

Fabrika Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*

Determining the Relationship Between Factory Workers' Health Literacy and Health Service Use and Healthy Lifestyle Behaviors

Özge Hamurcu , Meryem Öztürk Haney 

Öz

Amaç: Bu araştırma, fabrika çalışanlarında sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmeti kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki araştırmanın örneklemini Hatay ilinin Antakya ilçesinde bulunan altı fabrikanın 180 çalışanı oluşturmuştur. Veriler "Tanıtıcı Soru Formu", "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (T-SOY-32)" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ-II)" ile toplanmıştır. Veriler mann-whitney u testi, spearman korelasyon analizi ve kruskal-wallis testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışanların yaş ortalaması 35.88 ± 7.68 , %87.8'si erkek, %74.4'ü evliydi. Araştırmada, "TSOY-32" ile "SYBDÖ-II- toplam", "fiziksel aktivite", "beslenme" ve "kişiler arası ilişkiler" alt ölçekleri arasında pozitif yönde ve zayıf ilişki bulundu.

Sonuç: Bu araştırmada, sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve acil servis kullanımı arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Fabrika çalışanları, sağlık hizmeti kullanımı, sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları

ABSTRACT

Aim: This research was conducted to evaluate the relationship between health literacy and health service use and healthy lifestyle behaviors in factory workers.

Method: The sample of the descriptive and cross-sectional study consisted of 180 factory employees of six factories in the Antakya district of Hatay province. The data were collected with the "Descriptive Questionnaire", "Turkey Health Literacy Scale" and "Healthy Lifestyle Behaviours Scale-II (HLBS-II)". Mann-whitney u test, spearman correlation analysis and kruskal-wallis test were used in the analysis of the data.

Results: In the study, the mean age of the employees was 35.88 ± 7.68 , 87.8% were male, 74.4% were married. In the study, a positive and weak relationship was found between "T-HLS-32" and "HLBS-II total", "physical activity", "nutrition" and "interpersonal relations" subscales.

Conclusion: In this study, it was determined that there was a relationship between health literacy and healthy lifestyle behaviors and emergency room use.

Keywords: Factory workers, health service use, health literacy, healthy lifestyle behaviors

Received/Geliş: 02.04.2023

Accepted/Kabul: 21.02.2024

Published Online: 20.12.2024

Cite as: Hamurcu Ö, Öztürk Haney M. Fabrika çalışanlarının sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Jaren.2024;10(3):180-187.

M. Öztürk Haney

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, İzmir, Türkiye

✉ meryem.ozturk@deu.edu.tr

ORCID: 0000-0002-7681-5391

Ö. Hamurcu 0000-0002-9980-4484
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye

* Bu makale Özge Hamurcu'nun Meryem Öztürk Haney danışmanlığında yürüttüğü "Fabrika Çalışanlarında Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı (SOY) etkili bir sağlık politikası ve sağlığı geliştirme yöntemi olarak önemi giderek artmaktadır ⁽¹⁾. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramını; “sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek amacıyla, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler bütünü” olarak tanımlamaktadır ⁽²⁾. Sağlık okuryazarlığı genel olarak, sağlık kontrolü randevularına yönelik bilgileri, doktorun söylediklerini, ilaç prospektüsünde verilen talimatları anlayabilme, hastalık ve öz bakım yönetimi hakkında karar verebilme yeteneğidir ⁽³⁾. Hastalık zamanlarında gerekli sağlık bölümüne başvurabilme, bulunduğu herhangi bir ortamda sağlığını tehlikeye atacak olası durumları öngörerek gereken önlemleri alabilme yeteneğidir. Kısaca tedavi süreçlerini her anlamda analiz edebilmeye yönelik yeteneklerin bütünüdür kapsamaktadır ⁽⁴⁾. Sağlık okuryazarlığı sağlıklı yaşama biçimi davranışları ile doğrudan ilişkili olup sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemlidir. Sağlık okuryazarlığı sağlık davranışlarını olumlu olarak etkilemektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık bilgisi edinme, bilgiyi anlama ve kullanma, sorun çözme, olumlu sağlık davranışı uygulama çabası artmaktadır ⁽⁵⁾. Önceki çalışmalar yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi ile tıbbi hizmet arama davranışı, düzenli egzersiz yapma ve tıbbi muayene olma; düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ile hareketsizlik, şişmanlık gibi sağlık davranışları arasında ilişki olduğunu göstermiştir ^(6,7). Ayrıca yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin daha az koruyucu sağlık hizmeti, daha sık tedavi edici sağlık hizmeti kullandıkları, tedaviye uyumsuzluk gösterdikleri, tarama ve bağışıklama programlarını ve sağlık kontrollerini yeterince önemsemedikleri belirtilmektedir ^(8,9).

Türkiye’de çalışan grup (15-64 yaş), nüfusun büyük bir oranını kapsamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TUİK) 2021 raporunda bu grubun genel nüfusa oranı %67.9’dur ⁽¹⁰⁾. Ülke nüfusunun büyük bir bölümünü oluşturan çalışan gruba yönelik yapılacak en önemli hizmetler onların sağlık okuryazarlığı düzeylerini yükseltmek, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaları ve sürdürmeleri için desteklemektir. İş sağlığı “iş yerinde çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi, kötü çalışma koşullarından dolayı iyi sağlık halinin kaybedilmesinin önlenmesi, çalışma esnasında çalışanların sağlığını etkileyecek

etmenlerden korunmaları, yapılarına uyumlu bir işe yerleştirilmesi ve bunun sürdürülmesini hedefler” olarak tanımlanmaktadır ⁽¹¹⁾. İş sağlığının oluşturulması iş yeri sağlık okuryazarlığı ile yakın ilişkilidir. İş yeri sağlık okuryazarlığı “çalışanların doğru kararlar alabilmesi amacıyla gereken temel iş sağlığı güvenliği bilgi ve hizmetlerini alma, geliştirme ve anlama yetenekleri” olarak tanımlanmıştır ⁽¹²⁾. Fabrika gibi insanların toplu bulunduğu işyeri ortamlarında sağlığı geliştirme programlarının uygulanması daha geniş gruplara ulaşmak için önemli ve etkin bir fırsat sağlamaktadır ⁽¹³⁾. Esin ve Aktaş, işyerinde oluşturulan sağlığı geliştirme programının çalışanların sağlık davranışlarını (kilo kontrolü, egzersiz yapma, sigara bırakma) olumlu olarak etkilediğini, işe devamsızlığın azaldığını ve iş veriminin arttığını belirtmiştir ⁽¹⁴⁾. İşyerlerinde sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükselişi verimlilik ve organizasyonel performansta da yükselişi sağlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, çalışan bireylerin sağlık ve güvenlik konularının önemini anlamakta zorlanmalarına, risk taşıyan güvensiz çalışma ortamlarına maruz kalmalarına, çalışan haklarıyla ilgili yeterli bilgi sahibi olmamalarına neden olmaktadır ⁽¹⁵⁾. İşyerleri, çalışanların bir grup halinde olması, erişim kolaylığı, aynı işyerinde çalışan toplulukların birbirleri ile etkileşimlerinin rahat sağlanabilmesi gibi faktörler nedeniyle sağlık eğitimleri ve sağlığı geliştirme etkinlikleri bakımından elverişli ortamlardır ⁽¹⁶⁾. İşyeri sağlığı geliştirme programları ile çalışanlar kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek amacıyla sorumluluk almaları konusunda bilinçlendirilmelidir ⁽¹⁷⁾. Halk sağlığı açısından işyerinde çalışanların sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerini kullanma durumu ve sağlıklı yaşama biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesine gereksinim vardır. Bu araştırma fabrika çalışanlarında sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmeti kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı, kesitsel araştırma Şubat-Haziran 2021 tarihleri arasında Hatay ilinin Antakya ilçesinde bulunan ve basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen altı fabrikada yürütülmüştür. Fabrikalardan üçü otomotiv, biri yapı malzemesi, biri gıda, biri çelik kapı üretiminde faaliyet göstermekte idi. Belirlenen fabrikalarda toplam 236 çalışan bulunmaktaydı. G Power 3.1.9.7 programı kullanılarak, Tip I hata 0.05 ve Tip II hata 0.20 (% 80 güç) ve t testi referans alınarak

örneklem büyüklüğünün en az 102 olması gerektiği hesaplanmıştır. Dahil edilme kriteri; fabrikaların herhangi bir birimde çalışmak, 18 yaşından büyük olmak ve gönüllü katılmak idi. Bu özellikleri taşıyan 180 çalışan araştırmaya dahil edilmiştir. Yönetici pozisyonunda çalışanlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Fabrika çalışanlarının çalışmaya katılım oranı %76'ıdır (180/236 x 100).

Veri toplama süreci ve araçları

Fabrika yöneticileri ile veri toplamak için uygun zaman planlaması yapıldıktan sonra birinci araştırmacı tarafından fabrika çalışanlarına çalışmanın amacı açıklanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden çalışanlar veri toplama formlarını kendi işyerlerinde bağımsız ve yardımsız şekilde tamamlamışlardır. Araştırmacı tarafından anlaşılmayan bölümlere gerektiğinde açıklama yapılmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması için gereken süre yaklaşık 30 dakika idi.

Çalışanların demografik bilgileri ve sağlık hizmetlerini kullanma durumları "tanıtıcı soru formu", sağlık okuryazarlık düzeyi "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)" ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)" kullanılarak elde edilmiştir.

Araştırmacılar tarafından oluşturulan tanıtıcı soru formunda katılımcıların demografik özelliklerinin yanı sıra antropometrik özellikleri ve sağlık hizmetlerini kullanma durumları ile ilgili sorular yer aldı. Katılımcıların kendilerinin belirttiği vücut ağırlığı ve boy uzunluğuna göre Beden Kitle İndeksleri (BKİ) hesaplandı⁽¹⁸⁾.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

Ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ni temel alarak Okyay ve ark. tarafından geliştirilmiştir⁽¹⁹⁾. 32 maddeden oluşan ölçeğin kavramsal çerçevesi, sağlıkla ilgili iki boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve dört süreci (ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma/kullanmama) içermektedir. Ölçekteki maddeler 4'lü yanıtla seçeneğine (çok kolay: 1, kolay: 2, zor: 3, çok zor: 4) sahiptir. "Fikrim yok" ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Ölçekteki puanlama 1: 4 puan, 2: 3 puan 3: 2puan, 4: 1 puan, 5: 0 puan şeklindedir. Ölçekten elde edilen toplam puan 0-128 arasındadır. Toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde bir formül (aritmetik ortalama-1) x [50/3] yardımıyla standardize edilmiştir. Elde edilen puana göre sağlık okuryazarlık düzeyi (0-

25: yetersiz, >25-33: sorunlu – sınırlı, >33-42: yeterli, >42-50: mükemmel) belirlenmiştir. Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı 0.93'dür⁽¹⁹⁾. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.95 olarak hesaplanmıştır.

Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)

Walker ve ark. tarafından 1987'de geliştirilen ölçek, 1996'da revize edilmiştir⁽²⁰⁾. Bahar ve ark. tarafından ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır⁽²¹⁾. Ölçek altı davranışsal alanı ölçen 52 sorudan oluşmaktadır. Bu alanlar: manevi gelişim (9 soru), fiziksel aktivite (8 soru), kişilerarası ilişkiler (9 soru) sağlık sorumluluğu (9 soru), beslenme (9 soru), ve stres yönetimidir (8 soru). Tüm maddeleri olumlu olan ölçek 4'lü likert tipte cevaplama seçeneğine sahiptir. Katılımcıların ölçeği doldururken sağlığı geliştirme davranışlarını ne sıklıkla uyguladıklarını işaretlemeleri istenmiştir; bu yanıtlar hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak derecelendirilerek puanlanmıştır. Maddelerin toplanması ile elde edilen toplam puan 52-208 arasındadır. Puanın artması olumlu sağlığı geliştirme davranışlarını yansıtmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun cronbach alfa katsayısı 0.92 dir⁽²¹⁾. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.94 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin analizi

Veriler IBM SPSS 24.0 programı ile analiz edilmiştir. Normallik analizi için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Normallik analizi sonucunda TSOY-32 ve SYBDÖ-II verilerinin normal dağılım göstermediği belirlenmiştir (p<0.05). Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri ve sağlık hizmeti kullanma durumları ile SOY ilişkisi mann-whitney u testi ve kruskal-wallis testi ile değerlendirilmiştir. Kruskal-wallis testinin analizinde anlamlı çıkan sonuçlar ileri analizlerden bonferonni testi ile karşılaştırılmıştır. TSOY-32 ile SYBDÖ-II toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler spearman korelasyon analizi ile test edilmiştir. P<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik yönü

Araştırma için araştırmacıların bağlı olduğu üniversitenin girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan (Karar No:2021/03-36), çalışmanın yürütüldüğü tüm fabrikalardan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan çalışanlardan yazılı onam alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmada 180 fabrika çalışanına ulaşılmıştır. Çalışanların yaş ortalaması 35.88 ± 7.68 olup, %87.8'si erkekti. Katılımcıların %74.4'ü evli, %34.4'ü lise düzeyinde eğitime sahipti. Katılımcıların %70'i otomotiv sektöründe çalışmakta idi, %56.7'si ekonomik durumunu orta, %51.7'si sağlık durumunu iyi olarak tanımladı. Çalışanların %75.6'sı fazla kilolu ve %5.6'ı şişmandı. Katılımcıların son bir yılda sağlık hizmeti kullanma durumuna bakıldığında; %93.3'ü hastalık veya sakatlık yaşamadığını, %55.6'sı acil servise hiç başvurmadığını, %92.8'i yatarak tedavi olmak için hastanede hiç kalmadığını, %60.6'sı dış muayenesi ve %70'i rutin sağlık kontrolü

için sağlık kurumuna hiç başvurmadığını, %95.6'sı kanser taraması yaptırmak için hiç başvurmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile TSOY-32 puanlarının karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmiştir. Karşılaştırmada 20-29 yaşındaki çalışanların TSOY-32 puanı 40-49 yaşındakilerden daha yüksek idi ve yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p < 0.05$). Üniversite düzeyinde eğitime sahip çalışanların TSOY-32 puanının lise, ortaokul ve ilkokul düzeyinde eğitime sahip olanlara göre daha yüksek olduğu bulundu ($p < 0.05$). Otomotiv sektöründe çalışanların TSOY-32 puanının gıda sektöründe çalışanlardan daha yüksek olduğu ve

Tablo 1. Demografik Özelliklere Göre TSOY-32 Puan Ortalamaları (n=180)

Özellikler	Sayı	%	$\bar{x} \pm ss$	$\chi^2/z/p$
Yaş	20-29 (1)	40	22.2	32.76±11.10
	30-39 (2)	83	46.1	30.55±9.26
	40-49 (3)	48	26.7	26.52±7.81
	50-59 (4)	9	5.0	31.30±7.10
Cinsiyet	Kadın	22	12.2	28.76±8.20
	Erkek	158	87.8	30.18±9.64
Medeni Durum	Evli	134	74.4	29.40±8.64
	Bekar	46	25.6	31.78±11.48
Eğitim Düzeyi	İlkokul (1)	38	21.1	27.23±8.69
	Ortaokul (2)	52	28.9	27.92±8.14
	Lise (3)	62	34.4	30.29±9.60
	Üniversite (4)	28	15.6	37.03±9.47
Çalışılan Sektör	Otomotiv (1)	126	70.0	31.13±9.96
	Gıda (2)	32	17.8	24.93±3.95
	Çelik (3)	22	12.2	30.01±10.13
Ekonomik Durum Algısı	Kötü	39	21.7	28.11±10.97
	Orta	102	56.7	29.94±9.28
	İyi	39	21.7	32.07±8.06
Sağlık Durumu Algısı	Orta (1)	66	36.7	26.85±8.96
	İyi (2)	93	51.7	30.58±8.75
	Mükemmel (3)	21	11.6	37.40±9.88
Kilo Durumu	Normal Kilolu	34	18.9	31.38±10.67
	Fazla Kilolu	136	75.6	29.82±9.11
	Şişman	10	5.6	27.91±10.38

*Kruskal-Wallis H, **Mann-Whitney U.

farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Sağlığını mükemmel olarak tanımlayan çalışanların TSOY-32 puanının sağlığını iyi ya da orta olarak tanımlayanlara göre daha yüksek idi ve sağlık durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.05$). Çalışanların TSOY-32 puanları cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, kilo durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi ($p>0.05$).

Katılımcıların SYBDÖ-II toplam puan ortalaması 123.80 ± 17.99 , TSOY-32 toplam puan ortalaması 30.01 ± 9.47 olarak belirlenmiş olup; %31.1'i yetersiz, % 39.4'i sorunlu-sınırlı, % 14.4'ü yeterli ve % 15'i mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip idi. Katılımcıların TSOY-32 ile SYBDÖ-II toplam, fiziksel aktivite, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçekleri arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulundu ($r=0.170$, $r=0.249$, $r=0.150$, $r=0.241$, $p<0.05$). TSOY-

32 ile SYBDÖ-II sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, stres yönetimi alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 2).

Katılımcıların sağlık hizmeti kullanma durumları ile TSOY-32 puanları karşılaştırıldığında; son bir yıl içinde sağlık hizmeti almak için acil servise iki ya da daha fazla başvuran çalışanların TSOY-32 puanının acil servise hiç başvurmayan ve bir kez başvuranlara göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 3). Çalışanların hastalık veya sakatlık yaşama durumuna, yatarak tedavi olmak için hastanede kalma durumuna, dış muayenesi olmak için sağlık kurumuna başvurma durumuna, rutin sağlık kontrolü için sağlık kurumuna başvurma durumuna, kanser taraması yaptırmak için sağlık kurumuna başvurma durumuna göre SOY puanları arasında bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 2. TSOY-32 ve SYBDÖ-II Arasındaki Korelasyon (n=180)

Korelasyon*	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişki	Stres Yönetimi	SYBDÖ-II Toplam
TSOY-32	r 0.081	0.249**	0.150**	0.120	0.241**	0.135	0.170**
	p 0.279	0.001	0.044	0.109	0.001	0.070	0.022

*Spearman korelasyon analizi, ** $p<0.05$.

Tablo 3. Sağlık Hizmeti Kullanımına Göre TSOY-32 Puan Ortalamaları (n=180)

Son bir yılda.....	Sayı	%	$\bar{x} \pm ss$	$z/x^2/p$	
Hastalık/Sakatlık Yaşama	Evet	12	6.7	30.20 ± 6.33	* $z=951.50$ $p=0.746$
	Hayır	168	93.3	29.99 ± 9.67	
Acil Servise Başvurma	Hiç (1)	100	55.6	29.07 ± 8.97	** $\chi^2=6.20$ $p=0.045$ $1=2<3$
	Bir Kez (2)	61	33.9	30.29 ± 9.38	
	İki ya da Daha Fazla (3)	19	10.6	34.04 ± 11.54	
Hastanede Yatarak Tedavi Olma	Hiç	167	92.8	30.20 ± 9.46	* $z=0.46$ $p=0.829$
	Bir Kez	13	7.2	27.56 ± 9.56	
Dış Muayenesi Olma	Hiç	109	60.6	30.69 ± 10.41	** $\chi^2=0.991$ $p=0.609$
	Bir Kez	55	30.6	29.37 ± 6.83	
	İki ya da Daha Fazla	16	8.9	27.53 ± 10.49	
Rutin Sağlık Kontrolü Yaptırma	Hiç	126	70.0	30.41 ± 9.72	** $\chi^2=1.397$ $p=0.497$
	Bir Kez	37	20.6	28.16 ± 8.17	
	İki ya da Daha Fazla	17	9.4	26.85 ± 8.96	
Kanser Taraması Yaptırma	Hiç	172	95.6	30.58 ± 8.75	* $z=0.286$ $p=0.593$
	Bir Kez	8	4.4	37.40 ± 9.88	

*Mann-Whitney U, **Kruskal-Wallis H

TARTIŞMA

Çalışma bulguları, fabrika çalışanlarının yaklaşık üçte birinin yeterli/ mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu, çalışanların büyük bir oranının sağlık okuryazarlığının yeterli olmadığını ortaya koymuştur. Ülkemizde yürütülen önceki çalışmalar, küçük ölçekli işyeri, döküm fabrikası, tekstil ve çelik fabrikası gibi işyerlerinde çalışan işçilerin yarıdan daha azının iyi ya da mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu, çalışanların büyük bir oranının yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermiştir ^(11,22-24). Türkiye’de toplumda yaşayan ve aile sağlığına merkezlerine sağlık hizmeti almak için başvuran bireylerle yapılan bazı çalışmalar yetişkinlerin yaklaşık dörtte birinin yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu belirtmiştir ^(25,26). İran’da fabrika çalışanlarının yaklaşık yarısının yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilmiştir ⁽²⁷⁾. Tayvan’da yetişkinlerin sadece üçte birinin yeterli sağlık okuryazarlığına ⁽²⁸⁾, Çin’de yetişkinlerin %91.2’nin sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir ⁽²⁹⁾. Bu çalışma bulguları fabrika çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeyinin istendik seviyede olmadığını ve sonuçların önceki çalışmaların sonuçları ile benzerlik gösterdiğini ortaya koymuştur.

Çalışma bulguları, genç yaşta fabrika çalışanların sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Önceki çalışmalar yaş ile SOY seviyesi arasında ilişki olduğunu, genç yaş gruplarının ileri yaş gruplarına göre daha yüksek SOY seviyesine sahip olduğunu belirtmiştir ^(19,30). Bulgular literatürü destekler niteliktedir. Yaş ilerledikçe sosyal izolasyonda artış, biyo-psikososyal kapasite, araştırma yetileri ve bağımsız rollerde azalma gibi nedenler sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemektedir ^(19,30).

Bulgular eğitim düzeyi arttıkça çalışanların SOY düzeyinin arttığını göstermiştir. Bu sonuçlar hem yabancı hem de ulusal literatürdeki çalışma bulguları ile benzer olup, eğitim düzeyinin artmasının SOY artışını olumlu etkilediğini göstermiştir ^(19,28,30-32). Bulgular eğitim seviyesinin düşük olmasının sağlık hizmetlerine ulaşma, sağlık bilgisini anlama ve uygulama yetileri açısından risk oluşturacağını doğrular niteliktedir.

Çalışma bulguları çalışılan sektör ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki olduğunu, otomotiv sektöründe çalışan katılımcıların sağlık okuryazarlığı

düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Literatürde çalışılan sektör ile sağlık okuryazarlığı ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanamamıştır. Çalışılan sektöre göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin farklılığı çalışanların demografik özelliklerinin farklılığı ile ilişkilendirilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı sağlık hizmeti kullanma ve hizmete erişimi etkileyen başlıca faktördür. Düşük sağlık okuryazarlığı kişinin sağlık sistemini kullanmada, tıbbi karar vermede ve sağlık hizmeti almada zorlanmasına neden olmaktadır ⁽³³⁾. Çalışmanın yürütüldüğü dönem Covid 19 pandemisi ile ilgili önlemlerin yoğun olduğu bir dönem olması nedeni ile katılımcılar kendilerini ve çevrelerini korumak adına zorunlu olmadıkça sağlık kurumlarına başvuru yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma bulguları sağlığını daha olumlu algılayan katılımcıların sağlık okuryazarlığının arttığını göstermiştir. Durmaz ve ark. yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlığını olumsuz algıladığını belirtmiştir ⁽³⁴⁾. Bulgular literatürü destekler niteliktedir.

Bu çalışmada, sağlık hizmeti almak için acil servise daha sık başvuran fabrika çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Önceki bir çalışma, Avrupa’da katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hekim ziyaretleri, acil servis kullanım sıklığı ve sağlık hizmetlerini kullanma sıklığı arasında düşük bir ilişki olduğunu göstermiştir ⁽³⁵⁾. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’nda ise, Türk toplumunda acil servis hizmetlerine başvurunun Avrupa bölgesine göre daha fazla olduğu, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin acil servisi daha sık kullandığı belirtilmiştir ⁽³⁶⁾. Bir sistematik derleme çalışması düşük sağlık okuryazarlığının kanser tarama programlarını az kullanma, ilaçları uygunsuz kullanma, ilaç etiketlerini anlayamama ve daha sık acil servise başvurma ile ilişkili olduğunu belirtmiştir ⁽³⁷⁾. Bu çalışmada literatürden farklı olarak sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin acil servisi daha sık kullanmaları, pandemi koşullarında kişilerin hızlı hizmet almak ve şüpheli durumlarda Covid 19 tanı testlerini yaptıрма eğilimlerinin fazla olması ile ilişkilendirilmiştir.

Çalışma bulguları, katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzey (123.80 ± 17.99) olduğunu; fiziksel aktivite, beslenme ve kişilerarası ilişkiler davranışları ile sağlık okuryazarlığı arasında olumlu bir ilişki olduğunu göstermiştir. Türkiye’de fabrika işçileri ile yapılan çalışmalarda katılımcıların SYBDÖ puan ortalamaları 126.3 ± 21.8 olarak ⁽³⁸⁾,

kadın işçilerin SYBDÖ puan ortalamaları 122.0 ± 21.4 olarak belirtmiştir⁽³⁹⁾. Bulgular literatür ile uyumlu olup çalışanların sağlıklı bir yaşam sürdürülebilmesi için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin önemini bir kere daha ortaya koyar niteliktedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma bulguları, fabrika çalışanlarının sağlık okuryazarlığının yeterli olmadığını, çalışanların sağlık okuryazarlığı ve sağlık davranışları arasında olumlu ilişki olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda veriler fabrika çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeyi ile acil servis kullanma sıklığı arasında olumlu bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Çalışanların yaşı, eğitim durumu, sağlık algısı, çalıştığı sektör gibi demografik özellikleri de sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkili bulunan değişkenler olarak belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda fabrika çalışanlarının sağlık okuryazarlığını geliştirici müdahalelerin planlanmasında bireysel özelliklerin (yaş, eğitim durumu, sağlık algısı vb.) ve çalışma alanı farklılıklarının göz önünde bulundurulmasına özen gösterilmelidir. Çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek için sağlık okuryazarlığını geliştirici eğitim programlarının yapılması önerilmektedir. Çalışma bulgularının başka iş alanlarında, daha geniş ve farklı örneklerde tekrarlanması önerilmektedir.

Yazar katkısı

Araştırma fikri ve tasarımı: ÖH, MÖH; veri toplama: ÖH; sonuçların analizi ve yorumlanması: ÖH, MÖH; araştırma metnini hazırlama: ÖH, MÖH. Tüm yazarlar araştırma sonuçlarını gözden geçirdi ve araştırmanın son halini onayladı.

Etik kurul onayı

Bu araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar no: 2021/03-36).

Finansal destek

Yazarlar araştırma için finansal bir destek almadıklarını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Author contribution

Study conception and design: ÖH, MÖH; data collection: ÖH; analysis and interpretation of results: ÖH, MÖH; draft manuscript preparation: ÖH, MÖH.

All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Ethical approval

The study was approved by the Dokuz Eylül University Ethical Committee (Protocol no. 2021/03-36).

Funding

The authors declare that the study received no funding.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

KAYNAKÇA

1. United Nations Economic and Social Council (ECOSOC). Health literacy and the Millennium Development Goals: United Nations Economic and Social Council (ECOSOC) regional meeting background paper (abstracted). *J Health Commun.* 2010; 15(Suppl2): 211-23. [\[Crossref\]](#)
2. Öztürk EU. Sağlık okuryazarlığı ve önemi. *Biruni Sağlık ve Eğitim Bilimleri Dergisi.* 2018; 1: 1-5.
3. Barrett SE, Puryear JS. Health literacy: Improving quality of care in primary care settings. *J Health Care Poor Underserved.* 2006; 17(4): 690-7. [\[Crossref\]](#)
4. Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2014; 17(3): 165-70.
5. Abel, T. Cultural capital in health promotion. In: McQueen DV, Kickbusch I, Potvin L, Balbo L, Pelikan JM, Abel T, editors. *Health and modernity: The role of theory in health promotion.* New York: Springer Science & Business Media; 2007. p. 43-73. [\[Crossref\]](#)
6. Xie Y, An W, Zheng C, Zhao D, Wang H. Multidimensional health literacy profiles and health-related behaviors in the elderly: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Sci.* 2022; 9(2): 203-10. [\[Crossref\]](#)
7. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: A large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health.* 2020; 20(1): 565. [\[Crossref\]](#)
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması.* Ankara; 2018. Erişim adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SOYA%20RAPOR.pdf> (Erişim tarihi: 21.03.2023).
9. Stormacq C, Van den Broucke S, Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promot Int.* 2019; 34(5): e1-17. [\[Crossref\]](#)

10. TÜİK. Nüfus ve konut sayımı 2021. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-ve-Konut-Sayimi-02145866#:~:text=%C3%87a%C4%B1%C5%9Fma%20%C3%A7a%C4%9F%C4%B1ndaki%20n%C3%BCfusun%20oran%C4%B1%20%67,67%2C9'a%20Oula%C5%9Ft%C4%B1> (Erişim tarihi: 1.03.2023).
11. Sezgin Ö. Isparta gül küçük sanayi sitesi küçük ölçekli işyeri çalışanlarında sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörler [Tıpta uzmanlık tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi; 2019.
12. Rauscher KJ, Myers DJ. Occupational health literacy and work-related injury among U.S. adolescents. *Int J Inj Contr Saf Promot.* 2014; 21(1): 81-9. [Crossref]
13. Nutbeam D, Kickbusch I. Health promotion glossary. *Health Promot Int.* 1998; 13 (4): 349-64. [Crossref]
14. Esin MN, Aktaş E. Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: Sistematiik inceleme. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.* 2012; 20(2): 166-76.
15. İkişik H, Maral I. Sağlık okuryazarlığına çok sektörlü yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı-Özel Konular.* 2019; 5(1): 42-5.
16. İlhan MN, Arslan Karahan E. İşyerinde sağlık okuryazarlığı. In: Özkan S, editor. *Sağlık okuryazarlığı.* Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p. 46-9.
17. Bilir N. İş sağlığı ve güvenliği profili Türkiye. Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı; 2016.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı. Obezite nasıl saptanır?. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html> (Erişim tarihi: 14.03.2023).
19. Okyay P, Abacıgil F, Harlak H. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği-32 (TSOY-32). In: Okyay P, Abacıgil F, editor. *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. 1. Baskı.* Ankara: Anıl Reklam Matbaa; 2016. p. 43-62.
20. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile II [Unpublished manuscript]. University of Nebraska Medical Center; 1996.
21. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kissal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2008; 12(1): 1-13.
22. Güner MD, Ekmekci PE. Health Literacy Level of Casting Factory Workers and Its Relationship With Occupational Health and Safety Training. *Workplace Health Saf.* 2019; 67(9): 452-60. [Crossref]
23. Acar GA, Baltacı K, Acımış NM, Orhan O. Bir tekstil fabrikasının çalışanlarında sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili etmenler. *Karaelmas Journal of Occupational Health and Safety.* 2021; 5(3): 209-17. [Crossref]
24. Kendir C, Caliskan T, Akyol G, Demir GB, Kartal M. Health literacy levels of the workers in a steel factory: A cross sectional study in Turkey. *Kontakt.* 2018; 20(4): e381-5. [Crossref]
25. Bakan AB, Yıldız M. 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum.* 2019; 29(3): 33-40.
26. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi.* 2018; 8(3):575-81. [Crossref]
27. Afshari M, Teimori GH, Kohnavard B, Pour HE, Kangavari M. Workers' health literacy in a car spare parts factory: A cross-sectional study. *Iran Occupational Health.* 2017; 14(2): 147-55.
28. Lee SYD, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: Results from a national survey. *BMC Public Health.* 2010; 10: 614. [Crossref]
29. Liu H, Zeng H, Shen Y, et al. Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 15(8): 1711. [Crossref]
30. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Educ Res.* 2010; 25(3): 464-77. [Crossref]
31. Türkoğlu Ç. Sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi: Isparta ili örneği [Yüksek lisans tezi]. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2016.
32. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012; 12: 80. [Crossref]
33. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* 2015; 25(6): 1053-8. [Crossref]
34. Durmaz S, Sürücü E, Ozvurmaz S. Mermer fabrikası işçilerinde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Medical Sciences.* 2020; 15(3): 81-91. [Crossref]
35. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J, Kocev N. Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. *Int J Public Health.* 2011; 56(2): 201-7. [Crossref]
36. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. 1. Baskı. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2014.
37. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011; 155(2): 97-107. [Crossref]
38. Avcı İA, Erdoğan TK. Fındık fabrikasında çalışan işçilerde obezite sıklığı ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2015; 14(5): 364-9.
39. Küçük E, Yapar K. Tip II diyabetli hastalarda sağlık algısı, sağlıkla ilgili davranışlar ve ilaç tedavisine uyum: Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'nde bir çalışma. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2016; 15(4): 285-92.