



**BİTLİS EREN ÜNİVERSİTESİ AKADEMİK  
PERSONELLERİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI,  
YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**Kenan KENDİLCİ**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Ali ÖZER**

**Doktora Tezi - 2022**

**T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİTLİS EREN ÜNİVERSİTESİ  
AKADEMİK PERSONELLERİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, YAŞAM  
KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**Kenan KENDİLCİ**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Ali ÖZER**

**MALATYA**

**2022**

**KABUL ONAY**



**T.C.**  
**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne**

**ETİK BEYANI**



# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xii
1.GİRİŞ .....	1
2.GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Sağlık Okuryazarlığı .....	4
2.1.1 Sağlık Okuryazarlığının Önemi .....	4
2.1.2. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı.....	5
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli .....	7
2.1.4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler .....	9
2.1.5 Sağlık Okuryazarlığında Halk Sağlığının Yeri .....	11
2.1.6. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları .....	12
2.1.7. Sağlık Okuryazarlığını İyileştirmeye Yönelik Yaklaşımlar .....	14
2.1.8. Sağlık Okuryazarlığında Bilgiye Erişim Kaynakları .....	16
2.1.9. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi .....	18
2.2. Yaşam Kalitesi .....	20
2.2.1. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi.....	22
2.2.2. Yaşam Kalitesi Göstergeleri .....	23
2.2.3. Yaşam Kalitesi Ölçekleri .....	24
3. MATERYALVE METOT .....	27
3.1.Araştırmanın Türü, Yeri ve Zamanı .....	27
3.2. Araştırmanın Evreni.....	27
3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları .....	27
3.3.1. Anket Formu .....	27
3.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği .....	27
3.3.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği .....	28
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	30
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	30
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	31

4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA .....	78
5.1. Araştırma Grubunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Bulgularının Tartışılması .....	78
5.2. Araştırma Grubunun Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	82
5.2.1. Araştırma Grubunun Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	82
5.2.2. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması... ..	86
5.2.2. Araştırma Grubunun Bazı Değişkenlere Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	87
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	104
KAYNAKLAR .....	106
EKLER.....	117
EK-1. Özgeçmiş.....	117
EK-2. Anket Formu .....	118
EK-3. Araştırma İçin Gerekli İzin Belgeleri.....	124

## TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı doktora eğitimim s¼recinde kıymetli bilgi, birikim ve tec¼ubeleri ile bana her zaman yol g¼steren, destek olan, bana bilim adamlığı yolunda ışık tutan bilimsel anlamda kendime hep ¼rnek alacağım değerli tez danıŐmanım Prof. Dr. Ali ¼ZER'e değerli hocalarım Prof. Dr. G¼lсен G¼NEŐ, Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ ve Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'a

Halk Sağlığı Anabilim Dalı araştırma g¼revlileri Dr. Esra KAHRAMAN ve Dr. G¼lseda BOZ'a,

Her anlamda desteğini g¼rd¼ę¼m değerli eŐim Dr. ¼ęr. ¼yesi Esmā AKSOY KENDİLCİ'ye sonsuz teŐekk¼rlerimi sunarım.

## ÖZET

### **Bitlis Eren Üniversitesi Akademik Personellerinde Sağlık Okuryazarlığı, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**

**Amaç:** Bu araştırma Bitlis Eren Üniversitesi akademik personelinin sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. 2018 yılı verilerine göre evren sayısı Bitlis Eren Üniversitesinde bulunan 436 akademik personel olarak belirlenmiştir. Akademik personelin %79.8'ine (348 kişi) ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 30 tanımlayıcı sorudan, The European Health Literacy Survey (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu WHOQOL-BREF-TR Ölçeği'nden oluşmaktadır. Sonuçlar  $p < 0.05$  önemlilik düzeyinde değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırma grubunun %33.3'ü (116 kişi) kadın, %66.7'si (232 kişi) erkektir. Akademisyenlerin %40.8'i yetersiz veya sınırlı, %59.2'si yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Şişman grubunda olan akademisyenlerin yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutunun, fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal ilişkiler alt boyutlarının ortalama  $\pm$  ss değeri hafif kilolulardan ve normallerden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur. Hiç sigara içmeyen akademisyenlerin genel sağlık durumu boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ara sıra ve düzenli içenlerden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

**Sonuç:** Toplumun gelişmişliğini gösteren ve sağlayan kurumlar yükseköğretim kurumlarıdır ve bu kurumların en temel unsurlarından olan akademisyenlerin, sağlık okuryazarlık düzeylerinin tespiti çalışmalarının artırılması gerekmektedir. Türkiye geneline ilişkin daha zengin bulgular için daha farklı gruplarda tekrarlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Akademisyenler, yaşam kalitesi, sağlık okuryazarlığı, WHOQOL-BREF.



## ABSTRACT

### **Investigation of Health Literacy, Quality of Life and Affecting Factors in Bitlis Eren University Academic Staff**

**Aim:** This research was conducted to examine the health literacy, quality of life and affecting factors of the academic staff of Bitlis Eren University.

**Material and Method:** It is a descriptive cross-sectional study. According to 2018 data, the number of universe was determined as 436 academic staff at Bitlis Eren University. 79.8% of the academic staff (348 people) were reached. A questionnaire form was used to collect data. The questionnaire form consists of 30 descriptive questions prepared by the researcher in line with the literature, The European Health Literacy Survey and the World Health Organization Quality of Life Scale Short Form WHOQOL-BREF-TR Scale. The results were evaluated at the  $p < 0.05$  significance level.

**Results:** 33.3% (116 people) of the research group were female and 66.7% (232 people) were male. 40.8% of the academicians have insufficient or limited level of health literacy, and 59.2% of them have sufficient or excellent level of health literacy. The mean  $\pm$  sd value of the general health status dimension, physical health, psychological and social relations sub-dimensions of the academics in the obese group were found to be statistically significantly lower than those of the overweight and normal ones. The general health status dimension mean  $\pm$  sd value of the academicians who never smoked was found to be statistically significantly higher than those of occasional and regular smokers.

**Conclusion:** Institutions that show and ensure the development of the society are higher education institutions, and it is necessary to increase the studies to determine the health literacy levels of academicians, who are the most basic elements of these institutions. It should be repeated in different groups for richer findings on Turkey in general.

**Key Words:** Academicians, quality of life, health literacy, WHOQOL-BREF.

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>N :</b>	Sayı
<b>% :</b>	Yüzde
<b>ss :</b>	Standart Sapma
<b><math>\chi^2</math>:</b>	Ki kare
<b>r :</b>	Korelasyon
<b>AO :</b>	Aritmetik Ortalama
<b>ASOY-TR :</b>	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu
<b>BESYO:</b>	Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu
<b>BKİ :</b>	Beden Kütle İndeksi
<b>DSÖ :</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>HLS-EU:</b>	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Anketi
<b>MYO:</b>	Meslek Yüksekokulu
<b>REALM:</b>	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
<b>SF-36:</b>	Yaşam Kalitesi Ölçeği
<b>SOY :</b>	Sağlık Okuryazarlığı
<b>SPSS :</b>	Statistical Packages for the Social Sciences
<b>SBAD:</b>	Sağlık bilgisi arama davranışı
<b>SYK:</b>	Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
<b>TOFHLA:</b>	Test of Functional Health Literacy in Adults
<b>TSOY-32:</b>	Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ölçeği
<b>TÜİK :</b>	Türk İstatistik Kurumu
<b>VAS:</b>	Visual Analogue Scale
<b>YK :</b>	Yaşam Kalitesi

**WHOQOL- BREF-TR:** World Health Organization Quality of Life Questionnaire  
Abbreviated Version (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam  
Kalitesi Kısaltılmış Versiyonu)



## ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil.2.1. Sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli .....	7
Şekil.2.2. Sağlık okuryazarlığı müdahale için potansiyel noktalar .....	8
Şekil.2.3. Hastalık ve yaşam kalitesi arasındaki etkileşimi gösteren DSÖ modeli.....	20
Şekil.2.4. Sağlıkla ilintili yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi ilişkisi .....	23



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 2.1.</b> Türkiye ve Avrupa sağlık okuryazarlık düzeyleri karşılaştırılması.....	7
<b>Tablo 2.2.</b> Kavramsal Model Üzerine Sağlık Okuryazarlığı Alt boyutları .....	9
<b>Tablo 2.3.</b> Yaşam kalitesinin değerlendirme boyutlarının kapsamı.....	21
<b>Tablo 2.4.</b> Yaşam Kalitesinin Temel Ölçütleri ve Sonuçlar .....	24
<b>Tablo 3.1.</b> Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği İfade Numaraları .....	28
<b>Tablo 3.2.</b> Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL- BREF-TR) alt indekslerine göre ifade numaraları .....	29
<b>Tablo 4.1.</b> Araştırma grubunun sosyo-demografik ve genel özelliklerinin dağılımı.....	32
<b>Tablo 4.2.</b> Araştırma grubunun Bölüm/Anabilim Dalına göre ve okul türüne göre dağılımları .....	33
<b>Tablo 4.3.</b> Araştırma grubunun sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı.....	34
<b>Tablo 4.4.</b> Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bazı özelliklerinin dağılımı.....	35
<b>Tablo 4.5.</b> Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma kaynağının dağılımı ....	37
<b>Tablo 4.6.</b> Araştırma grubunun beslenme özellikleri ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı.....	38
<b>Tablo 4.7.</b> Araştırma grubunun antropometrik ölçümleri ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı.....	39
<b>Tablo 4.8.</b> Araştırma grubunun genel sağlık okuryazarlığı ve alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları .....	40
<b>Tablo 4.9.</b> Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyutlarının ortalama ve standart sapma değerleri.....	40
<b>Tablo 4.10.</b> Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut değerlerinin dağılımı .....	41
<b>Tablo 4.11.</b> Araştırma grubunun yaşam kalitesi ölçeği boyutlarının iç tutarlılık katsayıları.....	42
<b>Tablo 4.12.</b> Araştırma grubunun yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyut ortalama ve standart sapma değerleri puanlar .....	42
<b>Tablo 4.13.</b> Araştırma grubunun cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçüklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması .....	43

<b>Tablo 4.14.</b> Araştırma grubunun okul türüne göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması .....	<b>44</b>
<b>Tablo 4.15.</b> Araştırma grubunun özel sağlık sigortası durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması.....	<b>45</b>
<b>Tablo 4.16.</b> Araştırma grubunun hastalık durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması .....	<b>46</b>
<b>Tablo 4.17.</b> Araştırma grubunun ‘Kilonuzdan memnun musunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması.....	<b>47</b>
<b>Tablo 4.18.</b> Araştırma grubunun medeni durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması .....	<b>49</b>
<b>Tablo 4.19.</b> Araştırma grubunun eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması .....	<b>51</b>
<b>Tablo 4.20.</b> Araştırma grubunun toplam hizmet yılı gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması.....	<b>52</b>
<b>Tablo 4.21.</b> Araştırma grubunun gelir durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması .....	<b>54</b>
<b>Tablo 4.22.</b> Araştırma grubunun fiziksel egzersiz durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması .....	<b>55</b>
<b>Tablo 4.23.</b> Araştırma grubunun ‘Sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?’ sorusuna verilen cevaplara göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması.....	<b>56</b>
<b>Tablo 4.24.</b> Araştırma grubunun ‘Beslenme düzeninizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplara göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması.....	<b>57</b>
<b>Tablo 4.25.</b> Araştırma grubunun ilaç doğru kullanımına göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması .....	<b>60</b>
<b>Tablo 4.26.</b> Araştırma grubunun yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması .....	<b>62</b>

<b>Tablo 4.27.</b> Araştırma grubunun BKİ gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması .....	<b>64</b>
<b>Tablo 4.28.</b> Araştırma grubunun genel sağlık okuryazarlığı gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması .....	<b>66</b>
<b>Tablo 4.29.</b> Araştırma grubunun akademik ünvana göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması .....	<b>68</b>
<b>Tablo 4.30.</b> Araştırma grubunun sigara tüketme durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması .....	<b>70</b>
<b>Tablo 4.31.</b> Araştırma grubunun ‘Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması.....	<b>72</b>
<b>Tablo 4.32.</b> Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı ölçeği ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki .....	<b>75</b>

# 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre “sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığını korumak ve iyileştirmek için bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusunda bilişsel-sosyal becerileri ve motivasyon düzeylerini ifade etmektedir (1).” Sağlıklı İnsan (Healthy People) 2020 hedeflerinde her ülkedeki bireylerin sağlıklarını geliştirmeleri için sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır (2). 2009 Birleşmiş Milletler (BM) Ekonomik ve Sosyal Konseyi Bakanlar Bildirgesi’nde, sağlık okuryazarlığının önemli sağlık etkileri yaratmasında önemli bir etken olduğu ve bundan dolayı sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin planlanmasına vurgu yapılmıştır. Küresel Sağlığı Geliştirme 2016 Konferans’ında 4 tema belirlenmiş olup, bunlardan birisi sağlık okuryazarlığının geliştirilmesidir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde (SDGs) sağlık okuryazarlığı konusu özel bir hedef olarak gösterilmese de, sağlık okuryazarlığı düzeyinin iyileştirilmesi ile ilgili girişimler, Sürdürülebilir Kalkınmanın 2030 Gündeminin, sosyal, ekonomik ve çevresel amaçlarının tam olarak uygulamaya geçmesinde çok önemli olduğu belirtilmiştir (3).

Günümüzde sağlık okuryazarlığı ve sağlık bilgilerinin ulaştırılması geçmişe göre çok fazla önem kazanmıştır. Ancak sağlıkla ilgili bilgileri ulaştırmada zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu zorlukları;

- sınırlı okur-yazarlık düzeyi,
- hastalık tanı sürecinin karmaşıklaşması,
- araştırma verilerinin sayısının sürekli artması ve güncellenmesi,
- kültür farklılıkları,
- bedensel ve bilişsel becerilerin yaşa bağlı değişiklik göstermesi,
- duygu-durum farklılığına bağlı dinleme, öğrenme, hafıza becerilerindeki değişiklikler olarak sıralayabiliriz (4).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin tedavi edici sağlık hizmetlerine göre önem kazanması, bireysel olarak sağlık hizmetinin kişiler tarafından önemsenmesi, genel olarak sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, sağlık bilgisinin topluma yeterince ulaştırılmaması ve sağlık harcamalarının mali yüklerinde artış gibi nedenler sağlık okuryazarlığının önemini artırmıştır (4).



Sağlık okuryazarlığının Dünya genelindeki durumu incelendiğinde, ülkelerdeki gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın genel itibariyle yetersiz-kısıtlı olduğu görülmektedir (5). Türkiye’de ise sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi için yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonucunda, toplumun çoğunluğunun yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirlenmiştir (5-6).

Sağlık düzeyi önemli bir gelişmişlik göstergesi olduğu için sağlığın iyileştirilmesi ve sürdürülmesinde sadece hastalıklardan kaçınmak ya da korunmak değil, aynı zamanda bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışları edindirilmesi de çok önemli bir girişimdir. Sağlıklı yaşam biçimi, sağlık anlamında kişiyi olumlu yönde etkileyen davranışların pekiştirilmesi, olumsuz davranışlardan uzaklaşması ve tüm bu davranışlarını kontrol ederek günlük yaşantısının bir parçası haline getirmesidir. Bu sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireylerin öz sağlık sorumluluğunu kazanma, kendini ortaya koyma, stresini yönetebilme, bireyler arası destek, yeterli ve dengeli beslenme ve düzenli fiziksel egzersiz davranışlarından oluşmaktadır (7).

Sağlıkla ilintili yaşam kalitesi, sağlığın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri bağlamında bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme becerisi ve bunu kendi yaşantılarında benimsemeleri olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkla ilintili yaşam kalitesi ölçekleri, sağlık politikaları, tedavide etkinliğinin ölçülmesi ve iktisadi değerlendirme araştırmalarında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Tıbbın çok geliştiği günümüzde, sadece hastalıkların elimine edilmesi değil, aynı zamanda kişilerin yaşam kalitelerinin yükseltmeleri de çok büyük önem kazanmıştır (8).

Günümüz insanının üzerine aldığı sağlık sorumluluklarının artması, kişiye önemli sorumlulukların atfedilmesi ve ilişkilerin karmaşık bir hal alması psikolojik sağlığı zorlayıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Akademisyenlik mesleği, insanlarla yoğun ilişkilerin yaşandığı meslek dallarından biridir. Yaşam kalitesi kavramı, sağlık sorunlarında psiko-sosyal faktörlerin etkili olduğunun fark edilmesiyle son 20-25 yılda üzerinde durulmaya başlanmış ve bu konudaki araştırmalar hız kazanmıştır (9).

Sağlığı koruma ve iyileştirmenin insanların yaşam şekillerine çok bağlı olduğu fark edildikten sonra bireysel faktörlerin yansısı, insan sağlığını etkilediği görülen birçok çevresel faktör olduğu görülmüştür. Ayrıca sosyal çevrenin de sağlık üzerinde etkili olduğu fark edilmeye başlanmıştır. Sosyal grupların sağlık durumlarının farklılık gösterdiği, bu durumun sağlık ve hastalıkla ilgili bireylerin bilgi, tutum ve davranışları kadar, sınıfsal konumu çalışma ve yaşam koşullarının da etkilediği görülmüştür. Kişilerin yaşam tarzının yol açtığı bazı hastalıklarla ilişkili davranışlarının değiştirilmesi ile

önlenebilmektedir. Bu davranış değişiklikleri toplum temelli olarak uygulanmalıdır. Toplumun farklı kesimlerine dönük yapılan araştırmalar ile yetişkinlerin sağlık sorumluluğu ve sağlıkla ilgili davranışları tanımlanmaktadır. Bireylerin sağlıklarını riske atan faktörlere yönelik ve sağlıklarını korumaya yönelik davranışları değişiklik gösterir ve bu yüzden koruyucu sağlık davranışlarının bilinmesi ve bir yaşam biçimi olarak benimsenmesi; benzer sosyal çevrede yaşayan farklı kültürdeki kişilerde anlamlı farklar yaratmaktadır. Üniversitelerde görev yapan ve nitelikli insan topluluğunu oluşturan akademisyenler bireysel ve toplumsal sorumluluklarından dolayı sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili araştırmalar yapılan toplum kesimini oluşturmaktadır (10). Bu araştırma Bitlis Eren Üniversitesi akademik personelinin sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı tanımı ilk olarak sağlık eğitimi alanında 1974’lü yıllarda Simonds tarafından yapılmış olmasına rağmen 1990’lı yıllara kadar çok kullanılmamıştır. “1993 yılında ise Nutbeam ve Wise tarafından bilgiye ulaşım, anlamlandırma ve davranış üzerinde durularak, Bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiye uygun davranış geliştirmesi olarak tanımlanmış olup; bu tanım aynı zamanda günümüzde yapılan tanımlamalarda temel teşkil etmiştir (11).” DSÖ’ ye göre sağlık okuryazarlığı, “bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için bilgiye ulaşım, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, bu bilgiyi kullanmada sosyal-bilişsel becerileri ve motivasyon düzeyleridir” olarak tanımlanmıştır (12). Amerikan Sağlık Enstitüsünün tanımına göre ise, bireyin sağlığının korunması, geliştirmesi, hastalıkları önleme, tarama programları, sağlık bakımı ve sağlıkla ilgili politikaların geliştirilmesine katılım becerisi olarak tanımlanmıştır (13). Ülkemizde ise “Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki ve Geliştirme Sözlüğüne göre, bireylerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve koşullarını değiştirmede gerekli bilgi, beceri, kendine güven düzeyine ulaşma” olarak tanımlanmıştır (14). Bunların dışında da birçok sağlık okuryazarlığı tanımı yapılmıştır. Bu tanımlamalardan da anlaşıldığı gibi ne kadar da üzerinde çok uzun süredir çalışılmış olmamakla birlikte, sağlık okuryazarlığı, farklı şekillerde, farklı disiplinler ve kuruluşlar tarafından tanımlanmaya çalışılmıştır (15).

#### 2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Bireyler iş ortamı, okul ortamı, ev, komşuluk ilişkileri gibi tüm yaşam alanlarında, her yaşta, karşılaştıkları sağlık ve hastalık durumlarında doğru karar vermek ve bilgi sahibi olmak hususlarında sorumluluk sahibidir. Anneler çocuklarının sağlığıyla ilgili bakım becerilerinden, yaşlılar ilaçlarının prospektüsüne göre doğru kullanımından, çalışanlar iş ortamındaki sağlığını tehdit eden olası tehlikelerini bilmeden ve bunlarla ilgili gerekli tedbirleri almaktan, bütün bireyler hastalık durumlarında uygun sağlık kuruluşuna başvurmadan, sağlık personelleri tarafından verilen bilgileri anlayıp değerlendirmekten, tedavi sürecindeki riskleri ve kazanımları çözümlenmekten, dozları hesaplamak gibi kafa karıştıran bilgilerle karşı karşıya kalmaktadır (1).

Sağlık okuryazarlığı hayatın her alanında olduğu gibi toplumun baş etme kapasitesini aşan afet, salgın gibi olağan dışı durumlarda da çok önemlidir. Hiç kimsenin kendisini tam anlamıyla sağlık okuryazarı görmediği ve güçlü eğitim sistemleri bulunan ekonomik açıdan gelişmiş ülkelerin vatandaşlarında bile, çoğu kişinin bir noktada önemli sağlık bilgilerini anlama, bu bilgileri uygulama ya da bu karmaşık sistemi yönetmekte zorluk yaşadığı bilinmektedir (16). 2007 yılında yapılan 6 yıllık süreci içeren ileriye dönük bir kohort çalışmasında; sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kişilerde kötü sağlık sonuçlarından dolayı mortalite riskinin %50 ile %80 arasında değişen oranlarda arttığı saptanmıştır (17). Tüm bu durumların üstesinden gelebilmek ve etkin bir sağlık bakım becerisi ve bu süreci yönetmek için temel düzeyde sağlık okuryazarlığı bilgisine ihtiyaç vardır. (1).

Ottawa 1. Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nda, sağlığın geliştirilmesi çalışmalarının başarılı olabilmesi için sadece sağlık sektörü olarak değil, multi-disipliner bir çaba ile mümkün olacağı dile getirilmiştir. Sağlığın geliştirilmesi konusunda önemli bir paydaş olan eğitim sektörünün başkahramanı öğretmenlerin, ilk ve ortaöğretim düzeyinde sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi, toplum açısından oldukça önemlidir (18).

### **2.1.2. Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı**

Dünya üzerinde yaklaşık 776 milyon yetişkinin temel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmadığı bilinmektedir. Amerika'da yetişkinlerin %50'sinin temel düzeyde sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmadığı görülmüştür. Avrupa'da sekiz ülkeyi kapsayan (Almanya, Hollanda, İspanya, Yunanistan, İrlanda, Avusturya, Polonya ve Bulgaristan ) sağlık okuryazarlığı çalışmasının sonuçlarına göre söz konusu ülkelere yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi %2 ile 27, yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi %37 ile 72, sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi %29 ile 62 arasında değişen oranlarda olduğu saptanmıştır. İngiltere'de yalnız fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyini araştıran bir çalışmada çalışan yaş grubu erişkinlerde %42'sinin günlük sağlık bilgilerini anlayıp kullanamadıkları, sayısal beceriler de dahil edildiğinde bu oranın %61'e çıktığı tespit edilmiştir (19). Avrupa Birliği(AB) Sağlık Okuryazarlığı Projesinin sonuçlarına göre; yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi Türkiye ve Bulgaristan'da %23.5, Almanya'da %23.8, İtalya'da ise %39.2 olarak saptanmıştır (20). Sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmalara bakıldığında

Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nde AB ülkelerinden 3 kat daha fazla araştırma yapıldığı görülmüştür (5).

Ülkemizde en kapsamlı sağlık okuryazarlığının saptaması ile ilgili araştırma 2014 yılında Avrupa Birliği (HLS-EU) anketi kullanılarak Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından yapılmıştır. Çalışmada kullanılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında Türkiye'de toplumun sadece 3 te 1'inin yeterli ve iyi düzeyde sağlık okuryazarı olduğu, Avrupa ülkelerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiş olup, yaklaşık değerlerle “*sorunlu sağlık okuryazarlığı %40, yeterli sağlık okuryazarlığı %28 yetersiz sağlık okuryazarlığı %25, mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi ise %7 olarak saptanmıştır* (21).” Bu oranlar göz önüne alındığında, yaklaşık 53 milyon kişi olan Türkiye erişkin nüfusunun yaklaşık 35 milyonunun ‘yetersiz’ ve ‘sorunlu’ sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir (22). Söz konusu çalışmada ayrıca başka önemli sonuçlar da elde edilmiş olup, Türkiye’deki sağlık okuryazarlığı düzeyinin en düşük olduğu bölgeler Orta ve Doğu Anadolu Bölgesi, en yüksek olduğu bölge ise Ege Bölgesi olarak saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinde bölgesel farklılıklarla birlikte kişisel özelliklerin de belirleyici bir etken olduğu, tespit edilen araştırma sonuçlarında, yaş arttıkça veya eğitim düzeyi düştükçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin de azaldığı belirtilmiştir (23).

HLS-EU ölçeğinin Türkiye’de geçerliliği yapıldıktan sonra Ankara’da 2139 kişide yapılan bir çalışmada, yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi %73.5 olarak bulunmuştur (24). Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32) kullanılarak yapılan başka bir çalışmada; bireylerin %38’inde sağlık okuryazarlığı düzeyinin “sorunlu- sınırlı” olduğu, %30.9’unda ise yetersiz olduğu belirlenmiştir (25). Özdemir ve ark. ‘nın 2010 yılında yaptığı bir çalışmada, araştırmaya katılanların yaklaşık %59’unun yeterli sağlık okuryazarlığı bilgisine sahip olduğu saptanmıştır (26).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini saptamak amacıyla yapılan çalışmaların sonuçlarına bakıldığında, farklılıklar olduğu göze çarpmaktadır. Bu sonuçlardan yola çıkarak ülkemizdeki sağlık okuryazarlığında yeterlilik düzeylerinin %7 ile %59 arasında değiştiği söylenebilir. Saptanan bu rakamların farklı olmasının nedenine bakacak olursak; bunun sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmede farklı yöntemlerin kullanılması, farklı toplumlarda yapılmış olması, üzerinde çalışılan yaş gruplarının farklı olması, farklı kültür yapısına sahip bireylerde uygulanmış olması olarak belirtilebilir (5). Türkiye ve Avrupa’da sağlık

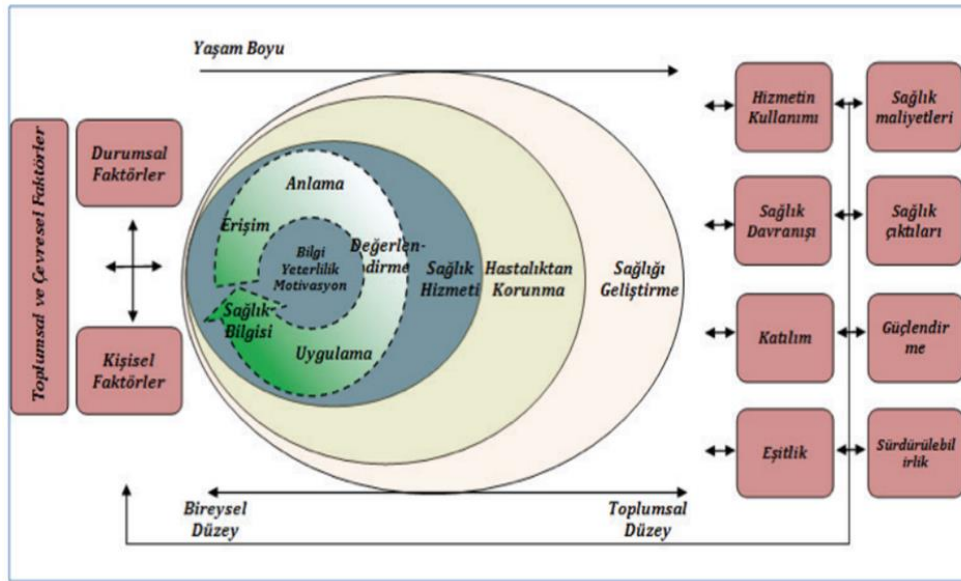
okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 2.1’de yer almaktadır. Aşağıdaki tablo incelendiğinde ülkemizin sağlık okuryazarlığı düzeyi Avrupa ortalamasının altında olduğu görülmektedir (27).

**Tablo 2.1.** Türkiye ve Avrupa sağlık okuryazarlık düzeyleri karşılaştırılması (27).

<i>“Sağlık Okuryazarlık Düzeyi</i>	<i>Türkiye</i>	<i>Avrupa</i>
<i>Yetersiz</i>	<i>%24.5</i>	<i>%12.4</i>
<i>Sorunlu</i>	<i>%40.1</i>	<i>%35.2</i>
<i>Yeterli</i>	<i>%28.8</i>	<i>%36</i>
<i>Mükemmel</i>	<i>%7.6</i>	<i>%16.5”</i>

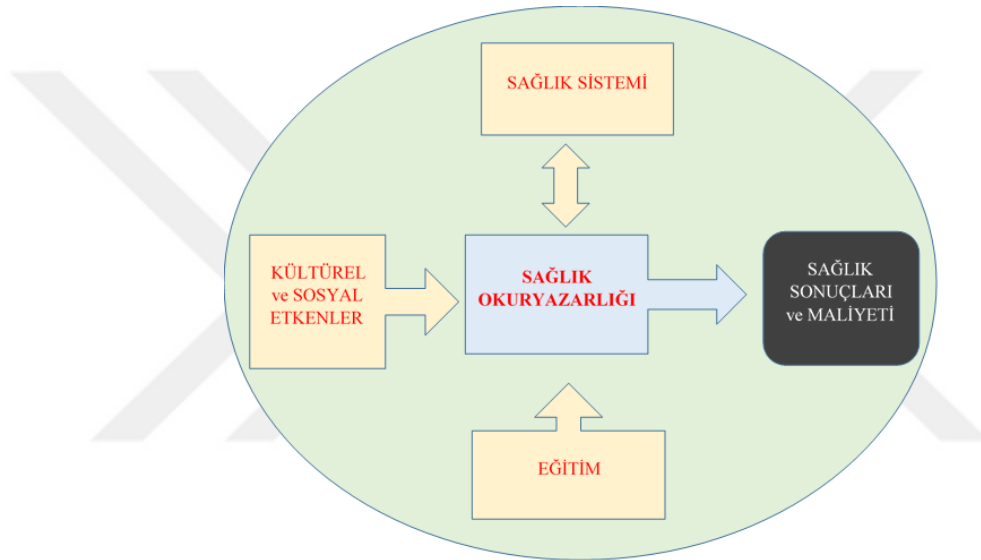
### 2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli

Sağlık okuryazarlığının kavramsal boyutları Sorensen ve arkadaşları tarafından belirlenmiş olup bir kavramsal çerçeve oluşturulmuştur (Şekil 2.1). “Sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında ve güvenli sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma süreçlerindeki matriks dahilinde oluşturulmuş ve her bir işlevin kolaylık ya da zorluk derecesini belirleyen sorular bu kavramsal çerçevede ilişkilendirilerek ölçekler geliştirilmiştir (28).”



**Şekil 2.1.** Sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli (kaynaktan değiştirilmeden alınmıştır)(29)

Genel olarak bakıldığında sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin eğitim durumu, sosyo-kültürel çevre ve sağlık sistemi gibi faktörlerden etkilendiği ve bu faktörlerin sağlık okuryazarlığı düzeyine yön verdiği sonucuna ulaşılabilir. Neticede bu faktörler sağlık sonuçlarını, hem de sağlık harcamalarındaki maliyeti olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bilgiler ışığında sağlık okuryazarlığı; bireylerin kişisel becerilerinin sağlıkla ilişkilendirilen ortamlar, sağlık ve eğitim sistemleri ve aynı zamanda aile, iş ve toplumsal çevredeki birçok sosyo - kültürel faktörlerle etkileşmesi ile biçimlenen bir yapıdır (28).” Sağlık okuryazarlığı alt yapısındaki müdahale için bulunan potansiyel noktalar Şekil 2.2.’de gösterilmiştir.



**Şekil 2.2.** Sağlık okuryazarlığı müdahale için potansiyel noktalar (3)

Kavramsal model sağlık okuryazarlığını; “sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” olarak üç ana boyuta ve “sağlık ile ilgili bilgiler ile ilgili; erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama” olarak dört alt boyuta ayırmaktadır. Üç boyut ve dört süreç kombinasyonu 12 bileşen ile her hücre sağlık okuryazarlığının 12 teorik bazlı alt boyutlarından biri olarak yorumlanmaktadır (3). Kavramsal model üzerine sağlık okuryazarlığı alt boyutları Tablo 2.2’de sunulmuştur.

**Tablo 2.2.** Kavramsal Model Üzerine Sağlık Okuryazarlığı Alt boyutları (kaynaktan değiştirilmeden alınmıştır) (3)

<b>Sağlık Okuryazarlığı</b>	<b>Sağlık ile ilgili bilgiye ulaşma</b>	<b>Sağlık ile ilgili bilgiyi anlama</b>	<b>Sağlık ile ilgili bilgiyi değerlendirme</b>	<b>Sağlık ile ilgili bilgiyi uygulama</b>
<b>Sağlık Hizmeti</b>	Tıbbi ya da klinik konularda bilgilere erişme yeteneği	Tıbbi bilgileri anlamak ve anlam türetme yeteneği	Tıbbi bilgileri yorumlamak ve değerlendirme yeteneği	Tıbbi konularda bilinçli karar verme yeteneği
<b>Hastalıktan Korunma</b>	Risk faktörleri ile ilgili bilgilere erişme yeteneği	Risk faktörleri ile ilgili bilgileri anlama ve anlam türetme yeteneği	Risk faktörleri ile ilgili bilgileri yorumlamak ve değerlendirme yeteneği	Risk faktörleri ile ilgili bilgilerde karar verme yeteneği
<b>Sağlığın Geliştirilmesi</b>	Sağlık konularında kendini yenileme yeteneği	Sağlık ile ilgili bilgileri anlama ve anlam türetme yeteneği	Sağlık ile ilgili konuları yorumlamak ve değerlendirme yeteneği	Sağlık konularında bir yansıyan görüş oluşturma yeteneği

#### 2.1.4.Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı, bireylerde yaşam biçimi ve şartlarını değerlendirerek, hem kendi sağlığını hem de toplumsal düzeyde halkın sağlığını geliştirmek amacıyla girişimde bulunması, bunu sağlamak için de bilgiye ulaşması, kişisel beceriyi geliştirmesi ve güven düzeyini artırması olarak tanımlanmaktadır (5).

Sağlık okuryazarlığı(SOY) belirlenirken, hem sağlık hizmeti sisteminin hem de bu hizmeti alan bireylerin özellikleri dikkate alınmaktadır. Sağlık okuryazarlığı bireyde yeni bilgiler öğrenme ve bu bilgilerin kabullenilmesi, aynı zamanda davranış değiştirmek ve geliştirmek için bir arabulucu unsur konumundadır. Bu değişimin önünde engel teşkil edebilecek faktörlerden(kültür, alışkanlıklar, normlar gibi) de etkilenebilir (30).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığını etkileyen öğrenim durumu, bir işte çalışma durumu, gelir ve ırk ya da etnik gruptan daha güçlü bir belirleyicidir. Sağlık okuryazarlığı sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olup, diğerlerinden farklı olarak; iletişimi güçlendiren müdahaleler aracılığıyla değişebilir ya da okuryazarlığı alt düzeyde olan kişilerin becerileri artırılabilir (19,31). Bireylerin okuryazarlığının yetersiz olması sosyal, kültürel ve kişisel gelişim açısından sorunlara yol açmakta ve sağlık okuryazarlığına engel oluşturabilmektedir (5).

Sağlık okuryazarlığı bireyi, aile ortamını, yaşadığı toplumu içine alarak; sağlıkla ilgili bakım sistemleri, eğitim sistemleri, yaşanan ortamdaki sağlıkla ilişkili konularda ve toplumsal çevredeki sosyo-kültürel faktörlerle sürekli etkileşim halindedir. Bireyin sağlık hizmetlerine ulaşabilme kabiliyeti, sağlık bilgisi, hizmete ulaşmadaki zorluklar ve



aynı zamanda sağlık hizmeti veren kuruluşlar ile sağlık profesyonelleri ve diğer bazı önem arz eden özelliklerinden oluşmaktadır. “*Hizmetlere ulaşım*”; uygun sağlık personeli ve sağlık kuruluşlarına erişebilme kabiliyetlerini içerir. “*Sağlık bilgilerini anlama, kabiliyetler*”; sağlıkla ilgili bilgiye erişim ve bireyin kendi sağlığıyla ilgili yaşam biçimi davranışlarında değişiklikler yapma, aynı zamanda bireyin kendi sağlık sorunlarını doğru ifade edebilme konularını içerir. “*Bilgi*”; sağlıkla ilgili temel kavram ve terimleri anlamayı ve sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacağını bilmeyi içerir. “*Engeller*”; sağlıkla ilgili konularda bazı zorluk veya sınırlılıkları içerir. “*Sağlık kurumları ve sağlık çalışanları*”; sağlık profesyonellerinin iletişim kabiliyetini, hastalara sağlıkla ilgili konularda eğitim olanaklarını, aynı zamanda sağlık kuruluşlarında hastaları bilgilendirmek ve uyarmak amacıyla kullanılan işaret ve levhaları içerir. “*Diğer önemli özellikler*” ise sağlıkla ilgili inançlar ve bilgileri etkileyen kültürel, dilsel, eğitimsel farklılıkları, yaşam ve gelişim dönemlerini içermektedir (1).”

Yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı ile bireyin algıladığı sağlık durumu ile ilişkili olduğu ve sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan bireylerin, aktif olarak sağlık konularında bilgi edindiği ve sağlıklarının kötüleştiğini hissettiğinde sağlık sorunlarına çözümler arama davranışının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi iyi olan bireylerde sağlıkla ilgili riskli davranışların daha az görüldüğu ve fiziksel sağlık durumlarının daha iyi olduğu görülmüştür. 2014 yılında yapılan başka bir çalışmada, bireyin öğrenim durumunun, ailede yaşayan kişi sayısının ve gelirin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği saptanmıştır. 2016 yılında yapılan başka bir çalışmada yine SOY düzeyinin bireylerdeki yaş, tahsil durumu, sahip olunan çocuk sayısı ve meslek gibi sosyo-demografik değişkenlerinden etkilendiği ancak bireyin medeni durumu ve hane halkı gibi değişkenlerinin etkili olmadığı gösterilmiştir (5).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşlılarda, eğitim durumu yetersiz olanlarda, gelir durumu düşük olanlarda, sağlık problemlerinden dolayı fiziksel aktivitesi sınırlananlarda, sağlık durumunu kötü olarak algılayan bireylerde, azınlıklarda, mültecilerde, göçmenlerde, ülkede farklı anadili konuşulanda ve kronik sağlık problemleri olanlarda daha düşük olduğu çalışmalarda saptanmıştır (20,21).

Sağlığı geliştirilmesi ve sağlık sorumluluğu arasında güçlü bir bağ olduğunu gösteren kanıtlar var olup sağlık hizmetlerindeki hızlı gelişmeler bireylerin sağlıkla ilgili sorumluluklarını arttırdığı görülmüştür. Bu nedenle sağlık sorumluluğu kavramı sağlık hizmetlerinin kullanılmasını ve etkinliğini belirleyen bir başka faktördür (32).

### 2.1.5. Sağlık Okuryazarlığında Halk Sağlığının Yeri

Herhangi bir sağlık probleminin halk sağlığı sorunu sayılabilmesi için bazı kriterleri sağlaması gerekir. Bu kriterler;

- Sorunun toplumda önemli bir kitleyi, mortalite, morbidite, yaşam kalitesi, maliyet açısından etkilemesi ve bu durumun devam edecek olması
- Sorunun bireyleri benzer derecede etkilememesi, bazı risk grubundaki kişileri daha fazla etkilemesi
- Engellenebilir olması ve sorunla ilgili koruyucu taktikler geliştirilebilir olması
- Bu konuda yapılan engelleyici araştırmaların henüz yeterli düzeye ulaşmamış olmasıdır (33).

Literatürde sağlık okuryazarlığının toplumun önemli bir kısmını etkilediği, risk gruplarının daha fazla etkilendiği, önlenemez olması ve bu konuda bireylerin, sağlık personellerinin, yöneticilerin, politikacıların yapabilecekleri çalışmalar olduğu bilgisinden yola çıkarak sağlık okuryazarlığının önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu görüşüne varılabilir (33).

Nutbeam sağlık okuryazarlığını, temel (fonksiyonel), interaktif ve kritik (eleştirel) olmak üzere üç düzeyde ifade etmiştir. Temel sağlık bilgisi ve sağlık hizmetindeki sözlü, yazılı, görsel tüm mesajları anlama temel düzeydeki, sağlığı koruyucu aktivitelerin benimsenmesi ve sosyal destek arama interaktif düzeydeki, kendisinin ve toplumun sağlığını etkileyen riskleri ve sağlık problemlerini tanımlama, inceleme, politika geliştirme süreçlerine katılım ile medyadaki sağlık haberlerini yorumlama ise kritik (eleştirel) düzeydeki sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Her üç düzey sağlık okuryazarlığı da halk sağlığı ile yakından ilişkilidir. İlk ikisi toplumu oluşturan kişilerin ve dolaylı olarak da toplumun sağlığı ile ilgili olup, üçüncü düzey sağlık okuryazarlığı ise toplum sağlığı için var olan risklerin belirlenmesi ve politika geliştirme süreçlerini içermesinden dolayı toplum sağlığı çıktılarıyla tam olarak örtüşmektedir (19).

Toplum sağlığını ve sağlık okuryazarlığı geliştirmek için sağlık geliştirilmelidir. Sağlık okuryazarlığı en başta bireylerin okuryazarlık düzeyi ile ilişkili olduğu bilinen bir gerçektir. Dünya geneline bakıldığında okuryazarlık hala istenen düzeyde değildir. Bu sebeple sağlık okuryazarlığı da paralel olarak düşük seviyededir ve halk sağlığı açısından çok önemli olan bu durumun ihmal edildiği görüşü hakimdir.

Günümüzdeki sağlık bakış açısı bireysellikten uzaklaşmış, toplumsallığa yönelmiştir. Toplum sağlığının koruması ve yükseltilmesi için sağlığı iyileştirici

çalışmalara önem verilmiştir. Kişiler buldukları ortamın sağlık davranışlarının etkisinde kalmaktadır. Tütün kullanımı, aşırı ve ayaküstü beslenme gibi sağlık açısından riskli davranışlar toplumda sağlığı olumsuz olarak etkileyen faktörlerdir. Sağlık için zararlı bu davranışlar sadece bireyi değil toplumun sağlık düzeyini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi halk sağlığı açısından önemlidir (5).

Sağlığın desteklenmesi ve iyileştirilmesi için halk sağlığı alanının yapabilecekleri, yaşam şekli üzerindeki toplumsal ve çevresel etkileri yeniden belirlemek ve bu konuları ele alan bir yaklaşımı benimsemektir (31).

### **2.1.6. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları**

Ülkemizde sağlık okuryazarlığıyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olan kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerine daha az başvurdukları, hastalık döneminde sağlık hizmeti bulma alışkanlıklarında gecikmeler olduğu grlmştir. Tüm bu araştırmaların sonuçlarına bakıldığında düşük düzeyde sağlık okuryazarlığının;

- Genel sağlık düzeyinde düşüklük,
- Koruyucu halk sağlığı hizmetlerine katılımın düşük olması,
- Hastalık dönemde sağlık hizmeti bulma davranışında gecikmeye,
- Bireyin sağlık durumunun kötüye gittiğinin geç fark edilmesine,
- Tıbbi neri ve talimatları dikkate almamaya,
- Tıbbi ve ilaç hatalarında yüksekliğe,
- Hastanede yatma sıklık ve kalma sürelerinin uzamasına,
- Maliyeti yüksek olan acil servis gibi hizmetlerden yararlanma oranlarında artışa,
- z bakım yetersizliğine,
- Sağlık harcamalarında artışa ve
- Morbidite ve mortalite oranlarının artmasına sebep olduğunu ifade etmek mümkündür (34-36).

Sağlık okuryazarlığının düşük olması uzun dönemde, yaşamı kısıtlayan, daha riskli sağlık sorunlarını getiren ve ilaç yönetimi konusunda daha başarısız olduğu ve yaşlı gruplarda daha erken mortaliteye yol açmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi

yetersiz olan bireylerin sağlık d#zeylerinin d#ř#k olduğunu ilettikleri ve daha olumsuz yaşam biçimi tercihlerinin olduğu gözlemlenmiştir (31).

ABD ve İsviçre’de toplam sağlık harcamalarında d#ř#k sağlık okuryazarlığının getirdiği maliyet %3-5’tir (1). Sağlık okuryazarlığı d#zeyi sınırlı olan bireylerin yıllık ortalama sağlık maliyeti y#k#n#n genel n#fusun d#rt katından daha fazla olduğu belirtilmektedir (5). 2007 yılında yapılan bir araştırmada astımlı çocuğa sahip yetersiz sağlık okuryazarlık d#zeyine sahip ailelerin daha sık hastanelere, #zellikle de acil servislere başvurdukları g#r#lm#řt#r. Başka bir çalışmada ise sağlık okuryazarlığı d#zeyinin d#ř#k olduğu anneler bebeklerinin #zellikle sıvı ilaçlarını hazırlarken dozajlarını ayarlama da daha fazla sorun yaşadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar irdelendiğinde sağlık okuryazarlığı d#zeyinin d#ř#k olması hem bireyler için hem de #lkeler için ciddi sorunlara neden olmaktadır (1).

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olmak, sağlık hizmeti kullanımı, sağlık ıktıları ve sağlık maliyetleri #zerinde etkisi olmakla beraber sağlık davranışlarını da etkilemektedir (5). Yetersiz sağlık okuryazarlığı, sağlığı geliştirilmesi ve hastalıkları erken tanısında kilit rol oynayan koruyucu sağlık hizmetlerine daha az katılıma, tedavi edici sağlık hizmetlerin daha fazla kullanımına, yanlış ve eksik sağlık bilgisine, sağlık hizmetlerine erişimde sorunlara, hastalanma riskinin artmasına, hastaneye yatış riskinin artmasına, sağlık bakım maliyetlerinin y#kselmesine, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine, işg#c# kayıplarına, iletişimsizliğe, sağlık şiddete y#nelimin artmasına ve sağlık personelinde motivasyon kayıpları gibi durumlara yol açmaktadır. Bunlara ilave olarak daha riskli sağlık davranışlarına, iş kazalarının artmasına, kronik hastalık kontrol#nde problemlere, ilaç tedavisinde uyumsuzluğa da neden olmaktadır (19).

Bireyin sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, doktorun verdiği ilaçlar hakkında bilgisinin olmaması, yanlış inanışlar, beklentilerin farklı olması, başlanan ilacın bitirilmemesi, doktora kendi istediği ilacı yazması konusunda ısrar edilmesi gibi yanlış davranışlara neden olmaktadır. #rneğin; astımlı olan bir hastanın verilen akılcı bir şekilde kullanmaması, hem tedavide başarısızlığa hem de bu sebeple doktorun iş y#k#n#n artmasına sebep olmaktadır (5).

Tıbbi bilgilerin karmaşıklığı #zellikle hasta - sağlık personeli iletişimini olumsuz y#nde etkilemekte olup aynı zamanda s#z konusu durum hastanın #zg#veninin azalmasına yol açan #nemli bir fakt#rd#r. D#ř#k sağlık okuryazarlığı d#zeyindeki bireyler, utangaçlık, korku, kendini ifade etmekte zorluk gibi bazı duyguların etkisinde kalarak gerçekte olan bilişsel kapasitelerini g#steremezler. Bunun neticesinde bireyler,

eksik kalan bu bilgilere aile, eş-dost, medya kanalları gibi yollardan tamamlamaya çalışmaktadır. Bu şekilde edinilen bilgiler, eksik veya yanlış anlaşılma ihtimali yüksek olup, ölüm de dahil olmak üzere istenmeyen durumlara neden olabilmektedir (5,23).

2005 yılında yapılan bir çalışmada sağlık profesyonellerinden yardım istemek, sağlık hizmeti alırken gelirken yanında bilgili birini bulundurmamak, doktor randevularının unutulması, bir takım bahaneler uydurma (Gözlüklerimi unuttum vb.), ilaç kullanımında yanlış uygulama, önerilen müdahaleleri uygulamama karar vermeyi geciktirme, başkalarını takip etme gibi davranışları, bireyin sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğunu gösteren davranışlar olarak açıklamaktadır (21).

### **2.1.7. Sağlık Okuryazarlığını İyileştirmeye Yönelik Yaklaşımlar**

Amerikan Tıp Enstitüsü, toplumda sağlık okuryazarlığındaki gelişmeler için kültür, sağlık sistemi ve eğitim sistemi olarak üç ana gelişme noktası tanımlamaktadır (37).

Nutbeam'e göre herhangi bir toplumda sağlık okuryazarlığını iyileştirme yaklaşımları, sağlık bilgilerinin ulaştırılmasından çok daha fazlasını içermelidir. Bu açıdan toplum tabanlı eğitimler, kişilerin bilgi düzeyini, motivasyonunu ve özgüvenini artırmaya yardımcı olur. Ayrıca bu konuyla ilgili politik faaliyetlerin artırılması ve sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine dikkat çekilmesi toplumsal ve bireysel olarak sağlıkla ilgili karar verme yetisinin geliştirilmesi önemlidir (33).

Sağlıkla ilgili bazı bazı kaynaklarda yer alan bilgiler her zaman doğruyu göstermemektedir. Bu konuda farkındalık oluşturabilmenin yolu sağlık okuryazarlığı düzeyini yükselterek bilinçlenmekten geçmektedir. Hastalarla doğru iletişim kurmak, özellikle sağlık düşük düzeyde olan sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesinde kilit bir unsurdur. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının çalışanların iletişim becerilerini geliştirmeleri yararlı olacaktır. Yani hedef kitlenin sadece yetersiz okuryazarlık düzeyine sahip bireylerden oluşmaması, aynı zamanda sağlıkla yakından ilişkili olan bütün kesimleri de içermelidir (23).

Sağlık okuryazarlığı alanındaki çalışma örneklerine cumhuriyetin ilk dönemlerinden beri rastlanmaktadır. Bu konuda getirilen yasal düzenlemelerin etkisi ve medya araçlarının giderek daha çeşitlendiği ve etkinliklerin arttığı bu süreçte, özellikle son on yıl içinde sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalarda artış görülmektedir (38). Türkiye'de konu ile ilgili ihtiyacın farkına varılmasında etkili olan mevzuat düzenlemeleri şu şekilde sıralanabilir; radyo ve televizyon kuruluşlarına yönelik olarak

geliştirilen yasal düzenlemeler, tütünle mücadele konusunda hazırlanan ama sağlık okuryazarlığı açısından önemli sonuçlar gösteren yasal düzenlemeler ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında değişimi getiren yasal düzenlemelerdir (38,39).

Sağlık okuryazarlığı sadece sağlık sektörünün konusu değildir. Yani, istisnasız her ülkenin, devlet ya da özel sektör ayrımı olmaksızın her işletmenin sağlık okuryazarlığıyla alakalı önemli payları vardır. Farklı sektörlerin işbirliği ile sağlık okuryazarlığını iyileştirmeye yönelik atılacak adımlar kısa vadede; ihtiyaçların, eksikliklerin belirlenerek sağlık okuryazarlığı ile ilişkili politikaların oluşturulması, yerel yönetimlerde destekleyici etkinliklerin oluşturulması, özel ve devlet okullarında modül eğitim paketlerinin getirilmesi, farklı sektörlerle yönelik eğitimlerin yapılması; orta vadede ise politikacıların sağlık okuryazarlığı konusunda bilinçlerinin artırılması, toplum sağlığını geliştirmede sağlık okuryazarlığının etkisinin görünürlüğünün artırılması, devlet, toplum ve profesyonellerde sağlık okuryazarlığı bilgi, beceri ve yetkinliklerinin geliştirilmesi, kamuya açık sağlık okuryazarlığı kaynaklarının oluşturulması ve sağlık okuryazarlığı politikaları ile toplumda gelişmiş sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlanmasıdır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasının uzun vadede getirdikleri ise; kronik hastalıkların ve yaralanmaların görülme hızında azalma, sağlık ve yaşam kalitesinin gelişmesi, önlenebilir hastalıkların, sakatlık ve ölümlerin getirdiği sağlık bakım maliyetlerinin giderek azalmasıdır (40).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasının getireceği faydalara politika belirleyiciler de dâhil, herkesin inanması gerekir. Bunun sağlanması için halk sağlıkçılara karar vericileri ikna etmek gibi önemli görevler düşmektedir. Her şeyin başının sağlık olarak kabul edildiği için sağlık okuryazarlığı düzeyini artırılabilmesi konusunda toplumsal seferberlik başlatılmalıdır (41). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin iyileştirmenin temel yolu eğitimidir. DSÖ toplumlarda sağlık okuryazarlığı bilincinin geliştirilmesi için şu yaklaşımları belirlemiştir:

1. Sağlık okuryazarlığı eğitimine olabildiğince erken yaşlarda başlanmalıdır.
2. Sağlık geliştirilmesi konusu ile ilgili okullarda eğitim verilmeli, müfredata eklenmelidir ve eğitim programında sağlığın belirleyicilerinden olan bireysel ve çevresel faktörler konusunda durulmalıdır.
3. Yetişkin eğitiminde uygun bir iletişim yöntemleri kullanılmalı ve anlaşılır bir dil kullanmaya özen gösterilmelidir. Bu konuda eğitilmiş yetişkinlerin olması özellikle çocuklar açısından olumlu katkı yapacaktır.

4. Bireylerin özellikleri ve kapasiteleri göz önünde bulundurularak çok yönlü programların düzenlenmesi gerekir. Eğitim grupları belirlenirken ilgileri, eğitim düzeyleri ve anlama kapasiteleri birbirine yakın bireylerden oluşmasına özen gösterilmelidir.
5. Katılımcılarda eğitimde aktif olmalı ve aktif rol üstlenmelidir.
6. Sağlığın geliştirilmesi adına yeni eğitim metotları bağlamında yeni yöntemler geliştirilip uygulanmalıdır (41).

### **2.1.8. Sağlık Okuryazarlığında Bilgiye Erişim Kaynakları**

Sağlık bilgisi arama davranışı (SBAD), *“bireylerin hastalık veya genel sağlık durumları hakkında bilinçli bir şekilde öğrenmek istedikleri bilgileri kazanma sürecidir.”* Sağlık bilgisi, koruyucu hizmetler, tedavi yöntemleri ve ilaçlarla ilgili bilgilerdir. *“Bireyler bu bilgileri formal (sağlık personelleri, eczacılar, danışma hatları ve sağlıkla ilgili kurslar) ve informal (radyo, tv, gazete ve dergiler, kitap, internet, sosyal medya, çeşitli hasta grupları, aile veya arkadaşlar, geleneksel tıp yöntemleri ve bazı mobil sağlık uygulamaları) kaynaklar aracılığıyla kazanmaktadır (42).”*

SBAD ile sadece bireylere destek verici bilgi sağlanmaz, aynı zamanda kişilerin sağlık durumlarıyla ilgili kuşkularının azaltılması ve daha kolay başa çıkılması, duygusal destek sağlanır. Ayrıca, kişinin kendi sağlığı ile ilgili farkındalığını geliştirir, farkındalık arttıkça bir döngü şeklinde birey daha fazla sağlık bilgisine ulaşma çabası içine girer (43). Günümüzde gelişen teknoloji sağlık uygulamalarını değiştirmenin yanında yeni bir sağlık anlayışı oluşmasının önünü açmıştır. Bu kapsamda sağlık boyutu sağlık personelinin tekelden uzaklaşarak bireysellikten çok toplumsallaşmıştır. Bu da sağlık bilgisinin önemini artmasını sağlamıştır. Formal ve informal kaynaklar aracılığıyla ulaşılan sağlık bilgileri devamlı çoğalarak topluma yayılmaktadır. Herhangi bir sağlık profesyoneline başvurmadan ve danışmadan bilinçsizce uygulanan bu bilgiler yayıldıkça ve çoğaldıkça geri dönüşümü olmayan hasarlara neden olmaktadır. Bu açıdan bireylerin sağlık bilgilerine hangi kaynaktan ulaştığı, ne kadar güvenilir olduğu, bu bilgiler sonucunda nasıl etki ettiği gibi soruların cevaplanması gerekmektedir (42).

Başta internet olmak üzere çağdaş medyanın sağladığı bilgiye erişebilme kolaylığı, başta hastalar olmak üzere tüm bireylerin sağlıklarını geliştirmede etkin olma imkanı sağlamıştır (44).

Yeni medya ve sosyal medyadaki bilgilerin hızlı şekilde hedef kitlelere ulaşabilme gücü büyük bir avantaj sağlarken, bu avantaj yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip kişiler için risk oluşturmaktadır (45).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak için bilgiye ulaşmanın kolay olması ve bilginin doğru şekilde kullanılması çok önemlidir. Çoğu kişi sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olduğundan dolayı doğru bilgiye ulaşmakta zorlanmaktadır. Günümüzde sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmek için farklı kaynaklardan yararlanılmaktadır. Sağlık ile ilgili ders kitapları en güvenilir bilgi kaynağı olarak görülse de, herkesin bu kitaplara ulaşip satın alması, bu kitaplardaki bilgileri anlayıp yorumlaması mümkün değildir. Bundan dolayı herkesin anlayabileceği seviyede Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan veya onaylanan kaynaklar okutularak bireyler bilgilendirilebilir (5). Sağlık hizmetinin ya da tedavinin kalitesi ve güvenilirliği ile ilgili analiz, ilaç doz takibi, tahlil sonuçları ve doğru ve güvenilir sağlık bilgisine ulaşma, bireyin sağlık okuryazarlığı ile doğrudan alakalıdır. Bireyin görsel olarak dikkatini çekebilecek grafik, resim ve benzerlerini anlama; bilgisayar kullanımı; bununla birlikte bilgiyi uygulama, sayı hesaplama veya sayısal sonuç çıkarabilme becerilerinin, hasta ve yakınlarının sağlık bilgilerine ulaşmasını ve verilen tedaviyi anlayıp uygulamasını kolaylaştırmaktadır (45).

Sağlık okuryazarlığında bilgiye erişimde yaygın kullanılan bir diğer yol internettir. Profesyonel olsunlar ya da olmasınlar insanlar genel olarak hastalıklarla ilgili bilgi toplamak için interneti kullanmaktadırlar. Teknolojinin bu şekilde kullanımı neticesinde sağlığın geliştirilebileceği ve hastaların bilgi birikiminin daha da güçlenebileceği belirtilmektedir. İnternet aracılığıyla sağlık bilgisi tarama, sağlık iletişimi içinde önemli bir rol üstlenmekte ve aynı zamanda kendi kendine bakım, stresle başa çıkma ve tedaviyi devam ettirme açısından da motivasyon sağlamaktadır (46).

İnternet üzerinde sağlık bilgisini araştırırken ziyaret edilen web sitesinin güvenilir ve güncel olduğundan emin olunması gerekmektedir. Doğru sağlık bilgisine “.gov.tr” uzantılı devlet kurumlarının sitelerinden, “.edu.tr” uzantılı üniversitelerin sayfalarından, “.org.tr” uzantılı bilimsel cemiyetlerden, tabip odaları ve sivil toplum örgütlerinin sitelerinden, tıp veya bilim dergilerinin sitelerinden ulaşılabilmektedir. Sağlık alanında geniş kapsamlı bilimsel literatür taraması yapmak için “Google Akademik” arama motoru kullanılabilir. İnternette edinilen bilgide tek bir kaynaktan faydalanmak, konunun tamamını içermeyebileceği için doğru değildir (5).

Kitle iletişim araçlarından bir diğeri televizyon programları olup, son zamanlarda bireylere sağlıkla ilgili bilgiyi doğrudan ulaştırmayı amaçlamış durumdadır. Ayrıca sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme açısından son yıllarda önemli yer tutan sosyal medya ile birlikte Facebook ve Twitter gibi sosyal ağlar sağlıkla ilgili bilgiyi büyük kitlelere aktarma ve bireylerin sağlık konularıyla ilgili bilgi düzeylerini belirleme şansını



sunmaktadır (5). Medyada yer alan bilginin özelliklede sağlıkla ilgili ise güvenilirliği açısından kaynağın yazılması çok önemlidir. Bu kitle iletişim araçları vasıtasıyla asıl amaçlarının sağlıkla ilgili bir ürünün veya tedavi yönteminin reklamını yapmak olan bazı sayfalar sağlık bilgisi veriyormuş gibi bir izlenim yaratmaktadırlar. Amacı reklam olan bu kişiler veya sayfalar genellikle hizmetlerinin veya ürünlerinin olumlu yönlerini ön plana çıkarıp, olumsuz yönlerini gizleyebilmektedirler. Burada reklam yapan kişiler hizmetlerinin olumlu özelliklerini ön plana çıkararak, olumsuz yanlarını gizleme eğilimi içinde olma, gerçek bilgi ile yanlış bilgi ayırt edilememektedir. (23).

Medyada sağlık ile ilgili bilgiler bazen basite indirgenerek verilmekte olup, ciddi hastalık veya sağlık sorunları hakkında yeterli bilgi aldığını düşünen hastaların, sağlık hizmeti almak için başvuruda bulunmadığı veya mevcut sorunlarını küçümsediği, görmezden geldiği gibi sorunlarla da karşılaşmaktadır (45).

### **2.1.9. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi**

Sağlık okuryazarlığı sadece kişisel bakılması gereken bir kavram olmayıp, toplumun bütününde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması istenen bir durumdur. Bir ülke değerlendirilirken toplumun yüzde kaçının sağlık okuryazar düzeyinde olduğuna veya bu konuda hangi düzeyde bilgiye sahip olduğuna bakılmaktadır (41). Literatüre bakıldığında sağlık okuryazarlığının ölçülmesinde birçok aracın kullanıldığı görülmektedir.

*“Bu araçlar, sağlık okuryazarlığının farklı yönlerini farklı yöntemler ile değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu ölçüm araçlarının ilk çıkış noktası, sözcük okuma ve telaffuz yeterliliğini değerlendirme şeklinde olmuştur. Sonrasında sayısal verileri kullanabilme ve anlama eklenmiş; hizmet sürecine daha bütünsel yaklaşılmıştır. Son dönem ölçüm araçları ise, sağlık okuryazarlığının daha iyi anlaşılması, bileşenlerinin kavramsal bir çerçeveye oturulması sonrasında her bileşenin ve bütünüün değerlendirilmesi yönünde geliştirilmiştir (47).”*

Tıbbi terimlerin okunması üzerinden değerlendirmenin yapıldığı ilk örnek, Davis ve ark. tarafından 1991 yılında geliştirilen “*Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM)*” testidir. REALM temel alınarak geliştirilmiş ölçekler, benzer bir içerik ve uygulama tarzından oluşmaktadır. Bunlardan en çok kullanılan ikisi şunlardır: “*REALM-S: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Kısa Formu (Shortened REALM)* ve *REALM-R: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının*

*Hızlı Tahmini Düzeltilmiş Formu (REALM-Revised).*” Sağlık Okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan bir önemli grup test ise, Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA) öncüsüdür. Bu test grubunda, okuma ve telaffuz ek olarak sayısal yeterlilik, okuduğunu anlama da değerlendirilmektedir. Bu gruba dahil edilebilecek bir diğer test de “*En Yeni Hayati İşaret Testi (New Vital Sign Test)*”dir.” Gerçek yaşama dayanan bir örnek üzerinde, okuma, anlama ve hesap yapabilmeyi ölçmektedir (48,49).

Sağlık okuryazarlığı değerlendirilmesinde son yaklaşım olarak sağlık okuryazarlığının bir kavramsal çerçeve tanımıyla değerlendirilmesi önemli bulunmuştur. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyunu bu süreci başlatmıştır. “*HLS-EU-Q47: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 47 (European Health Literacy Survey-Questionnaire 47), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyunu tarafından, on beş yaş üzeri okuryazar olan kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geliştirilmiştir (50).*”

Literatür araştırmaları sonucu “*Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU)*”, Türkçe’ye uyarlanmış olup, geçerlilik ve güvenilirliği, metodolojik araştırma yöntemi ile değerlendirilerek, ilk çalışmanın ana çıktısı “*Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçeye Uyarlaması (ASOY-TR)*” olmuştur. Abacıgil ve ark. tarafından 2016 yılında bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Sonrasında, söz konusu ölçeğin yeterli ve yetersiz olduğu alanların üzerinde durulup, ülkemize uygun bir ölçme aracının geliştirilmesi çalışmaları başlamıştır. İkinci çalışmada ise “*TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32)*” çıktı olarak oluşturulmuştur. Okyay ve ark. tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir (51).

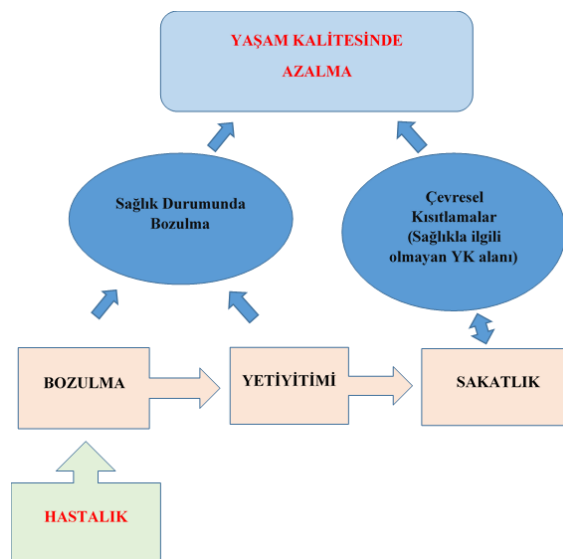
Bunlar dışında, uygulaması kolay tarama soruları ile sağlık okuryazarlığının ölçülmesi çalışmaları da vardır. Buna örnek olarak Morris ve ark. tarafından 2006 yılında geliştirilen “*SILS: Tek maddelik sağlık okuryazarlığı taraması (Single Item Literacy Screen)*” ölçeği kişilerin basılı materyalde okuma becerisini değerlendirmek için oluşturulmuştur. Bu tarz ölçekler kısa olduğu için özellikle klinikte kullanışlılardır; kısa sürede uygulanabilirler. Kişinin acil ihtiyacını ölçmelerine rağmen çok sınırlı bilgi verirler. Günümüzde farklı hasta gruplarına özel geliştirilen sağlık okuryazarlığı ölçekleri de yaygınlaşarak kullanılmaya başlanmıştır. Diyabet Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirme Ölçeği (Literacy Assessment for Diabetes-LAD) hastalığa özgü sağlık okuryazarlığı ölçme araçlarına örnek verilebilir. Sağlık ile bilginin dijital dünyadaki değişen yapısından dolayı e-sağlık okuryazarlığının ölçülmesi gündeme gelmiştir. Bu tip

ölçeklere örnek olarak, E-HEALS: the eHealth literacy scale (e-sağlık okuryazarlık ölçeği) verilebilir. Geleneksel okuryazarlık ve sağlıkla ilgili okuryazarlığı, bilgisayarda birleştirerek değerlendiren bir ölçektir (47).

## 2.2. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, eski çağlardan beri düşünce ve davranışlarımızı etkileyen bir kavram olarak süregelmiş olup, yaşamın anlamı, mutluluk, bireyin kendini hissetmesi gibi bir çok evrensel değerler çerçevesinde ele alınıp tartışılmıştır. Platon ve Aristo gibi temelleri ‘mutlu bir yaşam’ kavramını irdelemeye dayanan filozoflar, eserlerinde yaşam kalitesi olgusunu tartışmış olmaları, bu olgunun antik dönemden bu yana devam ettiğini ortaya koymaktadır.(52).”

Sağlık camiasında benimsenmiş Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık tanımı günümüzde yetersiz kaldığı iddia edilmeye başlanmıştır. Yaşam kalitesi (YK), 1973 yılından beri birçok klinik araştırmada çalışmanın ana bulgusu olarak kullanılmıştır. Sağlığın bedensel ve ruhsal yönleri sağlık bilimleri alanlarında az çok bilinmektedir, fakat sağlık kavramının tanımındaki “tam iyilik hali” nin özellikle “sosyal yönden tam iyilik hali” nin hali hazırdaki ölçeklerle tanımlamanın pek mümkün olmadığı görülmüştür. Bundan dolayı, insanoğlunun hayatının niteliği (kalitesi) üzerinde yeniden düşünölmeye başlanmıştır. Sonuçta hem sağlıkçılar, hem de sosyal bilimciler yaşamın niteliği(kalitesi), kavramını oluşturmaya başlamışlardır (53). Bu adımlardan en önemlisi DSÖ tarafından geliştirilen hastalık ve yaşam kalitesi arasındaki etkileşimi gösteren model aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (Şekil 2.3) (54).



Şekil 2.3. Hastalık ve yaşam kalitesi arasındaki etkileşimi gösteren DSÖ modeli (55)

Yaşam kalitesi tanımı çok boyutlu olduğu, zamanla farklılık gösterebileceği, kişilerin beklenti ve yaşam şekliyle ilişkili görüldüğü için tarafsız olarak ölçülememektedir (8). Yaşam kalitesinin tek bir tanımı bulunmasa da farklı tanımlarının olması bu kavramın farklı özellikleri hakkında bilgi edinme şansı yaratmıştır Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu (WHOQOL)'nun tanımına göre ise yaşam kalitesi “yaşanılan kültür ve değer sistemi içerisinde bireyin amaç, beklenti, standart ve ilgileri doğrultusunda hayattaki konumunu algılamasıdır (55).”

Yaşam kalitesi bireysel ve toplumsal boyut olmak üzere iki şekilde ele alınmaktadır. Bireysel yaşam kalitesi boyutu; sağlıklı yaşam, sosyallik, kaliteli zaman, iş doyumunu, yüksek gelir gibi göstergelerle ön plandayken, toplumsal yaşam kalitesi boyutunda ise sosyal çevre, çevre sağlığı, kaynakların yeterliliği ve toplumsal barış gibi göstergeler ele alınır (56).

Dünya Sağlık Örgütü ise yaşam kalitesini bireyin fiziksel sağlığının, psikolojik durumunun, bağımsızlık seviyesinin, sosyal ilişkilerinin ve kişisel inançlarının bir araya geldiğini öne sürmekte ve yaşam kalitesi olgusunun kültürel, sosyal ve çevresel kavramlarla bütünleşmiş öznel/nitel bir değerlendirme olarak tanımlamaktadır (6). DSÖ'ye göre yaşam kalitesi değerlendirme boyutlarının kapsamı Tablo 2.3'te sunulmuştur.

**Tablo 2.3.** Yaşam kalitesinin değerlendirme boyutlarının kapsamı (kaynaktan değiştirilmeden alınmıştır) (6)

<b>Fiziksel sağlık</b>	<i>“Enerji, yorgunluk, ağrı, rahatsızlık, uyku ve dinlenme bileşenleri”</i>
<b>Psikolojik durum</b>	<i>“Vücut görüntüsü ve görünüşü, olumlu ve olumsuz duygular, özsaygı, düşünme, öğrenme, hafıza ve konsantrasyon”</i>
<b>Bağımsızlık seviyesi</b>	<i>“Hareket edebilme, günlük yaşam aktiviteleri, tıbbi maddelere ve tedaviye bağımlılık düzeyi, çalışma kapasitesi”</i>
<b>Sosyal ilişkiler</b>	<i>“Kişisel ilişkiler, sosyal destek ve cinsel aktivite”</i>
<b>Çevresel ilişkiler</b>	<i>“Finansal kaynaklar, özgürlük, fiziksel emniyet ve güvenlik, sağlık ve sosyal bakıma erişilebilirlik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceriler kazanma fırsatları, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim)”</i>
<b>Kişisel inançlar</b>	<i>“Din ve maneviyat”</i>

Yaşam kalitesi sağlık kavramını içermekte olup, yalnız bu kavramla ifade edilmemektedir. Yaşam kalitesinin sağlığa özel şekli olan “Sağlıkla İlintili Yaşam

*Kalitesi-SYK” tanımı fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda kişinin tecrübelerini, inançlarını, beklentilerini ve algılamalarından etkilenen sağlık algılarını kapsamaktadır (53).”*

### **2.2.1. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi**

Yaşamın sadece sağlık olarak değil, daha geniş çapta özgürlük, gelir, sosyal destek gibi değer verilen yönleri vardır. Düşük ekonomik düzey, özgürlüğün kısıtlanması ve sosyal desteğin zayıf olması sağlık ile ilişkilidir. Birey sağlık sorunlarıyla ve yaşam kalitesiyle mücadele ederken, bu tür yanlarını göz ardı etme eğiliminde olur ve doğrudan kendi fonksiyonel kapasitesine odaklanmaktadır. Bu sebeple sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır (57).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, temelde bireyin sağlık durumu ile beliren, klinik uygulamalardan etkilenebilen temel yaşam kalitesinin bir parçasıdır. Bireyin, sağlık sorunları ve tedavisi ile ilgili fonksiyonel sonuçlarını nasıl algıladığı ile ilgilidir. Bireysel olarak değerlendirildiğinde, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı, fiziki ve zihinsel sağlık algılarını ve bu bakış açısının getirdiği sağlık riskleri ve koşullarını, fonksiyonel gelişimini, sosyal desteğini ve gelir durumunu da kapsayacak biçimde incelenmelidir. Toplum açısından ise kaynaklardan, toplumsal koşullardan, politikarlardan ve bir halkın sağlık algılarından ve işlevsel durumu üzerinde etkili müdahalelerden oluşmaktadır (6).

Bazı otoriteler yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramlarını farklı olarak ele alınması gerektiğini savunurken; öte yandan diğer bir görüşe göre ise yaşam kalitesinin tüm bileşenlerinin aslında sağlıkta yaşam kalitesinin de birer belirleyicisi olduğunu ve bu iki kavramın birbirinden ayırmanın olanaksız olduğu söylenmektedir. Örnek verilecek olursa ekonomik durum, sosyal imkanlar, politik ortam, bireyin içinde bulunduğu çevresel durumlar ve bireysel inançlar gibi kavramların sadece genel yaşam kalitesinin kapsamında değerlendirilmesinin doğru olmadığı; bunların aslında aynı zamanda sağlık sorunlarının altında yatan temel faktör olduğu ve bu iki kavramın ayrı olarak düşünülmesi kişiyi yanılgıya düşüren bir durum olduğu belirtilmektedir (58).



**Şekil 2.4.** Sağlıkla ilintili yaşam kalitesi ile genel yaşam kalitesi ilişkisi (8)

Sağlıkla ilintili yaşam kalitesi ölçütleri, sağlık ile ilgili yayınlarda, herhangi bir tedavi etkinliğinin incelendiği ve aynı zamanda ekonomik yorumlama araştırmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Günümüzde Tıp ve sağlık hizmetlerinin son hızla geliştiği, artık sadece hastalıkların yok edilmesi değil, bireylerin yaşam kalitelerinin artırılarak sağlığı geliştirmek de hedefler arasındadır. Bundan dolayı bireylerin iyilik hallerini ve yaşam kalitelerini ölçebilmek için geliştirilen ölçek ve yapılan araştırmalarda artışlar görülmektedir (8).

### 2.2.2. Yaşam Kalitesi Göstergeleri

Yaşam kalitesi ile ilgili kavram açıklamaları genellikle “*kişinin yaşamı ile ilgili subjektif algısı*” çevresinde toplansa da, yaşam kalitesini objektif ve subjektif olarak iki yönden incelemek gerekmektedir. Yaşam kalitesiyle ilgili objektif göstergelere bakıldığında; maddi durum, eğitim seviyesi, meslek, sağlıkla ilgili durumlar, yaşanan konutun fiziki durumu gibi iken; subjektif göstergeler ise bireyin sahip olduğu ya da olmadığı bu imkânlardan duyduğu tatmin/doyumdur. Bazı araştırmacılar objektif göstergelerin, bazı araştırmacılar ise subjektif göstergelerin daha önemli olduğunu vurgulasa bile aslında objektif veya subjektif göstergeler için kullanılan evrensel bir standart veya sistemin olmadığı belirtilmektedir. Yaşam kalitesi göstergelerini yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal destek alma durumu, yaşanan konutun özellikleri, gelir durumu, sağlık, eğitim, çalışma yaşamı, boş zamanlarda yapılan aktiviteler olarak alt boyutlarına sınıflandırmak mümkündür (59).

Yaşam kalitesi kavramı, sağlığı geliştirme yaklaşımlarının ön plana çıkmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinde önemli bir konuma gelmiştir. Fakat sağlığı geliştirmede önem isteyen bir unsur haline gelen sağlıklı yaşam biçimi davranışları örneğinde olduğu

gibi sosyoekonomik durumla yaşam kalitesinin de yakın ilişkisi olduğu söylenebilir. Bu bağlamda, özellikle sosyo-ekonomik eşitsizliklerin yaşam kalitesinin artırılmasında tek başına engelleyici bir faktör olduğu görülmektedir (60).

### 2.2.3. Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Yaşam kalitesi ölçütleri, genellikle hasta perspektifinden yaşanan sağlık probleminde tedavi alıp almadığının; tedavi aldıysa etkinliğinin saptanmasında ve bireyin bu süreçte bedensel ve psiko-sosyal ihtiyaçlarının saptanmasında yardımcı olur.

Yaşam kalitesi ölçeklerine bakıldığında, bedensel, psikolojik, sosyal ve iş yaşamıyla alakalı temel ölçütleri bulunmaktadır (Tablo 2.4). Tablo 2.4'te gösterildiği gibi; Fiziksel ölçütler; günlük işleri yapabilme, ilaçları doğru kullanma ve tedaviye uyum, hareketlilik ve halsizlik, cinsel dürtüler, ağrıyı tanımlama, uyku ve dinlenme, çalışma kapasitesi gibi özellikleri içerirken, Psikolojik ölçütler; dış görünüş ve beden imgesi, olumsuz duygu-durumlar, maneviyat, öğrenme ve hafıza gibi kişilerin psikolojik niteliklere ilişkin bazı olguları, Sosyal ölçütler; kişilerarası ilişkiler, sosyal yaşama dair isteklilik ve cinsellik gibi özellikleri, İş ile ilgili ölçütler ise; parasal kaynaklar, ev ortamının nitelikli olması, dinlenme, boş zaman değerlendirmek gibi bir dizi aktiviteyi içermektedir (61).

**Tablo 2.4.** Yaşam kalitesinin temel ölçütleri ve doğan sonuçlar (62,63)

<b>Temel Ölçütler</b>	<b>Sonuç</b>
<b>Psikolojik</b>	Depresyon Hastalığa uyum sağlama Kuşkular
<b>Sosyal</b>	Bireysel ilişkiler Cinsel yaşam Sosyal istekler
<b>İşle ilgili</b>	Ücret Haz alma ve sürdürme Ev ile ilgili işlerle başa çıkma
<b>Fiziksel</b>	Ağrı, fiziksel aktivite, cinsel dürtüler

Yaşam kalitesinin incelendiği ilk araştırmalar 1973'te yapılmıştır. Sağlık durumunun araştırılmasında fiziki ve klinik müdahalelere ek olarak günlük aktiviteleri, kendiyile ilgilenebilme ve aktif çalışma hayatındaki durumu gibi sosyal faktörleri de değerlendiren ölçeklerden ilki 1947 yılında geliştirilen Karnofsky Performans Ölçeği

olarak bilinmektedir. Bu basit ölçeğin devamında, fonksiyonel gelişmişliği ve günlük yaşam aktivitelerini de değerlendirme imkanı sunan (örneğin Barthel indeksi) birçok ölçek bulunmaktadır. Ancak bu ilk ölçekler günümüzde kullanılan ölçekler ile karşılaştırıldığında sağlıklı olma durumuna bütünsel olarak bakmamaktadır. 1970’li yıllardaki “*Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) ya da Nottingham Sağlık Profili*”, günümüzde de yaygın şekilde kullanılan 1976 yılında tanımlanmış Görsel Analog Ölçeği (Visual Analogue Scale – VAS) gibi değerlendirme ölçütleri, sonraki yaşam kalitesi ölçeklerinin temelini oluşturmuştur. Yeni oluşturulan yaşam kalitesi ölçeklerinin benzer noktası, duygulanım, stresin boyutu, bireye dayatılan sosyal roller ve zihinsel işlevler gibi sağlığın subjektif belirleyicilerinin özellikle üzerinde durulması ve bunların fiziksel sağlığa olan etkilerinin ilişkilendirilmesidir (53).

Tıp ve sağlık hizmetlerinin sürekli geliştiği günümüzde, hastalıkların ortadan kaldırılmasıyla birlikte, bireylerin yaşam kalitelerinin de artırılması amaçlanmaktadır. Bu sebeple iyilik halinin ve yaşam kalitesinin belirlenebilmesi konusundaki çabalar günümüzde artmaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesi ve iyilik halinin ölçülebilmesi için çeşitli metodlar geliştirilmektedir (64,65).

DSÖ, 1980 yılında başlayan yaşam kalitesini ölçmek ve değerlendirme yapabilmek adına bir dizi araştırmalar yürütmektedir. Bu amaçla bireyin iyilik hali ile birlikte ve kültürel farklılıkları da değerlendirme imkanı sağlayan geniş içerikli “*Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’ ni (World Health Organisation Quality of life-WHOQOL)*” geliştirmiştir (8).

Yaşam kalitesi ve sağlık üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla geliştirilen ölçekler genel(jenerik) ve özel olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

*“Genel ölçekler; genel nüfusta kullanılan, çeşitli sağlık durumlarında ve hastalıklarda da kullanılacak, geniş çaplı ilgi alanlarını ölçen ölçeklerdir. Kısa Form-36 (Short Form-36, SF-36), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL), Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile), Nottingham Sağlık Ölçeği (Nottingham Health Profile) ve Euro QOL (EQ-5D) sık kullanılan jenerik ölçeklere örnektir. Özel ölçekler ise; belli bir popülasyona uygulanabilen, bireyin içinde bulunduğu belli bir duruma ya da hastalığa özel olarak kullanılmaktadır. Bu ölçeklere örnek olarak; yaşlılara özgü bir yaşam kalitesi ölçeği olan WHOQOL-OLD (World Health*



*Organization Quality of Life Assessment- OLD), ergenlere özgü olan KINDL (KINDer Lebensqualitätsfragebogen: Children Quality of Life- Questionnaire), hastalığa özgü olan Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (PAQLQ) ve Romatoid Artrit hastalarına özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale, QOL-RA) verilebilir (6,66).”*

Ülkemizde uluslararası düzeyde sıklıkla kullanılan bir dizi yaşam kalitesi ölçekleri Türkçeye çevrilip aynı zamanda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. 1999’da Koçyiğit ve arkadaşları tarafından SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Türkçeye uyarlanmış olup, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. DSÖ’nün geliştirdiği WHOQOL-BREF ölçeği de Türkçeye uyarlanmış olup geçerlilik ve güvenilirlik araştırmaları yapılmıştır (6).

Yaşam kalitesi ölçekleri bireylerde net bir şekilde ölçülmesi zor olan durumları da ölçmek için geliştirilmektedir. Söz konusu ölçekleri oluşturan ölçütler(alanlar) farklı olabilmekle birlikte genellikle puanlama yöntemi kullanılmakta olup; bu puanlardan oluşan genel puan ile hem bireyin içinde bulunduğu sağlık durumu, hem de tutum ve davranışları birlikte ölçülebilmektedir (67).

### **3. MATERYALVE METOT**

#### **3.1.Araştırmanın Türü, Yeri ve Zamanı**

Tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Mart 2019- Mayıs 2021 tarihleri arasında Bitlis Eren Üniversitesinde yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Bitlis Eren Üniversitesinde bulunan akademik personel oluşturmaktadır. 2018 yılı verilerine göre evren sayısı toplamda 436 akademik personel olarak belirlenmiştir. Akademik personelin %79.8'ine (348 kişi) ulaşılmıştır. Fakülte ve Yüksekokullardan alınan listedeki kişilerin 88'i (%20.2); yurtdışına akademik faaliyete gitmiş, ÖYP (Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı) ile üniversite dışında, emekliye ayrılmış ve/veya istifa etmiş, araştırmaya katılmayı kabul etmemiş olduğundan çalışma dışı kalmış ulaşılamamıştır.

#### **3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Verilerin anket yöntemi ile elde edilmiştir. Araştırmacının literatür incelemesi sonucunda oluşturulan 30 tanımlayıcı sorudan, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği WHOQOL-BREF-TR ölçeğinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunun örneği Ek 2'de gösterilmiştir.

##### **3.3.1. Anket Formu**

Anketin ilk bölümünde sosyo-demografik özellikler (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ünvan, fakülte/bölüm), sağlık alışkanlıklarına yönelik sorular (sigara içme, ilaç kullanımına uyum, egzersiz yapma ve yeterli ve dengeli beslenme gibi), mevcut sağlık durumu sorulmuştur. Boy ve ağırlık değerleri akademik personelin kendi ifadeleriyle elde edilmiştir. İkinci bölümde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği yer almaktadır.

##### **3.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği**

HLS-EU Konsorsiyumunun geliştirdiği Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Avrupa'da 8 ülkede (Almanya, İspanya, Hollanda, İtalya, Avusturya, Polonya, Yunanistan ve Bulgaristan) 15 yaş ve üzerindeki yaklaşık 8 bin katılımcıya uygulanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği ve iç tutarlılığı Cronbach's Alpha katsayısıyla değerlendirilerek

kanıtlanmıştır (68). Ölçek, “sağlıkla ilgili; sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi konularından oluşan üç, bilgi işleme süreci ile ilgili erişim, anlama, değerlendirme, uygulama konularından oluşan dört alan üzerinden sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeye yönelik 47 sorudan oluşan bir ankettir.” Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinin alt indeksleri ile ilgili ifade numaraları Tablo 3.1’de sunulmuştur.

**Tablo 3.1.** Sağlık okuryazarlığı ölçeği ifade numaraları (kaynaktan değiştirilmeden alınmıştır) (28)

<b>Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri</b>	<b>Bilgiye Erişim</b>	<b>Bilgiyi Anlama</b>	<b>Bilgiyi Değerlendirme</b>	<b>Bilgiyi Uygulama</b>	<b>TOPLAM</b>
<b>Sağlık Hizmeti</b>	1-4	5-8	9-12	13-16	1-16
<b>Hastalıktan Korunma</b>	17-20	21-23	24-48	29-31	17-31
<b>Sağlığın İyileştirilmesi</b>	32-36	37-40	41-43	44-47	32-47

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı anketinde, katılımcılar ölçekte belirtilen ifadeleri çok kolaydan çok zora olacak şekilde kendilerine göre ne kadar kolay veya zor olduğuna göre değerlendirerek cevaplamışlardır. Her bir soru sırayla çok kolay(1puan), kolay(2 puan), zor(3 puan), çok zor(4 puan) biçiminde puanlandırılmıştır. Cevap verilemeyen sorular için ‘bilmiyor’ seçeneği bulunmaktadır. Ölçeğin hesaplanan toplam puanın değerlendirilmesinde, minimum 0 puan, maksimum 50 puan alınarak sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilmektedir. Genel olarak ölçekten alınan puan değerlendirilirken:

- “(0-25) yetersiz sağlık okuryazarlığı,
- (>25-33) sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı,
- (>33-42) yeterli sağlık okuryazarlığı,
- (>42-50) mükemmel sağlık okuryazarlığını göstermektedir (69).”

### 3.3.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Dünya Sağlık Örgütü’nün geliştirdiği Eser ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeğidir (70).

“Dünya Sağlık Örgütü 100 sorudan oluşan WHOQOL–100 (uzun form) ve bu 100 sorudan seçilen toplam 26 sorudan oluşan ve 4 alanı kapsayan WHOQOL-BREF (kısa

form) ölçeklerini geliştirmiştir (WHOQOL Group 1994).” Bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alanları ölçeğin dört alt indeksidir. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (WHOQOL- BREF-TR) alt indekslerine göre ifade numaraları Tablo 3.2’de sunulmuştur. Likert tipi bir ölçek olup, kapalı uçlu cevaplardan oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik araştırmasında ölçeğe ulusal özellikte bir adet soru eklenerek WHOQOL-BREF-TR ölçeği 27 soruya çıkmıştır. Sorular cevaplanırken katılımcılardan son 15 güne dikkat ederek cevaplamaları istenmiştir.

**Tablo 3.2.** Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL- BREF-TR) Alt İndekslerine Göre İfade Numaraları (kaynaktan değiştirilmeden alınmıştır) (71)

Yaşam kalitesi WHOQOL- BREF-TR Alt İndeksleri	İfadeler
“Fiziksel Sağlık “	“3-4-10-15-16-17-18”
“Psikolojik”	“5-6-7-11-19-26”
“Sosyal İlişkiler”	“20-21-22”
“Ulusal Çevre”	“8-9-12-13-14-23-24-25-27”
“Genel Sağlık Durumu”	“1-2”

0 – 20 puan aralığında bulunan 4 alt indekslerinde (bedensel, ruhsal, sosyal, çevre ve ulusal çevre) puan arttıkça yaşam kalitesi düzeyi de artmaktadır. Alanların belirlendiği soruların kapsamı şu şekildedir:

1. **Bedensel Alan:** *Günderlik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye uyum, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme ve çalışabilme gibi aktiviteleri içerir.*
2. **Ruhsal Alan:** *Beden İmgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama.*
3. **Sosyal Alan:** *Kişilerarası ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam.*
4. **Çevre Alanı:** *Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yani bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme*

*fırsatları ile bunlara katılabilme, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim), ulaşım.*

#### **5. Çevresel Alan TR : Sosyal Baskı (8).”**

DSÖ yaşam kalitesi ölçeğinin hesaplanan “Cronbach alfa” iç tutarlılık değerleri; “*bedensel alanda 0.83, ruhsal alanda 0.66, sosyal ilişkiler alanında 0.53 ve çevre alanında 0.73, ulusal çevre alanında 0.73*” olarak saptanmıştır (70).

#### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

Akademik personelin çalıştıkları okul, ünvan, yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitimi, geliri, özel sağlık sigortası durumu, beden kitle indeksi, ilaçlarını kullanma alışkanlığı, sigara tüketme durumu, beslenme düzeninin sağlıkla olma durumu, fiziksel aktivite yapma durumu, sağlığını değerlendirme durumu, yeterli ve dengeli beslenme durumu bağımsız değişkenleri; sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamaları ise bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

#### **3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi**

IBM SPSS Statistics 20 programı kullanılarak elde edilen veriler analiz edilmiştir. Tanımlayıcı değerlerin özelliklerine ve cinsine bakılarak oran (yüzde), ortanca, min-maks değerleri, aritmetik ortalama (AO) ve standart sapma (ss) kullanılmıştır. Araştırmada uygulanan ölçeklerin analizi yapılmadan önce örneklemin normal dağılıma uyup uymadığını belirlemek için Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Ölçek puanları normal dağılım gösterdiği için Student t testi ve One Way Anova testi uygulanmıştır. Ayrıca çalışmada 2’den fazla grup sayısına sahip olan bazı değişkenlerin bulunması analizlerde hata payının artmasına neden olmaktadır. Bundan dolayı yapılan Post Hoc analizlerde anlamlılık değeri için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Normal dağılıma uyduğu için ölçekler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca yaş ve toplam hizmet yılı ile ölçeklerin genel ve alt boyutlarının ortalamaları arasındaki ilişkide Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar  $p < 0.05$  önemlilik düzeyinde değerlendirilmiştir.

#### **3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bitlis Eren Üniversitesinde görev yapan akademik personelin çalışmaya katılması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönu**

Araştırmaya katılan gönüllülerden yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

Bitlis Eren Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 07.03.2019 tarih ve 2019/03-I sayılı karar numarasıyla gerekli izin alınmıştır.

Bitlis Eren Üniversitesi Rektörlüğü'nden 25.02.2020 tarih ve 66073261/044/sayılı yazı ile kurum izni alınmıştır.



## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Araştırma grubunun sosyo-demografik ve genel özelliklerinin dağılımı

	Sayı (N)	Yüzde (%)
<b>Yaş grup</b>		
21-30	57	16.4
31-40	204	58.6
41-50	64	18.4
51 ve üzeri	23	6.6
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	232	66.7
Kadın	116	33.3
<b>Medeni durum</b>		
Bekâr	90	25.9
Evli	250	71.8
Boşanmış/Dul	8	2.3
<b>Eğitim durumu</b>		
Lisans	22	6.3
Yüksek lisans	124	35.6
Doktora	202	58.0
<b>Unvan</b>		
Prof. Dr.	14	4.0
Doç. Dr.	39	11.2
Dr. Öğr. Üyesi	92	26.4
Öğretim görevlisi	135	38.8
Araştırma Görevlisi	68	19.5
<b>Toplam hizmet yılı grup</b>		
4.5 yıl ve altı	83	23.9
4.5 yıl-9 yıl arası	78	22.4
9 yıl ve üzeri	187	53.7
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden az	34	9.8
Gelir gidere eşit	136	39.1
Gelir giderden fazla	178	51.1
<b>Özel sağlık sigortanız var mı?</b>		
Var	55	15.8
Yok	293	84.2
<b>Toplam Hizmet yılı ortancası</b>	9.0 yıl (min 1 ay, maks 50 yıl)	
<b>TOPLAM</b>	<b>348</b>	<b>100.0</b>

Araştırma grubunun sosyo - demografik ve genel özelliklerinin göre dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur. Araştırma grubunun yaş gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında, akademisyenlerin %58.6’sı 31-40, %18.4’ü 41-50, %16.4’ü 20-31, %6.6’sı 51 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Araştırma grubunun %33.3’ü (116 kişi) kadın,

%66.7'si (232 kişi) erkektir. Araştırma grubunun medeni durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında, akademisyenlerden %25.9'u bekâr, %71.8'i evli, %2.3'ü boşanmış/duldur. Akademisyenlerin %6.3'ü lisans, %35.6'sı yüksek lisans, %58'i doktora mezunudur. Ünvanlarına göre dağılımına bakıldığında %38.8'ini öğretim görevlisi, %26.4'ünü Dr. Öğr. Üyesi olduğu görülmektedir. Araştırma grubunun gelir durumuna göre dağılımlarına bakıldığında, geliri giderinden fazla olanların oranı %51.1, geliri gidere eşit olanlar %39.1, geliri giderden az olanların oranı %9.8'dir. Araştırma grubunda özel sağlık sigortasına sahibi olanların oranı ise %15.8'dir. Araştırma grubunun toplam hizmet yılı ortancası 9 yıl (min 1 ay, maks 50 yıl) olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun toplam hizmet yılı gruplarına göre dağılımına bakıldığında; hizmet süresi 4.5 yıl ve altında olanların oranı %23.9, 4.5–9 yıl arasında olanların oranı %22.4, 9 yıl ve üzerinde olanların oranı %53.7'dir.

**Tablo 4.2.** Araştırma grubunun Bölüm/Anabilim Dalına göre ve okul türüne göre dağılımları

	Sayı (N)	Yüzde (%)
<b>Bölüm/Anabilim Dalı</b>		
Fen Edebiyat Fakültesi	96	27.6
Mühendislik-Mimarlık Fakültesi	41	11.8
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	27	7.8
Sağlık Yüksekokulu	26	7.5
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (MYO)	22	6.3
Teknik Bilimler MYO	21	6.0
İslami İlimler Fakültesi	19	5.5
Sosyal Bilimler MYO	19	5.5
Güzel Sanatlar Fakültesi	15	4.3
Tatvan MYO	15	4.3
Ahlat MYO	13	3.7
Güroymak MYO	8	2.3
BESYO	6	1.7
Adilcevaz MYO	6	1.7
Kanık Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu	3	0.9
<b>Okul türü</b>		
Fakülte ve Yüksekokul	233	67.0
Meslek Yüksekokulu	115	33.0
<b>TOPLAM</b>	<b>348</b>	<b>100.0</b>



Araştırma grubunun Bölüm/Anabilim Dalına göre ve okul türüne göre dağılımları Tablo 4.2’de sunulmuştur. Akademisyenlerin %27.6’sı Fen Edebiyat Fakültesinde, %11.8’i Mühendislik –Mimarlık Fakültesinde, %7.8’i İktisadi ve İdari Bilimler fakültesinde, %7.5’i Sağlık Yüksekokulunda, %6.3’ü Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda, %6’sı Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulunda, %5.5’i İslami İlimler Fakültesinde, %5.5’i Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulunda, %4.3’ü Güzel Sanatlar Fakültesinde, %4.3’ü Tatvan Meslek Yüksekokulunda, %3.7’si Ahlat Meslek Yüksekokulunda, %2.3’ü Güroymak Meslek Yüksekokulunda, %1.7’si Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulunda, %1.7’si Adilcevaz Meslek Yüksekokulunda ve %0.9’u Kanık Uygulamalı Bilimler Yüksekokulunda görev yapmaktadır. Araştırma grubunun %67’si Fakülte-Yüksekokullarda, %33’ü Meslek Yüksekokulunda görev yapmaktadır.

**Tablo 4.3.** Araştırma grubunun sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı

	Sayı (N)	Yüzde (%)
<b>Sigara/puro/pipo vb. tütün kullanma durumu</b>		
Hiç içmedim	125	35.9
Birkaç kez denedim	57	16.4
Ara sıra içiyorum	44	12.6
Sürekli düzenli içiyorum (Günde en az 1 adet olmak üzere)	84	24.1
Eskiden içiyordum, bıraktım	38	10.9
<b>Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?</b>		
Hayır, bırakmayı düşünmüyorum	32	25.0
Evet, bırakmayı düşünüyorum	68	53.1
Emin değilim	28	21.9
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Hiç içmem	251	72.1
Çok nadir	53	15.2
Arada sırada içerim	36	10.3
Her gün en az bir bardak içerim	1	0.3
Bıraktım	7	2.0

Araştırma grubunun sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımları Tablo 4.3’te sunulmuştur. Araştırma grubunun sigara kullanma durumuna göre dağılımına bakıldığında, akademisyenlerin %35.9’u hiç sigara içmediğini, %10.9’u eskiden içtiğini ama bıraktığını, %24.1’i düzenli sigara içicisi olduğunu belirtmiştir. Araştırma grubunun ‘Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?’ sorusuna verdikleri cevapların dağılımına bakıldığında, sigara içen akademisyenlerden %53.1’i sigarayı bırakmayı düşünüyorum, %25’i sigarayı bırakmayı düşünmüyorum, %21.9’u emin değilim cevabını vermiştir. Araştırma grubunun alkol kullanma durumuna göre dağılımına bakıldığında,

akademisyenlerin %72.1'i alkollü içki kullanmadığını, %15.2'si çok nadir içtiğini, %10.3'ü arada sırada tükettiğini belirtmiştir.

**Tablo 4.4.** Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bazı özelliklerinin dağılımı

	Sayı (N)	Yüzde (%)
<b>Doktor tarafından tanısı konulmuş hastalığınız var mı?</b>		
Var	57	16.4
Yok	291	83.6
<b>Hastalık türü</b>		
Hipertansiyon	24	6.9
Şeker Hastalığı	18	5.2
Astım	15	4.3
Diğer kalp hastalıkları	7	2.0
Kanda kolesterol veya yağ yüksekliği	6	1.7
Kronik bronşit, amfizem, KOAH	3	0.9
Diğer	8	2.3
<b>İlaçları zamanında ve doza uygun alma konusunda kendinizi nasıl hissedersiniz?</b>		
İlaçlarımı nasıl almam gerekiyorsa öyle alırım, kesinlikle aksatmam	168	48.3
Dikkat etmeye çalışmakla birlikte, ilaçlarımı aksattığım olur	148	42.5
İlaçlarımı almayı sık sık aksatırım	12	3.4
İlaçlarımı ancak hastalanırsam, kendimi iyi hissetmezsem alırım.	20	5.7
<b>Kendinizi DSÖ önerisine göre fiziksel egzersiz yapma açısından nasıl değerlendirirsiniz?</b>		
Hiç egzersiz yapmıyorum	125	35.9
Egzersiz yapıyorum ama bu öneriye uygun değil	184	52.9
Öneriye uygun egzersiz yapıyorum	39	11.2
<b>Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?</b>		
İyi	242	69.5
Fena değil	83	23.9
Kötü	23	6.6
<b>Herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile bir sağlık kuruluşuna yılda kaç defa başvurursunuz?</b>		
Nerdeyse hiç	47	13.5
Bir veya iki kez	146	42.0
Üç veya beş kez	113	32.5
5'den fazla	32	9.2
Sayısını hatırlamıyorum ama çok sık	1	0.3
Nerdeyse her ay	9	2.6
<b>İlk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir?</b>		
Aile sağlığı merkezi	73	21.0
Devlet Hastanesi	187	53.7
Özel Hastane	74	21.3
Üniversite Hastanesi	12	3.4
Özel Muayenehane	2	0.6
<b>Sağlıkla ilgili sizce en güvenilir bilgi kaynağı hangisidir?</b>		
Sağlık çalışanları	260	74.7
Kitap/dergi/Broşür	47	13.5
Aile üyeleri	11	3.2
Yazılı Basın	10	2.9
İnternet	9	2.6
Arkadaş	6	1.7
Radyo/TV	4	2.6
<b>TOPLAM</b>	<b>348</b>	<b>100.0</b>

Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.4'te sunulmuştur. Araştırmaya katılan akademisyenlerin %16.4'ünün (n=57) doktor tarafından tanısı konulmuş hastalık/hastalıkları vardır. Hastalık türlerinin dağılımına bakıldığında; %6.9'u hipertansiyon, %5.2'si şeker hastalığı, %4.3'ü astım, %2'si diğer kalp hastalıkları, %1.7'si kanda kolesterol veya yağ yüksekliği, %0.9'u kronik bronşit, amfizem, KOAH, %2.3'ü ise diğer hastalıklara sahiptir. Araştırma grubunun ilaçları zamanında ve doza uygun alma durumunun dağılımına bakıldığında; akademisyenlerin %48.3'ü ilaçlarını nasıl alması gerekiyorsa öyle aldığını, kesinlikle aksatmadığını, %42.5'i dikkat etmeye çalışmakla birlikte, ilaçlarını aksattığı olduğunu, %3.4'ü ilaçlarını almayı sık sık aksattığını, %5.7'si ilaçlarını ancak hastalanırsa veya kendini iyi hissetmezse aldığını belirtmiştir. Araştırma grubunun fiziksel egzersiz yapma durumunun dağılımına bakıldığında; akademisyenlerin %35.9'u hiç egzersiz yapmadığını, %52.9'u egzersiz yaptığını ancak önerilen şekilde olmadığını, %11.2'si önerilen düzeyde ve şekilde egzersiz yaptığını belirtmiştir. Araştırma grubunun 'Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna verdikleri cevaplara bakıldığında; akademisyenlerin %69.5'i iyi %23.9'u fena değil, %6.6'sı kötü cevaplarını vermiştir. Herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile bir sağlık kuruluşuna yılda kaç defa başvurursunuz? sorusuna verilen cevapların dağılımlarına bakıldığında; katılımcıların %13.5'i neredeyse hiç, %42'si bir veya iki kez, %32.5'i üç veya beş kez, %9.2'si 5'ten fazla, %0.3'ü sayısını hatırlamıyorum ama çok sık, %2.6'sı neredeyse her ay cevaplarını vermiştir. Araştırma grubunun başvurdukları sağlık kuruluşlarının dağılımına bakıldığında; akademisyenlerin %21'i aile sağlığı merkezine, %53.7'si devlet hastanesine, %21.3'ü özel hastaneye, %3.4'ü üniversite hastanesine, %0.6'sı özel muayenehaneye başvurduğunu belirtmiştir. Araştırma grubunun sağlıkla ilgili en güvenilir bulduğu bilgi kaynağının dağılımına bakıldığında; katılımcıların %74.7'si sağlık çalışanlarını, %13.5'i kitap/dergi/broşürü, %3.2'si aile üyelerini, %2.9'u yazılı basını, %2.6'sı interneti, %2.6'sı radyo/TV'yi, %1.7'si arkadaşları en güvenilir bilgi kaynağı olarak ifade etmiştir.

**Tablo 4.5.** Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma kaynağının dağılımı

Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşım kaynakları	Kullanım sıklığı									
	Hiçbir Zaman		Nadiren		Bazen		Sıklıkla		Her Zaman	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Gazete	160	46.0	98	28.2	61	17.5	21	6.0	8	2.3
Dergi	101	29.0	110	31.6	86	24.7	37	10.6	14	4.0
Radyo/ Televizyon	102	29.3	83	23.9	96	27.6	48	13.8	19	5.5
Kitap	53	15.2	66	19.0	112	32.2	84	24.1	33	9.5
Web Sayfaları	22	6.3	36	10.3	85	24.4	136	39.1	69	19.8
Sosyal Medya	107	30.7	96	27.6	68	19.3	54	15.5	24	6.9
Aile Üyeleri	53	15.2	96	27.6	105	30.2	71	20.4	23	6.6
Arkadaş/ Tanıdık	56	16.1	96	27.6	111	31.9	66	19.0	19	5.5

Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma kaynağının dağılımı Tablo 4.5'te sunulmuştur. Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bilgiye ulaşım kaynaklarını; gazeteyi akademisyenlerin %2.3'ü her zaman, %6.0'ı sıklıkla , %17.5'i bazen, %28.2'si nadiren; dergiyi akademisyenlerin %4.0'ı her zaman, %10.6'sı sıklıkla , %24.7'si bazen, %31.6'sı nadiren; radyo/televizyonu akademisyenlerin %5.5'i her zaman, %13.8'i sıklıkla , %27.6'sı bazen, %23.9'u nadiren; kitabı akademisyenlerin %9.5'i her zaman, %24.1'i sıklıkla , %32.2'si bazen, %19.0'ı nadiren; web sayfalarını akademisyenlerin %19.8'i her zaman, %39.1'i sıklıkla , %24.4'ü bazen, %10.3'ü nadiren; sosyal medyayı akademisyenlerin %6.9'u her zaman, %15.5'i sıklıkla , %19.3'ü bazen, %27.6'sı nadiren; aile üyelerini akademisyenlerin %6.6'sı her zaman, %20.4'ü sıklıkla , %30.2'si bazen, %27.6'sı nadiren; arkadaşı/tanıdığı akademisyenlerin %5.5'i her zaman, %19.0'ı sıklıkla , %31.9'u bazen, %27.6'sı nadiren kullandıklarını belirtmiştir.

**Tablo 4.6.** Araştırma grubunun beslenme özellikleri ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı

	Sayı (N)	Yüzde (%)
<b>Yeterli ve dengeli beslenme açısından kendi durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?</b>		
Kötü	67	19.3
Emin değilim	76	21.8
İyi	205	58.9
<b>Beslenme düzeninizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?</b>		
Evet	101	29.0
Kısmen	184	52.9
Hayır	63	18.1
<b>Sağlıklı beslenmeye yönelmenizi sağlayan etkenler nelerdir?</b>		
Sağlıklı bir şekilde uzun süre yaşamak	124	35.6
Olduğum kiloyu korumak	65	18.7
Beslenme alışkanlıklarımın zaten sağlıklı olması, sağlıklı besinleri seviyor olmak	63	18.1
Kilo vermek	53	15.2
Diğer	8	2.3
<b>Sağlıklı beslenmenize engel olan faktörler nelerdir?</b>		
Zaman yetersizliği, yoğun yaşam tarzı	57	16.4
Sevilen gıdalardan vazgeçilememesi	40	11.5
Aşırı gıda tüketimine engel olunamaması	25	7.2
Sağlıklı gıdaların, lezzetsiz bulunması	18	5.2
Sağlıklı beslenme hakkında uzmanların kafa karıştırmaları, farklı açıklamalarda bulunmaları	10	2.9
Diğer	4	1.1

Araştırma grubunun beslenme özellikleri ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.6’da sunulmuştur. Araştırmaya katılan akademisyenlerin ‘Yeterli ve dengeli beslenme durumu açısından kendinizi nasıl değerlendirirsiniz?’ sorusuna verdikleri cevapların dağılımına bakıldığında; %58.9’u iyi, %21.8’i emin değilim, %19.3’ü kötü cevabını vermiştir. Araştırmaya katılan akademisyenlerin ‘Beslenme düzeninizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusuna verdikleri cevapların dağılımına bakıldığında; %29’u evet, %52.9’u kısmen, %18.1’i ise hayır cevabını vermiştir. Akademisyenlerden sağlıklı beslendiğini belirtenlerden ‘Sağlıklı beslenmeye yönelmenizi sağlayan etkenler nelerdir?’ sorusuna verdikleri cevapların dağılımına bakıldığında; katılımcıların % 35.6’sı sağlıklı bir şekilde uzun süre yaşamak, % 18.7’si olduğum kiloyu korumak, %18.1’i beslenme alışkanlıklarımın zaten sağlıklı olması ve sağlıklı besinleri seviyor olmak, %15.2’si kilo vermek, %1.1’i diğer cevabını vermiştir. Akademisyenlerden sağlıklı beslenemediğini belirtenlerden, ‘Sağlıklı beslenmenize engel olan faktörler nelerdir?’ sorusuna verdikleri cevapların dağılımına bakıldığında; katılımcıların % 16.4’ü

zaman yetersizliği, yoğun yaşam tarzı, %11.5'i sevilen gıdalardan vazgeçilememesi, %7.2'si aşırı gıda tüketimine engel olunamaması, %5.2'si sağlıklı gıdaların, lezzetsiz bulunması, %2.9'u sağlıklı beslenme hakkında uzmanların kafa karıştırmaları, farklı açıklamalarda bulunmaları, %1.1'i diğer cevabını vermiştir.

**Tablo 4.7.** Araştırma grubunun antropometrik ölçümleri ile ilgili bazı özellikleri

	Sayı (N)	Yüzde (%)
<b>BKİ</b>		
Zayıf (< 18.5)	8	2.3
Normal kilolu (18.5-24.99)	147	42.2
Fazla kilolu (25-29.99)	143	41.4
Obez (30 ve üzeri)	50	14.4
<b>Mevcut vücut ağırlığınızdan memnun musunuz?</b>		
Evet	184	52.9
Hayır	164	47.1
<b>Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?</b>		
Aşırı zayıf	3	0.9
Zayıf	15	4.3
Normal	184	52.9
Fazla Kilolu	134	38.5
Aşırı Kilolu	12	3.4
<b>TOPLAM</b>	<b>348</b>	<b>100.0</b>
<b>Vücut ağırlığı ort ± ss ( min-maks)</b>	77.35 ± 15.47 (43.00-128.00)	
<b>Boy ort ± ss ( min-maks)</b>	172.47 ± 8.81 (150.00-202.00)	
<b>BKİ ort ± ss ( min-maks)</b>	25.84 ± 3.94 (16.80-38.75)	

Araştırma grubunun antropometrik ölçümleri ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.7'de sunulmuştur. Akademisyenlerin %2.3'ü zayıf, %42.2'si normal kilolu, %41.4'ü fazla kilolu, %14.4'ü obezdir. Araştırma grubunun mevcut vücut ağırlıklarından memnuniyetlerine bakıldığında; katılımcıların %52.9'u kilolarından memnun olduğunu belirtmiştir. Akademisyenlerin 'Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?' sorusuna verdikleri cevapların dağılımına bakıldığında, %0.9'u kendi kilosunu aşırı zayıf, %4.3'ü zayıf, %52.9'unun normal, %38.5'inin fazla kilolu, %3.4'ünün ise aşırı kilolu olduğu saptanmıştır.. Araştırmaya katılan akademisyenlerin vücut ağırlığı ort ± ss (min-maks) değeri 77.35 ± 15.47 (43.00-128.00)'dir. Araştırmaya katılan akademisyenlerin boy ort ± ss (min-maks) değeri 172.47 ± 8.81 (150.00-202.00)'dir. Araştırmaya katılan akademisyenlerin BKİ ort ± ss (min-maks) değeri 25.84 ± 3.94 (16.80-38.75)'tür.

**Tablo 4.8.** Araştırma grubunun genel sağlık okuryazarlığı ve alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları

<b>Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri</b>	<b>Cronbach Alfa</b>
Sağlık Hizmeti	0.926
Hastalıktan Korunma	0.918
Sağlığın İyileştirilmesi	0.940
Sağlık Bilgisine Erişim	0.927
Sağlık Bilgisini Anlama	0.913
Sağlık Bilgisini Değerlendirme	0.920
Sağlık Bilgisini Uygulama	0.884
Genel Sağlık Okuryazarlığı	0.973

Araştırma grubunun genel sağlık okuryazarlığı ve alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları Tablo 4.8’de sunulmuştur. Araştırmamızda genel sağlık okuryazarlığı ve alt boyutları için bulunan Cronbach’s Alfa değerlerinin 0.70’in üzerinde olduğu görülmektedir. Bu ölçeğin iç tutarlılığının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4.9.** Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyutlarının ortalama ve standart sapma değerleri

<b>Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri</b>	<b>Ortalama(ort) ± Standart Sapma(ss)</b>
Sağlık Hizmeti	35.85 ± 9.02
Hastalıktan Korunma	35.73 ± 10.47
Sağlığın İyileştirilmesi	34.50 ± 10.63
Sağlık Bilgisine Erişim	35.64 ± 10.22
Sağlık Bilgisini Anlama	37.00 ± 9.81
Sağlık Bilgisini Değerlendirme	34.45 ± 10.53
Sağlık Bilgisini Uygulama	34.34 ± 9.75
Genel Sağlık Okuryazarlığı	35.35 ± 9.40

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyutlarının ort. ve ss değerleri Tablo 4.9’da sunulmuştur. Araştırmaya katılan akademisyenlerin genel sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalama ± standart sapması 35.35 ± 9.40 olarak bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ölçeği üç ana boyut; sağlık hizmeti boyutu ortalama ± standart sapma puanı 35.85 ± 9.02, hastalıklardan korunma boyutu ortalama ± standart sapma puanı 35.73 ± 10.47, sağlığın iyileştirilmesi boyutu ortalama ± standart sapma puanı 34.50 ± 10.63 olarak bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı boyutu 4 alt boyut; sağlık bilgisine erişim boyutu ortalama ± standart sapma puanı 35.64 ± 10.22, sağlık bilgisini anlama boyutu ortalama ± standart sapma puanı 37.00 ± 9.81, sağlık bilgisini değerlendirme boyutu

ortalama  $\pm$  standart sapma puanı  $34.45 \pm 10.53$ , sağlık bilgisini uygulama boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı  $34.34 \pm 9.75$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.10.** Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut değerlerinin dağılımı

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Yetersiz		Sınırlı		Yeterli		Mükemmel	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Sağlık hizmeti	38	10.9	90	25.9	133	38.2	87	25.0
Hastalıktan korunma	48	13.8	86	24.7	99	28.4	115	33.0
Sağlığın iyileştirilmesi	62	17.8	86	24.7	112	32.2	88	25.3
Sağlık bilgisine erişim	45	12.9	82	23.6	116	33.3	105	30.2
Sağlık bilgisini anlama	27	7.8	83	23.9	115	33.0	123	35.3
Sağlık bilgisini değerlendirme	68	19.5	79	22.7	116	33.3	85	24.4
Sağlık bilgisini uygulama	49	14.1	107	30.7	107	30.7	85	24.4
Genel sağlık okuryazarlığı	37	10.6	105	30.2	118	33.9	88	25.3

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut değerlerinin dağılımı Tablo 4.10'da sunulmuştur. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı ölçeğinin ana boyutlarına göre dağılımına bakıldığında yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranı sağlık hizmeti boyutunda %10.9, hastalıktan korunma boyutunda %13.8, sağlığı iyileştirilmesi alt boyutunda %17.8 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarında yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranları incelendiğinde sağlık bilgisini değerlendirme alt boyutu %19.5 ile en yüksek orandadır. Bunu %14.1 ile sağlık bilgisini uygulama, %12.9 ile sağlık bilgisine erişim ve %7.8 ile sağlık bilgisini anlama izlemektedir. Araştırmaya katılan akademisyenlerin genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımına bakıldığında, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranı %10.6, sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranı %30.2, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranı %33.9, mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranı %25.3'tür.



**Tablo 4.11.** Araştırma grubunun yaşam kalitesi ölçeği boyutlarının iç tutarlılık katsayıları

<b>Yaşam kalitesi ölçeği boyutları</b>	<b>Cronbach Alfa</b>
Genel Sağlık Durumu	0.826
Fiziksel Sağlık	0.839
Psikolojik	0.857
Sosyal İlişkiler	0.771
Ulusal Çevre	0.798

Araştırma grubunun yaşam kalitesi ölçeği boyutlarının iç tutarlılık katsayıları Tablo 4.11’de sunulmuştur. Araştırmamızda yaşam kalitesi ölçeği boyutları için hesaplanan Cronbach Alfa değerlerinin 0.70’in üzerinde olduğu görülmektedir. Bu ölçeğin iç tutarlılığının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4.12.** Araştırma grubunun yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyut ortalama ve standart sapma değerleri puanlar

<b>Yaşam kalitesi ölçeği boyutları</b>	<b>Ortalama <math>\pm</math> Standart Sapma Puanı</b>	<b>Ortanca Boyut Puanı</b>	<b>Dağılım Aralığı</b>
Genel Sağlık Durumu	13.45 $\pm$ 3.04	14.00	4.00-20.00
Fiziksel Sağlık	14.53 $\pm$ 2.62	14.86	5.71-20.00
Psikolojik	14.71 $\pm$ 2.63	15.33	5.33-20.00
Sosyal İlişkiler	14.33 $\pm$ 2.89	14.67	4.00-20.00
Ulusal Çevre	13.96 $\pm$ 2.05	13.78	7.56-19.56

Araştırma grubunun yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.12’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan akademisyenlerin genel sağlık durumu ölçek puan ortalama  $\pm$  standart sapması 13.45  $\pm$  3.04 olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi ölçeği dört ana boyut; fiziksel sağlık boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı 14.53  $\pm$  2.62, psikolojik boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı 14.71  $\pm$  2.63, sosyal ilişkiler boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı 14.33  $\pm$  2.89, ulusal çevre boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı 13.96  $\pm$  2.05 olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.13.** Araştırma grubunun cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Cinsiyet		t	p*	
	Erkek(N=232)	Kadın(N=116)			
	AO ± SS	AO ± SS			
SOY Ölçeği	Genel Sağlık Okuryazarlığı	35.57 ± 9.14	34.92 ± 9.93	1.662	0.542
	Sağlık Hizmeti	35.90 ± 8.54	35.75 ± 9.96	5.716	0.891
	Hastalıktan Korunma	36.05 ± 10.24	35.10 ± 10.93	0.744	0.422
	Sağlığın İyileştirilmesi	34.80 ± 10.63	33.92 ± 10.63	0.089	0.472
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	13.24 ± 3.05	13.88 ± 2.99	0.158	0.065
	Fiziksel Sağlık	14.45 ± 2.79	14.57 ± 2.55	0.983	0.705
	Psikolojik	14.73 ± 2.70	14.67 ± 2.60	0.012	0.826
	Sosyal İlişkiler	14.51 ± 2.73	13.95 ± 3.16	3.026	0.086
	Ulusal Çevre	13.99 ± 1.96	13.88 ± 2.23	1.640	0.647

\*Student t- Testi

Araştırma grubunun cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.13’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan akademisyenlerin cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı ölçeği; genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi ve yaşam kalitesi ölçeği; genel sağlık durumu ve alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.542, p=0.891, p=0.422, p=0.472, p=0.065, p=0.705, p=0.826, p=0.086, p=0.647, sırasıyla). Cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi puanları erkeklerde daha yüksektir. Cinsiyet ile yaşam kalitesi ölçekleri genel ve alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlılık olmamakla birlikte genel sağlık durumu ve fiziksel sağlık puanları kadınlarda, psikolojik, sosyal, ulusal çevre puanları erkeklerde daha yüksektir.

**Tablo 4.14.** Araştırma grubunun okul türüne göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Okul Türü		t	p*	
	Fakülte/Yüksekokulu (N=233)	Meslek Yüksekokulu (N=115)			
	AO ± SS	AO ± SS			
Genel Sağlık Okuryazarlığı	34.65 ± 9.32	36.79 ± 9.44	0.147	<b>0.046</b>	
SOY Ölçeği	Sağlık Hizmeti	35.26 ± 8.87	37.04 ± 9.24	0.016	0.084
	Hastalıktan Korunma	35.03 ± 10.48	37.17 ± 10.34	0.274	0.073
	Sağlığın İyileştirilmesi	33.68 ± 10.70	36.16 ± 10.33	0.100	<b>0.040</b>
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	13.42 ± 3.14	13.51 ± 2.83	2.722	0.800
	Fiziksel Sağlık	14.43 ± 2.73	14.73 ± 2.39	0.794	0.321
	Psikolojik	14.53 ± 2.71	15.08 ± 2.43	1.801	0.063
	Sosyal İlişkiler	14.32 ± 2.85	14.34 ± 2.98	0.278	0.955
	Ulusal Çevre	14.00 ± 2.04	13.86 ± 2.09	0.005	0.550

\*Student t- Testi

Araştırma grubunun okul türüne göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.14'te sunulmuştur. Araştırma grubunun okul türüne göre yaşam kalitesi genel ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0.84$ ,  $p=0.073$ ,  $p=0.800$ ,  $p=0.321$ ,  $p=0.063$ ,  $p=0.955$ ,  $p=0.550$ , sırasıyla). Araştırma grubunun okul türüne göre sağlık okuryazarlığı ölçeği genel sağlık okuryazarlığı boyutunun ortalamasına bakıldığında, meslek yüksekokullarında çalışan akademisyenlerin genel sağlık okuryazarlığı boyutunun ortalama  $\pm$  ss değeri ( $36.79 \pm 9.44$ ) fakülte/sağlık yüksekokulunda çalışan akademisyenlerin genel sağlık durumu genel boyutunun ortalama  $\pm$  ss değerinden ( $34.65 \pm 9.32$ ) istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksektir ( $p=0.046$ ). Araştırma grubunun okul türü açısından değerlendirildiğinde sağlığın

iyileştirilmesi alt boyutlarının ortalamalarına bakıldığında, meslek yüksekokullarında çalışan akademisyenlerin sağlığın iyileştirilmesi alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri (36.16  $\pm$  10.33) fakülte/sağlık yüksekokulunda çalışan akademisyenlerin sağlığın iyileştirilmesi alt boyut ortalama  $\pm$  ss değerinden (33.68  $\pm$ 10.70) istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksektir (p=0.04).

**Tablo 4.15.** Araştırma grubunun özel sağlık sigortası durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Özel sağlık sigortanız var mı?		t	p*	
	Evet (N=55)	Hayır (N=293)			
	AO $\pm$ SS	AO $\pm$ SS			
SOY Ölçeği	Genel Sağlık Okuryazarlığı	35.89 $\pm$ 10.36	35.25 $\pm$ 9.23	0.817	0.643
	Sağlık Hizmeti	36.17 $\pm$ 9.84	35.79 $\pm$ 8.88	0.607	0.770
	Hastalıktan Korunma	35.86 $\pm$ 11.46	35.71 $\pm$ 10.30	0.692	0.924
	Sağlığın İyileştirilmesi	35.64 $\pm$ 11.31	34.28 $\pm$ 10.50	0.497	0.384
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	14.47 $\pm$ 2.55	13.26 $\pm$ 3.10	2.639	<b>0.007</b>
	Fiziksel Sağlık	15.39 $\pm$ 2.41	14.37 $\pm$ 2.64	0.435	<b>0.008</b>
	Psikolojik	15.56 $\pm$ 2.49	14.55 $\pm$ 2.63	0.100	<b>0.009</b>
	Sosyal İlişkiler	15.39 $\pm$ 2.50	14.13 $\pm$ 2.91	2.156	<b>0.003</b>
	Ulusal Çevre	14.70 $\pm$ 2.02	13.82 $\pm$ 2.03	0.054	<b>0.003</b>

\*Student t- Testi

Araştırma grubunun özel sağlık sigortası durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.15'te sunulmuştur. Araştırma grubunun özel sağlık sigortası durumuna göre sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0.643$ ,  $p=0.770$ ,  $p=0.924$ ,  $p=0.384$ , sırasıyla). Araştırma grubunun özel sağlık sigortası durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının ortalamalarına bakıldığında, özel sağlık sigortası olan akademisyenlerin genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, ulusal çevre genel ve alt boyut ortalama  $\pm$  ss değerleri ( $14.47 \pm 2.55$ ,  $15.39 \pm 2.41$ ,  $15.56 \pm 2.49$ ,  $15.39 \pm 2.50$ ,  $14.70 \pm 2.02$ , sırasıyla) özel sağlık sigortası olmayan akademisyenlerin değerlerinden ( $13.26 \pm 3.10$ ,  $14.37 \pm 2.64$ ,  $14.55 \pm 2.63$ ,  $14.13 \pm 2.91$ ,  $13.82 \pm 2.03$ , sırasıyla) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.007$ ,  $p=0.008$ ,  $p=0.009$ ,  $p=0.003$ ,  $p=0.003$ , sırasıyla).

**Tablo 4.16.** Araştırma grubunun hastalık durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Hastalık Durumu		t	p*	
	Var	Yok			
	(N=57)	(N=291)			
	AO $\pm$ SS	AO $\pm$ SS			
SOY Ölçeği	Genel Sağlık Okuryazarlığı	34.94 $\pm$ 7.78	35.43 $\pm$ 9.70	1.409	0.725
	Sağlık Hizmeti	34.59 $\pm$ 8.44	36.09 $\pm$ 9.13	0.167	0.252
	Hastalıktan Korunma	36.31 $\pm$ 9.16	35.62 $\pm$ 10.72	1.325	0.647
	Sağlığın İyileştirilmesi	34.03 $\pm$ 8.66	34.59 $\pm$ 10.98	1.280	0.716
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	11.47 $\pm$ 3.67	13.84 $\pm$ 2.75	11.152	<0.001
	Fiziksel Sağlık	12.97 $\pm$ 3.25	14.83 $\pm$ 2.37	12.259	<0.001
	Psikolojik	13.37 $\pm$ 3.32	14.97 $\pm$ 2.40	13.360	0.001
	Sosyal İlişkiler	12.75 $\pm$ 3.06	14.64 $\pm$ 2.75	1.096	<0.001
	Ulusal Çevre	13.50 $\pm$ 2.08	14.05 $\pm$ 2.04	0.003	0.065

\*Student t- Testi

Araştırma grubunun hastalık durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.16’da sunulmuştur. Araştırma grubunun hastalık durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, ulusal çevre genel ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0.725$ ,  $p=0.252$ ,  $p=0.647$ ,  $p=0.716$ , sırasıyla). Araştırma grubunun hastalık durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının ortalamalarına bakıldığında, hastalığı olan akademisyenlerin genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler genel ve alt boyut ortalama  $\pm$  ss değerleri ( $11.47 \pm 3.67$ ,  $12.97 \pm 3.25$ ,  $12.75 \pm 3.06$ , sırasıyla) hastalığı olmayan akademisyenlerin değerlerinden ( $13.84 \pm 2.75$ ,  $14.83 \pm 2.37$ ,  $14.64 \pm 2.75$ , sırasıyla) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Araştırma grubunun hastalık durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alt boyut ortalamalarına bakıldığında, hastalığı olan akademisyenlerin psikolojik alt boyut ortalama  $\pm$  ss değerleri ( $13.37 \pm 3.32$ ) hastalığı olmayan akademisyenlerin değerlerinden ( $14.97 \pm 2.40$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p=0.001$ ).

**Tablo 4.17.** Araştırma grubunun ‘Kilonuzdan memnun musunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Kilonuzdan memnun musunuz?		t	p*	
	Evet (N=184)	Hayır (N=164)			
	AO $\pm$ SS	AO $\pm$ SS			
SOY Ölçeği	Genel Sağlık Okuryazarlığı	35.90 $\pm$ 9.81	34.73 $\pm$ 8.92	0.397	0.243
	Sağlık Hizmeti	36.28 $\pm$ 9.32	35.36 $\pm$ 8.68	0.057	0.348
	Hastalıktan Korunma	36.08 $\pm$ 10.69	35.34 $\pm$ 10.24	0.084	0.514
	Sağlığın İyileştirilmesi	35.38 $\pm$ 10.87	33.51 $\pm$ 10.28	0.021	0.102
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	14.34 $\pm$ 2.54	12.46 $\pm$ 3.25	5.440	<0.001
	Fiziksel Sağlık	15.32 $\pm$ 2.25	13.64 $\pm$ 2.73	4.492	<0.001
	Psikolojik	15.36 $\pm$ 2.39	13.98 $\pm$ 2.71	4.804	<0.001
	Sosyal İlişkiler	14.80 $\pm$ 2.74	13.80 $\pm$ 2.96	4.181	0.001
	Ulusal Çevre	14.25 $\pm$ 2.04	13.62 $\pm$ 2.03	0.354	0.004

\*Student t- Testi

Araştırma grubunun ‘Kilonuzdan memnun musunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.17’de sunulmuştur. Araştırma grubunun ‘Kilonuzdan memnun musunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi genel ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0.243$ ,  $p=0.348$ ,  $p=0.514$ ,  $p=0.102$ , sırasıyla). Araştırma grubunun ‘Kilonuzdan memnun musunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının ortalamalarına bakıldığında, kilolarından memnun olan akademisyenlerin genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, psikolojik genel ve alt boyut ortalama  $\pm$  ss değerleri (14.47  $\pm$ 2.55, 15.39  $\pm$  2.41, 15.56  $\pm$  2.49, sırasıyla) kilolarından memnun olmayan akademisyenlerin değerlerinden (13.26  $\pm$  3.10, 14.37  $\pm$  2.64, 14.55  $\pm$  2.63, sırasıyla) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Araştırma grubunun ‘Kilonuzdan memnun musunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutlarının ortalamalarına bakıldığında, kilolarından memnun olan akademisyenlerin sosyal ilişkiler, ulusal çevre alt boyut ortalama  $\pm$  ss değerleri (15.39  $\pm$ 2.50, 14.70 $\pm$ 2.02, sırasıyla) kilolarından memnun olmayan akademisyenlerin değerlerinden (14.13  $\pm$  2.91, 13.82  $\pm$ 2.03, sırasıyla) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.001$ ,  $p=0.004$ , sırasıyla).

**Tablo 4.18.** Araştırma grubunun medeni durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Medeni durum			F	p*	
	Bekâr (N=90)	Evli (N=250)	Boşanmış/Dul (N=8)			
	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS			
SOY Ölçeği	Genel Sağlık Okuryazarlığı	34.34 ± 9.32	35.77 ± 9.44	33.82 ± 9.15	0.871	0.419
	Sağlık Hizmeti	35.16 ± 9.06	36.12 ± 9.02	35.03 ± 10.43	0.406	0.667
	Hastalıktan Korunma	34.30 ± 10.16	26.25 ± 10.57	35.83 ± 10.43	1.152	0.317
	Sağlığın İyileştirilmesi	33.55 ± 10.44	34.96 ± 10.71	30.73 ± 9.75	1.094	0.336
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	13.75 ± 2.96 <sup>a</sup>	13.44 ± 2.93	10.50 ± 5.53 <sup>a</sup>	4.265	<b>0.004</b>
	Fiziksel Sağlık	14.61 ± 2.58	14.58 ± 2.54	12.14 ± 4.63 <sup>b</sup>	3.437	<b>0.033</b>
	Psikolojik	14.70 ± 2.70	14.79 ± 2.51	12.25 ± 4.52 <sup>b</sup>	3.665	<b>0.027</b>
	Sosyal İlişkiler	14.13 ± 2.80	14.47 ± 2.87	12.00 ± 3.77 <sup>b</sup>	3.165	<b>0.043</b>
	Ulusal Çevre	13.66 ± 2.21	14.08 ± 1.98	13.50 ± 2.23	1.540	0.216

\*One Way Anova, Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: p<0.016 anlamlı kabul edilmiştir  
<sup>a</sup> birbirinden farklı, <sup>b</sup> diğerlerinden farklı

Araştırma grubunun medeni durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.18’de sunulmuştur. Araştırma grubunda bekâr akademisyenlerin fiziksel sağlık alt boyutu ortalaması 14.61, psikolojik alt boyutu ortalaması 14.70, sosyal ilişkiler alt boyut ortalaması 14.13, ulusal çevre alt boyutu ortalaması 13.66’dır. Evli akademisyenlerin fiziksel sağlık alt boyutu ortalaması 14.58, psikolojik alt boyutu ortalaması 14.79, sosyal ilişkiler alt boyut ortalaması 14.47, ulusal çevre alt boyutu ortalaması 14.08’dir. Boşanmış/dul akademisyenlerin fiziksel sağlık alt boyutu ortalaması 12.14, psikolojik alt boyutu ortalaması 12.25, sosyal ilişkiler alt boyut ortalaması 12.00, ulusal çevre alt boyutu ortalaması 13.50’dir. Araştırma grubunun medeni duruma göre sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. (p=0.416, p=0.667, p=0.317, p=0.336, p=0.216, sırasıyla). Araştırma grubunun medeni duruma göre yaşam kalitesi genel sağlık durumu boyutunun ortalamaları karşılaştırıldığında, bekâr akademisyenlerin genel sağlık durumu boyut ortalaması ± ss değeri (13.75 ± 2.96) boşanmış/dul akademisyenlerin değerinden (10.50 ±



5.53) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir ( $p=0.004$ ). Araştırma grubunda medeni duruma göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, boşanmış/dul akademisyenlerin fiziksel sağlık alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $12.14 \pm 4.63$ ) bekâr ve evli akademisyenlerin değerinden ( $14.61 \pm 2.58$ ,  $14.58 \pm 2.54$ , sırasıyla) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0.033$ ). Araştırma grubunun medeni duruma göre yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, boşanmış/dul akademisyenlerin psikolojik alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $12.25 \pm 4.52$ ) bekâr ve evli akademisyenlerin değerinden ( $14.70 \pm 2.70$ ,  $14.79 \pm 2.51$ ,sırasıyla) istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p=0.027$ ). Araştırma grubunun medeni duruma göre yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, boşanmış/dul akademisyenlerin sosyal ilişkiler alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $12.00 \pm 3.77$ ) bekâr ve evli akademisyenlerin değerinden ( $14.13 \pm 2.80$ ,  $14.47 \pm 2.87$ ,sırasıyla) istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p=0.043$ ).

**Tablo 4.19.** Araştırma grubunun eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Eğitim durumu			F	p*	
	Lisans (N=22)	Yüksek Lisans (N=124)	Doktora (N=202)			
	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS			
SOY Ölçeği	Genel Sağlık Okuryazarlığı	34.15 ± 10.10	35.58 ± 8.91	35.34 ± 9.65	0.213	0.808
	Sağlık Hizmeti	35.46 ± 10.42	36.32 ± 8.78	35.60 ± 9.04	0.269	0.764
	Hastalıktan Korunma	33.84 ± 11.02	36.04 ± 9.72	35.75 ± 10.88	0.412	0.663
	Sağlığın İyileştirilmesi	33.14 ± 10.19	34.40 ± 9.87	34.70 ± 11.15	0.221	0.802
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	13.64 ± 2.80	13.48 ± 2.68	13.41 ± 3.28	0.061	0.941
	Fiziksel Sağlık	14.39 ± 2.31	14.52 ± 2.48	14.55 ± 2.75	0.037	0.964
	Psikolojik	14.79 ± 2.97	14.62 ± 2.60	14.76 ± 2.63	0.119	0.888
	Sosyal İlişkiler	14.54 ± 2.96	14.09 ± 2.91	14.45 ± 2.87	0.693	0.501
	Ulusal Çevre	14.06 ± 2.75	13.78 ± 1.98	14.05 ± 2.01	0.700	0.497

\*One Way Anova

Araştırma grubunun eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.19’da sunulmuştur. Araştırma grubun 22’si lisans, 124’ü yüksek lisans, 202’si doktora mezunu olup lisans mezunu akademisyenlerin fiziksel sağlık alan alt boyutu ortalaması 14.39, psikolojik alan alt boyutu ortalaması 14.79, sosyal ilişkiler alan alt boyutu ortalaması 14.54, ulusal çevre alan alt boyutu ortalaması 14.06’dır. Yüksek lisans mezunu akademisyenlerin fiziksel sağlık alan alt boyutu ortalaması 14.52, psikolojik alan alt boyutu ortalaması 14.62, sosyal ilişkiler alan alt boyut ortalaması 14.09, ulusal çevre alan alt boyutu ortalaması 13.78’dir. Doktora mezunu akademisyenlerin fiziksel sağlık alan alt boyutu ortalaması 14.55, psikolojik alan alt boyutu ortalaması 14.76, sosyal ilişkiler alan alt boyut ortalaması 14.45, ulusal çevre alan alt boyutu ortalaması 14.05’tir.

Araştırma grubunun eğitim duruma göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, ulusal çevre genel ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.808, p=0.764, p=0.663, p=0.802, p=0.941, p=0.964, p=0.888, p=0.501, p=0.497, sırasıyla).

**Tablo 4.20.** Araştırma grubunun toplam hizmet yılı gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Toplam hizmet yılı grubu			F	p*	
	4.5 yıl ve altı (N=83)	4.5- 9 yıl arası (N=78)	9 yıl ve üzeri (N=187)			
	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS			
SOY Ölçeği	Genel Sağlık Okuryazarlığı	34.91 ± 8.83	36.22 ± 10.57	35.18 ± 9.16	0.451	0.637
	Sağlık Hizmeti	35.40 ± 8.25	37.10 ± 10.40	35.52 ± 8.73	0.972	0.379
	Hastalıktan Korunma	34.62 ± 10.36	36.58 ± 11.05	35.88 ± 10.29	0.742	0.477
	Sağlığın İyileştirilmesi	34.70 ± 9.57	35.00 ± 11.65	34.20 ± 10.67	0.177	0.837
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	13.85 ± 3.04	13.67 ± 2.63	13.19 ± 3.19	1.638	0.196
	Fiziksel Sağlık	15.20 ± 2.38 <sup>a</sup>	14.50 ± 2.00	14.24 ± 2.90 <sup>a</sup>	3.988	<b>0.019</b>
	Psikolojik	15.19 ± 2.51	14.60 ± 2.29	14.54 ± 2.80	1.814	0.165
	Sosyal İlişkiler	14.85 ± 2.63	14.32 ± 2.73	14.10 ± 3.04	2.019	0.134
	Ulusal Çevre	13.91 ± 2.03	13.63 ± 2.07	14.11 ± 2.05	1.525	0.219

\*One Way Anova, Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: p<0.016 anlamlı kabul edilmiştir  
<sup>a</sup> birbirinden farklı

Araştırma grubunun toplam hizmet yılı gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.20’de sunulmuştur. Araştırma grubunun toplam hizmet yılı gruplarına sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, genel sağlık durumu, psikolojik, sosyal ilişkiler, ulusal çevre genel ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.637, p=0.379, p=0.477, p=0.837, p=0.196, p=0.165, p=0.134, p=0.219, sırasıyla). Araştırma grubunun toplam

hizmet yılı gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık boyutunun ortalamalarına bakıldığında, toplam hizmet yılı 4.5 yıl ve altında olan akademisyenlerin fiziksel sağlık durumu boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $15.20 \pm 2.38$ ) 9 yıl ve üzeri hizmet yılı olanlardan ( $14.24 \pm 2.90$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.019$ ). Toplam hizmet yılı ile ölçekler arasındaki ilişkiye Pearson korelasyon analizi ile bakılmış olup, toplam hizmet yılı ile yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf korelasyon vardır ( $r= -0.118$ ,  $p=0.028$ ). Çalışmaya katılan akademisyenlerin toplam hizmet yılları arttıkça sosyal ilişkiler boyutunda yaşam kaliteleri azalmaktadır. Akademisyenlerin toplam hizmet yılı ile genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, psikolojik, ulusal çevre genel ve alt boyutları arasında korelasyon saptanmamıştır ( $r= -0.041$ ,  $p=0.448$ ;  $r= -0.048$ ,  $p=0.375$ ;  $r= -0.006$ ,  $p=0.908$ ;  $r= -0.060$ ,  $p=0.265$ ;  $r= -0.31$ ,  $p=0.567$ ;  $r= -0.100$ ,  $p=0.063$ ;  $r= -0.021$ ,  $p=0.698$ ;  $r=0.086$ ,  $p=0.108$ ).

**Tablo 4.21.** Araştırma grubunun gelir durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Gelir durumu			F	p*	
	Gelir giderden az (N=34)	Gelir gidere eşit (N=136)	Gelir giderden fazla (N=178)			
	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS			
SOY Ölçeği	Genel Sağlık Okuryazarlığı	31.51 ± 12.79	34.88 ± 10.10	36.30 ± 8.00	2.916	0.055
	Sağlık Hizmeti	33.33 ± 10.88	35.32 ± 9.58	36.73 ± 8.08	2.414	0.091
	Hastalıktan Korunma	32.45 ± 12.92	35.28 ± 11.14	36.71 ± 9.27	2.597	0.076
	Sağlığın İyileştirilmesi	31.07 ± 15.47	34.07 ± 11.17	35.48 ± 8.84	2.671	0.071
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	12.35 ± 2.93 <sup>a</sup>	13.23 ± 2.71	13.83 ± 3.24 <sup>a</sup>	4.016	<b>0.019</b>
	Fiziksel Sağlık	13.85 ± 1.95	14.39 ± 2.41	14.76 ± 2.86	2.026	0.133
	Psikolojik	14.16 ± 2.27	14.38 ± 2.34 <sup>a</sup>	15.07 ± 2.86 <sup>a</sup>	3.558	<b>0.030</b>
	Sosyal İlişkiler	14.20 ± 2.56	14.05 ± 2.82	14.57 ± 2.99	1.294	0.276
	Ulusal Çevre	13.22 ± 2.03	13.46 ± 1.94	14.47 ± 2.02 <sup>b</sup>	12.537	<b>&lt;0.001</b>

\*One Way Anova, Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: p<0.016 anlamlı kabul edilmiştir  
<sup>a</sup> birbirinden farklı, <sup>b</sup> diğerlerinden farklı

Araştırma grubunun gelir durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.21’de sunulmuştur. Araştırma grubunun gelir duruma göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler genel ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.055 p=0.091, p=0.076, p=0.071, p=0.133, p=0.276, sırasıyla). Araştırma grubunun gelir duruma göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutunun ortalamalarına bakıldığında, geliri giderinden az olan akademisyenlerin genel sağlık durumu boyut ortalaması ± ss değeri (12.35 ± 2.93) geliri giderinden fazla olanların değerinden (13.83 ± 3.24) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (p=0.019). Araştırma grubunun gelir duruma göre yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alt boyutunun ortalamalarına

bakıldığında, geliri giderinden fazla olan akademisyenlerin psikolojik alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $15.07 \pm 2.86$ ) gelir gidere eşit olanların değerinden ( $14.38 \pm 2.34$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.030$ ). Araştırma grubunun gelir duruma göre yaşam kalitesi ölçeği ulusal çevre alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, geliri giderinden fazla olan akademisyenlerin ulusal çevre alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $14.47 \pm 2.02$ ) geliri giderinden az olanların değerinden ( $13.22 \pm 2.03$ ) ve gelir gidere eşit olanların değerinden ( $13.46 \pm 1.94$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.22.** Araştırma grubunun fiziksel egzersiz durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Fiziksel egzersiz durumu			F	p*	
	Hiç egzersiz yapmıyorum (N=125)	Egzersiz yapıyorum ama öneriye uygun değil (N=184)	Öneriye uygun egzersiz yapıyorum (N=39)			
	AO $\pm$ SS	AO $\pm$ SS	AO $\pm$ SS			
SOY Ölçeği	Genel Sağlık Okuryazarlığı	32.86 $\pm$ 8.50 <sup>a</sup>	36.37 $\pm$ 9.98 <sup>a</sup>	38.52 $\pm$ 7.45 <sup>a</sup>	7.997	<0.001
	Sağlık Hizmeti	34.13 $\pm$ 8.65 <sup>a</sup>	36.35 $\pm$ 9.52	38.97 $\pm$ 6.48 <sup>a</sup>	4.987	0.007
	Hastalıktan Korunma	33.54 $\pm$ 10.20 <sup>a</sup>	36.72 $\pm$ 10.75 <sup>a</sup>	38.12 $\pm$ 8.87 <sup>a</sup>	4.675	0.010
	Sağlığın İyileştirilmesi	30.95 $\pm$ 9.23 <sup>a</sup>	36.07 $\pm$ 11.20	38.43 $\pm$ 8.90	12.435	<0.001
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	12.37 $\pm$ 3.34 <sup>a</sup>	13.90 $\pm$ 2.60 <sup>a</sup>	14.82 $\pm$ 2.93 <sup>a</sup>	15.014	<0.001
	Fiziksel Sağlık	13.43 $\pm$ 2.74 <sup>a</sup>	14.93 $\pm$ 2.17 <sup>a</sup>	16.15 $\pm$ 2.84 <sup>a</sup>	23.134	<0.001
	Psikolojik	13.76 $\pm$ 2.82 <sup>a</sup>	15.02 $\pm$ 2.21 <sup>a</sup>	16.26 $\pm$ 2.81 <sup>a</sup>	17.617	<0.001
	Sosyal İlişkiler	13.54 $\pm$ 3.01 <sup>a</sup>	14.56 $\pm$ 2.55 <sup>a</sup>	15.79 $\pm$ 3.27 <sup>a</sup>	10.905	<0.001
	Ulusal Çevre	13.46 $\pm$ 1.94 <sup>a</sup>	14.11 $\pm$ 1.98 <sup>a</sup>	14.80 $\pm$ 2.40 <sup>a</sup>	7.705	0.001

\*One Way Anova, Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır:  $p<0.016$  anlamlı kabul edilmiştir.  
<sup>a</sup> birbirinden farklı

Araştırma grubunun fiziksel egzersiz durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.22’de

sunulmuştur. Araştırma grubunun fiziksel egzersiz durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği sağlık hizmeti alt boyut ortalamalarına bakıldığında; hiç egzersiz yapmayanların sağlık hizmeti alt boyutunun ortalaması  $34.13 \pm 8.65$  olup, öneriye uygun egzersiz yapanların ortalamalarından  $38.97 \pm 6.48$  istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p=0.007$ ). Araştırma grubunun fiziksel egzersiz durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği genel sağlık okuryazarlığı boyutu, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi alt boyutlarının; yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutu, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, ulusal çevre genel ve alt boyutların ortalamalarına bakıldığında, tüm gruplar birbirinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur ( $p<0.001$ ,  $p=0.010$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p=0.001$ , sırasıyla).

**Tablo 4.23.** Araştırma grubunun ‘Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?’ sorusuna verilen cevaplara göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?			F	p*	
	Kötü (N=23)	Fena değil (N=83)	İyi (N=242)			
	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS			
SOY Ölçeği	Genel Sağlık Okuryazarlığı	36.66 ± 9.39 <sup>a</sup>	32.60 ± 9.29 <sup>a</sup>	31.44 ± 6.92 <sup>a</sup>	8.219	<0.001
	Sağlık Hizmeti	37.00 ± 8.78 <sup>a</sup>	34.10 ± 9.27 <sup>a</sup>	30.03 ± 7.66 <sup>a</sup>	8.687	<0.001
	Hastalıktan Korunma	37.08 ± 10.39 <sup>a</sup>	32.71 ± 10.52 <sup>a</sup>	32.46 ± 8.47 <sup>a</sup>	6.782	0.001
	Sağlığın İyileştirilmesi	35.94 ± 10.80 <sup>a</sup>	31.01 ± 9.89 <sup>a</sup>	31.88 ± 7.86	7.682	0.001
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	14.54 ± 2.28 <sup>a</sup>	11.66 ± 2.43 <sup>a</sup>	8.43 ± 3.91 <sup>a</sup>	94.132	<0.001
	Fiziksel Sağlık	15.30 ± 2.12 <sup>a</sup>	13.35 ± 2.37 <sup>a</sup>	10.66 ± 3.28 <sup>a</sup>	58.382	<0.001
	Psikolojik	15.41 ± 2.21 <sup>a</sup>	13.64 ± 2.55 <sup>a</sup>	11.19 ± 3.03 <sup>a</sup>	45.232	<0.001
	Sosyal İlişkiler	14.86 ± 2.56 <sup>a</sup>	13.65 ± 3.11 <sup>a</sup>	11.19 ± 2.95 <sup>a</sup>	22.410	<0.001
	Ulusal Çevre	14.33 ± 2.02 <sup>a</sup>	13.26 ± 1.91 <sup>a</sup>	12.56 ± 1.66 <sup>a</sup>	15.240	<0.001

\*One Way Anova, Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır:  $p<0.016$  anlamlı kabul edilmiştir.  
<sup>a</sup> birbirinden farklı

Araştırma grubunun ‘Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?’ sorusuna verilen cevaplara göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının

ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.23’de sunulmuştur. Araştırma grubunun ‘Sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?’ sorusuna verilen cevaplara göre sağlık okuryazarlığı ölçeği sağlığın iyileştirilmesi alt boyut ortalamalarına bakıldığında; sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin sağlığın iyileştirilmesi alt boyutunun ortalaması  $35.94 \pm 10.80$  olup, fena değil olarak değerlendirenlerin ortalamalarından  $31.01 \pm 9.89$  istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.001$ ). Araştırma grubunun ‘Sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?’ sorusuna verilen cevaplara göre sağlık okuryazarlığı ölçeği genel sağlık okuryazarlığı boyutu, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma alt boyutlarının; yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutu, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, ulusal çevre alt boyutların ortalamalarına bakıldığında, tüm gruplar birbirinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur ( $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p=0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ , sırasıyla).

**Tablo 4.24.** Araştırma grubunun ‘Beslenme düzeninizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplara göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Beslenme düzeninizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?			F	p*	
	Sağlıklı (N=101)	Kısmen (N=184)	Sağlıklı değil (N=63)			
	AO $\pm$ SS	AO $\pm$ SS	AO $\pm$ SS			
SOY Ölçeği	Genel Sağlık Okuryazarlığı	39.07 $\pm$ 8.25 <sup>b</sup>	34.41 $\pm$ 9.36	32.14 $\pm$ 9.53	13.375	<0.001
	Sağlık Hizmeti	38.77 $\pm$ 8.13 <sup>b</sup>	35.03 $\pm$ 8.96	33.55 $\pm$ 9.53	8.435	<0.001
	Hastalıktan Korunma	39.53 $\pm$ 9.21 <sup>b</sup>	34.67 $\pm$ 10.41	32.77 $\pm$ 11.01	10.667	<0.001
	Sağlığın İyileştirilmesi	38.94 $\pm$ 9.42 <sup>b</sup>	33.54 $\pm$ 10.40	30.16 $\pm$ 10.75	16.130	<0.001
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	15.56 $\pm$ 2.22 <sup>a</sup>	13.30 $\pm$ 2.31 <sup>a</sup>	10.51 $\pm$ 3.46 <sup>a</sup>	78.057	<0.001
	Fiziksel Sağlık	16.03 $\pm$ 2.10 <sup>a</sup>	14.43 $\pm$ 2.21 <sup>a</sup>	12.40 $\pm$ 2.96 <sup>a</sup>	47.320	<0.001
	Psikolojik	16.04 $\pm$ 2.19 <sup>a</sup>	14.63 $\pm$ 2.31 <sup>a</sup>	12.82 $\pm$ 2.97 <sup>a</sup>	34.736	<0.001
	Sosyal İlişkiler	15.50 $\pm$ 2.46 <sup>b</sup>	14.11 $\pm$ 2.74	13.08 $\pm$ 3.30	15.944	<0.001
	Ulusal Çevre	14.78 $\pm$ 2.20 <sup>b</sup>	13.81 $\pm$ 1.89	13.05 $\pm$ 1.80	15.974	<0.001

\*One Way Anova, Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır:  $p<0.016$  anlamlı kabul edilmiştir.

<sup>a</sup> birbirinden farklı, <sup>b</sup> diğerlerinden farklı



Araştırma grubunun ‘Beslenme düzeninizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplara göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.24’de sunulmuştur. Araştırma grubunun ‘Beslenme düzeninizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplara göre genel sağlık okuryazarlığı boyutunun ortalamalarına bakıldığında, sağlıklı cevabını veren akademisyenlerin genel sağlık okuryazarlığı boyut ortalaması  $\pm$  ss değeri  $(39.07 \pm 8.25)$  kısmen cevabını verenlerin değerinden  $(34.41 \pm 9.36)$  ve sağlıklı değil cevabını verenlerin değerinden  $(32.14 \pm 9.53)$  istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Araştırma grubunun ‘Beslenme düzeninizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplara göre sağlık hizmeti alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, sağlıklı cevabını veren akademisyenlerin sağlık hizmeti alt boyut ortalaması  $\pm$  ss değeri  $(38.77 \pm 8.13)$  kısmen cevabını verenlerin değerinden  $(35.03 \pm 8.96)$  ve sağlıklı değil cevabını verenlerin değerinden  $(33.55 \pm 9.53)$  istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Araştırma grubunun ‘Beslenme düzeninizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplara göre hastalıktan korunma alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, sağlıklı cevabını veren akademisyenlerin hastalıktan korunma alt boyut ortalaması  $\pm$  ss değeri  $(39.53 \pm 9.21)$  kısmen cevabını verenlerin değerinden  $(34.67 \pm 10.41)$  ve sağlıklı değil cevabını verenlerin değerinden  $(32.77 \pm 11.01)$  istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Araştırma grubunun ‘Beslenme düzeninizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplara göre sağlığın iyileştirilmesi alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, sağlıklı cevabını veren akademisyenlerin sağlığın iyileştirilmesi alt boyut ortalaması  $\pm$  ss değeri  $(38.94 \pm 9.42)$  kısmen cevabını verenlerin değerinden  $(33.54 \pm 10.40)$  ve sağlıklı değil cevabını verenlerin değerinden  $(30.16 \pm 10.75)$  istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Araştırma grubunun ‘Beslenme düzeninizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplara göre genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, psikolojik genel ve alt boyutların ortalamalarına bakıldığında, tüm gruplar birbirinden istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Araştırma grubunun ‘Beslenme düzeninizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplara göre sosyal ilişkiler alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, sağlıklı cevabını veren akademisyenlerin sosyal ilişkiler alt boyut ortalaması  $\pm$  ss değeri  $(15.50 \pm 2.46)$  kısmen cevabını verenlerin değerinden  $(14.11 \pm 2.74)$  ve sağlıklı değil cevabını verenlerin değerinden  $(13.08 \pm 3.30)$  istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek

bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Araştırma grubunun ‘Beslenme düzeninizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplara göre ulusal çevre alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, sağlıklı cevabını veren akademisyenlerin ulusal çevre alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $14.78 \pm 2.20$ ) kısmen cevabını verenlerin değerinden ( $13.81 \pm 1.89$ ) ve sağlıklı değil cevabını verenlerin değerinden ( $13.05 \pm 1.80$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ).



**Tablo 4.25.** Araştırma grubunun ilaç doğru kullanımına göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	İlaçları zamanında ve doza uygun alma konusunda kendinizi nasıl hissedersiniz?				F	p*	
	Önerilen şekilde ilaçlarımı alırım, kesinlikle atlatmam (N=101)	Dikkat ederim ancak ilaçlarımı aksattığım olur (N=101)	Sık sık ilaçlarımı aksattırım (N=184)	Hastalanırsam, kendimi iyi hissetmezsem ilaç alırım (N=63)			
	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS			
SOY Ölçeği	Genel Sağlık Okuryazarlığı	37.29 ± 9.82 <sup>b</sup>	33.75 ± 8.45 <sup>a</sup>	30.97 ± 5.98	33.53 ± 11.14	5.093	<b>0.002</b>
	Sağlık Hizmeti	37.42 ± 9.23 <sup>b</sup>	34.74 ± 8.32 <sup>a</sup>	29.60 ± 5.85 <sup>a</sup>	34.53 ± 11.18	4.656	<b>0.003</b>
	Hastalıktan Korunma	37.71 ± 10.83 <sup>b</sup>	34.17 ± 9.57 <sup>a</sup>	32.50 ± 9.34	32.67 ± 11.89	4.167	<b>0.006</b>
	Sağlığın İyileştirilmesi	36.76 ± 11.06 <sup>b</sup>	32.38 ± 9.69 <sup>a</sup>	30.90 ± 6.88	33.33 ± 11.95	5.203	<b>0.002</b>
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	14.14 ± 2.97 <sup>c</sup>	13.07 ± 2.64 <sup>c</sup>	8.83 ± 3.46 <sup>c</sup>	13.30 ± 3.39 <sup>c</sup>	14.405	<b>&lt;0.001</b>
	Fiziksel Sağlık	15.09 ± 2.52 <sup>c</sup>	14.16 ± 2.45 <sup>c</sup>	11.00 ± 3.44 <sup>c</sup>	14.68 ± 2.17 <sup>c</sup>	11.792	<b>&lt;0.001</b>
	Psikolojik	15.29 ± 2.50 <sup>c</sup>	14.40 ± 2.43 <sup>c</sup>	10.89 ± 3.41 <sup>c</sup>	14.37 ± 2.42 <sup>c</sup>	13.198	<b>&lt;0.001</b>
	Sosyal İlişkiler	14.78 ± 2.84 <sup>c</sup>	14.08 ± 2.80 <sup>c</sup>	11.22 ± 2.98 <sup>c</sup>	14.27 ± 2.63 <sup>c</sup>	6.659	<b>&lt;0.001</b>
	Ulusal Çevre	14.23 ± 2.14 <sup>b</sup>	13.84 ± 1.90	12.55 ± 1.85 <sup>a</sup>	13.29 ± 2.08	3.839	<b>0.010</b>

\*One Way Anova, Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: p<0.016 anlamlı kabul edilmiştir

<sup>b-a</sup> birbirinden farklı, <sup>c</sup> farkı oluşturan grup

Araştırma grubunun ilaç doğru kullanımına göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.25'te sunulmuştur. Araştırma grubunun ilaç doğru kullanımına göre sağlık okuryazarlığı ölçeği genel sağlık okuryazarlığı boyut ortalamalarına bakıldığında; önerilen şekilde ilaçlarımı alırım, kesinlikle atlatmam diyenlerin genel sağlık okuryazarlığı boyutunun ortalaması  $37.29 \pm 9.82$  olup, dikkat ederim ancak ilaçlarımı aksattığım olur diyenlerin ortalamalarından  $33.75 \pm 8.45$  istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.002$ ). Araştırma grubunun ilaç doğru kullanımına göre sağlık okuryazarlığı ölçeği sağlık hizmeti alt boyut ortalamalarına bakıldığında; önerilen şekilde ilaçlarımı alırım, kesinlikle atlatmam diyenlerin sağlık hizmeti alt boyutunun ortalaması  $37.42 \pm 9.23$  olup, dikkat ederim ancak ilaçlarımı aksattığım olur diyenlerin ortalamalarından  $34.74 \pm 8.32$  istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.003$ ). Araştırma grubunun ilaç doğru kullanımına göre sağlık okuryazarlığı ölçeği hastalıktan korunma alt boyut ortalamalarına bakıldığında; önerilen şekilde ilaçlarımı alırım, kesinlikle atlatmam diyenlerin hastalıktan korunma alt boyutunun ortalaması  $37.71 \pm 10.83$  olup, dikkat ederim ancak ilaçlarımı aksattığım olur diyenlerin ortalamalarından  $34.17 \pm 9.57$  istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.006$ ). Araştırma grubunun ilaç doğru kullanımına göre sağlık okuryazarlığı ölçeği sağlığın iyileştirilmesi alt boyut ortalamalarına bakıldığında; önerilen şekilde ilaçlarımı alırım, kesinlikle atlatmam diyenlerin sağlığın iyileştirilmesi alt boyutunun ortalaması  $36.76 \pm 11.06$  olup, dikkat ederim ancak ilaçlarımı aksattığım olur diyenlerin ortalamalarından  $32.38 \pm 9.69$  istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.002$ ). Araştırma grubunun ilaç doğru kullanımına göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutu, fiziksel sağlık, psikolojik alt boyutların ortalamalarına bakıldığında, tüm gruplar birbirinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Araştırma grubunun ilaç doğru kullanımına göre yaşam kalitesi ölçeği ulusal çevre alt boyut ortalamalarına bakıldığında; önerilen şekilde ilaçlarımı alırım, kesinlikle atlatmam diyenlerin ulusal çevre alt boyutunun ortalaması  $14.23 \pm 2.0$  olup, Sık sık ilaçlarımı aksattırım diyenlerin ortalamalarından  $12.55 \pm 1.85$  istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.010$ ).

**Tablo 4.26.** Araştırma grubunun yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Yaş Grup				F	p*	
	21-30 (N=57)	31-40 (N=204)	41-50 (N=64)	51 ve üzeri (N=23)			
	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS			
SOY Ölçeği	Genel Sağlık Okuryazarlığı	34.32 ± 9.35	35.60 ± 9.70	36.04 ± 9.06	33.79 ± 7.86	0.600	0.616
	Sağlık Hizmeti	34.76 ± 9.08	36.34 ± 9.17	36.07 ± 8.82	33.56 ± 9.96	0.985	0.400
	Hastalıktan Korunma	34.00 ± 10.20	36.02 ± 10.64	37.03 ± 10.29	33.86 ± 9.96	1.149	0.329
	Sağlığın İyileştirilmesi	34.17 ± 10.22	34.47 ± 11.19	35.07 ± 10.29	33.97 ± 7.46	0.099	0.960
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	13.89 ± 2.68 <sup>a</sup>	13.59 ± 2.87 <sup>a</sup>	12.44 ± 3.61 <sup>b</sup>	14.00 ± 3.19	3.220	<b>0.023</b>
	Fiziksel Sağlık	15.02 ± 2.40 <sup>a</sup>	14.71 ± 2.45 <sup>a</sup>	13.57 ± 3.16 <sup>b</sup>	14.38 ± 2.52	3.938	<b>0.009</b>
	Psikolojik	14.70 ± 2.40	14.85 ± 2.50	14.20 ± 3.26	14.96 ± 2.30	1.056	0.368
	Sosyal İlişkiler	14.29 ± 2.71	14.58 ± 2.76	13.75 ± 3.31	13.80 ± 3.00	1.651	0.177
	Ulusal Çevre	13.68 ± 2.22	13.95 ± 2.00	14.01 ± 2.20	14.49 ± 1.63	0.871	0.456

\*One Way Anova, Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: p<0.016 anlamlı kabul edilmiştir

<sup>b-a</sup> birbirinden farklı

Araştırma grubunun yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.26'da sunulmuştur. Araştırma grubunun yaş gruplarına göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, psikolojik, sosyal ilişkiler, ulusal çevre genel ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0.616$ ,  $p=0.400$ ,  $p=0.329$ ,  $p=0.960$ ,  $p=0.368$ ,  $p=0.177$ ,  $p=0.456$ , sırasıyla). Araştırma grubunun yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutunun ortalamalarına bakıldığında, 41-50 yaş grubunda olan akademisyenlerin genel sağlık durumu boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $12.44 \pm 3.61$ ) 31-40 yaş grubunda olanların değerinden ( $13.59 \pm 2.87$ ) ve 21-30 yaş grubunda olanların değerinden ( $13.89 \pm 2.68$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p=0.023$ ). Araştırma grubunun yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, 41-50 yaş grubunda olan akademisyenlerin fiziksel sağlık alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $13.57 \pm 3.16$ ) 31-40 yaş grubunda olanların değerinden ( $14.71 \pm 2.45$ ) ve 21-30 yaş grubunda olanların değerinden ( $15.02 \pm 2.40$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p=0.009$ ). Yaş ile ölçekler arasındaki ilişkiye Pearson korelasyon analizi ile bakılmış olup, yaş ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel sağlık alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf korelasyon vardır ( $r=-0,112$ ,  $p=0,037$ ). Çalışmaya katılan akademisyenlerin yaşları arttıkça fiziksel sağlık boyutunda yaşam kaliteleri azaltmaktadır. Akademisyenlerin yaşı ile genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, genel sağlık durumu, psikolojik, sosyal ilişkiler, ulusal çevre genel ve alt boyutları arasında korelasyon saptanmamıştır ( $r= 0.019$ ,  $p=0.727$ ;  $r= -0.009$ ,  $p=0.865$ ;  $r= -0.055$ ,  $p=0.302$ ;  $r= 0.005$ ,  $p=0.921$ ;  $r= -0.075$ ,  $p=0.162$ ;  $r= -0.037$ ,  $p=0.491$ ;  $r= -0.098$ ,  $p=0.066$ ;  $r=0.074$ ,  $p=0.171$ ).

**Tablo 4.27.** Araştırma grubunun BKİ gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	BKİ				F	p*	
	Zayıf (N=8)	Normal (N=147)	Hafif Kilolu (N=143)	Şişman (N=50)			
	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS			
Genel Sağlık Okuryazarlığı	27.92 ± 13.70 <sup>a</sup>	36.05 ± 8.84 <sup>a</sup>	35.81 ± 9.90 <sup>b</sup>	33.15 ± 9.40	3.019	<b>0.030</b>	
SOY Ölçeği	Sağlık Hizmeti	29.43 ± 13.86	36.42 ± 8.69	36.03 ± 9.10	34.67 ± 8.67	1.868	0.135
	Hastalıktan Korunma	26.94 ± 16.68	36.20 ± 9.71	36.18 ± 11.08	34.49 ± 9.44	2.325	0.075
	Sağlığın İyileştirilmesi	27.34 ± 12.73	35.54 ± 9.98 <sup>a</sup>	35.26 ± 11.23 <sup>a</sup>	30.35 ± 9.13 <sup>b</sup>	4.578	<b>0.004</b>
Genel Sağlık Durumu	12.75 ± 3.84	14.23 ± 2.47 <sup>a</sup>	13.41 ± 2.85 <sup>a</sup>	11.4 ± 3.94 <sup>b</sup>	11.985	<b>&lt;0.001</b>	
YK Ölçeği	Fiziksel Sağlık	13.64 ± 3.36	15.10 ± 2.20 <sup>a</sup>	14.54 ± 2.39 <sup>a</sup>	12.94 ± 3.52 <sup>b</sup>	9.485	<b>&lt;0.001</b>
	Psikolojik	14.08 ± 3.21	15.08 ± 2.28 <sup>a</sup>	14.90 ± 2.39 <sup>a</sup>	13.19 ± 3.57 <sup>b</sup>	7.314	<b>&lt;0.001</b>
	Sosyal İlişkiler	13.67 ± 3.82	14.38 ± 2.81 <sup>a</sup>	14.81 ± 2.51 <sup>a</sup>	12.88 ± 3.49 <sup>b</sup>	5.955	<b>0.001</b>
	Ulusal Çevre	14.05 ± 2.34	14.03 ± 2.10	13.97 ± 1.20	13.67 ± 2.16	0.399	0.754

\*One Way Anova, Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: p<0.008 anlamlı kabul edilmiştir.  
<sup>b-a</sup> birbirinden farklı

Araştırma grubunun BKİ gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.27'de sunulmuştur. Araştırma grubunun BKİ gruplarına göre sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, ulusal çevre alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0.135$ ,  $p=0.075$ ,  $p=0.754$ , sırasıyla). Araştırma grubunun BKİ gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeği genel sağlık okuryazarlığı boyutunun ortalamalarına bakıldığında, hafif kilolu grubunda olan akademisyenlerin genel sağlık okuryazarlığı boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $35.81 \pm 9.90$ ) normal grubunda olanların değerinden ( $36.05 \pm 8.84$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük ve zayıf grubunda olanların değerinden ( $27.92 \pm 13.70$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.030$ ). Araştırma grubunun BKİ gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeği sağlığın iyileştirilmesi alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, şişman grubunda olan akademisyenlerin sağlığın iyileştirilmesi alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $30.35 \pm 9.13$ ) hafif kilolu grubunda olanların değerinden ( $35.26 \pm 11.23$ ) ve normal grubunda olanların değerinden ( $35.54 \pm 9.98$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p=0.004$ ). Araştırma grubunun BKİ gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutunun ortalamalarına bakıldığında, şişman grubunda olan akademisyenlerin genel sağlık durumu boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $11.4 \pm 3.94$ ) hafif kilolu grubunda olanların değerinden ( $13.41 \pm 2.85$ ) ve normal grubunda olanların değerinden ( $14.23 \pm 2.47$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Araştırma grubunun BKİ gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, şişman grubunda olan akademisyenlerin fiziksel sağlık alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $12.94 \pm 3.52$ ) hafif kilolu grubunda olanların değerinden ( $14.54 \pm 2.39$ ) ve normal grubunda olanların değerinden ( $15.10 \pm 2.20$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Araştırma grubunun BKİ gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, şişman grubunda olan akademisyenlerin psikolojik alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $13.19 \pm 3.57$ ) hafif kilolu grubunda olanların değerinden ( $14.90 \pm 2.39$ ) ve normal grubunda olanların değerinden ( $15.08 \pm 2.28$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Araştırma grubunun BKİ gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, şişman grubunda olan akademisyenlerin sosyal ilişkiler alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $12.88 \pm 3.49$ ) hafif kilolu grubunda olanların değerinden ( $14.81 \pm 2.51$ ) ve normal grubunda olanların değerinden ( $14.38 \pm 2.81$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p=0.001$ ).



**Tablo 4.28.** Araştırma grubunun genel sağlık okuryazarlığı gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Genel sağlık okuryazarlığı grupları				F	p*	
	Yetersiz (N=37)	Sınırlı (N=105)	Yeterli (N=118)	Mükemmel (N=88)			
	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS			
Genel Sağlık Durumu	11.35 ± 2.83 <sup>a</sup>	12.86 ± 2.96 <sup>a</sup>	13.64 ± 3.08 <sup>a</sup>	14.79 ± 2.49 <sup>a</sup>	14.636	<0.001	
YK Ölçeği	Fiziksel Sağlık	12.34 ± 2.33 <sup>a</sup>	13.68 ± 2.56 <sup>a</sup>	14.99 ± 2.48 <sup>a</sup>	15.85 ± 2.04 <sup>a</sup>	14.636	<0.001
	Psikolojik	12.50 ± 2.66 <sup>a</sup>	13.79 ± 2.48 <sup>a</sup>	15.06 ± 2.42 <sup>a</sup>	16.27 ± 1.94 <sup>a</sup>	25.319	<0.001
	Sosyal İlişkiler	12.18 ± 3.50 <sup>a</sup>	13.45 ± 2.49 <sup>a</sup>	14.58 ± 2.70 <sup>a</sup>	15.95 ± 2.30 <sup>a</sup>	29.888	<0.001
	Ulusal Çevre	12.06 ± 1.85 <sup>a</sup>	13.22 ± 1.59 <sup>a</sup>	14.26 ± 1.91 <sup>a</sup>	15.21 ± 1.88 <sup>a</sup>	34.764	<0.001

\*One Way Anova, Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: p<0.008 anlamlı kabul edilmiştir.  
<sup>a</sup> birbirinden farklı

Araştırma grubunun genel sağlık okuryazarlığı gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.28’de sunulmuştur. Araştırma grubunun genel sağlık okuryazarlığı gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutunun ortalamalarına bakıldığında, mükemmel olan akademisyenlerin genel sağlık durumu boyut ortalama ± ss değeri (14.79 ± 2.49), yeterli olanların değerinden (13.64 ± 3.08), sınırlı olanların değerinden (12.86 ± 2.96) ve yetersiz olanların değerinden (11.35 ± 2.83) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (p<0.001). Araştırma grubunun genel sağlık okuryazarlığı gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, yetersiz olan akademisyenlerin fiziksel sağlık alt boyut ortalama ± ss değeri (12.34 ± 2.33) sınırlı olanların değerinden (13.68 ± 2.56), yeterli olanların değerinden (14.99 ± 2.48) ve mükemmel olanların değerinden (15.85 ± 2.04) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (p<0.001). Araştırma grubunun genel sağlık okuryazarlığı gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, yeterli olan akademisyenlerin psikolojik alt boyut ortalama ± ss değeri (15.06 ± 2.42) sınırlı olanların değerinden (13.79 ± 2.48) ve yetersiz olanların değerinden (12.50 ± 2.66) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek, mükemmel olanların değerinden (16.27 ± 1.94) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (p<0.001). Araştırma grubunun genel sağlık okuryazarlığı gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, mükemmel olan akademisyenlerin sosyal ilişkiler alt boyut ortalama ± ss değeri (15.95 ± 2.30) yeterli

olanların değerinden ( $14.58 \pm 2.70$ ), sınırlı olanların değerinden ( $13.45 \pm 2.49$ ) ve yetersiz olanların değerinden ( $12.18 \pm 3.50$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Araştırma grubunun genel sağlık okuryazarlığı gruplarına göre yaşam kalitesi ölçęi ulusal çevre alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, mükemmel olan akademisyenlerin ulusal çevre alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $15.21 \pm 1.88$ ) yeterli olanların değerinden ( $14.26 \pm 1.91$ ), sınırlı olanların değerinden ( $13.22 \pm 1.59$ ) ve yetersiz olanların değerinden ( $12.06 \pm 1.85$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).



**Tablo 4.29.** Araştırma grubunun akademik ünvana göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Akademik Ünvan					F	p*	
	Profesör (N=14)	Doçent (N=39)	Dr. Öğr. Üyesi (N=92)	Öğr. Gör. (N=135)	Arş. Gör. (N=68)			
	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS			
Genel Sağlık Okuryazarlığı	36.04±7.10	34.23±8.84	35.64± 8.84	36.54± 10.01	33.10± 8.95	1.717	0.146	
SOY Ölçeği	Sağlık Hizmeti	36.31 ± 7.96	34.69± 8.23	35.97± 8.62	36.91± 9.50	34.13± 9.14	1.263	0.284
	Hastalıktan Korunma	35.95±10.17	35.04± 9.60	36.36± 10.55	36.90± 10.77	32.91± 10.03	1.804	0.128
	Sağlığın İyileştirilmesi	35.86± 7.14	33.01±10.64	34.62± 10.54	35.84± 11.31	32.23± 9.68	1.575	0.180
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	14.43± 3.61	13.38±3.87	13.63± 2.99	13.38± 2.81	13.20± 2.93	0.573	0.682
	Fiziksel Sağlık	15.06±2.66	14.58± 3.64	14.58± 2.57	14.48±2.31	14.41±2.64	0.201	0.938
	Psikolojik	15.57±2.53	14.87±3.10	14.73±2.56	14.77±2.49	14.29± 2.76	0.853	0.493
	Sosyal İlişkiler	14.57± 2.98	14.22±2.89	14.64±2.89	14.21±2.93	14.16±2.82	0.413	0.799
	Ulusal Çevre	15.21± 1.97 <sup>b</sup>	14.32± 1.58	14.17± 2.03	13.72± 2.09 <sup>a</sup>	13.67± 2.15 <sup>a</sup>	2.684	<b>0.031</b>

\*One Way Anova, Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: p<0.005 anlamlı kabul edilmiştir.

<sup>b-a</sup> birbirinden farklı

Araştırma grubunun akademik ünvana göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.29'da sunulmuştur. Araştırma grubunun akademik ünvana göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler genel ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0.146$ ,  $p=0.284$ ,  $p=0.128$ ,  $p=0.180$ ,  $p=0.682$ ,  $p=0.938$ ,  $p=0.493$ ,  $p=0.799$ , sırasıyla). Araştırma grubunun ünvana göre yaşam kalitesi ölçeği ulusal çevre alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, profesör olan akademisyenlerin ulusal çevre alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $15.21 \pm 1.97$ ) öğretim görevlisi olanların değerinden ( $13.72 \pm 2.09$ ) ve araştırma görevlisi olanların değerinden ( $13.67 \pm 2.15$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.031$ ).

**Tablo 4.30.** Araştırma grubunun sigara tüketme durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Sigara Tüketme Durumu					F	p*	
	Hiç içmedim (N=125)	Birkaç kez denedim (N=57)	Ara sıra içiyorum (N=44)	Düzenli içiyorum (N=84)	Bıraktım (N=38)			
	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS			
SOY Ölçeği	Genel Sağlık Okuryazarlığı	36.37±8.96	34.40±8.22	32.37±7.65	35.90±11.73	35,67±8.05	1.709	0.147
	Sağlık Hizmeti	37.17±8.82	34.45±7.33	32.93±7.91	35.82±11.05	37,03±7.36	2.361	0.053
	Hastalıktan Korunma	36.67±9.97	34.33±9.58	32.83±9.34	36.69±12.44	35,99±9.46	1.548	0.188
	Sağlığın İyileştirilmesi	35.28±9.67	34.43±9.67	31.39±8.75	35.23±13.60	33,99±9.21	1.236	0.295
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	14.42±2.98 <sup>a</sup>	13.72±2.98	11.95±2.43 <sup>b</sup>	12.36±3.01 <sup>b</sup>	14,05±2.10	9.927	<0.001
	Fiziksel Sağlık	15.08±2.32 <sup>b</sup>	15.20±2.50 <sup>b</sup>	13.05±3.31 <sup>a</sup>	13.94±2.72	14,71±1.59	7.381	<0.001
	Psikolojik	15.26±2.55 <sup>a</sup>	15.20±2.29	13.33±2.82 <sup>b</sup>	14.22±2.87	14,82±1.83	5.948	<0.001
	Sosyal İlişkiler	14.90±2.81 <sup>a</sup>	14.71±2.54 <sup>a</sup>	12.82±3.11 <sup>a</sup>	14.00±3.10 <sup>a</sup>	14,35±2.18 <sup>a</sup>	4.983	0.001
	Ulusal Çevre	14.44±2.27 <sup>a</sup>	13.99±2.02 <sup>a</sup>	12.95±1.82 <sup>a</sup>	13.62±1.79 <sup>a</sup>	14,21±1.68 <sup>a</sup>	5.349	<0.001

\*One Way Anova, Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: p<0.005 anlamlı kabul edilmiştir

<sup>b-a</sup> birbirinden farklı, <sup>a</sup> grupların hepsi farklı .

Araştırma grubunun sigara tüketme durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.30'da sunulmuştur. Araştırma grubunun sigara tüketme durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi genel ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0.147$ ,  $p=0.053$ ,  $p=0.188$ ,  $p=0.295$ , sırasıyla). Araştırma grubunun sigara tüketme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutunun ortalamalarına bakıldığında, hiç sigara içmeyen akademisyenlerin genel sağlık durumu boyut ortalaması  $\pm$  ss değeri ( $14.42\pm 2.98$ ) ara sıra içenlerin değerinden ( $11.95\pm 2.43$ ) ve düzenli içenlerin değerinden ( $12.36\pm 3.01$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Araştırma grubunun sigara tüketme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, ara sıra sigara içen akademisyenlerin fiziksel sağlık alt boyut ortalaması  $\pm$  ss değeri ( $13.05\pm 3.31$ ) birkaç kez deneyenlerin değerinden ( $15.20\pm 2.50$ ) ve hiç içmeyenlerin değerinden ( $15.08\pm 2.32$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Araştırma grubunun sigara tüketme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, hiç sigara içmeyen akademisyenlerin psikolojik alt boyut ortalaması  $\pm$  ss değeri ( $15.26\pm 2.55$ ) ara sıra içenlerin değerinden ( $13.33\pm 2.82$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Araştırma grubunun sigara tüketme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler ve ulusal çevre alt boyutlarının ortalamalarına bakıldığında, tüm gruplar birbirinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur ( $p=0.001$ ,  $p<0.001$ , sırasıyla).

**Tablo 4.31.** Araştırma grubunun ‘Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması

Ölçeklerin Boyutları	Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?					F	p*	
	Aşırı zayıf (N=3)	Zayıf (N=15)	Normal (N=184)	Kilolu (N=134)	Aşırı kilolu (N=12)			
	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS	AO ± SS			
Genel Sağlık Okuryazarlığı	36.29± 9.49	33.36±13.58	35.58± 9.50	35.73± 8.75	29.93± 8.33	1.256	0.287	
SOY Ölçeği	Sağlık Hizmeti	29.86± 5.92	35.00±13.83	35.86± 9.09	36.60± 8.09	29.77± 9.63	1.976	0.098
	Hastalıktan Korunma	38.52±11.18	33.41±14.40	35.74± 10.45	36.23± 10.09	32.22± 9.91	0.650	0.627
	Sağlığın İyileştirilmesi	40.62± 13.05	31.67±14.01	35.14±10.46	34.38±10.32	27.95± 9.93	1.843	0.120
YK Ölçeği	Genel Sağlık Durumu	13.33± 6.43	15.07± 3.92 <sup>a</sup>	14.13± 2.44 <sup>a</sup>	12.78± 3.01 <sup>a</sup>	8.67± 3.75 <sup>a</sup>	14.326	<0.001
	Fiziksel Sağlık	13.14± 3.57	15.43± 3.27	15.08± 2.15 <sup>a</sup>	14.06± 2.59 <sup>a</sup>	10.43± 3.94 <sup>a</sup>	12.558	<0.001
	Psikolojik	10.89± 3.01 <sup>a</sup>	15.42± 2.79 <sup>a</sup>	15.42± 2.79 <sup>a</sup>	15.18±2.34 <sup>a</sup>	14.45± 2.45 <sup>a</sup>	12.822	<0.001
	Sosyal İlişkiler	12.00± 2.67	15.29± 3.49 <sup>a</sup>	14.59± 2.72 <sup>a</sup>	14.14± 2.85 <sup>a</sup>	11.78± 3.63 <sup>a</sup>	3.902	0.004
	Ulusal Çevre	12.59± 1.36 <sup>a</sup>	15.38± 2.38 <sup>a</sup>	14.03± 2.05 <sup>a</sup>	13.85± 1.93 <sup>a</sup>	12.63±2.23 <sup>a</sup>	3.628	0.007

\*One Way Anova, Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: p<0.005 anlamlı kabul edilmiştir.  
<sup>a</sup>Farklı oluşturan grup

Araştırma grubunun ‘Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve alt boyutlarının ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.31’de sunulmuştur. Araştırma grubunun ‘Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi genel ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0.287$ ,  $p=0.098$ ,  $p=0.627$ ,  $p=0.120$ , sırasıyla). Araştırma grubunun ‘Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutunun ortalamalarına bakıldığında, aşırı kilolu cevabını veren akademisyenlerin genel sağlık durumu boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $8.67 \pm 3.75$ ) kilolu cevabını verenlerin değerinden ( $12.78 \pm 3.01$ ) normal cevabını verenlerin değerinden ( $14.13 \pm 2.44$ ) ve zayıf cevabını verenlerin değerinden ( $15.07 \pm 3.92$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Araştırma grubunun ‘Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutunun ortalamalarına bakıldığında, kilolu cevabını veren akademisyenlerin yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $12.78 \pm 3.01$ ) normal cevabını verenlerden ( $14.13 \pm 2.44$ ) ve zayıf cevabını verenlerden ( $15.07 \pm 3.92$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Araştırma grubunun ‘Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, aşırı kilolu cevabını veren akademisyenlerin fiziksel sağlık alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $10.43 \pm 3.94$ ) kilolu cevabını verenlerin değerinden ( $14.06 \pm 2.59$ ) normal cevabını verenlerin değerinden ( $15.08 \pm 2.15$ ) ve zayıf cevabını verenlerin değerinden ( $15.43 \pm 3.27$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Araştırma grubunun ‘Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, normal cevabını veren akademisyenlerin yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $15.08 \pm 2.15$ ) kilolu cevabını verenlerden ( $14.06 \pm 2.59$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Araştırma grubunun ‘Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, aşırı kilolu cevabını veren akademisyenlerin psikolojik alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $14.45 \pm 2.45$ ) kilolu cevabını verenlerin değerinden ( $15.18 \pm 2.34$ ) normal cevabını verenlerin değerinden ( $15.42 \pm 2.79$ ) ve zayıf cevabını verenlerin değerinden



(15.42± 2.79) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (p<0.001). Araştırma grubunun ‘Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, aşırı zayıf cevabını veren akademisyenlerin yaşam kalitesi ölçeği psikolojik alt boyut ortalama ± ss değeri (10.89± 3.01) normal cevabını verenlerden (15.42± 2.79) ve kilolu cevabını verenlerden (15.18±2.34) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (p<0.001). Araştırma grubunun ‘Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, aşırı kilolu cevabını veren akademisyenlerin sosyal ilişkiler alt boyut ortalama ± ss değeri (11.78± 3.63) normal cevabını verenlerin değerinden (14.59± 2.72) ve zayıf cevabını verenlerin değerinden (15.29± 3.49) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (p=0.004). Araştırma grubunun ‘Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, kilolu cevabını veren akademisyenlerin yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alt boyut ortalama ± ss değeri (14.14± 2.85) aşırı kilolu cevabını verenlerden (11.78± 3.63) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (p=0.004). Araştırma grubunun ‘Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre yaşam kalitesi ölçeği ulusal çevre alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, zayıf cevabını veren akademisyenlerin ulusal çevre alt boyut ortalama ± ss değeri (15.38± 2.38) aşırı zayıf cevabını verenlerin değerinden (12.59± 1.36), normal cevabını verenlerin değerinden (14.03± 2.05) ve kilolu cevabını verenlerin değerinden (13.85± 1.93) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (p=0.007). Araştırma grubunun ‘Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre yaşam kalitesi ölçeği ulusal çevre alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, aşırı kilolu cevabını veren akademisyenlerin yaşam kalitesi ölçeği ulusal çevre alt boyut ortalama ± ss değeri (12.63±2.23) zayıf cevabını verenlerden (15.38± 2.38) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (p=0.007).

**Tablo 4.32.** Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı ölçeği ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	
<b>Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği</b>	<b>1.Genel Sağlık Okuryazarlığı</b>	-	-	0.911*	<0.001	0.955*	<0.001	0.943*	<0.001	0.414*	<0.001	0.451*	<0.001	0.417*	<0.001	0.488*	<0.001	0.316*	<0.001
	<b>2.Sağlık Hizmeti</b>	0.911*	<0.001	-	<0.001	0.815*	<0.001	0.767*	<0.001	0.397*	<0.001	0.462*	<0.001	0.433*	<0.001	0.481*	<0.001	0.306*	<0.001
	<b>3.Hastalıktan Korunma</b>	0.955*	<0.001	0.815*	<0.001	-	<0.001	0.866*	<0.001	0.358*	<0.001	0.393*	<0.001	0.372*	<0.001	0.457*	<0.001	0.283*	<0.001
	<b>4.Sağlığın İyileştirilmesi</b>	0.943*	<0.001	0.767*	<0.001	0.866*	<0.001	-	<0.001	0.407*	<0.001	0.418*	<0.001	0.371*	<0.001	0.437*	<0.001	0.300*	<0.001
<b>Yaşam kalitesi ölçeği</b>	<b>5.Fiziksel Sağlık</b>	0.414*	<0.001	0.397*	<0.001	0.358*	<0.001	0.407*	<0.001	-	<0.001	0.728*	<0.001	0.664*	<0.001	0.569*	<0.001	0.682*	<0.001
	<b>6.Psikolojik</b>	0.451*	<0.001	0.462*	<0.001	0.393*	<0.001	0.418*	<0.001	0.784*	<0.001	-	<0.001	0.781*	<0.001	0.695*	<0.001	0.642*	<0.001
	<b>7.Sosyal İlişkiler</b>	0.417*	<0.001	0.433*	<0.001	0.372*	<0.001	0.371*	<0.001	0.664*	<0.001	0.781*	<0.001	-	<0.001	0.636*	<0.001	0.528*	<0.001
	<b>8.Ulusal Çevre</b>	0.488*	<0.001	0.481*	<0.001	0.457*	<0.001	0.437*	<0.001	0.569*	<0.001	0.695*	<0.001	0.636*	<0.001	-	<0.001	0.498*	<0.001
	<b>9.Genel Sağlık Durumu</b>	0.316*	<0.001	0.306*	<0.001	0.283*	<0.001	0.300*	<0.001	0.682*	<0.001	0.642*	<0.001	0.528*	<0.001	0.498*	<0.001	-	-

r = Pearson korelasyon analizi

\*korelasyon p<0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı ölçeği ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki Tablo 4.32’de sunulmuştur. Veriler normal dağılım gösterdikleri için ölçekler arasındaki ilişkiye Pearson korelasyon analizi ile bakılmış olup, pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyut puanları arttıkça yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyut puanları anlamlı şekilde artmaktadır ( $p<0.001$ ).

Akademisyenlerin genel sağlık okuryazarlığı puanları ile sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi alt boyut puanları arasında çok güçlü pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Akademisyenlerin sağlık hizmeti ile hastalıktan korunma alt boyut puanları arasında çok güçlü pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Akademisyenlerin sağlığın iyileştirilmesi ile hastalıktan korunma alt boyut puanları arasında çok güçlü pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Akademisyenlerin sağlığın iyileştirilmesi ile sağlık hizmeti alt boyut puanları arasında güçlü pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Akademisyenlerin genel sağlık okuryazarlığı genel boyut puanları ile yaşam kalitesi ölçeği fiziksel ve psikolojik alt boyut puanları arasında güçlü pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Akademisyenlerin yaşam kalitesi ölçeğinin psikolojik ve sosyal ilişkiler alt boyut puanları ile ulusal çevre alt boyut puanları arasında güçlü pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Akademisyenlerin yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel, sosyal ilişkiler ve ulusal çevre alt boyut puanları ile psikolojik alt boyut puanları arasında güçlü pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Akademisyenlerin genel sağlık okuryazarlığı genel boyut puanları ile yaşam kalitesi ölçeği fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve ulusal çevre alt boyut puanları arasında orta şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Akademisyenlerin sağlık hizmeti alt boyut puanı ile yaşam kalitesi ölçeği psikolojik, sosyal ilişkiler ve ulusal çevre alt boyut puanları arasında orta şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Akademisyenlerin hastalıktan korunma alt boyut puanı ile yaşam kalitesi ölçeği ulusal çevre alt boyut puanı arasında orta şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Akademisyenlerin genel sağlık durumu genel boyut ve sağlığın iyileştirilmesi alt boyut puanları ile yaşam kalitesi ölçeği ulusal çevre alt boyut puanları arasında orta şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Akademisyenlerin fiziksel alt boyut puanı ile ulusal çevre alt boyut puanları arasında orta şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

Akademisyenlerin sağlığın iyileştirilmesi alt boyut puanı ile yaşam kalitesi leği fiziksel ve psikolojik alt boyut puanları arasında orta şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Akademisyenlerin genel sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi leği genel sağlık durumu genel boyut puanları arasında zayıf pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Akademisyenlerin sağlık hizmeti alt boyut puanları ile yaşam kalitesi leği genel sağlık durumu ve fiziksel alt boyut puanları arasında zayıf pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Akademisyenlerin hastalıktan korunma alt boyut puanı ile yaşam kalitesi leği genel sağlık durumu, fiziksel, psikolojik ve sosyal ilişkiler alt boyut puanları arasında zayıf pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Akademisyenlerin sağlığın iyileştirilmesi alt boyut puanı ile yaşam kalitesi leği genel sağlık durumu genel boyut ve sosyal ilişkiler alt boyut puanları arasında zayıf pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Araştırma Grubunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Bulgularının Tartışılması

Araştırmamızda akademisyenlerin %35.9'u hiç sigara içmediğini, %10.9'u eskiden içtiğini ama bıraktığını, %24.1'i düzenli sigara içicisi olduğunu belirtmiştir. Güler ve ark. 2008 yılında yaptığı bir çalışmada, araştırmaya katılan öğretim elemanlarının %37.3'ünün sigara tüketmektedir (72). İstanbul'da Marmara Üniversitesi akademisyenleriyle 2009 yılında yapılan bir çalışmada, katılımcılardan 81 kişi sigarayı hiç içmediğini (%41.1), 37 kişi eskiden içtiğini ama bıraktığını (%18.8), 27 kişi düzenli sigara içicisi olduğunu (%13.7) ifade etmiştir (10). Edirne'de Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarıyla 2008 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların %58.4'ünün hiç sigara içmediği, %26.4'ünün düzenli sigara içicisi olduğu, %15.2'sinin ise sigarayı içmediğini belirtmiştir (9). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Akademik personellerinde 2003 yılında yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılanların %58.8'inin hiç sigara içmediği, %19.6'sının bazen sigara içtiğini, %21.6'sının ise sürekli düzenli şekilde sigara içicisi olduğu belirtilmiştir (73). 2006 yılında akademisyenlerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların %37.2'si sigara içtiğini, %44.2'sinin sigara içmediğini ve %18.6'sı sigara içmeyi bıraktığını ifade etmiştir (74). Bu çalışmada, akademisyenlerin sigara içme sıklığının toplumun geneline göre düşük olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda sigara içen akademisyenlerden %53.1'i sigarayı bırakmayı düşünüyorum, %25'i sigarayı bırakmayı düşünmüyorum, %21.5'i emin değilim cevabını vermiştir. İstanbul'da Marmara Üniversitesi akademisyenleriyle 2009 yılında yapılan bir çalışmada, düzenli sigara içenler ile ara sıra sigara içtiğini söyleyenlerin sigarayı bırakma ile ilgili düşüncelerin dağılımına bakıldığında, her iki grupta da bireylerin yaklaşık yarısı sigarayı bırakmak istediğini belirtmiştir. Sigarayı genel olarak bırakmayı düşünmeyenlerin oranı ise %24.5'tir (10). Bulgular çalışmamızla örtüşmektedir.

Araştırmamızda akademisyenlerden %72.1'i alkollü içki kullanmadığını, %15.2'si çok nadir içtiğini, %10.3'ü arada sırada tükettiğini belirtmiştir. Güler ve ark. 2008 yılında yaptığı bir çalışmada, araştırmaya alınan öğretim elemanlarının %32.7'sinin ise alkol kullandığı belirlenmiştir (72). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi'nde görev

yapan akademisyenlerle 2006 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların %51.8'inin alkol kullandığı belirlenmiştir (74). Edirne'de Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarıyla 2008 yılında yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılanların %35.4'ü alkollü içki kullandığı, %64.6'sının ise alkollü içki kullanmadığı saptanmıştır (9). Cumhuriyet Üniversitesi'ndeki akademik personel ile yapılan bir araştırma, katılımcıların %68.6'sı alkollü içki kullanmadığını, %29.4'ü ise bazen alkollü içki kullandığını belirtmiştir (73). TÜİK 2016 verilerine göre ülkemizde 15 yaş üstü nüfusun %10.4 ile %14.9 oranları arasında alkollü içecek kullandığı görülmektedir (75). Bu dört çalışmanın bulguları ve sağlık bakanlığı verilerine kıyasla çalışmamızda alkollü içki tüketimi daha düşük çıkmıştır.

Araştırmamızda akademisyenlerin %16.4'ünün (n=57) hastalığı vardır. Güler ve ark. 2008 yılında yaptığı akademisyenler üzerinde yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılımcıların %14.3'ünde kronik hastalık olduğu belirlenmiştir (72). Bu bulgu çalışmamızla benzerdir. İstanbul'da Marmara Üniversitesi akademisyenleriyle 2009 yılında yapılan bir çalışmada, katılımcıların %41.6'sının (n=82) doktor tarafından tanısı konulmuş olan ve bu tanı nedeniyle sürekli ilaç kullanmayı, diyet yapmayı ya da sürekli kontrole gitmeyi gerektirecek bir sağlık sorunu vardır (10). Bu çalışmaya göre araştırmamızdaki hastalık durumu varlığı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda hastalığı olan akademisyenlerin dağılımına bakıldığında; hipertansiyon %6.9 oranla en çok tanı almış olan sağlık sorunu olup, ikinci sırada %5.2'lik oranla şeker hastalığı gelmektedir. Akademisyenlerin %1.7'sinde kanda kolesterol veya yağ yüksekliği olduğu görülmüştür. İstanbul'da Marmara Üniversitesi akademisyenleriyle 2009 yılında yapılan bir çalışmada, kanda kolesterol ve/veya lipid yüksekliği %14.2 (n=28) en çok tanı almış olan sağlık sorunu olup, ikinci sırada %11.7'lik oranla hipertansiyon gelmektedir (10). Bu bulgular çalışmamızla uyumlu bulunmamıştır.

Araştırmamızda ilaçları zamanında ve doza uygun alma durumunun dağılımına bakıldığında; akademisyenlerin %48.3'ü ilaçlarını nasıl alması gerekiyorsa öyle aldığını, kesinlikle aksatmadığını, %42.5'i dikkat etmeye çalışmakla birlikte, ilaçlarını aksattığı olduğunu, %3.4'ü ilaçlarını almayı sık sık aksattığını, %5.7'si ilaçlarını ancak hastalanırsa, kendini iyi hissetmezse aldığını belirtmiştir. İstanbul'da Marmara Üniversitesi akademisyenleriyle 2009 yılında yapılan bir çalışmada, akademisyenlerin

ilaçların doz ve saatine uygun alınmasını içeren “ilaç tedavisine uyumları” sorgulandığında, %55.3’ü ilaçlarını almayı kesinlikle aksatmadığını, doz ve zamanına uygun olarak aldığını belirtmiştir (n=109). Çalışmamızın bulgularını desteklemektedir (10).

Araştırmamızda akademisyenlerden %35.9’u hiç egzersiz yapmadığını, %52.9’u egzersiz yaptığını ancak önerilen şekilde olmadığını, %11.2’si önerilen düzeyde ve şekilde egzersiz yaptığını belirtmiştir. İstanbul’da Marmara Üniversitesi akademisyenleriyle 2009 yılında yapılan bir çalışmada, Dünya Sağlık Örgütü’nün önerisine uygun olarak egzersiz yaptığını bildirenlerin oranı yalnızca %18.3’tür (n=36) (10). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesinde görev yapan öğretim elemanlarıyla 2006 yılında yapılan bir çalışmada, katılımcıların sağlıkla ilgili bazı davranışlardan egzersiz, stresle baş etme ve sağlıkla ilgili öz bakım becerilerini en az uyguladıkları görülmüştür. Ayrıca aynı çalışmada kadınların erkeklerden daha az egzersiz yaptıkları belirtilmiştir (74). Fırat Üniversitesi akademik personelinde 2001 yılında yapılan bir çalışmada, egzersiz yapma oranının %31.2 oranında olduğu belirlenmiştir (76).

Karadeniz Teknik Üniversitesinde görev yapan akademisyenlerde 2016 yılında yapılan bir çalışmada, akademisyenlerin fiziksel egzersiz yapma oranlarına bakıldığında; %39’unun hiç egzersiz yapmadığı, %50’sinin az yaptığı, %11’inin ise düzenli fiziksel aktivite yaptığı belirtilmiştir. Akademisyenlerin fiziksel aktiviteye katılım oranlarının bazı sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır (77). Artvin Çoruh Üniversitesindeki kadın akademisyenlerle 2019 yılında yapılan bir çalışmada, düzenli fiziksel aktivite yapanların oranının %37.1 olduğu belirlenmiştir (78). Süleyman Demirel Üniversitesi akademisyenler ve öğrencilerle 2016 yılında yapılan bir çalışmada akademisyenlerin sadece %14.7’sinin boş zaman etkinliği olarak sporu tercih ettikleri görülmektedir (79). Yine 2015 yılında yapılan benzer bir çalışmada Bartın Üniversitesinde yapılan bir çalışmada ise akademisyenlerin fiziksel aktiflik anlamında minimal düzeyde oldukları belirtilmiştir(80).

Literatürde fiziksel egzersize katılım oranları ile ilgili ülkemizde yapılmış bu çalışmalar incelendiğinde genel olarak bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlara benzer şekilde akademisyenler arasında fiziksel egzersizlere katılım oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Araştırmaların yapıldığı bölgeler arasındaki iklim koşulları, fiziksel egzersiz yapma imkânları, tesisleşme, sosyo-ekonomik faktörler ve hareket ve

hareketsizlikle ilgili kültürel yargılar gibi değişkenlerin bu çalışmalar arasındaki oransal farklılıkları açıklayabilir.

Araştırmamızda akademisyenlerin %69.5 'i sağlığını iyi %23.9'u fena değil, %6.6'sı kötü olarak değerlendirmiştir. Çalışmamızın bulgularına benzer olarak Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesinde görev yapan akademisyenlerle 2006 yılında yapılan bir çalışmada, katılımcıların %79.7'si sağlığının iyi olduğunu, %15.6'sı çok iyi olduğunu ve %4.7 si ise iyi olmadığını olarak ifade etmiştir (74).

Araştırmamızda akademisyenlerin 'Düzenli sağlık kontrolleri yaptırma durumunuzu 5 üzerinden nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna verilen puanların ort ± ss (min-maks) değeri  $2.81 \pm 1.2$  (0-5)'dir. Araştırmamızda 'Düzenli sağlık kontrolleri yaptırma durumunuzu 5 üzerinden nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna verilen puanların dağılımına bakıldığında, %11.7'si 0 puan, %11.2'si 1 puan, %43.5'i 2 puan, %78'i 3 puan, %41'i 4 puan, %14.6'sı 5 puan vermiştir. İstanbul'da Marmara Üniversitesi akademisyenleriyle 2009 yılında yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılanların sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yaptırılması gereken düzenli sağlık kontrolleri ile ilgili olarak kendilerine 0-5 üzerinden puan vermişlerdir. Düzenli sağlık kontrolleri ile ilgili olarak katılımcıların kendilerine verdikleri ortanca puan 3.00'tür; cinsiyete ve yaş grubuna göre değişmemektedir. Araştırmaya katılanların sağlık kontrollerini düzenli yaptırmak açısından kendilerine "0: çok kötü" ve "5: çok iyi" olmak üzere verdikleri puanların dağılımına bakıldığında, katılımcıların %28.4'u kendilerine "3" puan vermiştir (10).

Çalışmamızda başvuru sağlık kuruluşlarının dağılımına bakıldığında; akademisyenlerin %21'i aile sağlığı merkezine, %53.7'si devlet hastanesine, %21.3'ü özel hastaneye, %3.4'ü üniversite hastanesine, %0.6'sı özel muayenehaneye başvurduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda sağlıkla ilgili en güvenilir bulunan bilgi kaynağının dağılımına bakıldığında; katılımcıların %74.7'si sağlık çalışanlarını en güvenilir bilgi kaynağı olarak ifade etmiştir. 2014 yılında yapılan Türkiye sağlık okuryazarlığı çalışması sonuçlarına göre çalışmamızla benzer şekilde kişilerin sağlık problemleri nedeniyle genelde başvurdukları ilk sağlık kurumunun Devlet Hastaneleri olduğu görülmektedir. Sağlık bilgisine erişme anlamına araştırmaya katılanların yarısından fazlasının ilk önce doktor/sağlık personeline danıştığını, üçte birinin de kitle iletişim araçları ve internet gibi organlar yoluyla bilgiye erişmeye çalıştığını belirtmiş



olup, çalışmamıza benzer olarak akademisyenlerin çoğunluğu sağlık çalışanlarından bilgiye erişmektedir (28).

Araştırmamızda akademisyenlerin %58.9'u yeterli ve dengeli beslenme durumunu iyi olarak değerlendirmiştir. İstanbul'da Marmara Üniversitesi akademisyenleriyle 2009 yılında yapılan bir çalışmada, çalışmamızla benzer olarak akademisyenlerin %56.9'u beslenmelerini "iyi" olarak değerlendirmiştir (10).

Araştırmamızda akademisyenlerin %2.3'ü zayıf, %42.2'si normal kilolu, %41.4'ü fazla kilolu, %14.4'ü obezdir. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesinde görev yapan akademisyenlerle 2006 yılında yapılan bir çalışmada, katılımcıların BKİ değerlerine göre katılımcıların %51.8'inin normal kiloda olduğu, %36.5'inin fazla kilolu, %6.3'ünün şişman ve %4.7'sinin ise zayıf olduğu saptanmıştır (74). Karadeniz Teknik Üniversitesinde görev yapan akademisyenlerde 2016 yılında yapılan bir başka çalışmada ise, akademisyenlerin BKİ değerlerine bakıldığında %2.8'i zayıf, %44.8'i normal, %4'ü kilolu ve %11.4'ü ise obezdir (77). Bu iki çalışmanın bulguları araştırmamızın sonuçlarını desteklemektedir.

Araştırmamızda akademisyenlerden %0.9'unun kendi kilosunu aşırı zayıf, %4.3'ünün zayıf, %52.9'unun normal, %38.5'inin fazla kilolu, %3.4'ünün aşırı kilolu olarak gördüğünü ifade etmiştir. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesinde görev yapan akademisyenlerle 2006 yılında yapılan bir çalışmada, araştırma ya katılan öğretim elemanlarının %71.8'i kendisini normal kiloda, %25.9'u şişman, %4.3'ü ise zayıf olarak gördüklerini belirtmiştir. Çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur (74).

## **5.2. Araştırma grubunun Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

### **5.2.1. Araştırma grubunun Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmamızda akademisyenlerin genel sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalama  $\pm$  standart sapması  $35.35 \pm 9.40$  olarak bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ölçeği üç ana boyut; sağlık hizmeti boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı  $35.85 \pm 9.02$ , hastalıklardan korunma boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı  $35.73 \pm 10.47$ , sağlığın iyileştirilmesi boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı  $34.50 \pm 10.63$  olarak bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı boyutu 4 alt boyut; sağlık bilgisine erişim boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı  $35.64 \pm 10.22$ , sağlık bilgisini anlama boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma

puanı  $37.00 \pm 9.81$ , sağlık bilgisini değerlendirme boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı  $34.45 \pm 10.53$ , sağlık bilgisini uygulama boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı  $34.34 \pm 9.75$  olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyut puan ortalamalarının genel olarak  $>33-42$  aralığında olup yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu söylenebilir. Alt boyut puanlarına bakıldığında en yüksek puan ortalaması sağlık bilgisini anlama boyutuna, en düşük puan ortalaması sağlık bilgisini uygulama boyutuna aittir. Sağlık hizmeti ve hastalıktan korunma boyutlarının genel puanı, genel ölçek puanından yüksek bulunmuşken, sağlığın iyileştirilmesi boyutlarının genel puanı, genel ölçek puanından düşük bulunmuştur.

Ülkemizin sağlık okuryazarlığı ortalamaları sırasıyla Genel sağlık okuryazarlığı indeksi  $30.4 \pm 0.16$ , Sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı indeksi  $31.1 \pm 0.16$ , Hastalıktan korunma indeksi  $29.8 \pm 0.18$ , Sağlığın iyileştirilmesi indeksi  $29.9 \pm 0.17$ ; Avrupa sağlık okuryazarlığı ortalamaları sırasıyla; Genel sağlık okuryazarlığı indeksi  $33.8 \pm 8.0$ , Sağlık hizmeti boyutu indeksi  $34.7 \pm 8.3$ , Hastalıktan korunma indeksi  $34.2 \pm 8.8$ , Sağlığın iyileştirilmesi indeksi  $32.5 \pm 9.1$ 'dir. Ülkemizde sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut ortalamalarına bakıldığında Avrupa'ya kıyasla her alanda daha düşük olduğu görülmektedir (28). Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ortalamaları Türkiye ve Avrupa ortalamalarının üstünde bulunmuştur.

Malatya ilinde çalışan öğretmenlerle 2020 yılında yapılan bir çalışmada, araştırmamızla benzer olarak katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeksi puan ortalamalarına bakıldığında  $33.36 \pm 8.44$  olarak tespit edilmiştir. En düşük puan ortalaması sağlık hizmetlerinde bilgiyi değerlendirme alt boyutunda olup, en yüksek puan ortalaması sağlık hizmetlerinde bilgiyi uygulama kategorisinde olduğu tespit edilmiştir (81). Bu araştırmanın bulgularından farklı olarak çalışmamızda en düşük puan sağlık bilgisini uygulama alt boyutuna aittir.

İstanbul ili Sancaktepe ilçesinde bulunan sınıf öğretmenleriyle 2020 yılında "TSOY-32 Ölçeği" kullanılarak yapılan bir çalışmada, katılımcıların "genel sağlık okuryazarlığı" puan ortalaması  $33.35$  olarak bulunmuştur. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında "tedavi ve hizmet" boyutunun puanı, genel SOY ölçek puanından yüksek bulunmuştur. "Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi" boyutunun puanını ise genel ölçek puanından düşük olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarında en yüksek

puan “Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma” boyutunda olup, en yüksek puan ise “sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” boyutunda olduğu belirtilmiştir (82). Bu çalışmanın sonuçları bulgularımızı desteklemektedir.

2020 yılında 686 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada, HLS-EU ölçeğine göre araştırmaya katılan öğrencilerinin ölçek puan ortalamasının  $30.67 \pm 7.30$  olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda genel sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalama  $\pm$  standart sapması daha yüksek bulunmuştur (83). 2020 yılında 381 sağlık bilimleri öğrencileriyle yapılan çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalama  $\pm$  standart sapması  $36.52 \pm 7.73$  olarak tespit edilmiştir. Çalışmamıza göre genel sağlık okuryazarlık ortalaması yüksek bulunmuştur (84). 2020 yılında Polanya’da yapılan bir çalışmada, yaşlıların sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyut ortalamalarına bakıldığında; sağlık hizmeti (Ort. = 32.82) veya hastalıktan korunma (Ort. = 31.83) alt boyut ortalaması sağlığın iyileştirilmesi alt boyut ortalamasından (Ort. = 31.02) çalışmamızla benzer olarak biraz daha yüksek bulunmuştur (85).

Araştırmamızda genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımına bakıldığında, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranı %10.6, sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranı %30.2, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranı %33.9, mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranı %25.3’tür. Çalışmamızda akademisyenlerin %40.8’i yetersiz veya sınırlı, %59.2’si yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer almaktadır. Malatya ilinde çalışan öğretmenlerle 2020 yılında yapılan bir çalışmada, grubun %49.6’sının “yetersiz veya sorunlu”, %50.4’ü (n=441) “yeterli veya mükemmel” sağlık okuryazarlığı kategorisindedir (81). İstanbul ili Sancaktepe ilçesinde bulunan sınıf öğretmenleriyle 2020 yılında yapılan bir çalışmada, araştırma grubunun % 35’inin sorunlu - sınırlı SOY düzeyine sahip olduğu, %17’sinde ise SOY düzeyinin yetersiz olduğu belirtilmiştir. Bu durum araştırma grubunun %52’ sinin “yetersiz” ve “sorunlu – sınırlı” sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu anlamına gelmektedir. Ayrıca katılımcıların %27’ sinin yeterli, %21’inin ise “mükemmel sağlık okuryazarlığı” düzeyinde olduğu belirtilmiştir. (82). Özdemir ve ark. tarafından yetişkinlerde sağlık okuryazarlığını saptamak için yapılan bir başka çalışmada araştırma grubunun %58.7’sinde yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi tespit edilmiştir (26). Çalışmamızdaki katılımcılarla benzer gruplar üzerinde yapılan bu üç çalışmanın bulguları araştırmamızın sonuçlarını desteklemektedir.

2020 yılında 381 sağlık bilimleri öğrencisinden oluşan bir grupta sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek ve sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, öğrencilerin yaklaşık %30.2'si yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir (84). Çalışmamıza göre yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranı düşük çıkmıştır.

2013 yılında Çorum'daki öğretmenlerde sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörleri değerlendirildiği bir çalışmada, genel olarak öğretmenlerin %44.0'ı çok sınırlı, %29.8'i sınırlı ve %26.2'si yeterli sağlık okuryazarlığına sahiptir (86). 2020 yılında 686 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada, HLS-EU ölçeği kullanılmış olup öğrencilerin %21.1'i yetersiz, %41.8'i sınırlı, %30.9'u yeterli ve %6.1'inin ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirtilmiştir. (83). 2020 yılında Polanya'da yapılan bir çalışmada, yaşlıların yarısından fazlası sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine (%50.4), %11.6'sı yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir (85). 2019 yılında 186 katılımcıyla Macaristan'da yapılan bir çalışmada, katılımcıların %46.1'inin sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (87). Litvanya'da yapılan bir çalışmada ise; öğretmenlerde SOY düzeyinin düşük olduğu ve ayrıca sağlıklı yaşam becerileri konusunda dikkate değer bir bilgi eksikliği olduğu saptanmıştır. Söz konusu araştırmaya katılan öğretmenlerin %28.8'inin yeterli SOY düzeyinde, %42'sinin se yetersiz SOY düzeyinde ve %29.2'sinin ise sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip düzeyinde olduğu belirtilmiştir (88). HLS-EU ölçeğinin Türkiye'de geçerliliği yapıldıktan sonra Ankara'da 2139 kişide yapılan bir çalışmada, yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi %73.5 olup araştırmamızdan daha yüksek saptanmıştır (24). Bu altı çalışmada, bulgularımıza göre yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranı yüksek çıkmıştır.

Türkiye'de sağlık okuryazarlığı araştırması 2014 yılında SAĞLIK-SEN tarafından yapılmış olup, çalışmada Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) anketi kullanılmıştır. Yapılan bu araştırmada; çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 30.4 bulunmuş olup, yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisindekilerin sıklığı %64.6 olarak çalışmamızdaki akademisyenlerin yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinden yüksek tespit edilmiştir (28). Toplumda eğitim düzeyi yüksek olarak kabul edilen öğretmen ve akademisyenlerde, sağlık okuryazarlık düzeyinin yeterli düzeyde olmadığı, bu grubun yaklaşık %50'sinde sınırlı veya yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanmıştır.

### 5.2.2. Araştırma grubunun Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan akademisyenlerin genel sağlık durumu ölçek puan ortalama  $\pm$  standart sapması  $13.45 \pm 3.04$  olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi ölçeği dört ana boyut; fiziksel sağlık boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı  $14.53 \pm 2.62$ , psikolojik boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı  $14.71 \pm 2.63$ , sosyal ilişkiler boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı  $14.33 \pm 2.89$ , ulusal çevre boyutu ortalama  $\pm$  standart sapma puanı  $13.96 \pm 2.05$  olarak bulunmuştur. Bursa Uludağ Üniversitesi akademisyenlerinde 2004 yılında yapılan bir çalışmada, araştırmamızın bulgularından farklı olarak yaşam kalitesi ölçeğinde en yüksek ortalama bedensel alan, en düşük ortalama ise çevre alan puanlarında olduğu belirtilmiştir (8). Edirne’de Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarıyla 2008 yılında yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan akademisyenlerin yaşam kalitesi genel ortalaması  $14.43 \pm 1.86$  olarak tespit edilmiştir. Söz konusu araştırmaya katılanların “fiziksel sağlık” alt boyutunun puan ortalaması  $15.14 \pm 2.53$ ; psikolojik sağlık puan ortalaması  $13.61 \pm 2.76$ ; sosyal ilişkilerin puan ortalaması  $14.30 \pm 2.68$ ; çevresel sağlık puan ortalaması  $13.60 \pm 2.20$ ; toplumsal çevre puan ortalaması  $13.74 \pm 2.04$  olarak saptanmıştır. Bu çalışmada fiziksel sağlık alt boyut ortalaması en yüksek ve çevresel sağlık alt boyutu ortalaması ise en düşük olarak bulunmuştur. İki çalışmanın sonuçları ve araştırmamızdaki ortalamalar birbirine yakın çıkmış olup, çalışmamızda diğerlerinden farklı olarak psikolojik alt boyut ortalaması en yüksek ve fiziksel sağlık alt boyutu ortalaması ise en düşük olarak bulunmuştur (9). Manisa’da Gürsel ve ark.’larının 2016 yılında yaptığı bir çalışmada, bulgularımızdan farklı olarak araştırmaya grubunun yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları incelendiğinde; en yüksek puanı fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları görülmüştür (89). Fiziksel sağlık boyut puanları genellikle günlük yaşamdaki işlevsellikle ilişkili olduğundan, bizim araştırma grubumuz genç ve sağlıklı bireylerden oluştuğu için bu boyuttaki puanların yüksek olması gerekirken, Bitlis ilindeki mevsimsel farklılığın bu sonuca neden olabileceğini düşünebiliriz. Ulusal çevre boyut puanları ise diğer boyut puanlarına göre daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızda Ulusal çevre boyut puanlarının diğer boyutlara göre düşük olması, Bitlis ilinin sosyal ve kültürel etkinlikler açısından yetersiz olmasından kaynaklanabilir.

2019 yılında yaşlılarda sosyo-demografik faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin incelendiği bir çalışmada, yaşam kalitesi ölçeği dört ana boyutunun ortalama  $\pm$  standart sapma değerlerine bakıldığında; fiziksel sağlık boyutunda  $15.5 \pm 2.7$ , psikolojik

boyutunda  $15.1 \pm 2.1$ , sosyal ilişkiler boyutunda  $14.2 \pm 2.6$ , çevre boyutunda  $15.9 \pm 2.2$  olarak bulunmuştur (90). Yaşlılarda sosyal ilişkiler boyutunun diğerlerine göre düşük olduğu görülmektedir. Çevre alt boyut ortalaması bu çalışmada en yüksek bulunurken çalışmamızda diğer boyutlara göre en düşük ortalamaya sahiptir. Bu farklılık yaşlıların çevresel etkenlerle temaslarının kısıtlı olmasıyla açıklanabilir.

2008 yılında yapılan bir çalışmada, obez bireylerin yaşam kalitesi ölçeği alt gruplarından fiziksel alan puan ortalaması  $13.24 \pm 2.69$ , psikolojik alan puan ortalaması  $13.20 \pm 2.29$ , sosyal alan puan ortalaması  $13.78 \pm 2.65$  ve çevresel alan puan ortalaması  $12.98 \pm 2.36$ 'dır (91). Bu bulgulara bakıldığında, çalışmamızla benzer olarak en düşük puan ortalamasının çevre boyutunda olduğu görülmektedir.

Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ile ilgili 2011 yılında yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesi ölçeği dört ana boyutunun ortalama  $\pm$  standart sapma değerlerine bakıldığında; çalışmamızdan farklı olarak en yüksek puan ortalaması sosyal alan, en düşük puan ortalaması bedensel alan olarak görülmüştür (92).

### **5.2.3. Araştırma grubunun bazı değişkenlere göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi günümüzde önem kazanmakla beraber, meslek gruplarına göre yapılan çalışmalar içerisinde akademisyenler üzerinde yapılmış yeterli sayıda araştırmanın olmadığı görülmektedir.

Çalışmamızda akademisyenlerin cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı ölçeği; genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi ve yaşam kalitesi ölçeği; genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, ulusal çevre genel ve alt boyutlarının ortalamalarına bakıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir. ( $p=0.542$ ,  $p=0.891$ ,  $p=0.422$ ,  $p=0.472$ ,  $p=0.065$ ,  $p=0.705$ ,  $p=0.826$ ,  $p=0.086$ ,  $p=0.647$ , sırasıyla). Cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi puanları erkeklerde daha yüksektir.

2020 yılında 686 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada, çalışmamızla benzer olarak kadın ve erkek öğrencilerin sağlık okuryazarlığı ölçek puanları açısından aralarında istatistiksel anlamda bir farklılık olmadığı belirtilmiştir (83). 2015 yılında 1054

Japon yetişkinle 47 maddelik Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi kullanılarak yapılan bir çalışmada, çalışmamızdan farklı olarak genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalama puanı kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksektir ve yaş grupları ve daha iyi yaşam koşulları değerlendirildikçe artmıştır (93).

Cinsiyet ile yaşam kalitesi ölçekleri genel ve alt boyut puanlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamış olup, genel sağlık durumu ve fiziksel sağlık boyut puanları kadınlarda, psikolojik, sosyal, ulusal çevre puanları erkeklerde daha yüksektir. Psikolojik, sosyal ve ulusal çevre puanlarının erkeklerde yüksek olması, ülkemizde genel olarak erkeklere göre çalışan kadınların iş hayatı, bununla birlikte rutin ev işleri dolayısıyla dinlenme ve boş vakitlerini değerlendirme konusunda fırsat eşitsizliğinin olması ve bu sebeple yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilendiği söylenebilir. Edirne’de Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarıyla 2008 yılında yapılan bir çalışmada, araştırma grubunda cinsiyete göre yaşam kalitesi ve alt ölçekleri arasında anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir (9). Bu bulgular çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Eskişehir’de 2016 yılında yükseköğretim kurumlarında görev yapan akademisyenlerin iş doyumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, çalışmamızla benzer olarak cinsiyetler arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmamakla birlikte çalışmamızla benzer olarak ruhsal alan puanı erkeklerde yüksek bulunmuştur (94). Çalışmamızda farklı olarak kadınların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu puanının daha iyi olduğu söylenebilir. Manisa’da Gürsel ve ark.’larının 2016 yılında yaptığı bir çalışmada, çalışmamızla benzer olarak *“cinsiyete göre genel sağlık, sosyal fonksiyon ve duygusal rol ve mental sağlık alt boyutlarının ortalamalarında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kadın ve erkek öğretim elemanları arasında çok büyük bir fark olmamasına rağmen erkek öğretim elemanlarının mental sağlık skor ortalama puanları kadın öğretim elemanlarına göre daha yüksektir.”* Çalışmamızla benzer olarak psikolojik (mental) alt boyut puanı erkeklerde daha yüksektir. Çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada erkek akademisyenlerin ise fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının kadın akademisyenlere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (89). Tergek ve ark.’larının Kırıkkale Üniversitesinde çalışan akademisyenlerde yaptıkları bir çalışmada, çalışmamızla benzer olarak cinsiyete göre yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları arasında herhangi anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (95). Bursa Uludağ Üniversitesi akademisyenlerinde 2004

yılında yapılan bir araştırmada, çalışmamızla benzer olarak cinsiyetler arasında yaşam kalitesi alan puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (8).

2019 yılında sosyo-demografik faktörlerin yaşlılarda yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada cinsiyetle ilgili olarak, kadınlar WHOQOL-BREF'in fiziksel sağlık ve psikolojik alanlarında erkeklerden daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları görülmüştür (90). Fiziksel sağlık boyutunun kadınlarda düşük çıkması çalışmamızla uyumlu bulunmuştur. 2019 yılında yapılan Diş hekimliği öğrencilerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi çalışmasında, psikolojik alan, üç demografik değişkenin (cinsiyet, sınıf, medeni durum) tümü ile istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (96). Çalışmamızla benzer olarak diğer üç alanla demografik özellikler arasında bir ilişki gözlenmemiştir. Endonezya'da 17-75 yaşları arasındaki 1056 kişiyle yapılan bir çalışmada, çalışmamızdan farklı olarak kadınların fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal ilişkiler boyut ortalamaları erkeklerden istatistiksel açıdan anlamlı dercede düşük olduğu belirtilmiştir ( $p<0.05$ ) (97). Genel sağlık ve çevre boyutunda çalışmamızla benzer olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. 2017 yılında Bartın'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların mutlu olup olmadıkları ile yaşam kalitesi genel ve alt puan ortalamaları cinsiyetler arasında çalışmamızla benzer olarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (98). 2021 yılında bir tıp fakültesinde yapılan bir çalışmada, erkeklerin psikolojik alan puan ortalamaları kadınlardan anlamlı biçimde yüksek ıkmiştır ( $p<0.05$ ) (99). 2018 yılında spor bilimleri fakültelerindeki akademisyenler üzerinde yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesi ve alt boyut ortalamaları ile katılımcıların cinsiyetleri arasında çalışmamızla benzer olarak istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (100). Kırıkkale Üniversitesi akademisyenlerinde yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçek puan ortalamaları ile katılımcıların yaş, cinsiyet, beden kütle indeksi, ve çalışma süresi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde fark olmadığı belirtilmiştir ( $p<0.05$ ) (95). 2020 yılında yapılan, öğretmenlerde mesleki doyum ve yaşam kalitesi ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, kadın ve erkeklerin WHOQOL-BREF TR Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında, erkeklerin bedensel, ruhsal ve sosyal alan alt boyutu puan ortalamaları kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (sırasıyla,  $p=0.05$ ;  $p<0.001$ ;  $p=0.036$ ) (101). Çalışmamızın bulgularını desteklememektedir. Erkek ve kadınların çevresel alan alt boyutu puan ortalamaları çalışmamızla benzer olarak cinsiyete göre farklılaşmamaktadır.



Çalışmamızda eğitim duruma göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ulusal çevre genel ve alt boyutlarının ortalama puanlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0.808$ ,  $p=0.764$ ,  $p=0.663$ ,  $p=0.802$ ,  $p=0.941$ ,  $p=0.964$ ,  $p=0.888$ ,  $p=0.501$ ,  $p=0.497$ , sırasıyla). Edirne’de Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarıyla 2008 yılında yapılan bir araştırmada, çalışmamızla benzer olarak öğrenim düzeyleri ile yaşam kalitesi bedensel, sosyal ve çevre alt ölçekleri arasında istatistiksel anlamda bir fark olmadığı belirtilmiştir ( $p=0.512$ ,  $p=0.547$ ,  $p=0.129$ ). Aynı araştırmada çalışmamızdan farklı olarak katılımcıların öğrenim düzeylerine göre yaşam kalitesinin psikolojik ve toplumsal çevre alt ölçekleri düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0.038$ ,  $p=0.003$ ). Çalışmada öğrenim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi göstergelerinde anlamlı bir yükselme olduğu; bunu da öğrenim düzeyi yüksek bireylerin yaşam kalitelerini arttırabilecek imkânlardan daha fazla bilgi sahibi olmaları ve kendilerine ayırdıkları zamanın kaliteli bir biçimde değerlendirilmesi olarak yorumlanmıştır (9)

Endonezya’da 17-75 yaşları arasındaki 1056 kişiyle yapılan bir çalışmada, çalışmamızdan farklı olarak yüksek eğitim düzeyine sahip olanların sosyal ilişkiler ve çevre boyut ortalamaları orta ve düşük eğitim düzeyinde olanlardan olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu bildirilmiştir ( $p<0.05$ ) (97). Genel sağlık, fiziksel sağlık ve psikolojik boyutlarında çalışmamızla benzer olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. 2008 yılında obez bireylerde yapılan bir çalışmada, eğitim durumları ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasında çalışmamızla benzer olarak bedensel, çevresel ve sosyal alanlarda ve ölçek toplamında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (91).

Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ile ilgili 2011 yılında yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi yükseldikçe sosyal alan puanı azaldığı görülmüştür. Çalışmada eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte bireyin dış faktörlerden daha az etkileneceği ve buna bağlı olarak yaşam kalitesi yükseleceği; aynı zamanda bireyin eğitim düzeyi yükseldikçe özgüven ve benlik saygısının artmasıyla birlikte, kişilerin gereksinimlerinin ve beklentilerinin çok daha iyi karşılanabileceği sonucuna varılmıştır (92). Çalışmamızın sonuçları bu araştırmayla uyumlu bulunmamıştır.

Çalışmamızda araştırma grubunun 22’si lisans, 124’ü yüksek lisans, 202’si doktora mezunu olup lisans mezunu akademisyenlerin fiziksel sağlık alan alt boyutu

ortalaması 14.39, psikolojik alan alt boyutu ortalaması 14.79, sosyal ilişkiler alan alt boyutu ortalaması 14.54, ulusal çevre alan alt boyutu ortalaması 14.06'dır. Yüksek lisans mezunu akademisyenlerin fiziksel sağlık alan alt boyutu ortalaması 14.52, psikolojik alan alt boyutu ortalaması 14.62, sosyal ilişkiler alan alt boyut ortalaması 14.09, ulusal çevre alan alt boyutu ortalaması 13.78'dir. Doktora mezunu akademisyenlerin fiziksel sağlık alan alt boyutu ortalaması 14.55, psikolojik alan alt boyutu ortalaması 14.76, sosyal ilişkiler alan alt boyut ortalaması 14.45, ulusal çevre alan alt boyutu ortalaması 14.05'tir.

2020 yılında yapılan, öğretmenlerde mesleki doyum ve yaşam kalitesi ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, çalışmaya katılan öğretmenlerin 196'sı lisans, 4'ü yüksek lisans mezunu olup lisans mezunu öğretmenlerin "*bedensel alan alt boyutu*" ortalaması 15.42, "*ruhsal alan alt boyutu*" ortalaması 16.00, "*sosyal alan alt boyutu*" ortalaması 16.00, "*çevresel alan alt boyutu*" ortalaması 14.66'dır. Yüksek lisans mezunu öğretmenlerin bedensel alan alt boyutu ortalaması 13.71, "*ruhsal alan alt boyutu*" ortalaması 14.33, "*sosyal alan alt boyut*" ortalaması 14.66, "*çevresel alan alt boyutu*" ortalaması 14.88'dir (101). Çalışmamıza göre lisan mezunlarının fiziksel, psikolojik sosyal ilişkiler ve çevre alt boyut ortalamaları yüksek bulunmuştur. Yüksek lisans mezunlarının ortalamalarına bakıldığında çalışmamıza göre fiziksel, psikolojik ve sosyal ilişkiler alt boyut ortalamaları düşük çevre alt boyut ortalaması yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda hastalık durumuna göre genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, ulusal çevre genel ve alt boyutlarının ortalama puanlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.725$ ,  $p=0.252$ ,  $p=0.647$ ,  $p=0.716$ , sırasıyla). İstanbul ili Sancaktepe ilçesinde bulunan sınıf öğretmenleriyle 2020 yılında yapılan bir çalışmada, çalışmamıza benzer olarak katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyut ortalamalarının kronik hastalık olma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (82). 2020 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi öğrenciyle yapılan bir çalışmada, kronik hastalık varlığı ile yaşam kalitesi ölçeği alan skorları arasında çalışmamızla benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (102)."bu durum üzerinde araştırma yapılan popülasyonun yaş ortalamalarının düşük olması ve buna bağlı olarak kronik hastalık görülme oranının düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

2016 yılında akademisyenlerle yapılan bir araştırmada, çalışmamızın bulgularından farklı olarak katılımcıların cinsiyet, eğitim ve kronik hastalığı olup olmama

değişkenlerine göre sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunduğu bildirilmiştir ( $p<0.05$ ). Kadınlarda, erkeklere oranla daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyine bakıldığında, sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları en yüksek doktora derecesine sahip olanlarda, ardından yüksek lisans derecesi sahiplerinde ve en az lisans derecesinde olanlarda bulunmuştur (37).

Çalışmamızda kilolarından memnun olan akademisyenlerin genel, bedensel ve psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, ulusal çevre boyut ortalama  $\pm$  ss değerleri ( $14.47 \pm 2.55$ ,  $15.39 \pm 2.41$ ,  $15.56 \pm 2.49$ ,  $15.39 \pm 2.50$ ,  $14.70 \pm 2.02$ , sırasıyla) kilolarından memnun olmayan akademisyenlerin değerlerinden ( $13.26 \pm 3.10$ ,  $14.37 \pm 2.64$ ,  $14.55 \pm 2.63$ ,  $14.13 \pm 2.91$ ,  $13.82 \pm 2.03$ , sırasıyla) istatistiksel açıdan yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p=0.001$ ,  $p=0.004$ , sırasıyla). Kilo problemi olanlarda sağlık, sosyal, psikolojik ve çevresel açıdan yaşam kalitesinin düşmesi tahmin edilebilir.

Araştırmamızda medeni duruma göre sağlık okuryazarlığı, hastalıktan korunma, sağlık hizmeti ve sağlığın iyileştirilmesi genel ve alt boyutlarının ortalama puanlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.416$ ,  $p=0.667$ ,  $p=0.317$ ,  $p=0.336$ ,  $p=0.216$ , sırasıyla). 2016 yılında akademisyenlerle yapılan bir araştırmada, çalışmamızın bulgularına benzer olarak medeni duruma göre sağlık okuryazarlığına ilişkin puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir. ( $p>0.05$ ) (37). İstanbul ili Sancaktepe ilçesinde bulunan sınıf öğretmenleriyle 2020 yılında yapılan bir çalışmada, çalışmamızın bulgularından farklı olarak sağlık okuryazarlığı tedavi ve hizmet boyutu ortalama puanları evli olan öğretmenlerde bekarlara göre yüksek bulunmuştur. Yine evli olanlarda hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu bekarlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda bekâr akademisyenlerin genel sağlık durumu boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $13.75 \pm 2.96$ ) boşanmış/dul akademisyenlerin değerinden ( $10.50 \pm 5.53$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.004$ ). Boşanmış/dul akademisyenlerin fiziksel sağlık alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $12.14 \pm 4.63$ ) ise bekâr ve evli akademisyenlerin değerinden ( $14.61 \pm 2.58$ ,  $14.58 \pm 2.54$ , sırasıyla) istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p=0.033$ ). Boşanmış/dul akademisyenlerin psikolojik alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $12.25 \pm 4.52$ ) bekâr ve evli akademisyenlerin değerinden ( $14.70 \pm 2.70$ ,  $14.79 \pm 2.51$ , sırasıyla) istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde düşük

bulunduğu belirtilmiştir ( $p=0.027$ ). Boşanmış/dul akademisyenlerin sosyal ilişkiler alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $12.00 \pm 3.77$ ) bekâr ve evli akademisyenlerin değerinden ( $14.13 \pm 2.80$ ,  $14.47 \pm 2.87$ , sırasıyla) istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde düşük bulunduğu belirtilmiştir ( $p=0.043$ ). Okul yöneticilerinde yaşam kalitesi düzeyini belirlemek ve bazı değişkenler açısından incelemek amacıyla 2017 yılında yapılan bir çalışmada, toplam yaşam kalitesi puanlarında bakıldığında evli yöneticilerin genel ve alt boyut puanları bekâr yöneticilerinkinden daha yüksektir ( $p<0.05$ ) (103). 2011 yılında yapılan sağlık çalışanlarında yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, evli katılımcıların sosyal alan puanları bekârlara göre daha yüksekken, çevre alan puanları ise bekarlarda daha yüksek bulunmuştur (92). Bu iki çalışmanın bulguları çalışmamızı desteklememektedir.

Bursa Uludağ Üniversitesi akademisyenlerinde 2004 yılında yapılan bir çalışmada, evliler ve bekarlar arasında psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır. Evlilerde psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alt boyut puanları daha yüksek saptanmıştır. Çalışmada kadın ve evli katılımcıların çoğunlukta olması sebebiyle bu sonuçların ortaya düşündürmekle birlikte evlilikle birlikte sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerinde duygusal rol işlevi sebebiyle koruyucu bir etki oluşturduğu görüşü aktarılmıştır (8). Çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda bekâr akademisyenlerin fiziksel sağlık alt boyutu ortalaması 14.61, psikolojik alt boyutu ortalaması 14.70, sosyal ilişkiler alt boyut ortalaması 14.13, ulusal çevre alt boyutu ortalaması 13.66'dır. Evli akademisyenlerin fiziksel sağlık alt boyutu ortalaması 14.58, psikolojik alt boyutu ortalaması 14.79, sosyal ilişkiler alt boyut ortalaması 14.47, ulusal çevre alt boyutu ortalaması 14.08'dir. Boşanmış/dul akademisyenlerin fiziksel sağlık alt boyutu ortalaması 12.14, psikolojik alt boyutu ortalaması 12.25, sosyal ilişkiler alt boyut ortalaması 12.00, ulusal çevre alt boyutu ortalaması 13.50'dir. 2020 yılında yapılan, öğretmenlerde mesleki doyum ve yaşam kalitesi ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, evli öğretmenlerin fiziksel alan alt boyutu ortalaması 15.42 psikolojik alan alt boyutu ortalaması 16.00, sosyal alan alt boyut ortalaması 16.00, çevresel alan alt boyutu ortalaması 14.66'dır. Bekâr öğretmenlerin fiziksel alan alt boyutu ortalaması 16.00, psikolojik alan alt boyutu ortalaması 16.00, sosyal alan alt boyut ortalaması 14.66, çevresel alan alt boyutu ortalaması 15.11'dir (101).

Çalışmamıza göre evlilerin ve bekârların bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda toplam hizmet yılı gruplarına genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, genel sağlık durumu, psikolojik, sosyal ilişkiler, ulusal çevre genel ve alt boyutlarının ortalama puanlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.637$ ,  $p=0.379$ ,  $p=0.477$ ,  $p=0.837$ ,  $p=0.196$ ,  $p=0.165$ ,  $p=0.134$ ,  $p=0.219$ , sırasıyla). Araştırmamızda toplam hizmet yılı gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık boyutunun ortalamalarına bakıldığında, toplam hizmet yılı 4.5 yıl ve altında olan akademisyenlerin fiziksel sağlık durumu boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $15.20 \pm 2.38$ ) 9 yıl ve üzeri hizmet yılı olanlardan ( $14.24 \pm 2.90$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.019$ ). Toplam hizmet yılı ile ölçekler arasındaki ilişkiye Pearson korelasyon analizi ile bakılmış olup, toplam hizmet yılı ile yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf korelasyon olduğu belirtilmiştir ( $r= -0.118$ ,  $p=0.028$ ). Çalışmaya katılan akademisyenlerin toplam çalışma yılları arttıkça sosyal ilişkiler boyutunda yaşam kalitesi puanları azalmaktadır. Akademisyenlerin toplam hizmet yılı ile genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, psikolojik, ulusal çevre genel ve alt boyutları arasında korelasyon saptanmamıştır ( $r= -0.041$ ,  $p=0.448$ ;  $r= -0.048$ ,  $p=0.375$ ;  $r= -0.006$ ,  $p=0.908$ ;  $r= -0.060$ ,  $p=0.265$ ;  $r= -0.31$ ,  $p=0.567$ ;  $r= -0.100$ ,  $p=0.063$ ;  $r= -0.021$ ,  $p=0.698$ ;  $r=0.086$ ,  $p=0.108$ ). Edirne’de Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarıyla 2008 yılında yapılan bir çalışmada, katılımcıların toplam hizmet yılı ile yaşam kalitesi alt boyutlarından bedensel, toplumsal ve çevre düzeyleri arasında korelasyon olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların toplam hizmet yılı ile yaşam kalitesinin psikolojik ve sosyal alt ölçekleri arasında korelasyon saptanmamıştır. Çalışmaya katılanların toplam hizmet yılları arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı belirtilmiştir ( $r=0.100$ ,  $p<0.001$ ) (9). Çalışmamızla benzer olarak psikolojik boyutta korelasyon saptanmamıştır. Çalışmamızdan farklı olarak toplam hizmet yılları arttıkça yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel sağlık ve çevre boyutu arasında anlamlı bir korelasyonun olduğu saptanmıştır. 2021 yılında bir tıp fakültesinde görev yapan akademisyenlerde yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek için yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesi ölçeğinde tüm alt alan puan ortalamaları hizmet yılı 10 yıl ve üzerinde olanlarda ve araştırma yapılan kurumda hizmet yılı 5 yıl ve üzerinde olanlarda istatistiksel anlamda yüksek çıkmıştır ( $p<0.001$ ) (99). Bu

sonuçlar çalışmamızın bulgularını desteklemektedir. Fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler boyutu ile toplam hizmet süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. 2020 yılında yapılan, retmenlerde mesleki doyum ve yaşam kalitesi ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, çalışmamızdan farklı olarak evre alanı alt boyut ortalamalarında mesleki deneyim anlamında gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık görülmüştür (p=0.035). Yine bu çalışmada Tukey testi sonucuna göre mesleki deneyimi 0-10 yıl ( $15.27 \pm 2.01$ ) olan grubun WHOQOL-BREF TR leği evresel alan alt boyutu puan ortalamaları 11-20 yıl arası ( $14.32 \pm 2.18$ ) olan gruptan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (105). Sağlık alışanlarında yaşam kalitesi ile ilgili 2011 yılında yapılan bir çalışmada, toplam hizmet yılı arttıka ruhsal alan boyut puan ortalamalarının azaldığı bildirilmiştir. Meslekte hizmet sresinin artmasıyla birlikte çalışanlarda yüksek beklentiler ve yaşam enerjisinin azalmasına neden olup yıllar geçtikçe iş tatminsizliğine sebep olabileceği ve yaşam kalitesi anlamında ruhsal alan üzerinde olumsuz etki yapabileceği sonucuna varılmıştır (92). Çalışmamızın sonuçları bu araştırmayla uyumlu bulunmamıştır.

Araştırmamızda gelir duruma göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi genel ve alt boyutlarının ortalama puanlarına bakıldığında değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.055 p=0.091, p=0.076, p=0.071, p=0.133, p=0.276, sırasıyla). Edirne’de Trakya niversitesi retim elemanlarıyla 2008 yılında yapılan bir çalışmada, araştırmamızla benzer olarak katılımcıların gelir durumu ile yaşam kalitesi fiziksel sağlık alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.761). Çalışmamızdan farklı olarak üretim elemanlarının gelir durumu ile yaşam kalitesi sosyal alt boyut ortalama puanları anlamlı fark saptanmıştır (p=0.021). Söz konusu çalışmada aylık gelir arttıka yaşam kalitesi sosyal boyut puanlarında artış saptandığı belirtilmiştir (9).

2018 yılında spor bilimleri fakültelerinde görev yapan akademisyenlerle yapılan bir çalışmada çalışmamızla benzer olarak katılımcıların gelir düzeyleri ile yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır (p>0.05) (100). 2016 yılında akademisyenlerle yapılan bir araştırmada, çalışmamızın bulgularına benzer olarak gelir düzeyine göre sağlık okuryazarlığına ilişkin puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p> 0.05) (37).

Çalışmamızda gelir durumu giderden fazla olan akademisyenlerin psikolojik alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $15.07 \pm 2.86$ ) gelir gidere eşit olanların değerinden ( $14.38 \pm$

2.34) istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür ( $p=0.030$ ). Gelir durumu giderden fazla olan akademisyenlerin ulusal çevre alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $14.47 \pm 2.02$ ) geliri giderinden az olanların değerinden ( $13.22 \pm 2.03$ ) ve gelir gidere eşit olanların değerinden ( $13.46 \pm 1.94$ ) istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.001$ ). Edirne’de Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarıyla 2008 yılında yapılan bir çalışmada, araştırmamızdan farklı olarak katılımcıların gelir durumları ile yaşam kalitesi alt boyutlarından psikolojik ve toplumsal çevre ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir ( $p=0.122$ ,  $p=0.347$ ) (9). Endonezya’da 17-75 yaşları arasındaki 1056 kişiyle yapılan bir çalışmada, gelir düzeyi yükseldikçe psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre boyut ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yükseldiği görülmüştür ( $p<0.05$ ). Genel sağlık ve fiziksel sağlık boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (101). 2017 yılında yapılan hemodiyaliz uygulanan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada, gelir ve fiziksel alan ( $r=0.197$ ,  $p=0.028$ ), gelir ve sosyal alan ( $r=0.248$ ,  $p=0.010$ ) ve gelir ve çevresel alan ( $r=0.194$ ,  $p=0.031$ ) arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir (104). Obez bireyler üzerinde yapılan bir başka çalışmada katılımcıların gelir durumları ile yaşam kalitesi psikolojik alan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu belirtilmiştir (91). Bu dört çalışmanın bulguları çalışmamızın verilerini desteklemektedir.

Çalışmamızda geliri giderinden az olan akademisyenlerin genel sağlık durumu boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $12.35 \pm 2.93$ ) geliri giderinden fazla olanların değerinden ( $13.83 \pm 3.24$ ) istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur ( $p=0.019$ ). Edirne’de Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarıyla 2008 yılında yapılan bir çalışmada, katılımcıların gelir düzeyleri ile yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Aylık gelir miktarı 3500 ₺’nin üstünde olan katılımcıların diğer gelir gruplarına göre yaşam kalitesi en yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (9). Çalışmamızla benzer olarak gelir durumu fazla olanlarda yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutu puanı yüksek çıkmıştır.

2017 yılında Bartın’da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, ailenin gelir durumu yaşam kalitesi genel sağlık durumu alt boyutunda istatistiksel açıdan düşük zayıf bir pozitif anlamlı ilişki tespit edildiği belirtilmiştir ( $r=0.118$ ;  $p<0.00$ ) (98).” Çalışmamızın bulgularını desteklemektedir. Gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Bu bulgular ekonomik gelirin yaşam kalitesini direk etkilediğini göstermiştir. Evin, çocukların maddi yükünü kaldıracak ekonomik yeterliliğin bulunması

kişileri iyi yönde etkilediğini ve buna bağlı olarak da yaşam kalitesini artırdığını söyleyebiliriz. Bununla birlikte maddi olanakları daha rahat kullanabilme, boş vakitlerini daha güzel ve kendi arzusuna göre ayarlayabilme rahatlığına olmasına da bağlanabilir.

Araştırma grubunun fiziksel egzersiz durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği genel sağlık okuryazarlığı boyutu, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi alt boyutlarının; yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutu, bedensel ve psikolojik sağlık, sosyal alan, ulusal çevre genel ve alt boyutların ortalamalarına bakıldığında, tüm gruplar birbirinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ,  $p = 0.010$ ,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p = 0.001$ , sırasıyla). 2021 yılında bir tıp fakültesinde görev yapan akademisyenlerde yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, çalışmamızla benzer olarak yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyut puan ortalamaları, düzenli fiziksel aktivite yapanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür ( $p < 0.001$ ) (99). 2018 yılında spor bilimleri fakültelerindeki akademisyenler üzerinde yapılan bir çalışmada, çalışmamızla benzer olarak yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyut puan ortalamaları, düzenli fiziksel aktivite yapanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüş olup alt boyutlar açısından incelendiğinde ise bu farklılıkların haftada bir ve haftada üç gün fiziksel egzersiz yapanlarda ve hiç fiziksel egzersiz yapmayanlarla haftada üç gün fiziksel egzersiz yapanlar arasında olduğu belirtilmiştir (100).

Araştırmamızda yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı, sağlığın iyileştirilmesi sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, psikolojik, sosyal ilişkiler, ulusal çevre genel ve alt boyut ortalamalarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p = 0.616$ ,  $p = 0.400$ ,  $p = 0.329$ ,  $p = 0.960$ ,  $p = 0.368$ ,  $p = 0.177$ ,  $p = 0.456$ , sırasıyla). Katılımcıların yaşı ile ölçekler arasındaki ilişkiye Pearson korelasyon analizi ile bakılmış olup, yaş ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel sağlık alt boyutunda negatif yönde zayıf korelasyon vardır ( $r = -0.112$ ,  $p = 0.037$ ). Çalışmaya katılan akademisyenlerin yaşları arttıkça fiziksel sağlık boyutunda yaşam kaliteleri azalmaktadır. Akademisyenlerin yaşı ile sağlık okuryazarlığı, sağlığın iyileştirilmesi sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, genel sağlık durumu, ruhsal, sosyal ilişkiler, ulusal çevre genel ve alt boyutları arasında korelasyon saptanmamıştır ( $r = 0.019$ ,  $p = 0.727$ ;  $r = -0.009$ ,  $p = 0.865$ ;  $r = -0.055$ ,  $p = 0.302$ ;  $r = 0.005$ ,  $p = 0.921$ ;  $r = -0.075$ ,  $p = 0.162$ ;  $r = -0.037$ ,  $p = 0.491$ ;  $r = -0.098$ ,  $p = 0.066$ ;  $r = 0.074$ ,  $p = 0.171$ ). Osmaniye’de 2020 yılında yapılan bir çalışmanın sonuçlarına bakıldığında, bedensel alan, ruhsal alan, sosyal



alan alt boyutlarında yaşa bağlı bir değişiklik görülmemektedir. Çevresel alan alt boyutunda ise yaşla birlikte bir düşüş görülmektedir. Literatürde yaşla yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki mevcuttur. Yaş arttıkça yaşam kalitesinin beden algısına bağlı olarak düşeceği görüşü hakimdir (101). Bu literatür bilgisi çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.

Edirne’de Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarıyla 2008 yılında yapılan bir çalışmada, çalışmamızla benzer olarak akademisyenlerin yaşı ile yaşam kalitesi ruhsal ve alan ortalama puanları arasında korelasyon saptanmamıştır. Ayrıca bu çalışmada bulgularımızdan farklı olarak yaş ile yaşam kalitesi toplumsal çevre alan ortalamaları arasında korelasyon olduğu araştırmaya katılan akademisyenlerde yaş arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir. ( $r=0.208$ ,  $p<0.001$ ) (9).

Araştırmamızda 41-50 yaş grubunda olan akademisyenlerin yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $12.44 \pm 3.61$ ) 31-40 yaş grubunda olanlardan ( $13.59 \pm 2.87$ ) ve 21-30 yaş grubunda olanlardan ( $13.89 \pm 2.68$ ) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ( $p=0.023$ ). Çalışmamızda yaş arttıkça yaşam kalitesi genel sağlık durumu boyutu azaldığı görülmektedir.

Araştırmamızda 41-50 yaş grubunda olan akademisyenlerin yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $13.57 \pm 3.16$ ) 31-40 yaş grubunda olanlardan ( $14.71 \pm 2.45$ ) ve 21-30 yaş grubunda olanlardan ( $15.02 \pm 2.40$ ) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0.009$ ). Edirne’de Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarıyla 2008 yılında yapılan bir çalışmada, akademisyenleri yaşı ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel sağlık düzeyi arasında korelasyon mevcuttur ( $r=0.129$ ,  $p=0.002$ ). Araştırmaya katılan akademisyenlerde yaş arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı belirtilmiştir ( $r= 0.208$ ,  $p<0.001$ ). Çalışmamızla benzer olarak akademisyenlerin yaşlarına göre yaşam kalitesi fiziksel sağlık boyutu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (9). Ancak çalışmamızda farklı olarak yaş arttıkça yaşam kalitesi fiziksel sağlık boyutu azalmakta olup, bulgularımızla uyumlu bulunmamıştır. Öte yandan “New Jersey”de yapılan bir araştırmada ileri yaşlı olanlarda yaşam kalitesinin daha düşük saptandığı, bunun da yaşla birlikte kronik hastalıkların ortaya çıkma oranının daha fazla olması durumuyla ilişkilendirilmiştir (105). Çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Araştırmamızda unvana göre sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu, bedensel ve

psikolojik sağlık, sosyal alan genel ve alt boyutlarının ortalama puanlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.146$ ,  $p=0.284$ ,  $p=0.128$ ,  $p=0.180$ ,  $p=0.682$ ,  $p=0.938$ ,  $p=0.493$ ,  $p=0.799$ , sırasıyla). Edirne’de Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarıyla 2008 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların akademik unvanlarına göre yaşam kalitesi fiziksel ve sosyal alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca bu araştırmada çalışmamızdan farklı olarak akademik unvan ile yaşam kalitesinin psikolojik alt boyutu arasında anlamlı bir fark olup araştırma ve öğretim görevlilerinde düşük olup öğretim üyelerinde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.010$ ). Çalışmamızdan farklı olarak katılımcıların akademik unvanı ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmış olup, akademik unvanı profesör ve uzman olanlarda diğer gruplara göre yüksek olduğu belirtilmiştir ( $p=0.003$ ) (9).”

Araştırmamızda profesör ünvanlı akademisyenlerin yaşam kalitesi ölçeği ulusal çevre alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $15.21 \pm 1.97$ ) öğretim görevlisi olanlardan ( $13.72 \pm 2.09$ ) ve araştırma görevlisi olanlardan ( $13.67 \pm 2.15$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.031$ ). Edirne’de Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarıyla 2008 yılında yapılan bir çalışmada, katılımcıların akademik unvanları ile göre yaşam kalitesi toplumsal çevre alt boyut ortalamalarına bakıldığında öğretim üyelerinde araştırma görevlilerine göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.007$ ). Akademik unvanı okutman ile doçent arasında olan akademisyenlerin yaşam kalitesi ortalama puanı yüksek, ünvanı profesör olanların ortalama yaşam kalitesi puanı ise düşük saptandığı belirtilmiştir (9). Bursa Uludağ üniversitesi akademisyenlerinde 2004 yılında yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında, akademik unvanı uzman olan katılımcıların bütün alanlarda araştırma görevlilerinden istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksek bulunduğu belirtilmiştir (8). Çalışmamızın bulgularını desteklemektedir. 2021 yılında bir tıp fakültesinde görev yapan akademisyenlerle yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi ölçeğinin alt alan puan öğretim üyesi olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.001$ ) (99). Çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Çalışmamızda özel sağlık sigortası olan akademisyenlerin genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, ulusal çevre genel ve alt boyut ortalama  $\pm$  ss değerleri özel sağlık sigortası olmayan akademisyenlerin değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.007$ ,  $p=0.008$ ,  $p=0.009$ ,  $p=0.003$ ,  $p=0.003$ , sırasıyla). Van’da 2003 yılında yapılan bir çalışmada yaşam kalitesini artıran

sosyo-demografik değişkenler; öğrenim düzeyinin yükselmesi, bekarlık, aktif çalışma hayatı, sağlık sigortasının olması ve herhangi bir yere göç etmemek olarak belirlenmiştir (106). Sosyal devlet kavramında temel teşkil eden sosyal güvenlik hizmetleri ile toplumun sağlık seviyesinin yükseldiği; bebek ve anne ölüm oranlarının düştüğü, bağışıklama oranlarının yükseldiği, sağlık verilerinde olumlu gelişmeler sağladığı belirlenmiştir. Tüm bunların sonucu olarak da insan ömrü önceki dönemlere göre çok uzamıştır. Türkiye'deki sağlık sisteminde genel olarak bütün nüfusun, herkesin doğuştan ölene dek herhangi bir sağlık güvencesiyle sağlık bakımının garanti altına alınması önemli bir faktördür. Bunun sürdürülebilir bir şekilde yürütülmesi ve geliştirilmesi yaşam kalitesinin yükseltilmesi bağlamında önemli bir hizmettir (107). Çalışmamızda özel sağlık sigortası olanlarda yaşam kalitesi genel ve alt boyutlarının yüksek olduğu görülmüş olup, literatürdeki bilgileri desteklemektedir.

Çalışmamızda önerilen şekilde ilaçlarımı alırım, kesinlikle atlatmam diyenlerin genel sağlık okuryazarlığı boyutunun ortalaması, dikkat ederim ancak ilaçlarımı aksattığım olur diyenlerin ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.02$ ). Literatürde sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler hastalandıkları zaman sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireyler hastalandıklarında ilaç kullanımı ile ilgili talimatları yerine getirmekte zorlandıkları; ilaçların uygunsuz bir şekilde kullanımı, yanlış dozlarda kullanma, ilacı almayı unutma ve hastalık semptomları azaldığında ilacı kullanmayı bırakma gibi akılcı ilaç kullanımı ilkelerine uygun olmayan davranışlar sergilemektedirler (34,108). Toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi ile kendi kendine tedaviyi azaltıp, tedavilere uyumu artırdığı ve dolayısı ile akılcı ilaç kullanımı ile ilgili farkındalığı da arttırdığı belirtilmektedir (109). Çalışmamızdaki ilaçlarını düzenli alanlarda genel sağlık okuryazarlığı yüksek olduğu bulgusu, literatür bilgilerini desteklemektedir.

Çalışmamızda hafif kilolu grubunda olan akademisyenlerin sağlık okuryazarlığı ölçeği genel sağlık okuryazarlığı boyut ortalaması  $\pm$  ss değeri normal olanlardan istatistiksel anlamda düşük bulunmuştur ( $p=0.030$ ). Elazığ'da 2020 yılında yapılan bir çalışmada, katılımcıların BKİ değerleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup ( $p =0.018$ ), yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı tespit edilen katılımcıların çoğunluğunu hafif kilolu ve obez bireylerin oluşturduğu tespit edilmiştir (110). Ankara'da 2018 yılında yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda zayıf-normal kilolu olan hastaların yüzdesi

%20.4 iken, bu yüzde sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olan hastalarda %45.9 olarak bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların BKİ ölçüsü ortalaması ve obez olma yüzdesi ise daha yüksek olduğu belirtilmiştir (111). Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile BKİ değerleri konusunda yapılan bir sistematik derleme çalışmasında sağlık okuryazarlığı düzeyi ile beden kütle indeksi değerleri arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmış olup, bireylerde SOY düzeyi yükseldikçe BKİ değerlerinde azalma olduğu bilgisine ulaşılmıştır (112). Literatür bilgileri çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Çalışmamızda şişman grubunda olan akademisyenlerin yaşam kalitesi genel sağlık boyutunun, fiziksel ve psikolojik sağlık alt boyutlarının ortalama  $\pm$  ss değeri hafif kilolulardan ve normallerden istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Araştırmaya katılanların BKİ gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler alt boyutunun ortalamalarına bakıldığında, şişman grubunda olan akademisyenlerin sosyal ilişkiler alt boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ( $12.88 \pm 3.49$ ) hafif kilolu grubunda olanların değerinden ( $14.81 \pm 2.51$ ) ve normal grubunda olanların değerinden ( $14.38 \pm 2.81$ ) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p = 0.001$ ). Obez bireylerde sağlıkta yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik ve sosyal alan puanlarının önemli ölçüde etkilendiği belirtilmiştir (113). Obezitede vücuttaki yağ oranının artmasına bağlı olarak meydana gelen bir takım sağlık problemleri bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Toplumun obez bireylere karşı sergilediği olumsuz tutumlar, bireyde olumsuz beden imgesi ile birlikte benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır. Obezitenin sebep olduğu önemli problemlerden bir diğeri de depresyondur. Dünyada aşırı kiloluluk ve obezite prevalansı gün geçtikçe artmakla birlikte depresyonun yanında özgüven eksikliği ve problemleri gibi bir takım sorunlara yol açmaktadır. Obezitenin komplikasyonları olarak görülen depresyon başta olmak üzere bir takım ruhsal obezitenin etken olduğu diyabet, yüksek tansiyon gibi komplikasyonlara göre daha az önemsenerek ve göz ardı edildiği düşünülmektedir. Oysaki Obezitenin psikolojik olumsuzluklar ve psikiyatrik problemlerle ilişkili olduğu yapılan birçok araştırmada kanıtlanmıştır (114). İstanbul'da 2014 yılında yapılan bir çalışmada, Sağlıkla ilintili yaşam kalitesi fiziksel fonksiyonla ilgili tüm alt bileşenlerde katılımcılarda BKİ değerleri arttıkça bu alt bileşenlerin ortalama puanlarının düştüğü tespit edilmiştir (115). ABD, İngiltere, Fransa, İsveç ve Avusturya'da genel toplum üzerinde yapılan çalışmalarda, katılımcılarda BKİ değerinin artması ile sağlıkta yaşam kalitesi puanlarında (özellikle fiziksel boyutlarda) önemli derece azalma olduğu görülmüştür (116). Kolotkin ve arkadaşlarının obez ve

obez olmayan toplamda 996 kişiden oluşan iki grup üzerinde yapılan çalışmanın sonuçlarına bakıldığında, katılımcılarda BKİ değerlerinin artması ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt gruplarında azalma olduğu görülmüştür (117). ABD’de 3529 katılımcı ile geniş bir alanda uygulanan, sağlıkla ilintili yaşam kalitesi ve BKİ değerleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, BKİ değerinin alt sınırın altındaki ve obezite sınırının üstüne çıktığı bireylerde ölçek alt boyutlarından fiziksel ve mental sağlık puan ortalamalarında azalma olduğu saptanmıştır (118). İzmir’de 2008 yılında yapılan bir çalışmada, obezite olgusunun yaşam kalitesini her alanda etkilediği belirtilmiştir (119). Polat ve arkadaşlarının 2003 yılında obez bireyler üzerinde yaptığı bir araştırmada katılımcıların fiziksel aktiflik, ağrı ve uyku ile ilgili sorunlar başta olmak üzere günlük yaşam aktivitelerini önemli oranda etkileyen zorlukları olduğu tespit edilmiştir (120). Çalışmamızda şişmanlarda yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyut ortalamalarının diğer gruplara göre düşük olduğu bulgusunu, literatürdeki bu bilgiler desteklemektedir.

Çalışmamızda hiç sigara içmeyen akademisyenlerin genel sağlık durumu boyut ortalaması  $\pm$  ss değeri ara sıra içenlerin değerinden ve düzenli içenlerin değerinden istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde dahili ve cerrahi branşlarda görevli araştırma görevlilerinde 2015 yılında yapılan bir çalışmada, sigara kullanıp bırakanların yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur (121). Üniversite öğrencilerinde 2008 yılında yapılan bir çalışmada sigara kullanan öğrencilerde yaşam kalitesi genel ve alt boyut puanlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (122). Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutu ortalaması hiç sigara içmeyen akademisyenlerde daha yüksek olduğu görülmüş olup, yukarıdaki literatür bilgileri bulgumuzu desteklemektedir. 2020 yılında Tıp Fakültesi öğrenciyle yapılan bir çalışmada, çalışmamızdan farklı olarak tütün kullanımı ile yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (102).

Çalışmamızda veriler normal dağılım gösterdiği için iki ölçek arasındaki ilişkiye Pearson’s korelasyon analizi ile bakılmış olup, iki ölçek arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyut puanları arttıkça yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyut puanları anlamlı şekilde artmaktadır ( $p<0.01$ ). “*Öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilgili 2016 yılında yapılan bir çalışmada, öğretim elemanlarının SF-36 Fiziksel Sağlık Skoru ile Mental Sağlık skoru arasındaki ilişki pozitif yönde ve yüksek düzeydedir* (89).”

Bu araştırmanın sonuçlarına benzer olarak çalışmamızda akademisyenlerin yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel, sosyal ilişkiler ve ulusal çevre alt boyut puanları ile psikolojik alt boyut puanları arasında güçlü pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.01$ ). fiziksel ve mental sağlık birbirini tamamlayan iki önemli olgudur. Bunlardan herhangi birinde oluşabilecek bir problem ‘tam sağlamlık’ durumunu bozmaktadır. Birey, fiziksel, mental ve sosyal özellikleri itibariyle kapasitesini tam olarak gösterebildiği kadar sağlıklı olabilir. Bundan dolayı yaşam kalitesi bir bütünlük içerisinde değerlendirilmelidir. DSÖ’ü “*sağlığı fiziksel, mental ve sosyal iyilik olarak tanımlar*” ve akademisyenlerin gösterdikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel ve ruhsal sağlıkları ile ilişkili olduğu ve çok önem taşıdığı görülmektedir (123). Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tüm alt boyutları ile yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve bütün alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve aynı zamanda pozitif yönde bir ilişkinin varlığı önemli dikkat çekici bir sonuçtur.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışmamızda sağlıklı okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyut puan ortalamaları genel olarak 33-42 aralığında olup yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Sağlık bilgisini anlama alt boyutu en yüksek, sağlık bilgisini uygulama alt boyutu ise en düşük puan ortalamasına sahiptir.
- Çalışmamızda akademisyenlerin %40.8'i yetersiz veya sınırlı, %59.2'si yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir.
- Çalışmamızda cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte genel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi puanları erkeklerde daha yüksektir.
- Çalışmamızda özel sağlık sigortası olan akademisyenlerin genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, ulusal çevre genel ve alt boyut ortalama  $\pm$  ss değerleri özel sağlık sigortası olmayan akademisyenlerin değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.
- Çalışmamızda kilolarından memnun olan akademisyenlerin genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, ulusal çevre genel ve alt boyut ortalama  $\pm$  ss değerleri, kilolarından memnun olmayan akademisyenlerin değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.
- Çalışmamızda önerilen şekilde ilaçlarımı alırım, kesinlikle atlatmam diyenlerin genel sağlık okuryazarlığı boyutunun ortalaması, dikkat ederim ancak ilaçlarımı aksattığım olur diyenlerin ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.
- Hafif kilolu grubunda olan akademisyenlerin sağlık okuryazarlığı ölçeği genel sağlık okuryazarlığı boyut ortalama  $\pm$  ss değeri normal grubunda olanların istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur. Çalışmamızda şişman grubunda olan akademisyenlerin yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutunun, fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal ilişkiler alt boyutlarının ortalama  $\pm$  ss değeri hafif kilolulardan ve normallerden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur.
- Çalışmamızda hiç sigara içmeyen akademisyenlerin genel sağlık durumu boyut ortalama  $\pm$  ss değeri ara sıra içenlerin değerinden ve düzenli içenlerin değerinden istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu öneriler geliştirilmiştir;

Toplumun gelişmişlik düzeyinin yükselmesinde önemli pay sahibi olan yükseköğretim kurumlarının temel unsuru akademisyenlerdir. Bu nedenle topluma yön verme konusunda önemli bir yeri olan akademisyenlerin, sağlık okuryazarlık düzeylerinin tespiti çalışmalarının artırılması gerekmektedir. Bu tespitler neticesinde yöneticiler ve politika yapıcılar tarafından gerekli eylem planları hazırlanarak uygulamaya konulmalıdır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi bağlamında akademisyenlerde yönelik farkındalık çalışmalarının sayısı ve niteliği artırılmalıdır. Toplumun tümünde sağlık okuryazarlığını geliştirilmeye ve sağlıklı ilgili olumlu tutum ve davranış oluşturmaya katkıda bulunacak sağlık kampanyalarına yönelik bir dizi faaliyet, aktivite ve eğitimler organize edilmelidir. Akademisyenlerin yetersiz oldukları sağlık davranışı konuları tespit edilip bu konularda eğitimlerin planlanması ve uygulanması, aynı zamanda kampüs ortamlarının fiziksel aktiveyi teşvik edici şekilde tasarlanması önerilebilir. Ayrıca fiziksel aktivite bakımından uyumlu ve imkân sağlayıcı spor ortamlarının oluşturulması ile bu etkilerin sonuçlarının gözlenmesi adına yeni akademik çalışmalar planlanabilir. Akademik personelin bedensel ve ruhsal açıdan rahatlama, dinlenme, stres atmak amacıyla bu tür faaliyetlere yöneltip, serbest zamanlarda ilgi alanlarına göre çeşitli etkinlikler organize edilebilir.

Araştırma bilindiği üzere eğitim düzeyi yüksek olan bir gruba yapılmış olup, benzer sosyo-demografik özelliklerdeki gruplara genellenebilir niteliktedir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar genellikle bir ülke, bir hasta grubu veya hizmet alanı ile sınırlıdır. Bu araştırmanın, toplumun diğer kesimleri içinde daha sonra yapılacak çalışmalara ışık tutacaktır. Türkiye geneline ilişkin daha zengin bulgular için farklı gruplarda tekrarlanmalıdır.



## KAYNAKLAR

1. Sezer A. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2012.
2. T.C. Kalkınma Bakanlığı. On Birinci Kalkınma Planı Sağlıklı Yaşam Ve Bağımlılıkla Mücadele Çalışma Grubu Raporu, Yayın No: KB: 3024 - ÖİK: 805, 2018: 1-117.
3. Şen Uğur VY. Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Erişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2016.
4. Çiftçi F. Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Belirlenmesi. Bursa Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Bursa: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2017.
5. Demirli P. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2018.
6. Akçilek E. Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, 2017.
7. Oral B. Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2018.
8. Avcı K. Kayıhan Pala Uludağ Üniversitesi tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004, 30(2): 81-5.
9. Musaoğlu Z. Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2008.

10. İkişık H. Akademisyenlerin Sağlık Tarama Programlarına Uyumu. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.
11. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. *TJFM&PC*, 2016, 10(1):42-7.
12. Akbalıç E, Gökler ME. Covid-19 Salgını Sürecinde Eksikliği Ortaya Çıkan Bir Gerçek: Sağlık Okuryazarlığı. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi* 2020, 5(COVID-19 Özel Sayısı): 148-55.
13. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?. *DEUHFED* 2016, 9(4): 142-7.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Bakanlık Yayın No: 814 (1. Baskı), 2011: 1-38.
15. Balçık Yalçın P, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık Okur-Yazarlığı. *TAF Prev Med Bull* 2014, 13 (4): 321-6.
16. Hıza ÖG. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık Okuryazarlığının Önemi. *SOYD* 2021, 2(1): 81-8.
17. Baker D, Wolf M, Feinglass J, Thompson J, Gazmararian J, Huang,J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med* 2007, 167(14): 1503-9.
18. Dost A, Üner E. Öğretmenlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yükseltilmesi Neden Önemlidir?. *IGUSABDER* 2020, 12: 475-83.
19. Baran Aksakal FN. Sağlık Okuryazarlığı Halk Sağlığının Temeli. İçinde: Özkan S (editör). *Sağlık Okuryazarlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019: 1-5.
20. Avcı E, Özkan S. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler. İçinde: Özkan S (editör). *Sağlık Okuryazarlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019: 16-21.
21. Özbaş C, Özkan S. Sağlık İletişimi Ve Düşük Sağlık Okuryazarlığı Olan Hastalarda Sağlık İletişimini Güçlendirme. İçinde: Özkan S (editör). *Sağlık Okuryazarlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019: 67-71.
22. Uğraş Dikmen A, Özkan S. Göçmenler Ve Sağlık Okuryazarlığı. İçinde: Özkan S (editör). *Sağlık Okuryazarlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019: 62-6.

23. Utma S, Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Sağlık Haberlerini Doğru Okumak. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi* 2019, (5): 223-31.
24. Ozkan S, Dikmen AU, Tuzun H, Karakaya K. Prevalence and determiners of health literacy in Turkey. *European Journal of Public Health*, 2016, 26(1): 460-1.
25. Ayaz Alkaya S. Sağlık Okuryazarlığı Ve Hemşirelik Eğitimi. İçinde: Özkan S (editör). *Sağlık Okuryazarlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019: 33-7.
26. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Published by Oxford University Press* 2010, 25(3): 464-77.
27. Sarıyar S, Fırat Kılıç H. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. *HUHEMFAD-JOHUFON* 2019, 6(2): 126-31.
28. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE . *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara, 2014: 1-96.
29. Deniz S, Öztaş D, Akbaba M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi* 2018, 8(2): 214-28.
30. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. *TAF Prev Med Bull* 2014, 13 (4): 327-34.
31. Baran Deniz E, Piyal B. Sağlık Okuryazarlığı Ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri-Sağlık Etkileşimi. İçinde: Özkan S (editör). *Sağlık Okuryazarlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019: 22-6.
32. Koç A, Tayaz E, Uysal N, Öztaş D. Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kullanım Tarafının En Önemli Bileşeni: Sağlık Okuryazarlığı. *Ankara Med J* 2020, (1): 205-13.
33. Çiftçi F. Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Belirlenmesi. Bursa Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Bursa: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2017.
34. Çiler Erdağ G. Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı. İçinde: Yıldırım F, Keser A (editörler). *Sağlık Okuryazarlığı*. Ankara Üniversitesi Basımevi Yayın No: 455, 2015: 1-15.
35. Tözün M, Sözman MK. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Dergisi* 2015, 2: 48-54.

36. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi. *TAF Prev Med Bull* 2016,15 (1): 69-74.
37. Demir Barutcu C, Ogut Duzen K. Determination of Health Literacy in Academicians in Turkey, *International Journal of Caring Sciences* 2018, 11 (1): 437.
38. Tüzün H, Özkan S. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Artırmaya Yönelik Ulusal Düzeyde Yapılanlar. İçinde: Özkan S (editör). *Sağlık Okuryazarlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019: 79-84.
39. Kutlu G, Akbulut Y. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Politikalarının Hastaneler Açısından Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2019, 11 (1): 134-45.
40. İkişık H, Maral I. Sağlık Okuryazarlığına Çok Sektörlü Yaklaşım. İçinde: Özkan S (editör). *Sağlık Okuryazarlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019: 42-5.
41. Alaşık O, Aycan S. Sağlık Okuryazarlığını Geliştiren Sağlık Politikaları. İçinde: Özkan S (editör). *Sağlık Okuryazarlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019: 6-9.
42. Kilit DÖ, Eke E. Bireylerin Sağlık Bilgisi Arama Davranışlarının Değerlendirilmesi: Isparta İli Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2019, 22 (2): 401-36.
43. Avcı K, Avşar Z. Sağlık İletişimi ve Yeni Medya. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi* 2014, 39: 181-90.
44. Zülfikar H. Hastaların İnternet Kullanımı ve Elektronik Ortamdaki Sağlık Bilgilerine Erişim Davranışları *F.N. Hem. Derg* 2014, 22 (1): 46-52.
45. Sezgin D. Sağlık Okuryazarlığında Medyanın Etkisi. İçinde: Özkan S (editör) *Sağlık Okuryazarlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019: 56-61.
46. Şahin ÖE, Yücel A. Online Sağlık Bilgisi Arama Davranışında Sorunlar, Tutum ve Güvenilirlik Değişkenlerinin İncelenmesi. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi* 2021,53: 137-56.
47. Okyay P, Bacıgil F. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi. İçinde: Özkan S (editör). *Sağlık Okuryazarlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019: 10-5.

48. Gül E. Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı Ve Sağlık Algısı İle İlişkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı. Yüksek lisans tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2018.
49. Avcı E, Özkan S. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *SOYD* 2020, 1 (1): 5-13.
50. Bükecik N. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çalışanlarının Sağlık Okur Yazarlık Düzeyleri Ve İlişkili Faktörleri. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2019.
51. Okyay P, Abacıgil F. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması*. Sağlık Bakanlığı, Yayın no:1025, Ankara, 2016: 21-62.
52. Edisan Z, Kadioğlu F. Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri. *Lokman Hekim Journal* 2013, 3 (3): 1-4.
53. Doğan M, Çetinkaya F. Akademisyenlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Olumlu Sağlık Davranışlarıyla İlişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019, 8 (3):135-41.
54. World Health Organization. Internationale classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classifications relating to the consequences of disease. Geneva: WHO, 1990.
55. Edisan Z, Kadioğlu FG. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Etik Açıdan Bir Değerlendirme. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2011, 19(1): 8-15.
56. Demir R, Tanhan A, Çiçek İ, Yerlikaya İ, Çırak Kurt S, Ünverdi B. Yaşam Kalitesinin Yordayıcıları Olarak Psikolojik İyi Oluş Ve Yaşam Doyumu. *Yaşadıkça Eğitim* 2021, 35 (1): 192-206.
57. Top MŞ, Özden SY, Efe Sevim M. Psikiyatride Yaşam Kalitesi. *Düşünen Adam* 2003, 16 (1): 18-23.
58. Müezzinoğlu T, Yaşam Kalitesi Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması. *Üroonkoloji Bülteni* 2005, 1: 25-9.
59. Aydıner Boylu A, Paçacıoğlu B. Yaşam Kalitesi Ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi* 2016, 8 (15): 137-50.
60. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *DEUHYO ED* 2009, 2 (4): 145-54.

61. Şenol Y, Türkay M. Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2006,5 (5): 382-9.
62. CDC, Measuring Health days. Population assessment of health related. Quality of life. 2000.
63. Minaire P. Disease, İllness and health: theretical models of the disablement process. *Bulletin of World Health Organization* 1992, 70 (3):373-9.
64. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011, 2 (2): 61-8.
65. Yıldız S, Çetinkaya F. Yetişkinlerde Obezite Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Ahi Evran Med J.* 2020, 3 (2): 29-34.
66. Başaran S, Güzel R, Sarpel T, Yaşam Kalitesi Ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. *Romatizma* 2005, 20 (1): 55-63.
67. Şahin MA. Yetişkin Bireylerde Diyet Kalitesi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Programı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2014.
68. Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU; 2012.
69. Ertuğrul B, Albayrak S. Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Belirlemede Kullanılabilecek Bazı Ölçekler. *Sağlık ve Toplum* 2020, 30 (2): 16-22.
70. Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in Psikometrik Özellikleri. *3P Dergisi* 1999, 7 (2): 5-13.
71. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med.* 1998, 28 (3): 551-8.
72. Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F, Akgül N. Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Dergisi* 2008, 12 (3): 18-26.
73. Özdemir AK, Kılıç E, Özdemir D, Öztürk M. Sümer H. Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Akademik Personelinde Tükenmişlik Ölçeğinin Üç Yıllık Arayla Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2003, 6 (1): 14-8.
74. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Öz BÇF, Kankaya FC. Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Kor Hek.* 2008, 7 (1): 59-64.
75. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması 2016.

76. Günal YS, Günal İA. Fırat Üniversitesi Çalışanlarında Bazı Davranışsal Sağlık Risk Faktörleri. *Sağlık ve Toplum* 2001, 11 (2): 65-6.
77. Kalkavan A, Özkara AB, Alemdağ C, Çavdar S. Akademisyenlerin Fiziksel Aktiviteye Katılım Düzeyleri ve Obezite Durumlarının İncelenmesi. *International Journal of Science Culture and Sport (IntJSCS)* 2016, 4 (1): 329-39.
78. Bayramoğlu A, Ceceloğlu D, Cirit H, Abasız N. Artvin Çoruh Üniversitesindeki Kadın Akademisyenlerin Beslenme Alışkanlıkları. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2019, 41 (3): 235-42.
79. Gül A, Keleş E, Uzun ÖF. Süleyman Demirel Üniversitesi Öğretim Elemanları ve Öğrencilerinin Yerleşke İçindeki Rekreatif Talep ve Eğilimleri. *Mimarlık Bilimleri ve Uygulamaları Dergisi* 2016,1 (1): 26-43.
80. Türkmen M, Özkan A, Kul M, Bozkuş T. Investigation of the relationship between physical activity level and healthy life-style behaviors of academic staff, *Educational Research and Reviews* 2015, 10 (5): 577-81.
81. Deniz S, Bentli R, Kalkanlı MT, Fırıncı B, Yalınız F, Demir E, Oğuzöncül AF, Akbaba M. Malatya İlinde Çalışan Öğretmenlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi, *Sakarya Tıp Dergisi* 2020, 10 (1): 28-36.
82. Güner AE, Şahin E, Peksu S, Kaya Şengül S, Güngör M. Sınıf Öğretmenlerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Belirleme, Bilgi, Tutum, Davranış Değişikliği ve Eğitim İhtiyacını Saptama Çalışması. *SOYD* 2020, 1 (1): 69-87.
83. Gamsızkan Z, Sungur MA. Düzce Üniversitesinde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlık Okur Yazarlık Düzeyi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Aile Hek Derg*, 2020, 24 (2): 117-25.
84. Rueda-Medina B, Gómez-Urquiza JL, Tapia-Haro R, Casas-Barragán A, Aguilar-Ferrándiz ME, Correa-Rodríguez M. Assessing health science students' health literacy and its association with health behaviours. *Health Soc Care Community*, 2020, 28 (6): 2134-39.
85. Kosicka B, Deluga A, Bak J, Chaldas JM, Bieniak M, Machul M, Rodak AC, Jurek K, Dobrowolska B. The level of health literacy of seniors living in eastern region of poland. preliminary study. *Healthcare*, 2020, 8 (3): 277.
86. Yilmazel G, Cetinkaya F. Health literacy among schoolteachers in Çorum, Turkey. *EMHJ*, 2015, 21 (8), 598-605.

87. Csonka HB, 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): 1060.
88. Lamanauskas V, Armoniene J. Healthy lifestyle in comprehensive school: Lithuanian upper secondary school students' position. *European Journal of Health and Biology Education* 2012, 1 (1): 53-73.
89. 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.
90. Gobbens RJJ, Remmen R. The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clinical Interventions in Aging*, 2019, 14: 231–9.
91. Oksel E, Kolcu Z, Yorulmaz S, Paşaoğlu Ş. Obez Bireylerde Yaşam Kalitesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2008, 24(3): 115-23.
92. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011, 2(2): 61-8.
93. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, Matsumoto M. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health*, 2015, 15: 505.
94. Şangar Z. İş Doyumu Ve Yaşam Kalitesi: Akademik Personel Üzerinde Bir Çalışma. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yükseköğretim Yönetimi Ve Politikası Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2016.
95. Tergek SN, Ekici S, Tüzün EH, Aydoğan S, Güven D, Daşkapan A. Akademisyenlerin Yorgunluk, Tükenmişlik ve Yaşam Kalite Düzeyleri. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* 2013, 1 (2): 128-9.
96. Shibani NA, Kattan RA. Evaluation of quality of life among dental students using WHOQOL-BREF questionnaire in Saudi Arabia: A cross sectional study. *Pak J Med Sci*, 2019, 35(3): 668-73.
97. Purba FD, Hunfeld JAM, Iskandarsyah A, Fitriana TS, Sadarjoen SS, Passchier J, Busschbach JJV. Quality of life of the Indonesian general population: Test-



retest reliability and population norms of the EQ-5D-5L and WHOQOL-BREF. *PLoS ONE*, 2018, 13(5): 1-20.

98. Akyüz H, Yaşartürk F, Aydın İ, Zorba E, Türkmen M. Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Mutluluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *International Journal of Cultural and Social Studies*, 2017, 3(2) : 253-62.
99. Enginoğlu H.D, Üçgün B.A, Yürekli M.V, Uskun E. Yaşam Kalitesinin Yordayıcısı Olarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Tıp Fakültesi Öğretim Elemanları Örneği. *Turk J Public Health*, 2021, 19(1): 55-68.
100. Çalık F, Okudan B, Mikailsoy G, Keten SA. Spor Bilimleri Fakültesinde Görev Yapan Öğretim Elemanlarının Yaşam Kalitelerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 2018, 15(4): 1807-16.
101. Bayram İV. Öğretmenlerde Mesleki Doyum Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi: Kadırlı İlçesi Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Mersin: Çağ Üniversitesi, 2020.
102. Böcek Aker E, Doğaner YÇ, Aydoğan Ü. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Yaşam Kalitesi Ve İlişkili Faktörler. *Euras J Fam Med*, 2020, 9 (3): 154-62.
103. Ekinci A, Sakız H, Bindak R. Okul Yöneticilerinde Algılanan Yaşam Kalitesi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 2017, 16 (2): 410-24.
104. Joshi U, Subedi R, Poudel P, Ghimire PR, Panta S, Sigdel MR. Assessment of quality of life in patients undergoing hemodialysis using WHOQOL-BREF questionnaire: a multicenter study. *Int J Nephrol Renovasc Dis*. 2017, 10: 195–203.
105. Galette CL, Hepstead K, Bresnitz EA. Healthy Days: Measuring the Health Related Quality of Life, New Jersey 2003. NJ Department of Health and Senior Services - Center for Health Statistics 2005.
106. Bilir N, Özcebe LH, Vaizoğlu SA, Aslan D, Subaşı N, Telatar TG. Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde Sf-36 İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2005, 25 (5): 663-8.
107. Yiğit F. Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık Ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi , 2007.

108. Öztaş Ö, Korkmaz Aslan G. Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumsuzluğu İle İlişkili İlaç Kullanım Davranışları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2019, 6 (3): 132-40.
109. Abacigil F, Turan SG, Adana F, Okyay P, Demirci B. Rational use of drugs among inpatients and its association with health literacy. *Meandros Medical And Dental Journal* 2019, 20 (1): 64-73.
110. Soylar P, Ulaş Kadioğlu B. Yetişkin Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Obeziteyle İlişkili Bazı Davranışlarının İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi* 2020, 10 (2): 270-6.
111. Teleş M. Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri ve Hasta Sonuçlarına Etkisi: Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalar Üzerinde Bir Araştırma. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2018.
112. Michou M, Demosthenes BP, Vassiliki C. Low health literacy and excess body weight: A systematic review. *Central European journal of public health* 2018, 26 (3): 234-41.
113. Sağlık Bakanlığı (T.C.), WHO Europe. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler, İlkeler ve Bakış Açıları. Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2011.
114. Şengönül M, Arancioğlu İÖ, Maviş ÇY, Ergüden B. Obezite ve Psikoloji. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019, 2 (3): 1-12.
115. Kocaman F. Obez Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2014.
116. Kolotkin R, Crosby RD, Williams GR. Health-related quality of life among obese subgroups. *Obesity Research* 2002, 10 (8): 748-56.
117. Kolotkin RL, Crosby RD, Koloski KD, Williams GR. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity Research* 2001, 9 (2): 102-11.
118. Ford ES, Moriarty DG, Zack MM, Mokdad AH, Chapman DP. Self-reported body mass index and health related quality of life: findings from the behavioral risk factor surveillance system. *Obesity Research* 2001, 9 (1): 21-31.

119. Oksel E, Kolcu Z, Yorulmaz S, Paşaoğlu Ş. Obez Bireylerde Yaşam Kalitesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2008, 24 (3): 115-23.
120. Polat MG, Mumcu G, Sargın H, Gündüz H, Demir TT, Alphan ME. Obez Vakalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* 2003, 7 (1):1-5.
121. Çakır M, Piyal B, Aycan S. Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi: Tıp Fakültesi Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma. *Ankara Med J* 2015, 15 (4): 209-19.
122. Şen N, Arslan GG, Çoban A, Güngör N, Kulbakan S, Solar M. Sigara İçme Durumunun Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Turk Toraks Derg* 2008, 9 (2): 68-73.
123. Akın, G. İnsan Sağlığı Ve Çevre Etkileşimi. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi* 2014, 54 (1): 105-16.

## **EKLER**

**EK-1** Özgeçmiş



## EK-2 Anket Formu

Değerli katılımcılar; Bu araştırma akademisyenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması için ankete vereceğiniz yanıtlardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Anket No:.....

- 1) Yaşınız:
- 2) Cinsiyetiniz : 1) Kadın 2) Erkek
- 3) Medeni durumunuz : 1) Bekâr 2) Evli 3) Boşanmış / Dul
- 4) Görev yapmakta olduğunuz Bölüm/Anabilim Dalı : .....
- 5) Eğitim durumunuz nedir? 1) Lisans 2) Yüksek lisans 3) Doktora
- 6) Unvanınız nedir? 1) Prof. Dr 2) Doç. Dr 3) Dr Öğr. Üyesi 4) Öğretim görevlisi  
5) Araştırma Görevlisi
- 7) Meslek hayatınızdaki toplam süre ne kadardır? .....
- 8) Gelir durumunuz nedir? 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla
- 9) Özel sağlık sigortanız var mı? 1) Evet 2) Hayır
- 10) (En son yaptırdığımız ölçüme göre) Boyunuz : .....cm
- 11) (En son yaptırdığımız ölçüme göre) Kilonuz : .....kg

### SAĞLIK İLE İLGİLİ BAZI ÖZELLİKLER

- 12) Sigara/puro/pipo vb tütün kullanıyor musunuz?  
1) Hiç içmedim 2) Birkaç kez denedim 3) Ara sıra içiyorum  
4) Sürekli düzenli içiyorum (Günde en az 1 adet olmak üzere) 5) Eskiden içiyordum, bıraktım
- 13) Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?  
1- Sigara içmiyorum 2- Hayır, bırakmayı düşünmüyorum 3- Evet, bırakmayı düşünüyorum 4- Emin değilim
- 14) Alkol kullanır mısınız? 1) Hiç içmem 2) Çok nadir 3) Arada sırada içerim 4) Her gün en az bir bardak içerim 5) Bıraktım
- 15) Doktor tarafından tanısı konulmuş ve bu tanı nedeniyle devamlı ilaç kullanmanız ve/veya diyet yapmanız ve/veya kontrole gitmeniz gereken bir hastalığınız var mı? (Yanıtınız “Hayır” ise 17. soruya geçiniz)  
1) Evet 2) Hayır
- 16) (Yanıtınız “Evet” ise) Hangi hastalık ya da hastalıklar olduğunu işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)  
(1) Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)  
(2) Koroner kalp hastalığı  
(3) Diğer kalp hastalıkları  
(4) Şeker hastalığı  
(5) Kronik Bronşit, Amfizem, KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)  
(6) Astım  
(7) Kanda kolesterol ve/veya yağ yüksekliği  
(8) Kanser  
(9) Diğer (lütfen ne olduğunu belirtiniz) .....

17) Genel olarak ilaçlarınızı zamanında ve dozuna uygun olarak kullanmanız konusunda kendinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) İlaçlarımı nasıl almam gerekiyorsa öyle alırım, kesinlikle aksatmam
- 2) Dikkat etmeye çalışmakla birlikte, ilaçlarımı aksattığım olur
- 3) İlaçlarımı almayı sık sık aksatırım
- 4) İlaçlarımı ancak hastalanırsam, kendimi iyi hissetmezsem alırım.

18) Yeterli ve dengeli beslenme açısından kendinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) Çok kötü 2) Kötü 3) Emin değilim 4) İyi 5) Çok iyi

**AÇIKLAMA:** Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisine göre 18-65 yaş arasında kişiler aşağıdaki kritere uygun olarak egzersiz yapmalıdırlar: "haftada 5 gün 30 dk orta derecede fizik egzersiz veya haftada 3 gün 20 dk yoğun egzersiz veya bu ikisinin uygun bir birleşimi ve haftada 2 gün 8-10 kas gerdirme egzersizi (8-12 defa tekrarlı)"

19) Bu öneriyi dikkate alırsanız, kendinizi fizik egzersiz yapma açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Hiç egzersiz yapmıyorum
- 2) Egzersiz yapıyorum ama bu öneriye uygun değil
- 3) Bu öneriye uygun egzersiz yapıyorum

20) Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yaptırılması gereken düzenli sağlık kontrolleri ile ilgili olarak kendi durumunuza 5 üzerinden kaç puan verirdiniz? (0=çok kötü, 5=çok iyi olmak üzere).....

21) Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? 1) Mükemmel 2) Oldukça İyi 3) İyi 4) Fena Değil 5) Kötü

22) Herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile (hastalık, aşı, reçete yazdırma, kontrol vb.) bir sağlık kuruluşuna yılda başvuru sayınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) Nerdeyse hiç 2) Bir veya iki kez 3) Üç veya beş kez
- 4) 5'den fazla 5) Sayısını hatırlamıyorum ama çok sık 6) Nerdeyse her ay

23) Herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir?

- 1) Aile sağlığı merkezi 2) Devlet Hastanesi 3) Özel Hastane
- 4) Üniversite Hastanesi 5) Özel Muayenehane

24) Sağlıkla ilgili sizce en güvenilir üç bilgi kaynağını sıralayınız (1: En Güvenilir 2: Güvenilir 3: Güvenirliği Az)

- ( ) Sağlık çalışanları ( ) Yazılı Basın ( ) Radyo/TV ( ) İnternet ( ) Aile üyeleri  
( ) Arkadaş ( ) Kitap/dergi/Broşür ( ) Diğer ...

25) Sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaşmak için aşağıdaki kaynakları ne sıklıkla kullanırsınız? Lütfen ilgili boşluğa X işareti koyunuz.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
Gazete					
Dergi					
Radyo& TV					
Kitap					
Web Sayfaları					
Sosyal Medya					
Aile Üyeleri					
Arkadaş/Tanıdık					

26) Beslenme düzeninizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır(28. Soruya geçiniz)

- 27)** Cevabınız evetse, sağlıklı beslenmeye yönelmenizi sağlayan etkenler nelerdir? Birden fazla ise seçeneği işaretleyebilirsiniz.
- 1) Kilo vermek
  - 2) Olduğum kiloyu korumak
  - 3) Sağlıklı bir şekilde uzun süre yaşamak
  - 4) Beslenme alışkanlıklarımın zaten sağlıklı olması, sağlıklı besinleri seviyor olmak
  - 5) Diğer (Belirtiniz) .....
- 28)** Cevabınız hayırsa, sağlıklı beslenmenize engel olan faktörler nelerdir? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.
- 1) Zaman yetersizliği, yoğun yaşam tarzı
  - 2) Sevilen gıdalardan vazgeçilememesi
  - 3) Aşırı gıda tüketimine engel olunamaması
  - 4) Sağlıklı gıdaların, lezzetsiz bulunması
  - 5) Sağlıklı beslenme hakkında uzmanların kafa karıştırması, farklı açıklamalarda bulunmaları
  - 6) Diğer (Belirtiniz) .....
- 29)** Kilonuzdan memnun musunuz?
- 1) Evet
  - 2) Hayır
- 30)** Kendi kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 1) Aşırı zayıf
  - 2) Zayıf
  - 3) Normal
  - 4) Kilolu
  - 5) Aşırı kilolu

**31) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)**(Lütfen soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak cevaplayınız.)

Madde No	ÖLÇEK SORULARI					
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Oldukça İyi	Çok İyi
1	Yaşam Kalitenizi nasıl buluyorsunuz?					
		Hiç Hoşnut Değil	Çok Az Hoşnut	Ne hoşnut Ne de değil	Epeyce Hoşnut	Çok Hoşnut
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
		Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı derecede
3	Ağrıların yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?					
4	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?					
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?					
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?					
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başanlımsınız?					
8	Günlük yaşamda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?					
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?					
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz, kuvvetiniz var mı?					
11	Bedensel görünüşünüzü kabulleniyor musunuz?					
12	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?					
13	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?					
14	Boş zamanlarınızı değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?					
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Oldukça İyi	Çok İyi
15	Bedensel hareketlilik beceriniz nasıldır?					
		Hiç Hoşnut Değil	Çok Az Hoşnut	Ne hoşnut Ne de değil	Epeyce Hoşnut	Çok Hoşnut
16	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?					
17	Günlük uğraşlarınızı yerine getirme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?					
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
20	Aile dışı ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?					
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?					
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
		Hiçbir Zaman	Nadiren	Ara Sıra	Çoğunlukla	Her Zaman
26	Ne sıklıkla hüznü, ümitsizlik bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?					
		Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı derecede
27	Yaşamınızda size yakın kişilerle(eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?					



### 32) SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-EU-Q47

Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte sizin için ne kadar kolay ya da zor olduğunu belirtiniz.  
Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte, aşağıdakilerin ne kadar kolay olduğunu söylersiniz?

Madde No	Aşağıdaki durumları "Çok kolay'dan"- "çok zor'a" göre sıralayınız	1 Çok zor	2 Zor	3 Kolay	4 Çok kolay	5 Bilmiyor
<b>TEDAVİ VE HİZMET BOYUTU</b>						
<b>Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma</b>						
1	Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri ile ilgili bilgi bulmak.					
2	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgi bulmak.					
3	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini bulmak.					
4	Hastalandığımız zaman profesyonel yardımı nereden alacağımızı bulmak.(yönlendirme:doktor,eczacı,psikolog)					
<b>Sağlıkta ilgili bilgiyi anlama</b>						
Madde No	Aşağıdaki durumları "Çok kolay'dan"- "çok zor'a" göre sıralayınız	1 Çok zor	2 Zor	3 Kolay	4 Çok kolay	5 Bilmiyor
5	Doktorunuzun size ne dediğini anlamak.					
6	İlacınızın prospektüsünü anlamak.					
7	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini anlamak.					
8	Doktorunuzun ya da eczacınızın reçeteli bir ilacı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili talimatlarını anlamak.					
<b>Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme</b>						
9	Doktorдан aldığımız bilginin size ne kadar uygun olduğunu değerlendirmek.					
10	Farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek.					
11	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığımıza karar vermek.					
12	Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek.(yönlendirme:TV,internet veya diğer medya organları)					
<b>Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama</b>						
13	Hastalığımızla ilgili karar verirken doktorun verdiği bilgiyi kullanmak.					
14	İlaç tedavisinde talimatları takip etmek.					
15	Acil bir durumda ambulans çağırmak.					
16	Doktorunuzun ya da eczacınızın talimatlarını takip etmek.					
<b>HASTALIKLARDAN KORUNMA BOYUTU</b>						
<b>Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma</b>						
17	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak					
18	Stres ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarıyla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak					
19	Olmanız gereken aşılar ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulmak.(yönlendirme: meme muayenesi,kan şekeri testi, tansiyon)					
20	Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol gibi durumlarıyla başa çıkma ile ilgili bilgi bulmak.					
<b>Sağlıkta ilgili bilgiyi anlama</b>						
21	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlamak.					
22	Aşıya neden ihtiyacımız olduğunu anlamak.(yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)					
23	Sağlık taramasına neden ihtiyacımız olduğunu anlamak.(yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)					
<b>Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme</b>						
24	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi konularla ilgili sağlık uyarılarının ne kadar güvenilir olduğuna karar vermek.					
25	Genel sağlık kontrolü için doktora ne zaman gidilmesi gerektiğine karar vermek.					
26	Hangi aşılar ihtiyacımız olduğuna karar vermek.					
27	Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek.(yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon, vs)					
28	Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek.(Yönlendirme: TV,internet veya diğer medya organları)					

Sağlıkta ilgili bilgiyi kullanma/uygulama					
29	Grip aşısı olmanız gerektiğine karar vermek.				
30	Aileniz ve arkadaşlarınızın tavsiyelerine dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınızı karar vermek.				
31	Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınızı karar vermek.(Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)				
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ					
Sağlıkta ilgili bilgiye ulaşma					
32	Egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulmak.				
33	Ruh sağlığımız için iyi olan aktiviteleri bulmak.(Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb)				
34	Yaşadığımız çevrenin nasıl daha sağlık dostu bir yer haline gelebileceği hakkında bilgi bulmak. (Yönlendirme: gürültü ve kirliliğin azaltılması, yeşil alanlar yaratmak, boş zaman aktiviteleri)				
35	Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak. (Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, hükümet değişikliği, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması)				
36	İşyerinde sağlığımızı geliştirme ile ilgili girişimleri bulmak.				
Sağlıkta ilgili bilgiyi anlama					
37	Aile üyelerinin ya da arkadaşların sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak.				
38	Gıda ambalajlarındaki bilgiyi anlamak.				
39	Nasıl daha sağlıklı olunacağı ile ilgili medyadaki bilgiyi anlamak.(Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)				
40	Akil sağlığımızı nasıl koruyacağımızla ilgili bilgiyi anlamak.				
Sağlıkta ilgili bilgiyi değerlendirme					
41	Yaşantımızın sağlığımızı ve iyilik halimizi nasıl etkilediğine karar vermek.(Yönlendirme: içinde bulunduğunuz topluluk, yaşadığımız çevre)				
42	Konut koşullarının sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğuna karar vermek.				
43	Günlük davranışlarımızdan hangisinin sağlığımızla ilgili olduğuna karar vermek.( yeme ve içme, egzersiz)				
Sağlıkta ilgili bilgiyi kullanma/uygulama					
44	Sağlığımızı geliştirmek için kararlar almak.				
45	İsteddiğiniz zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak.				
46	Sağlığımızı ve iyilik halimizi etkileyen yaşam koşullarımızı kontrol etmek.(Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)				
47	Sosyal çevrenizde sağlık ve iyilik halinizi geliştirecek aktivitelere katılmak.				

## **EK-3** Araştırma İçin Gerekli İzin Belgeleri









