerde çoklu bağlantı sorununa (multicollinearity) yönelik değerlendirme yapılmış ve çoklu bağlantı sorunu VIF (Variance Inflation Factors- Varyans Şişme Değeri) değerlerine bakılarak değerlendirilmiştir. Modele alınan değişkenlerin VIF değerlerinin 5'in altında daha iyisi 3'ün altında olması ideal kabul edildiğinden ve çalışmada ki modelde değişkenlerin VIF değerlerinin 1,1 ile 1,6 arasında dağıldığı görüldüğünden, modelde çoklu bağlantı sorunu oluşturan değişken bulunmadığına karar verilmiştir. Sonuçlar Olabilirlik Oranı (Odds Ratio, OR) ve 95% Güven Aralığı değerleriyle sunulmuştur.

Etik izin

Bu çalışma Helsinki İlkeler Deklarasyonuna uyularak gerçekleştirilmiş, araştırma için Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Etik Kurul Onay Numarası: 09.07.2019 Tarih ve 224 Sayılı Karar). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) için ölçeği geliştiren araştırmacıdan kullanım izni ve araştırmanın yapıldığı ilin Sanayi Sitesi Kooperatifinden araştırmanın yürütülmesi için gerekli izinler alınmıştır. Araştırma grubuna araştırmanın konusu, verilerin ne amaçla kullanılacağı ile ilgili bilgi verilmiş ve katılımcılar bilgilendirilmiş yazılı onam formlarını imzalamışlardır.

BULGULAR

Araştırma grubunun %54,6'sının 40 yaş ve üstünde, %88,5'inin erkek, %54,6'sının ilköğretim veya ortaokul mezunu, %77,0'i evli, %75,4'ü çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Yüzde 86,9'u yaşamının büyük kısmını kent veya büyük kentte geçirdiği, %61,7'sinin aylık 3000 TL ve üstünde gelire sahip olduğu tespit edilmiştir. Yüzde 91,8'i sosyal güvenceye sahiptir. Yüzde 73,8'inin genel sağlık algısı iyi-mükemmel düzeyde, %71,6'sının sosyal statü algısı orta ve altındadır. Yüzde 28,4'ünün kronik bir rahatsızlığının bulunduğu ve %12,6'sının son bir yıl içinde yatarak tedavi olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunun %48,1'i otomotiv sektöründe çalışanlardan oluşmaktadır ve %51,4'ü

mesleki eğitim almıştır. Yüzde 52,5'inin çalışma süresi 20 yılın altında olan ve %24,0'ının iş kazası geçirmiş bireylerden oluştuğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Araştırma grubunun %56,3'ünün sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sınırlı düzeyde, %43,7'sinin yeterli veya mükemmel düzeyde olduğu görülmüştür. Sağlık

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı

		Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi					
				Yetersiz-Sorunlu		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	Yüzde ^a	Sayı	Yüzde ^b	Sayı	Yüzde ^b
Yaş	40 yaş altı	83	45,4	37	44,6	46	55,4
	40 yaş ve üstü	100	54,6	66	66,0	34	34,0**
Cinsiyet	Kadın	21	11,5	6	28,6	15	71,4
	Erkek	162	88,5	97	59,9	65	40,1***
Eğitim durumu	İlkokul-ortaokul	100	54,6	72	72,0	28	28,0
	Lise ve üstü	83	45,4	31	37,3	52	62,7***
Medeni durum	Bekar/dul	42	23,0	20	47,6	22	52,4
	Evli	141	77,0	83	58,9	58	41,1
Çocuk sahibi olma	Yok	45	24,6	20	44,4	25	55,6
	Var	138	75,4	83	60,1	55	39,9
Çocuk sayısı	2 ve altı	133	72,7	69	51,9	64	48,1
	3 ve üstü	50	27,3	34	68,0	16	32,0
Yaşanılan yer	Köy, kasaba, ilçe	24	13,1	15	62,5	9	37,5
	Kent, büyük kent	159	86,9	88	55,3	71	44,7
Gelir miktarı	3000 TL/ay altı	70	38,3	39	55,7	31	44,3
	3000TL/ay ve üstü	113	61,7	64	56,6	49	43,4
Sosyal güvence	Yok	15	8,2	11	73,3	4	26,7
	Var	168	91,8	92	54,8	76	45,2
Sosyal statü algısı	Orta ve altı	131	71,6	80	61,1	51	38,9
	İyi-mükemmel	52	28,4	23	44,2	29	55,8*
Genel sağlık algısı	Orta ve altı	48	26,2	29	60,4	19	39,6
	İyi-mükemmel	135	73,8	74	54,8	61	45,2
Kronik hastalık varlığı	Yok	131	71,6	72	55,0	59	45,0
	Var	52	28,4	31	59,6	21	40,4
Yatarak tedavi olma durumu ^c	Yok	160	87,4	87	84,5	73	91,3
	Var	23	12,6	16	15,5	7	8,8
Çalışılan sektör	Otomotiv	88	48,1	55	62,5	33	37,5
	Diğer ^d	95	51,9	48	50,5	47	49,5
Çalışma süresi	20 yıl altı	96	52,5	41	42,7	55	57,3
	20 yıl ve üstü	87	47,5	62	71,3	25	28,7***
Mesleki eğitim varlığı	Yok	89	48,6	48	53,9	41	46,1
	Var	94	51,4	55	58,5	39	41,5
İş kazası geçirme	Yok	139	76,0	74	53,2	65	46,8
	Var	44	24,0	29	65,9	15	34,1
TOPLAM		183	100,0	103	56,3	80	43,7

a Kolon yüzdesi, b Satır yüzdesi, c Son bir yılda, d Diğer: Ticaret/satış-pazarlama (n=31), Ulaştırma/lojistik (n=14), Ağaç ve kağıt işleri (n=12), Enerji (n=10), Turizm (n=7), metal (n= 5), kimya/plastik (n=5), cam/çimento/toprak (n=2), elektrik/elektronik (n=2), maden (n=2), makine (n=2), inşaat (n=1), iş yönetimi (n=1), gıda (n=1).
*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

okuryazarlığı düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların sıklığı, 40 yaş altında, kadın, lise ve üstünde eğitim almış, sosyal statü algısı iyi-mükemmel olanlarda ve çalışma süresi 20 yıl altında olanlarda diğerlerine göre daha yüksek olarak belirlenmiştir (sırasıyla $p<0,01$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,05$ ve $p<0,001$).

Sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bulunan değişkenlerin, yeterli-mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığı yordayıcılığını incelemek üzere oluşturulan lojistik regresyon modeli sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir. Modele yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma süresi ve sosyal statü algısı değişkenleri alınmış ve yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı için eğitim düzeyi lise ve üstünde eğitim almış olma değişkeninin önemli bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir (OR: 2,85; %95 GA: 1,44-5,63 ve $p<0,01$).

Araştırma grubunun sağlıkla ilgili davranışlarını gösteren değişkenlerin dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir. Yüzde 24,0'ı hiç sigara içmemiş, %71,0'ı hiç alkol kullanmamıştır. Yüzde 42,1'i haftada 150 dakika ve üstünde fiziksel aktivite yapan bireylerdir. Yüzde 67,8'inin ana öğünlerinin düzenli olduğu ve %34,4'ünün ara öğün tükettiği tespit edilmiştir. Yüzde 51,9'u günde 8 bardak ve daha fazla su içtiğini, %66,7'si haftada 4 ve daha fazla sayıda banyo yaptığını, %13,7'si dişlerini günde 2 ve daha fazla kez fırçaladığını

belirtmiştir. Yüzde 64,5'i kişisel koruyucu donanım kullandığını, 63,9'u iş giysisi giydiğini ve bunların %94,9'u iş giysisini haftada en az bir kere yıkadığını veya değiştirdiğini ifade etmiştir. Sağlık okuryazarlığı yeterli-mükemmel olanların, günde 8 bardak ve üstünde su içen ve günde 2 ve üstünde diş fırçalayanlarda yaygınlığının, yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı olanlara göre anlamlı biçimde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0,05$ ve $p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre bireylerin sigara ve alkol kullanımının, fiziksel aktivite yapma durumunun, ana öğün düzeninin, ara öğün tüketme durumunun, banyo yapma sıklığının, iş giysisi kullanma ve yıkama/değiştirme sıklığının ve kişisel koruyucu kullanma durumunun anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir (tüm karşılaştırmalar için $p>0,05$) (Tablo 3).

Araştırma grubunun sağlık hizmetlerinden yararlanma ile ilgili özellikleri Tablo 4'de gösterilmiştir. Araştırma grubunun %68,9'unun aile hekimini tanıdığı, %35,0'inin tedaviye ihtiyaç duyduğunda ilk olarak doktora başvurduğu, %86,9'unun hastaneye gitmeyi tercih ettiği belirlenmiştir. Son bir yıl içinde % 50,3'ünün 4 ve daha fazla kez sağlık kurumuna, %44,8'inin 2 ve daha fazla kez acile başvurduğu tespit edilmiştir. Yüzde 28,4'ü hekim önermeden ilaç kullandığını, %21,9'u başkasına ilaç kullanımıyla ilgili tavsiyede bulunduğunu, %32,8'i bitkisel ilaç kullandığını, %71,6'sı hekimin verdiği ilacın süresine uyduğunu belirtmiştir. Grubun %57,9'u kan basıncını düzenli olarak

Değişkenler*	VIF Değeri	OR (%95 GA)
Yaş (Referans: 40 yaş altı, değişken: 40 ve üstü)	1,5	0,75 (0,35-1,60)
Cinsiyet (Referans: kadın, değişken: erkek)	1,1	0,47 (0,16-1,39)
Eğitim Durumu (Referans: ilkokul-ortaokul, değişken: lise ve üstü)	1,3	2,85 (1,44-5,63)**
Çalışma Süresi (Referans: 20 yıl altı, değişken: 20 yıl ve üstü)	1,6	0,53 (0,24-1,15)
Sosyal statü algısı (Referans: Orta ve altı, Değişken: İyi-mükemmel)	1,1	1,73 (0,84-3,57)
Sabit		1,23
-2 Log Likelihood		217,50
Nagelkerke R2		0,22

VIF: Variance Inflation Factors (Varyans Şişme Değeri), OR: Odds Ratio (Odds Oranı), GA: Güven Aralığı, ** $p<0,01$
*Modele alınan bağımlı değişken Sağlık Okuryazarlığı (Referans: yetersiz-sınırlı, Değişken: yeterli-mükemmel)

		Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi					
				Yetersiz-Sorunlu		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	Yüzde ^a	Sayı	Yüzde ^b	Sayı	Yüzde ^b
Sigara kullanma durumu	Hiç içmemiş	44	24,0	23	22,3	21	26,3
	İçmiş bırakmış/ halen içmekte	139	76,0	80	77,7	59	73,8
Alkol kullanımı	Kullanmıyor	130	71,0	72	69,9	58	72,5
	Nadiren/sıklıkla kullanıyor	53	29,0	31	30,1	22	27,5
Fiziksel aktivite	< 150 dakika /hafta	106	57,9	58	56,3	48	60,0
	≥ 150 dakika/hafta	77	42,1	45	43,7	32	40,0
Ana öğün düzeni	Yok	59	32,2	31	30,1	28	35,0
	Var	124	67,8	72	69,9	52	65,0
Ara öğün tüketme	Yok	120	65,6	72	69,9	48	60,0
	Var	63	34,4	31	30,1	32	40,0
Tüketilen su miktarı	<8 bardak/gün	88	48,1	56	54,4	32	40,0
	≥8 bardak/gün	95	51,9	47	45,6	48	60,0*
Banyo yapma sıklığı	≤3 kere /hafta	61	33,3	40	38,8	21	26,3
	≥ 4 kere/hafta	122	66,7	63	61,2	59	73,8
Diş fırçalama sıklığı	<2 kere/gün	158	86,3	94	91,3	64	80,0
	≥ 2 kere/gün	25	13,7	9	8,7	16	20,0*
İş giysisi kullanma	Yok	66	36,1	37	35,9	29	36,3
	Var	117	63,9	66	64,1	51	63,7
İş giysisini yıkama/değiştirme sıklığı ^b	<1 kere/hafta	6	5,1	2	3,0	4	7,8
	≥ 1kere/hafta	111	94,9	64	97,0	47	92,2
Kişisel koruyucu kullanma durumu	Yok	65	35,5	36	35,0	29	36,3
	Var	118	64,5	67	65,0	51	63,7
TOPLAM		183	100,0	103	56,3	80	43,7

a Kolon yüzdesi, b iş giysisi giyenler arasında (n=117), *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

kontrol ettirdiğini ve %4,9'u grip aşısı yaptırdığını ifade etmiştir. Araştırma grubundaki kadınların %33,3'ünün KKMM yaptığı ve 40 yaş üstündeki kadınların %44,4'ünün mamografi, 30 yaş üstündekilerin %81,8'inin smear testi yaptırdığı tespit edilmiştir. Elli yaş üstünde olan kadın ve erkeklerin %20,4'ü dışkıda gizli kan tayini için test yaptırmıştır. Sağlık okuryazarlığı yeterli-mükemmel olanların, yetersiz-sınırlı olanlara göre anlamlı biçimde daha fazla

hekim önermeden ilaç kullandıkları, başkalarına ilaç tavsiye ettikleri, kan basıncını düzenli olarak kontrol ettirdikleri ve dışkıda gizli kan test yaptırdıkları belirlenmiştir (sırasıyla p<0,01; p<0,05; p<0,05 ve p<0,05). Diğer sağlık hizmetlerinden yararlanma ile ilgili özelliklerin sağlık okuryazarlığı düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırma grubunun sağlık hizmetlerinden yararlanma ile ilgili özellikleri ve sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre dağılımları

		Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi					
				Yetersiz-Sorunlu		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	Yüzde ^a	Sayı	Yüzde ^b	Sayı	Yüzde ^b
Aile hekimini tanıma durumu	Tanımiyor	57	31,1	32	31,1	25	31,3
	Tanıyor	126	68,9	71	68,9	55	68,8
Tedavi için ilk başvuru yapılan yer	Doktor	64	35,0	37	35,9	27	33,8
	Doktor dışında bir yer	119	65,0	66	64,1	53	66,3
En sık tercih edilen kurum	Aile hekimliği	24	13,1	14	13,6	10	12,5
	Hastane	159	86,9	89	86,4	70	87,5
Sağlık kurumuna başvuru sayısı ^b	< 4 kere/yıl	91	49,7	55	53,4	36	45,0
	≥ 4 kere/yıl	92	50,3	48	46,6	44	55,0
Acil servise başvuru sayısı ^b	< 2 kere/yıl	101	55,2	60	58,3	41	51,2
	≥ 2 kere/yıl	82	44,8	43	41,7	39	48,8
Hekim önermeden ilaç kullanma	Yok	131	71,6	82	79,6	49	61,3
	Var	52	28,4	21	20,4	31	38,8**
Başkasına ilaç tavsiye etme	Yok	143	78,1	86	83,5	57	71,3
	Var	40	21,9	17	16,5	23	28,7*
Hekimin verdiği ilacın süresine uyma	Yok	52	28,4	30	29,1	22	27,5
	Var	131	71,6	73	70,9	58	72,5
Bitkisel ürün kullanımı	Yok	123	67,2	71	68,9	52	65,0
	Var	60	32,8	32	31,1	28	35,0
Kan basıncını düzenli kontrol ettirme	Yok	77	42,1	51	49,5	26	32,5
	Var	106	57,9	52	50,5	54	67,5*
Grip aşısı yaptırma durumu	Yok	174	95,1	99	96,1	75	93,8
	Var	9	4,9	4	3,9	5	6,3
KKMM yapma ^c	Yok	14	66,7	3	50,0	11	73,3
	Var	7	33,3	3	50,0	4	26,7
Mamografi yaptırma durumu ^d	Yok	5	55,6	2	40,0	3	75,0
	Var	4	44,4	3	60,	1	25,0
Smear testi yaptırma durumu ^e	Yok	2	18,2	1	20,0	1	16,7
	Var	9	81,8	4	80,0	5	83,3
Dışkıda gizli kan baktırma durumu ^f	Yok	39	79,6	32	86,5	7	58,3
	Var	10	20,4	5	13,5	5	41,7*
Toplam		183	100,0	103	56,3	80	43,7

a Kolon yüzdesi, b Son bir yılda, c Tüm kadınlar arasında (n=21), d 40-69 yaş kadınlar arasında (n=9), e 30-65 yaş kadınlar arasında (n=11), f 50-70 yaş kadın ve erkekler arasında (n=49), KKMM: Kendi kendine meme muayenesi
*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

TARTIŞMA

Bu çalışmada, Akdeniz Bölgesi'nde yer alan bir ilin, küçük ölçekli işyerlerinin bulunduğu Küçük Sanayi Sitesi'nde çalışanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri belirlenmiş ve ilişkili faktörler incelenmiştir. Çalışanların TSOY-32 ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyleri; %56,3'ünün sınırlı (yetersiz/sorunlu), %43,7'sinin yeterli-mükemmel düzeydedir. Literatürde sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından Avrupa'da ülkeler arası farklılıklar bulunduğu ve nüfusun %47,6'sının sınırlı, %53'ünün yeterli-mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmiştir.¹² Avrupa'da iyi düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip ülke Hollanda olarak belirlenmiş ve nüfusun %71'inin yeterli-mükemmel düzeyde okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. En düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip ülke Bulgaristan olarak belirlenmiş ve nüfusun %38'inin yeterli-mükemmel düzeyde okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Tayvan'da¹⁸ katılımcıların %69,7'sinin, ABD'de¹¹ %65'inin, İrande¹⁹ %66'sının, Japonya'da²⁰ %15'inin, Çin'de²¹ %9'unun yeterli-mükemmel (veya orta ve üstünde) sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada belirlenen yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi, Avrupa ortalamasının altında olmakla birlikte, sağlık okuryazarlığı en düşük düzeyde olan Avrupa Birliği ülkesi Bulgaristan'dan, Japonya ve Çin'den daha iyi durumdadır. Sağlık okuryazarlığındaki ülkeler arası bu çeşitlilik daha çok sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklansa da ölçümün farklı ölçütlerle yapılması nedeniyle gerçek farkı ortaya koyamayabileceği, sağlık hizmeti sunum ve yönetimindeki farklılıkların ve kültürel etkilerin oluşturduğu farkların anlaşılmasının zor olduğu düşünülmektedir.²²

Türkiye'nin her bölgesinden toplamda 4924 katılımcıya 2014'de gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'na göre toplumun %35'i yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisindedir.¹³ Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması'na göre, katılımcıların %31'i yeterli- mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisindedir.¹⁰ Güner ve Ekmekçi'nin

Ankara'da bir döküm fabrikasında çalışan işçilerde yaptığı çalışmaya²² göre, katılan işçilerin %39'u yeterli- mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Bu çalışmada yeterli, mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin küçük farklarla Türkiye genelinden ve bölgesel olarak yapılan çalışmalardan daha yüksek olduğu, ancak Avrupa'nın daha gelişmiş ülkelerinden geride olduğu görülmektedir. Çalışmanın yapıldığı özel grup olan küçük ölçekli sanayi çalışanları düşünüldüğünde ve çalışanlar açısından ancak yarısının yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu dikkate alınrsa, özellikle iş sağlığı ve güvenliği açısından bu sonucun önemli bir sorun teşkil ettiği söylenebilir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi tek değişkenli analizlerde yaş (40 yaş altı olmak), cinsiyet (kadın olmak), eğitim durumu (lise ve üstünde eğitim almış olmak), çalışma süresi (20 yılın altında çalışıyor olmak-muhtemelen genç olmaktan kaynaklı) ve sosyal statüye göre farklılık göstermekte ve bu gruplarda yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanlar daha fazladır. Ancak ileri analizde sadece eğitim durumunun sağlık okuryazarlığı ile anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür. Avrupa'da yapılan sağlık okuryazarlığı çalışmasında²³ eğitim seviyesi ile sağlık okuryazarlığı ilişkili bulunmuş ve eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin de arttığı bildirilmiştir. Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Ölçek geliştirme çalışmaları kapsamında yapılan çalışmada¹⁰ eğitim durumu düşük olanlarda sağlık okuryazarlığı puanının diğerlerinden anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürde sağlık okuryazarlığı ile eğitim arasında ilişki bulan ve eğitim seviyesi arttıkça bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de iyi yönde arttığını tespit eden çok sayıda çalışma bulunmaktadır.^{10,18,24,25} Ülkemizde, gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi, sanayi sektöründe çalışanlar çoğunlukla zorunlu eğitim bittikten hemen sonra çalışma yaşamına başlamakta, dolayısıyla genel eğitim seviyeleri düşük kalmaktadır. İşyerinde usta çırak ilişkisi ile devam eden çalışma/öğrenme süreci formal bir mesleki eğitimden uzak olmaktadır. İşverenlerin de genel eğitim düzeyleri düşük tür ve çoğu mesleki eğitim de almamıştır.²⁶ Bir konuyla

ilgili bilgiye ulaşma, onu anlama becerisi, dil becerisi ve öz-yeterlilikle ilişkili olarak, bireyin eğitim düzeyinden etkilenmektedir. Dolayısıyla sağlık konusunda bilgiye ulaşma, hastalıklarından korunma ve sağlığı geliştirme, sağlık konusunda ilgililerle iletişim kurabilme becerisi bireyin eğitim düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Sanayi çalışanlarının sağlık okuryazarlığı eğitim seviyeleri ile ilişkili olarak düşük bulunmuştur. Bu konu çalışanların iş sağlığı güvenliği eğitim ve uygulamaları açısından da önemlidir. Bu alanda iyileştirme için çalışanların genel eğitim seviyesinin yükseltilmesi elzemdir.

Bu çalışmada yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan bireylerin olmayanlara göre daha çok hekim önerisi olmadan ilaç kullandıkları ve başkasına ilaç tavsiye ettikleri belirlenmiştir. Literatürde ilaç kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi yanlış ilaç kullanımı ile ilişkili bulunmuştur.^{27,28} Sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu bireylerde ilaç uyumunun ve doğru ilaç kullanımının yüksek olduğu bildirilmiştir.²⁹ İlaç yanlış kullanımını araştıran çalışmalarda, bireylerin sağlık okuryazarlığının düşük olmasının risk faktörü olarak belirlendiği görülmektedir.³⁰ Bu bilgiler ışığında, hastaların tedaviye uyumunu artırmak, hastalıklarını daha iyi yönetmelerini sağlamak amacıyla, sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesi etkili bir yöntem olarak kullanılabilir. Ancak bu çalışmada görüldüğü gibi, ülkemizde yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, sahip oldukları bilgiyi edinme, anlama ve uygulama becerilerini, hekimleri bypass ederek kullanma yoluna gidebilirler, dahası yetkin olmadıkları bir konuda başka bireylere ilaç tavsiye ederek bireylerin zarar görmelerine neden olabilirler. Bu nedenle sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik çalışmalarda, bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusunda farkındalıklarını artırmaya özel önem verilmelidir.

Bu çalışmanın bulgularına göre, yeterli-mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmak, gün içinde tüketilen su içme miktarını olumlu yönde etkilemektedir. Türkiye Beslenme Rehberi'ne göre, sağlıklı beslenme için,

yetişkin dönemde günde en az 8-10 su bardağı su içilmesi ve sıvı tüketiminin artırılması önerilmektedir.³¹ Bu çalışmada bireylerin yaklaşık yarısı önerilen miktarlarda su tüketmekteyken diğer yarısı gün içinde daha az miktarda su içmektedir. Sağlık okuryazarlığının yeterli-mükemmel seviyede olması halinde bireyler sağlıklı davranışlarla ilgili mesajları daha kolay algılamış ve dolayısıyla daha kolay benimsenmiş ve bunun bir sonucu olarak tüketilen su miktarları bu bireylerde bu nedenle daha yüksek bulunmuş olabilir.

Bu çalışmada, yeterli-mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmanın diş fırçalama alışkanlığını olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Literatürde yüksek sağlık okuryazarlığı ile diş fırçalama sıklığının arttığı ve bireylerin daha iyi ağız diş sağlığına sahip olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır^{32,33} ve bulgularımız literatürle uyumludur.

Bu çalışmada, yeterli-mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmanın tansiyonu düzenli kontrol ettirme ve dışkıda gizli kan baktırma davranışını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı kan basıncı taraması yaptırmanın yanı sıra hipertansiyon tanısı konulduğunda kan basıncını kontrol altında tutmak için de önemli bir parametredir. Hipertansiyon tanılı yetişkinlerde yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı becerileri düşük olan hastaların kan basıncı kontrol yüzdelerinin anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir.^{34,35} Ülkemizde kanser tarama programları içerisinde, kolorektal kanser taraması gaitada gizli kan tahlili yoluyla, 50 yaş üstü kadın ve erkeklerde ücretsiz olarak yapılmaktadır. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek bireylerin dışkıda gizli kan tahlili ile kolon kanser taraması yaptırma olasılığını artırdığı bildirilmektedir.^{36,37} Bireylerin kanser tarama programları ve diğer koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını artırmak amacıyla sağlık okuryazarlığı iyileştirme çabaları önem taşımaktadır. Sağlıklı yaşam için ağız diş sağlığının korunması, hipertansiyonun erken tanısı, sık görülen kanser türlerine karşı tarama programlarının ön gördüğü

tahliillerin yaptırılması önemlidir. Literatürde sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin daha az koruyucu sağlık hizmetlerini kullandığı belirlenmiştir.^{38,39} Sağlık okuryazarlığının artırılması koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili etkili bir çıktı sağlayacaktır.

Sonuç olarak, bu çalışmada elde edilen sağlık okuryazarlığı düzeyi ülkemizde yapılan çalışmalara benzer ancak gelişmiş Avrupa ülkelerinden düşüktür. Sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bulunan faktörler literatürle uyumludur. Sağlık okuryazarlığının artırılması sağlığın geliştirilmesinde anahtar rol oynamaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmeye yönelik çabalar artırılmalıdır.

Teşekkür

Bu makale ikinci yazarın (EU) danışmanlığında yürütülmüş birinci yazarın (ÖS) Tıpta Uzmanlık Tezi'nden türetilmiş bir çalışmadır. Çalışmaya verdikleri katkıdan dolayı verilerinin toplandığı Isparta Gül Küçük Sanayi Sitesi çalışanlarına teşekkür ederiz.

Çıkar çatışması

Yazarlar arasında ve herhangi bir kurumla bu çalışma ile ilgili çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal destek

Araştırma, yazarların kişisel imkânlarıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> adresinden 26 Nisan 2021'de erişildi.
2. ECOSOC. "Ministerial Declaration – 2009 High-Level Segment: Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health." http://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/pdf09/ministerial_declaration-2009.pdf adresinden 26 Nisan 2021'de erişildi.
3. 9th Global Conference on Health Promotion Shanghai 2016. Policy brief 4: Health literacy. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/policy-briefs/en/> adresinden 26 Nisan 2021'de erişildi.
4. Resolution adopted by the General Assembly. 2014. "Outcome document of the high-level meeting of the General Assembly on the comprehensive review and assessment of the progress achieved in the prevention and control of non-communicable diseases." <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy-ncds/en/> adresinden 26 Nisan 2021'de erişildi.
5. Nutbeam D, McGill B. Improving health literacy in clinical and community populations. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sorensen K, Editors. International Handbook Research , practice and policy across the lifespan, 1st ed., Bristol: Policy Press, 2019, s. 219–32.
6. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, ve ark. Health literacy the solid facts. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, editors. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark, WHO Regional Office for Europe, 2013.
7. Mantwill S, Diviani N. Health literacy and health disparities: A global perspective. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sorensen K, editors. International Handbook Research , practice and policy across the lifespan. 1st ed., Bristol, Policy Press, 2019, s. 139–52.
8. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promot International 1998;13(4): 349-364. doi: 10.1093/heapro/13.4.349
9. Abacıgil F, Harlak H, Okyay P. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması. In: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. 1. Baskı, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016, s. 21–41.
10. Okyay P, Abacıgil F, Harlak H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe-32. In: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. 1. Baskı, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016, 43–61.
11. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, et al. The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics, 2006.
12. Sorensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015; 25(6): 1053-8. doi: 10.1093/eurpub/ckv043
13. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray N, Çakır B, Akalın HE. Türki ye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 1. Baskı, Ankara, Sağlık-Sen Yayınları, 2014.
14. Sektörler [Internet]. <https://www.myk.gov.tr/index.php/en/ulusal-meslek-standard/182> adresinden 31 Ağustos 2019'da erişildi.
15. World Health Organization (WHO). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Switzerland, WHO, 2010.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Kanser Tarama Standartları [Internet]. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari> adresinden 21 Eylül 2021'de erişildi.
17. Hayran M, Hayran M. Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. Ankara, Omega Araştırma, 2011.
18. Lee SYD, Tsai TI, Tsai YW, et al. Health literacy, health status, and healthcare utilization of taiwanese adults: Results from a national survey. BMC Public Health. 2010; 10(614): 1–8. doi: 10.1186/1471-2458-10-614
19. Mahmoud T, Aliasghar HM, Shahram R, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. Payesh 2016; 1: 95-102.
20. Nakayama K, Osaka W, Togari T, et al. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC Public Health 2015;15(505): doi:10.1186/s12889-015-1835-x
21. Liu H, Zeng H, Shen Y, et al. Assessment tools for health literacy among the general population: A systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2018; 15(8): 1711. doi: 10.3390/ijerph15081711.
22. Güner MD, Ekmekci PE. Health Literacy Level of Casting Factory Workers and Its Relationship With Occupational Health and Safety Training. Work Heal Saf. 2019; 67(9):452–60. doi: 10.1177/2165079919843306
23. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. J Epidemiol. 2017; 27(2): 80–6. doi: 10.1016/j.je.2016.09.005.
24. Tiller D, Herzog B, Kluttig A, et al. Health literacy in an urban elderly East-German population - results from the population-based CARLA study. BMC Public Health. 2015; 15(883): doi: 10.1186/s12889-015-2210-7
25. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, et al. 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. doi: 10.1111/hex.12440
26. Akboğa Kale Ö, Baradan S. Genel Eğitim Düzeyi ile İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği İlişkisi. 4. Proje ve Yapım Yönetimi Kongresi. Kasım, 3-5 Kasım, Eskişehir, Türkiye, 2016.
27. Kripalani S, Henderson LE, Chiu EY, et al. Predictors of medication self-management skill in a low-literacy population. J Gen Intern Med. 2006; 21(8): 852–6. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00536.x.
28. Waldrop-Valverde D, Jones DL, Jayaweera D, et al. Gender differences in medication management capacity in HIV infection: The role of health literacy and numeracy. AIDS Behav. 2009; 13(1): 46–52. doi: 10.1007/s10461-008-9425-x
29. Kalichman S, Cherry J, Cain D. Nurse-delivered antiretroviral treatment adherence intervention for people with low literacy skills and living with HIV/AIDS. J Assoc Nurses AIDS Care 2005; 16(5): 3–15. doi: 10.1016/j.jana.2005.07.001
30. Davis TC, Wolf MS, Bass PF, et al. Literacy and misunderstanding prescription drug labels. Ann Intern Med. 2006; 145(12): 887–94. doi: 10.7326/0003-4819-145-12-200612190-00144
31. Rehber B. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2015. 1. Baskı, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı (Yayın No: 1031), 2019.
32. Ueno M, Takeuchi S, Oshiro A, et al. Relationship between oral health literacy and oral health behaviors and clinical status in Japanese adults. J Dent Sci. 2013; 8(2): 170–6. doi: 10.1016/j.jds.2012.09.012
33. Lee JY, Divaris K, Baker AD, et al. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. Am J Public Health. 2012; 102(5): 923–9. doi: 10.2105/AJPH.2011.300291.
34. Pandit AU, Tang JW, Bailey SC, et al. Education, literacy, and health: Mediating effects on hypertension knowledge and control. Patient Educ Couns. 2009; 75(3): 381–5. doi: 10.1016/j.pec.2009.04.006
35. McNaughton CD, Jacobson TA, Kripalani S. Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. Patient Educ Couns. 2014; 96(2): 165–70. doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.007
36. White S, Chen J, Atchison R. Relationship of preventive health practices and health literacy: A national study. Am J Health Behav. 2008; 32(3): 227–42. doi: 10.5555/ajhb.2008.32.3.227
37. Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. Prev Med (Baltim) 2014; 61(100): 100–5. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.11.012
38. Andrus MR, Roth MT. Health literacy: a review. Pharmacotherapy 2002; 22(3): 282-302. doi: 10.1592/phco.22.5.282.33191
39. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, et al. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. Med Care 2002; 40(5): 395-404. doi: 10.1097/00005650-200205000-00005