



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ:
ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİ ARASINDA BİR ARAŞTIRMA**

Ahmet ARIKAN

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2020

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ:
ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİ ARASINDA BİR ARAŞTIRMA**

Ahmet ARIKAN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2020

TEŐEKKÖR

Araştırma süresi boyunca danışmanlığımı üstlenerek bana her konuda yol gösteren, çalışmamın planlanmasında, gerçekleştirilmesinde ve sonuçlandırılmasında bilimsel katkı ve manevi desteğini hiç esirgemeyen hocam Prof. Dr. Yusuf ÇELİK'e,

Bu günlerime gelene kadar hep yanımda olan, büyük özverilerde bulunarak sabır ve anlayışı ile bana her daim yol gösterici olan canımın cananı biricik ANNEME,

Araştırma boyunca değerli katkılarda bulunan başta Prof. Dr. Bayram ŐAHİN'e, Hacettepe Üniversitesi çalışanlarına ve öğrencilerine ayrıca ismini zikredemediğim tüm kadim dostlarıma sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

ÖZET

ARIKAN, Ahmet. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020.

Geçmiş yüzyıllarda toplu ölümlere neden olan bulaşıcı hastalıkların yerini günümüzde hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları, diyabet, obezite gibi yaşam tarzına bağlı hastalıklar almıştır. Bu sebeple sağlığın geliştirilmesinde ana etmen olarak kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaları gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu yaşam tarzı, sadece hastalıklardan korunmayı değil aynı zamanda hayat boyunca iyilik düzeyini artıran sağlığı geliştirici davranışları sergilemeyi içermelidir. Sağlıklı bir yaşam tarzı, sağlığı koruyucu ve sağlık bakım hizmetlerinden nasıl yararlanacağına dair bilgileri bilmeyi, araştırmayı, anlamayı ve kullanmayı gerektirir. Tüm bu sağlık bilgileri ile ilgili süreçler için gerekli olan şeylerin başında sağlık okuryazarlığı gelmektedir. Bu araştırmanın amacı lisans öğrenimi gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sahip oldukları sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi'nde lisans düzeyinde öğrenim gören birinci ve dördüncü sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Tabakalı örnekleme yöntemine göre belirlenen 452 öğrenciye yönelik bir anket çalışması gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespiti için "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)", sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının değerlendirilmesinde ise "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" kullanılmıştır. Öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması $30,76 \pm 7,99$ olarak bulunmuştur. Yapılan korelasyon analizi neticesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesine yönelik yapılabilecek faaliyet ve eylemlere ilişkin ilgili ve yetkililere önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler

Sağlık, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Davranışı, Sağlıklı Yaşam Biçimi, Sağlığın İyileştirilmesi

ABSTRACT

ARIKAN, Ahmet. The Effect of Health Literacy Level on Healthy Lifestyle Behaviors: A Research Among University Students, Master's Thesis, Ankara, 2020.

In the past centuries, infectious diseases causing mass deaths have been replaced by lifestyle-related diseases such as hypertension, coronary heart diseases, diabetes, and obesity. For this reason, the necessity of gaining healthy lifestyle behaviors has emerged as the main factor in health promotion. This lifestyle should include not only preventing disease, but also exhibiting health-promoting behaviors that increase the level of well-being throughout life. A healthy lifestyle requires knowing, researching, understanding and using information about how to benefit from health care and health care services. Health literacy is at the top of what is needed for all these health information related processes. The aim of this study is to examine the relationship between health literacy levels and healthy lifestyle behaviors of undergraduate students. The universe of the research consists of first and fourth year students studying at Hacettepe University at undergraduate level. A survey was conducted among 452 students determined according to the stratified sampling method. To determine the students' health literacy level "Turkey's Health Literacy Scale (Tsoy-32)", the evaluation of healthy lifestyle behaviors "Healthy Lifestyle Behaviors Scale II" is used. The average of students' overall health literacy index score was found to be 30.76 ± 7.99 . As a result of the correlation analysis, a statistically significant, moderate and positive correlation was found between healthy lifestyle behaviors and health literacy level. In line with the results of the research, suggestions were made to the relevant and authorities regarding the activities and actions that can be taken to increase the health literacy levels of the students.

Keywords

Health, Health Literacy, Health Behavior, Healthy Lifestyle, Health Improvement

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

KABUL VE ONAY	İ
YAYINLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	İİ
ETİK BEYAN	İİİ
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	Vİİ
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	Vİİİ
KISALTMALAR DİZİNİ	Xİ
ŞEKİLLER DİZİNİ	Xİİ
GRAFİKLER DİZİNİ	Xİİİ
TABLolar DİZİNİ	XİV
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. OKURYAZARLIK	4
2.1.1. Okuryazarlık Kavramı	4
2.1.1. Okuryazarlıkta Yeterliliğin Boyutları.....	5
2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	7
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı	7
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Sınıflandırılması)	10
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler	11
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Yapısı İle İlgili Modeller	14
2.2.5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi ve Kullanılan Araçlar... 19	
2.1. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI	25
2.1.1. Sağlık Davranışı	25
2.2.2. Sağlık Davranışlarını Etkileyen Faktörler	26
2.2.3. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesi	27
2.2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sınıflandırılması	28
2.2.4.1. Sağlık Sorumluluğu	30
2.2.4.2. Fiziksel Aktivite.....	30
2.2.4.3. Beslenme.....	32

2.2.4.4. Manevi Gelişim.....	34
2.2.4.5. Kişilerarası İlişkiler.....	34
2.2.4.6. Stres Yönetimi	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	38
3.2. ARAŞTIRMANIN PROBLEM CÜMLESİ	38
3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	39
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	40
3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	42
3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI	44
3.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ	45
3.8. VARSAYIMLAR (SAYILTILAR)	45
3.9. SINIRLILIKLAR.....	45
4. BULGULAR	46
4.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ.....	46
4.2. KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖZELLİKLERİ	48
4.2.1. TSOY-32 Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımı	48
4.2.2. Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı Özellikleri.....	51
4.2.3. Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Çeşitli Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi	53
4.3. KATILIMCILARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖZELLİKLERİ.....	60
4.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımı	60
4.3.2. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Özellikleri	64
4.3.3. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Bazı Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....	64
4.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE SAĞLIKLI DAVRANIŞLAR ALİŞKANLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	68
5. TARTIŞMA	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	79
6.1. SONUÇ	79

6.2. ÖNERİLER.....	82
KAYNAKLAR	84
EKLER.....	95
EK-1: Orijinallik Raporu (Türkçe).....	95
EK-2: Orijinallik Raporu (İngilizce).....	96
EK-3: Etik Komisyon İzni	97
EK-4: Ölçek Kullanım İzni (TSOY-32 Ölçeği).....	98
EK-5: Ölçek Kullanım İzni (SYBD Ölçeği)	99
EK-6 Anket Formu.....	100

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACSQHC	: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
AMA	: American Medical Association
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CHIRr	: Consumer Health Informatics Research resource
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IOM	: Institute of Medicine
HALS	: Health Activities Literacy Scale
HLS-EU	: Health Literacy Survey-European Union
HLS-EU-Q	: European Health Literacy Survey Questionnaire
HLSQ	: Health Literacy Screening Questionnaire
MART	: Medical Terminology Achievement Reading Test
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
NVS	: Newest Vital Sign
REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
REALM-R	: Rapid Estimate of Adult Literacy İn Medicine-Revised
SAGEM	: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
SGGM	: Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
S-TOFHLA	: Short-Test of Functional Health Literacy in Adults
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
TBV	: Türkiye Böbrek Vakfı
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy in Adults
TSOY	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	12
Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığı Potansiyel Müdahale Alanları.....	13
Şekil 3. Risk Faktörü Olarak Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli	15
Şekil 4. Kazanç/Değer Olarak Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli	16
Şekil 5. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli.....	18

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığını İndeks Puanı ile SYBD Ölçeği Puanları Saçılım Grafiği	69
--	----

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Mevcut Tarama ve Ölçüm Araçları.....	20
Tablo 2. Araştırma Evreni ve Örneklemine Ait Öğrenci Sayıları Tablosu.....	42
Tablo 3. TSOY-32 Ölçeğinin 2x4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Ait Madde Numaraları.....	43
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Demografik Özelliklerinin Sıklık Dağılımı	46
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerinin Sıklık Dağılımı	47
Tablo 6. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Boy, Kilo ve BKİ Özellikleri.....	47
Tablo 7. Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Madde Dağılımı Yanıt Yüzdeleri.....	48
Tablo 8. Alt Boyut ve Bilgi İşleme Süreçlerine Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Sıklık Dağılımları	51
Tablo 9. Öğrencilerin Genel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sıklık Dağılımları ..	52
Tablo 10. Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Puanlarına Ait Bazı Tanımlayıcı İstatistikler.....	52
Tablo 11. Cinsiyete Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sıklık Dağılımı	53
Tablo 12. Cinsiyete Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanının İncelenmesi	54
Tablo 13. Eğitim Görülen Sınıfa Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sıklık Dağılımı.....	54
Tablo 14. Eğitim Görülen Sınıfa Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanının İncelenmesi	55
Tablo 15. Aile Gelir Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sıklık Dağılımı.....	56
Tablo 16. Aile Gelir Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanının İncelenmesi	56

Tablo 17. Fakültelere Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sıklık Dağılımı	57
Tablo 18. Fakültelere Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanının İncelenmesi	57
Tablo 19. BKİ Sınıflandırmasına Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sıklık Dağılımı	58
Tablo 20. BKİ Sınıflandırmasına Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanının İncelenmesi	59
Tablo 21. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Öğrencilerin Sigara Kullanım Durumlarının İncelenmesi.....	59
Tablo 22. Sigara Kullanım Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanının İncelenmesi	60
Tablo 23. Öğrencilerin SYBD Ölçeği Madde Dağılımı Yanıt Yüzdeleri.....	61
Tablo 24. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarına Ait Bazı Tanımlayıcı İstatistikler	64
Tablo 25. Cinsiyete Göre Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının İncelenmesi	65
Tablo 26. Eğitim Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının İncelenmesi	65
Tablo 27. Aile Gelir Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının İncelenmesi	66
Tablo 28. Fakültelere Göre Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının İncelenmesi	66
Tablo 29. Sigara Kullanım Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının İncelenmesi	67
Tablo 30. Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanı Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi	68
Tablo 31. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının İncelenmesi	70
Tablo 32. Katılımcılara Ait Demografik Faktörlerin Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı Üzerindeki Etkileri.....	71

Tablo 33. Katılımcılara Ait Demografik Faktörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları Üzerindeki Etkileri.....	72
---	----

1. GİRİŞ

2008 yılında dünya genelinde gerçekleşen 58 milyon ölümün yaklaşık %63'ünün (yaklaşık 36 milyon ölüm) kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıklar, diyabet ve kanser hastalıkları içeren bulaşıcı olmayan hastalıkların sebep olduğu görülmektedir. Bu hastalıkların toplam yükü düşük gelirli ülkelerde giderek artmakta, sosyal ve ekonomik kayıpların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Dünya genelindeki bulaşıcı olmayan hastalıklar kaynaklı ölümlerin yaklaşık dörtte birinin 60 yaş öncesi dönemde meydana geldiği görülmektedir (World Health Organization [WHO], 2010). 2012 yılına gelindiğinde ise bulaşıcı olmayan hastalıkların ölüm nedenlerindeki payı daha da artmış ve bu gruptaki hastalıklar dünya genelinde meydana gelen 56 milyon ölümün %68'inden (yaklaşık 38 milyon) sorumlu hale gelmiştir (WHO, 2014).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların temel nedenlerinin birey kaynaklı ve olumsuz sağlık davranışı alışkanlıklarına sahip olunmasından kaynaklandığı yapılan birçok araştırmayla ortaya konulmuştur. 21. yüzyıl ile birlikte dünya genelinde değişime uğrayan yaşam tarzı ve hızlı kentleşme bulaşıcı olmayan hastalıkların temel sebeplerini oluşturan olumsuz sağlık davranışları düzeyinde artışı beraberinde getirmiştir. Bu olumsuz sağlık davranışlarının en önemlilerini yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme, tütün kullanımı ve alkol kullanımı olarak sıralayabilir. Söz konusu risk faktörlerinin olumsuz etkisi dünya genelinde hissedilse de en büyük etkilerini düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde ve tüm ülkelerdeki yoksul nüfuslar üzerinde göstermektedir. Yoksulluk, bireyleri olumsuz sağlık davranışlarına maruz bırakmakta ve bunun sonucunda da bulaşıcı olmayan hastalıklar aileleri ve toplumları yoksulluğa sürükleyen bir faktör haline gelmektedir denilebilir. Sonuç olarak negatif sağlık davranışları ile etkin bir biçimde mücadele edilmezse bulaşıcı olmayan hastalıkların etkisi küresel çapta giderek artacak ve yoksulluğu azaltma konusundaki küresel hedef sekteye uğrayacaktır (WHO, 2010).

Geçmiş yüzyıllarda toplu ölümlere neden olan bulaşıcı hastalıkların yerini artık günümüzde koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, diyabet ve obezite gibi yaşam biçimi kaynaklı hastalıklar almıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün verilerine göre az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin yaklaşık %40-50'sinin ve gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin yaklaşık %70-80'inin sebebi yaşam biçimine bağlı olarak meydana gelen hastalıklardır. Bu

sebeple sağlığın geliştirilmesinde ana faktör kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmalarını sağlamaktır. Bu yaşam tarzı, yalnızca hastalıklardan korunmak değil aynı zamanda hayat boyunca iyilik düzeyini artıran sağlığı geliştirici davranışları sergilemeyi içermelidir. Söz konusu yaşam tarzı sağlık bakım/tedavi hizmetlerinden ne şekilde yararlanılacağını ve sağlığın korunması ile ilgili bilgileri bilmeyi, anlamayı ve kullanmayı/uygulamayı gerektirir. Tüm bu süreçler için gerekli olan şeylerin başında ise sağlık okuryazarlığı gelmektedir (Sezer, 2012).

Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de, hızlı bir şekilde yaşanan ekonomik ve sosyal değişimler ile birlikte sağlık sorunlarının boyutları da büyük ölçüde değişim göstermektedir. Artık günümüzde toplum sağlığına, kalp hastalıkları, obezite, kanser vb. bulaşıcı olmayan hastalıklar gibi fiziksel rahatsızlıkların yanında ruhsal rahatsızlıklar da büyük ölçüde etki etmektedir (Başol ve Işık, 2015). Hastalıkların genel yapısı, hastalıklardan korunma ve bu hastalıklara yönelik tedavi yöntemlerinde meydana gelen hızlı değişimlere paralel olarak sağlık hizmeti sunumunda görevli sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişimin doğası da değişim göstermeye devam etmektedir. Karşılıklı iki taraf arasında meydana gelen bu iletişim sürecinde, hastaların sağlık çalışanlarını tam ve doğru bir şekilde anlayabilmesi, sayısal ve yazılı metinleri okuyabilmesi, her iki taraf açısından büyük önem arz etmekte ve bunun neticesinde sağlık okuryazarlığının önemini ortaya koymaktadır (Sezgin, 2013). Bu aşamada sağlık okuryazarlığı, kişilerin kendilerine uygun sağlık kararları alabilmesi adına gereksinim gördükleri sağlık bilgilerine erişme, bilgileri anlama, değerlendirme ve hedefleri doğrultusunda kullanma yeteneklerinin düzeyini gösteren bir kavram şeklinde ortaya çıkmaktadır (WHO, 2013).

Hayatın farklı evreleri süresince sağlık ile ilgili bilgileri okuyup anlamak ve kazanılan bu bilgiler doğrultusunda iletişim kurmada dâhil birçok boyutu bünyesinde barındıran sağlık okuryazarlığı; sağlığın geliştirilmesi, sağlık hizmetinde kalitenin artırılması, sağlıkta eşitliğin sağlanması, sağlık maliyetlerinin aşağıya çekilmesi, hastalara ait sağlık kararlarının da içerisinde yer aldığı sağlık sistemi ile ilgili pek çok konunun merkezinde yer almaya devam etmektedir (Parker vd., 2003). Kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olması, sağlık iletişiminde istenilen hedeflere ulaşmanın önünde bir engel teşkil edebilmektedir. Yetersiz sağlık bilgisi ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşüklüğu, hem kişisel hem de toplumsal manada ekonomik ve sosyal riskleri beraberinde getirmektedir. Bu alanda gerçeleştirilecek bir gelişmenin toplumsal,

bireysel ve ekonomik alanda birçok kazanımı beraberinde getirebileceği öngörülmektedir. Sağlık okuryazarlığında sağlanacak ilerleme, kişilerin sağlıklı yaşam davranışlarında olumlu yönde bir değişimin yanında, sağlığa ayrılan kaynakların ve sunulan sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli kullanımını vb. konularda da pek çok faydasının olabileceği düşünülmektedir (Sezgin, 2013).

Genel olarak sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespitine yönelik Türkiye’de çeşitli gruplar üzerinde pek çok araştırmanın yapıldığı görülmektedir. Bu araştırma ile üniversite öğrencilerindeki sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyinin ortaya konulması ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlıklı davranışlar alışkanlığı arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bundan dolayı araştırmanın literatüre bu alanda bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Tüm bu bilgiler ışığında gerçekleştirilen bu araştırma 6 bölümden oluşmaktadır. Giriş bölümünden sonra gelen ikinci bölümde sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda genel bilgilere, üçüncü bölümde araştırmada kullanılan gereç ve yöntem, dördüncü bölümde saha çalışması sonrasında elde edilen bulgulara, beşinci bölümde araştırmanın bulguları ile ilgili tartışmalara değinilmiş, altıncı bölümde ise bu araştırma neticesinde çıkarılan sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde, okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda elde edilen bilgilere yer verilmiştir.

2.1. OKURYAZARLIK

2.1.1. Okuryazarlık Kavramı

Okuryazarlık tanımının ilk olarak 1950’li yıllar ile birlikte literatürde gündeme geldiği görülmektedir. Bu tanımlar genel itibariyle temel okuma yazma hünnerleri üzerine yapılmış olup daha sonraki yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar ise okuryazarlığın daha geniş çapta bilgi ve beceri gerektirdiğini göstermiştir. Toplumsal ve kültürel değişim ve gelişimle birlikte daha sonraki yıllarda okuryazarlıkla ilgili olarak birçok farklı tanımlar ortaya çıkmıştır (Güneş, 1994).

Geçmişten günümüze kadar pek çok tanımı yapılmış olan okuryazarlık kavramı en genel ifadeyle herhangi bir alfabedeki yazılı metinleri okuyup yazabilme şeklinde tanımlanmaktadır. Kanj ve Mitic (2009) kısaca okuryazarlığı; “bir dili dinleme, okuma, yazma, anlama ve konuşma yeteneğidir” biçiminde tanımlarken Gök (2013) ise okuryazarlığı; “okuma, yazma, düşünme ve dinlemeyle birlikte etkili iletişim kurabilmek için yazılı ve sözel dilin önemini kavramayla ilgili faaliyetlerin bir bütünü” olarak tanımlanmaktadır. Mancuso’ya göre okuryazarlık ise bireyin beceri ve bilgi düzeyini arttırmak, iş hayatındaki ve sosyal yaşamındaki faaliyetlerini devam ettirmek ve problemlerini çözebilmek adına yeterli derecede konuşma, okuma, yazma ve bilgiyi yorumlama yeteneklerine sahip olma durumudur (Mancuso, 2008).

Son yıllarda özellikle gelişmekte olan ülkelerde, oldukça önemli noktaya gelen okuryazarlık kavramı kültürel, toplumsal ve ekonomik değişimler neticesinde zamanla değişiklik göstermeye başlamıştır. Önceki yıllarda ad-soyadını yazabilen ve imza atabilen her birey okuryazar olarak kabul edilirken zamanla yaşanan değişim ve gelişimlere paralel olarak okuryazarlığın boyutları da genişlemiştir. Artık günümüzde bireylerin

toplumdaki görevlerini sorunsuz bir şekilde yerine getirebilmeleri adına iyi düzeyde okuryazarlığa ihtiyacı bulunmaktadır (Murray vd., 1997).

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization-UNESCO)' ne göre okuryazarlık bireysel ve sosyal kalkınmanın gerçekleşmesi için de gerekli ve zorunlu bir olgudur. Toplum, aile ve birey için sağlığını, gelirini ve dış dünya ile olan ilişkilerini güçlendirme ve geliştirme aracıdır (UNESCO, 2015). Okuryazarlık çok boyutlu bir yapıya sahip olup, bilişsel becerilerin yanı sıra aynı zamanda sosyal yönleri de bulunan bir kavramdır (Mancuso, 2008).

Okuryazarlık yaşam boyu devam eden etkin bir öğrenme sürecidir. Bu süreç kişiye değişen şartlar ile birlikte yeni becerilerin kazanılması gerektiği bilincini kazandırmaktadır (Gürdal, 2000). Okuryazarlık bireyin algılama ve yaklaşım biçimini etkileyen ve bireye farklı değerlendirme becerileri kazandıran bir faktördür (Ergson Michelson ve Seroff, 2016).

Eğitim düzeyi ile okuryazarlık düzeyi arasında bir paralelliğin olduğu, eğitim düzeyinin okuryazarlık düzeyini temsil ettiği kanısını akla getirebilmektedir. Eğitim düzeyi ve eğitim başarısı arasındaki bağ, güçlü olmakla birlikte bu genel geçer bir durum değildir. Eğitim düzeyi yüksek olduğu halde okuryazarlık düzeyi düşük olabildiği gibi bunun tersi bir durum da geçerli olabilmektedir (Zarcadoolas vd., 2006).

2.1.1. Okuryazarlıkta Yeterliliğin Boyutları

Bireylerin toplumsal hayattaki bilgi ve potansiyelinin geliştirilmesi ve gerekli yeterlilik düzeyine ulaşmasına katkıda bulunan okuryazarlığının, literatüre bakıldığında genel olarak altı boyutunun tanımlanarak ele alındığı görülmektedir. Bunlar; operasyonel, bilgisel, otonom, içeriksel, interaktif ve kültürel yeterliliklerdir. Bu saydığımız boyutlar aynı zamanda sağlık okuryazarlığında da gerekli olan öncelikli yeterlilik boyutlarıdır (Mancuso, 2008).

Operasyonel (fonksiyonel) yeterlilik, bireylerin gündelik yaşamda temel ihtiyaçlarını etkin bir şekilde karşılayabilmesi adına gerekli fonksiyonel hünere sahip olması anlamına gelmektedir (Nutbeam, 2000). Dilin etkili bir biçimde kullanımı konusunda gerekli araçları, teknikleri kullanma ve uygulama yeteneğidir (Kerka, 2003).

İnteraktif (etkileşim) yeterlilik, bireyin özyönetim yoluyla güçlenmesi ve bireysel gelişimi adına başkaları ile işbirliği yapabilmesidir. Örneğin herhangi bir sağlık problemi ya da konusu karşısında bireyin sağlığını geliştirmesi adına aldığı tüm kararlar ve gerçekleştirdiği faaliyetler onun özyönetimini göstermektedir (Levin Zamir and Peterburg, 2001). Özetlemek gerekirse özyönetim sağlığın geliştirilmesi amacıyla kişiler tarafından alınan kararları ve bu doğrultuda yaptığı faaliyetleri içerir. Bu sebeple daha gelişmiş bilişsel becerilerin yanında sosyal becerileri de bünyesinde barındırmaktadır (Nutbeam, 2000).

Otonom yeterlilik, bireysel güçlenme şeklinde tanımlanmaktadır. Kişilerin hayatları ile ilgili kararlar alabilmesine ve sorumluluk üstlenmesine destek olan öz farkındalık durumudur. Kişilerin hem kendi hem de çevresindekilerin sağlığını iyileştirecek sağlık ile ilgili bilgiyi analiz edebilmesinde ve yönetmesinde ki bireysel bilgi ve becerilerinin düzeyini göstermektedir (Levin Zamir ve Peterburg, 2001).

Bilgisel yeterlilik, ihtiyaç hissedilen bilgiyi tanıma, temin etme ve değerlendirme kabiliyetidir. Bu doğrultuda doğru kararların alınabilmesi ve bu bilgilerin doğru kullanılması için gerekli yetkinliğe sahip olmayı gerektirmektedir (Mancuso, 2008). Sağlık bilgisinin yetkinliğini ve geçerliliğini belirleme yeteneğidir. Yetkinlik ve geçerlilik kavramları sağlık bilgisi için önemli olup bilginin güncelliği ve doğruluğu üzerinde durur (Burnham ve Peterson, 2005).

İçeriksel (ortama dayalı) yeterlilik, çevresel uzmanlıktır diye ifade edilebilir. Bazı bireyler örneğin sağlık ortamında diğerlerine göre daha rahat davranabilmektedirler. Bireyler bilgi sahibi oldukları ve kendilerini daha rahat hissettikleri ortamlardaki meydana gelen durumları yorumladığında ve etkileşimde bulunduğu öğrenme daha etkili gerçekleşecektir (Mancuso, 2008).

Kültürel yeterlilik, sosyal sistemde yer alan uygulamalarının anlam ve manasını yorumlama becerisidir. Mevcut bilgiye ulaşma, bilgiyi uygulama ve yorumlamada genel inançların, adetlerin, geleneklerin, toplumsal kimliklerin ve dünya görüşlerinin farkına varılarak kullanılmasıdır (Zarcadoolas vd., 2005).

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlık okuryazarlığı, günlük yaşantımız için büyük önem düzeyine sahip olan okuryazarlık ve sağlık kavramlarının üzerine inşa edilmiş bir kavram şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Kanj ve Mitic, 2009). Literatüre bakıldığında sağlık okuryazarlığı terimi, 1970’li yıllarda ilk kez S. K. Simonds tarafından tanımlanmış olup 90’lı yılların başından itibaren halk sağlığı alanında önemini giderek artırmaya devam etmektedir (Sorensen vd., 2012).

Günümüze kadar sağlık okuryazarlığı üzerine birçok farklı tanımlamalar yapılmıştır. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde sağlık okuryazarlığı; *“bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil etmektedir”* şeklinde ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Sezer (2012), sağlığı geliştirme uygulama ve eylemleri açısından sağlık okuryazarlığı kavramını, kişinin kendi sağlık durumuyla ilgili değişiklikleri nasıl ve ne şekilde yapabileceğini bilmesidir şeklinde ifade etmiştir.

Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association - AMA) sağlık okuryazarlığını; *“bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için temel okuma ve sayısal işlem becerileri de dâhil sağlık için gerekli olan bilgi ve kabiliyetler dizisidir”* şeklinde tanımlamıştır. Bireylerin sağlıkla ilgili temel materyalleri, örneğin ilaç şişeleri ve randevu formlarını okuyup anlayabilmesi de bu tanım dâhilinde yer almaktadır (AMA, 1999). Sağlık okuryazarlığının DSÖ tarafından yapılan daha geniş kapsamlı tanımı ise şöyledir: *“Sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleridir”* (WHO, 2013).

Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine [IOM]) tarafından 2004 yılında yayınlanan bir raporda ise sağlık okuryazarlığı; bireylerin yerinde ve doğru sağlık kararları verebilmesi için ihtiyaç duyduğu sağlık bilgisini edinebilme, anlayabilme ve yorumlayabilme kapasitesi biçiminde ifade edilmiştir. Yine bu rapora göre sağlık okuryazarlığı bireysel ve sosyal faktörlerin ortak bir fonksiyonu olarak görülmektedir (Nielsen-Bohlman vd., 2004). Buna benzer tanımlardan da anlaşılacağı üzere sağlık okuryazarlığı, bireylerin yeni bilgileri edinebilmesini ve kullanabilmesini sağlayan bireysel kapasitesi olarak görülmektedir (Baker, 2006).

Zarcadoolas ve arkadaşları (2005) sağlık okuryazarlığını, bireylerin hayat kalitesini artırmak ve sağlığına yönelik risklerini azaltmak amacıyla tercihler yapmasına katkıda bulunacak olan sağlıkla ilgili bilgiyi arayıp bulabilme, anlayabilme, değerlendirebilme ve bunları kullanabilmeyi kapsayan, geniş çapta yetkinlik ve beceriler topluluğu biçiminde tanımlamışlardır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bir birey, sağlık bilgisi ve kavramlarını kendi sağlığını ilgilendiren her durum ve koşulda kullanabilen kimsedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan kişiler, bilimsel bilgi, tıp ve kültürel davranışlar konularındaki resmi veya özel her türlü diyaloglara katılabilirler. Bu sebeple sağlık okuryazarlığının faydaları, sadece bireylerin ev yaşantısı ile sınırlı olmayıp iş hayatındaki sosyal ve kültürel tüm aktivitelerinde görülebilmektedir (Zarcadoolas vd., 2005). Baker'a göre sağlık okuryazarlığı, kişinin sağlık hizmeti aldığı süreçte işlerini yapabilmesi adına gösterdiği bireysel kapasitedir. Sağlık okuryazarlığı bireyin hizmet aldığı sağlık sisteminin yapısına, sağlık hizmetini sunan sağlık profesyonellerine veya bireyin sahip olduğu sağlık probleminin özelliğine göre değişiklik gösterebilmektedir (Baker, 2006).

Sağlık okuryazarlığının genel okuryazarlık ile çok yakından ilişkili olduğunu savunan Sorensen ve arkadaşları, birçok farklı türdeki okuryazarlık tanımını inceleyip analiz ettikten sonra, daha geniş kapsamlı bir sağlık okuryazarlığı tanımı ortaya koymuşlardır. Yazarlara göre sağlık okuryazarlığı, kişinin gündelik yaşamını devam ettirmesi ve yaşam kalitesini artırması amacıyla hayatlarında hastalıkların önlenmesi ve sağlığının geliştirilmesiyle ilgili kararlar alabilmesi adına sağlık bilgilerine ulaşması, anlaması, değerlendirmesi ve uygulaması için gerekli bilgi, beceri ve yetkinliğe sahip olması olarak görülmektedir (Sorensen vd., 2012). Bireyin yüksek düzeyde bir sağlık okuryazarlığına sahip olması, hem sağlık bilgisine ulaşmasını ve ona göre hareket etmesini, hem de

ailesinin, toplumun ve kendisinin sağlığını kontrol edebilmesi adına daha yerinde kararlar alabilmesini sağlar (Kanj ve Mitic, 2009).

Sağlık okuryazarlığı konusunda pek çok farklı tanım olduğu gibi sağlık okuryazarlığının hangi bileşenlerden oluştuğu konusunda da birçok farklı görüş bulunmaktadır. Örneğin Kickbusch (2001), sağlık okuryazarlığı konusundaki bu bileşenleri bilgiye erişim, bilgiyi uygun bulma, görüşme becerileri şeklinde belirtirken, Nielsen-Bohlman (2004) ise kavramsal ve kültürel bilgi, aritmetik beceriler, dinleme, konuşma, okuma becerileri ve yazma becerileri olarak bu bileşenleri sıralamaktadır. Kanj ve Mitic (2009) ise sağlık okuryazarlığının bileşenlerini sağlık bilgisine erişim, sağlık bilgisini anlama, sağlık bilgisini değerlendirme ve iletişim olarak değerlendirmektedir.

Yeterli ve istenilen düzeyde sağlık okuryazarı olabilmenin ön koşulu temel okuryazarlık becerilerine sahip olmaktır. Sağlık okuryazarı olabilmek için de sağlığa ilişkin eğitim almış olmak önem arz etmektedir. Sağlık okuryazarlığı kişiye sağlık alanındaki etkinliğini ve yapabilirlikleri artırması adına fırsat vermektedir. Sağlık okuryazarlığı hem sağlık çıktılarını olumlu yönde etkilemekte hem de kişiye sağlık alanında sečenek ve fırsat zenginliği de sunmaktadır (Nutbeam, 2008). Sağlık okuryazarlığının sağlığın geliştirilmesi, olumlu sağlık davranışlarının kazanılması ve hastalıkların erken teşhis edilmesi gibi birçok sağlıktaki pozitif alanla ile ilişkisi bulunmaktadır (Tař ve Akış, 2016).

Sağlık iletişiminin bir parçası olarak görülen sağlık okuryazarlığına olan ilginin son yıllarda artması ile birlikte tanımında da çeşitlenme ve gelişmeler göstermiştir. Gün geçtikçe sağlık okuryazarlığı alanı hızla büyümeye devam etmekte, daha disiplinler arası ve daha büyük bir kitleyi dâhil etmek için genişletilmektedir. Bu sebeple sağlık okuryazarlığının çok yönlü bir olgu olduğu daha fazla kabul edilir hale gelmektedir (Berkman vd., 2010). Bu gelişmeler doğrultusunda WHO, sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik bilgiye erişilmesi, bilginin anlaşılması, bilginin değerlendirilmesi ve iletişim yetisini de içerisinde barındıracak şekilde sağlık okuryazarlığı kapsamının daha da genişletilmesi gerektiğini dile getirmektedir (WHO, 2008).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Sınıflandırılması)

Bireyler sağlıklı bir hayata sahip olma, hastalanmama, hastalandığında sağlığına tekrar kavuşma, sağlığını geliştirme, sağlık konusunda yazılı ve görsel medyayı kullanabilme, aile ve toplum sağlığını olumlu veya olumsuz yönde nelerin etkilediği vb. konularda geniş bir yelpazede yer alan temel sağlık bilgilerine ihtiyaç duymaktadır. Bireylerin bu tür bilgilere sahip olma kapasiteleri, kendisinin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemektedir (Örnek, 2014). Sağlık okuryazarlığı alanının öncü isimlerden biri olan Nutbeam (2000), interaktif (etkileşimli), fonksiyonel (işlevsel) ve kritik (eleştirel) olmak üzere sağlık okuryazarlığını üç ana düzeyde ele almaktadır;

Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Okuryazarlığı, geleneksel sağlık eğitiminin bir sonucu olup temel okuma ve yazma becerilerini ifade etmektedir. Egzersiz, beslenme, ilkyardım vb. temel sağlık bilgilerini ve sağlık hizmetlerini nasıl kullanacağını bilmeyi, ilaç dozunu doğru hesaplayabilmeyi, yazılı ve sözlü sağlık mesajlarını anlama becerilerini içermektedir. Bu basamakta birey pasiftir; sağlık sistemi, sağlık riskleri ve uymaları, beklenen eylemler konusunda sınırlı bilgiye sahip olup etkileşimli bir iletişim söz konusu değildir (Nutbeam, 2000).

İnteraktif (Etkileşimli) Sağlık Okuryazarlığı, son 20 yılda yer alan sağlık eğitimi alanındaki yaklaşımların sonuçlarını yansıtmaktadır ve bireysel becerilerin gelişimine ve kişisel kapasitenin artırılmasına yöneliktir. Sağlığı koruyucu aktivitelere katılma, sağlık ile ilgili mesajları okuma, değişen koşullarda sağlık bilgi ve deneyimini kullanma gibi daha gelişmiş düzeydeki sosyal yetenek ve okuryazarlığı içerir. Egzersiz yapma, doğru besinleri seçme, besin etiketlerini okuma, sağlık ihtiyaçları için yardım alabileceği sosyal destekleri bilme yetenekleri etkileşimli sağlık okuryazarlığı kapsamında yer almaktadır (Nutbeam, 2000).

Kritik (Eleştirel) Sağlık Okuryazarlığı, kazanılmış ve geliştirilmiş daha fazla sosyal beceri ve bilişsel kazanımları içerir. Birey bu düzeyde daha aktiftir ve bu düzeydeki faaliyetlerde bireysel faydanın yanında toplumsal fayda daha net bir şekilde görülmektedir. Bireyin kendi ve toplum sağlığı konusunda mevcut olan sağlık problemlerini ve sağlık risklerini analiz etmesi, çözüm için politika geliştirme

süreçlerinde yer alması ve medyada çıkan sağlık haberlerini yorumlama becerileri de bu kapsamda yer almaktadır (Nutbeam, 2000).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili başka bir sınıflandırmada sağlık okuryazarlığı, temel okuryazarlık, yurttaşlık okuryazarlığı, kültürel okuryazarlık ve bilimsel okuryazarlık olmak üzere 4 başlık altında ele alınmıştır. Temel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığında kilit öneme sahip olup okuma, yazma, konuşma ve sayılarla işlem yapma becerilerini kapsamaktadır. Bilimsel okuryazarlık, bilim ve teknolojiyi anlama ve bunların kullanımı ile ilgili becerileri içermektedir. Yurttaşlık okuryazarlığı, kamusal konularda farkında olma, karar verme süreçlerine katılma, bu alandaki tartışmalara dâhil olma yetenek ve becerilerini ifade etmektedir. Kültürel okuryazarlık ise bilgiyi yorumlama neticesinde harekete geçme sürecinde kişilerin âdetlerini, sosyal kimliklerini, kolektif bilinçlerini fark etme, bunları anlama ve kullanma becerilerini kapsamaktadır (Zarcadoolas vd., 2006).

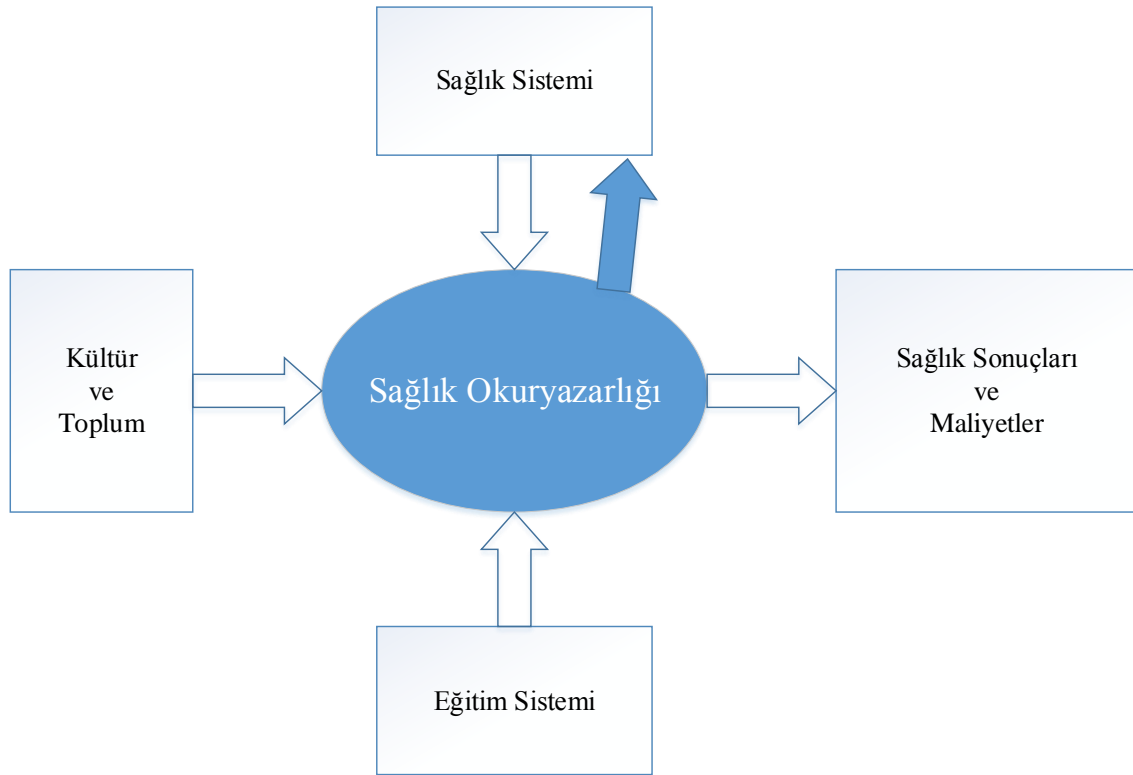
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin eğitim sistemi, sağlık sistemi, kültür ve toplumsal bağlama ilişkin becerilerinin ve etkileşimlerinin ortak bir ürünüdür (IOM, 2004). Sosyo-ekonomik düzey, iş, meslek, gelir, sosyal destek, çevresel ve politik ortam, dil, kültür, medya kullanımı, aile ve akranlar vb. çevresel ve sosyal faktörler ile sağlık okuryazarlığı arasında karşılıklı bir etkileşim vardır (Sorensen vd., 2012). Sağlık okuryazarlığı, bir kişi ile sağlık sistemi arasındaki etkileşimden doğar. Kişisel ve sistem faktörlerinin karmaşık bir etkileşimidir. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri bireysel ve sistemsel faktörler olarak ikiye ayırabiliriz (Health Literacy Connection, 2019);



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler (Health Literacy Connection, 2019)

IOM'un 2004 yılında yayınladığı rapora göre; kişilerin içerisinde buldukları eğitim sistemi, toplumsal ve kültürel faktörler ve sağlık sistemi büyük oranda sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilemekte ve tüm bunların neticesinde sağlık çıktıları ve maliyetlerini de etkileyebilmektedir. Başka bir söylemle sağlık okuryazarlığı, bireylerin kişisel becerilerininin sağlık sistemi, sağlık ortamları, eğitim sistemi, iş hayatı ve toplumdaki kültürel ve sosyal faktörlerle etkileşmesi neticesinde şekillenmektedir (Nielsen-Bohlman vd., 2004);



Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığı Potansiyel Müdahale Alanları (Nielsen-Bohlman vd., 2004).

Sağlık okuryazarlığı alanında yapılan araştırmalar incelendiğinde, gelir ve genel eğitim düzeyi düşük olan bireylerde, yaşlılarda ve uzun süreli sağlık problemi yaşayanlarda genel olarak sağlık okuryazarlığı seviyesinin daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sebeple sağlık okuryazarlığını eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaşlılık, kronik hastalıklar, vb. faktörlerin etkilediği sonucuna varabiliriz (Bilir, 2014).

Sorensen ve arkadaşları, demografik özellikler, dil, kültür, siyasal güçler, toplumsal sistemler gibi çevresel ve sosyal faktörleri sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkisi olan uzak faktörler olarak ele alınmaktadır. Aile, cinsiyet, meslek, arkadaş çevresi, fiziksel çevre, medya kullanım düzeyi gibi durumsal belirleyicileri içeren etmenleri ise sağlık okuryazarlığı düzeyinde etkisi olan öncül faktörler olarak değerlendirmektedir (Sorensen vd., 2012).

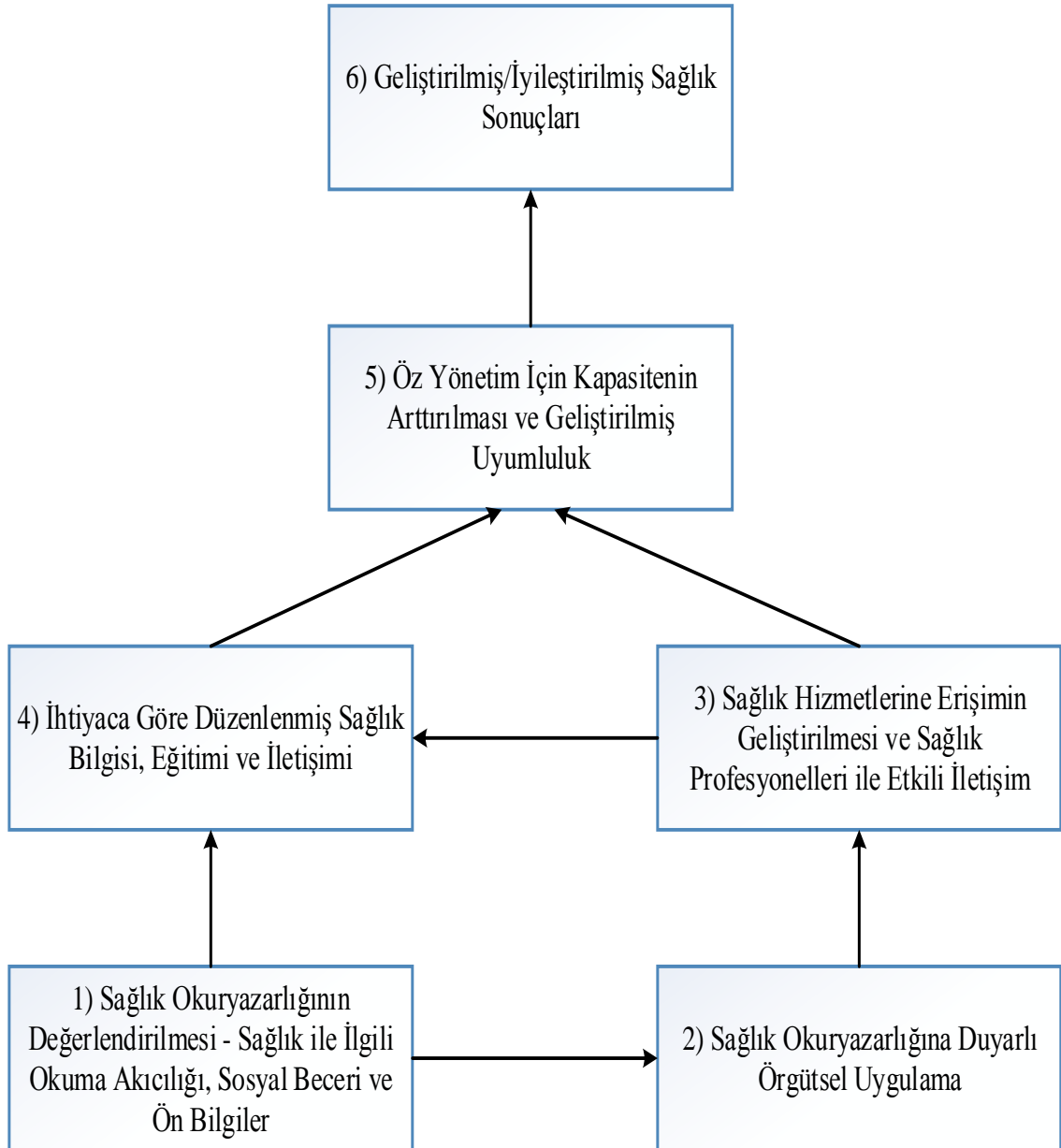
Bireyin ve halkın sahip olduğu sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesinde ülkelerin sağlık sistemi büyük bir role sahiptir. Sağlık sisteminin söz konusu bu etkisi sağlık hizmetinin sunumunda, sağlık personelinin kişilerle etkileşimlerinde ve onların eğitilmesinde, kişilerin ihtiyaç duyduğu bilginin edinilmesinde ve onlara uygun bir tarzda

davranılmasında görülebilmektedir. Sağlık sistemi, hangi düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyinde olursa olsun bireylerin sağlık ile ilgili bilgiyi ve hizmeti elde etmelerini teşvik edebileceği gibi buna engel de oluşturabilmektedir (IOM, 2011).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkili olan faktörlerden biri de sağlıklı iletişimdir. Kişinin eğitim düzeyi dikkate alınarak yapılan tedaviler ve kişinin anlayabileceği tarzda yapılan ilaç kullanımı talimatları sağlık çalışanı ve hasta arasındaki iletişimin sağlıklı bir biçimde gerçekleşmesini sağlayarak sağlık okuryazarlığı düzeyine olumlu yönde katkı yapmaktadır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyine etkisi küçümsenmeyecek düzeyde olan bir diğer önemli faktör medyadır. Sağlık ile ilgili bilgiler, hedef kitleye daha geniş oranda ulaşabilmek amacıyla medyada basite indirgenerek sunulabilmektedir. Medya aracılığı ile sağlık konusunda bilgi sahibi olan bireylerin çevresindeki bireyleri yönlendirme ihtimali de sağlık okuryazarlığının medya tarafından dikkatli bir şekilde ele alınması gerektiren konuların içerisinde yer alması gerektiğini göstermektedir (Sezgin, 2013).

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Yapısı İle İlgili Modeller

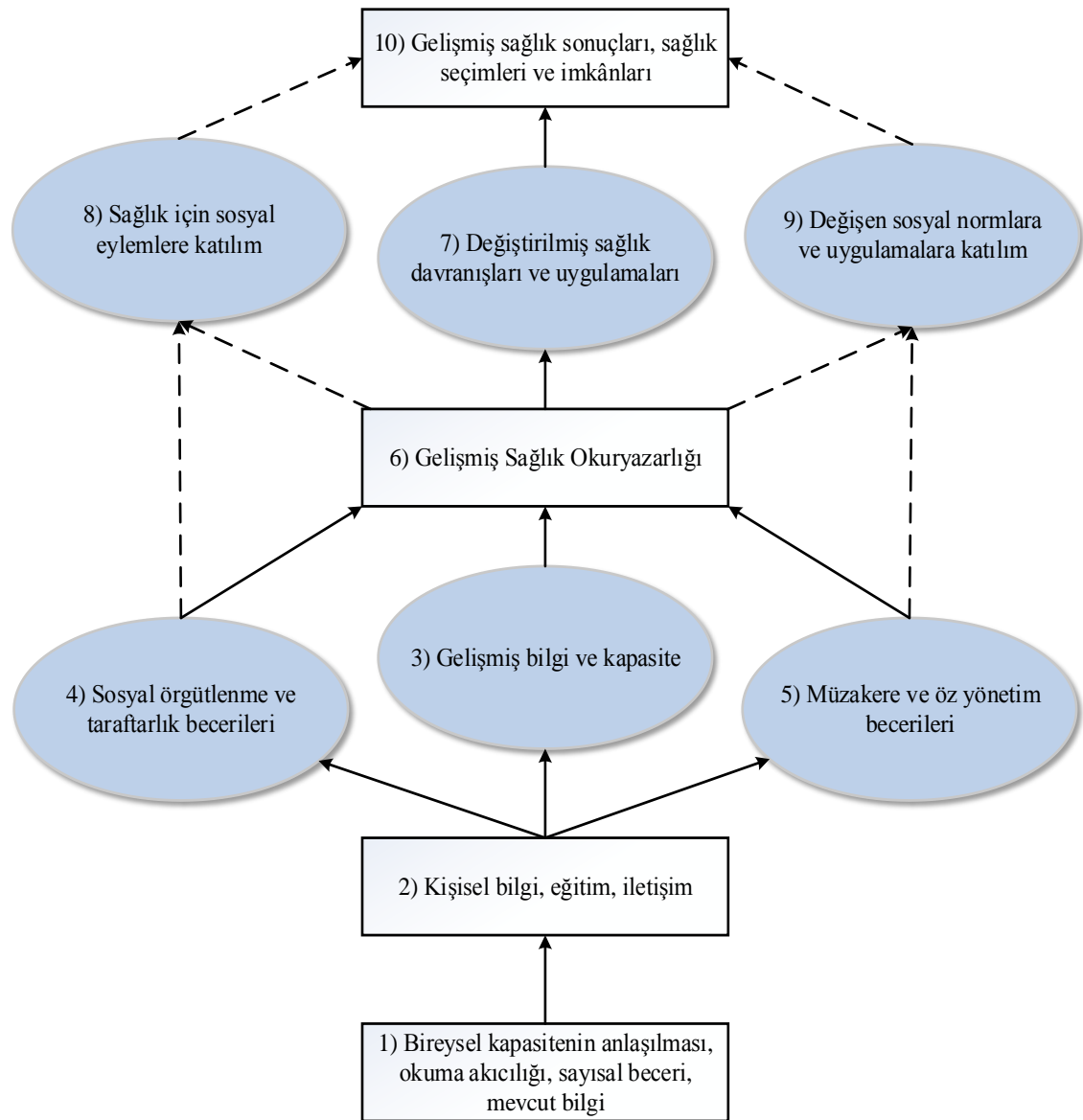
Sağlık okuryazarlığı birçok bileşenden oluşmakta ve karşımıza birçok alana etki edebilen bir kavram olarak çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığının kavramsal yapısı üzerine birçok araştırmacı tarafından literatüre kavramsal modeller kazandırılmıştır. Nutbeam bu alanda çeşitli çalışmalar yapmış o araştırmacılardan birisi olup sağlık okuryazarlığını 2 farklı şekilde kavramsallaştırmıştır. Bunlardan birincisi “risk faktörü olarak sağlık okuryazarlığı” ikincisi ise “değer/kazanç olarak sağlık okuryazarlığı”dır (Nutbeam, 2008).



Şekil 3. Risk Faktörü Olarak Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli (Nutbeam, 2008)

Şekil 3'te yer alan model, sağlık okuryazarlığını klinik bakım içerisinde tanımlanması ve uygun şekilde yönetilmesi gereken bir risk faktörü olarak şekillendirmektedir. Herhangi bir tarama aracı kullanarak ilgili ön bilgilerin ve/veya kişisel okuma okuryazarlığının değerlendirilmesiyle başlar (1). Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin ihtiyaçlarına duyarlı sağlık hizmet organizasyonu ve klinik bakım ortamında iletişim kurulmasının önemini yansıtmaktadır (2). Geliştirilmiş hizmet organizasyon yapısı ve klinisyen duyarlılığı, sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirebilir ve hastalar ile sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında gelişen etkileşimdeki kaliteyi artırabilir (3). Bu durum, bir klinik

tedavi çalışanına, bireylerin kişisel ihtiyaçlarına ve kapasitelerine göre uyarlanmış bir ortamda hasta eğitimi sunmasını sağlar (4). Yani, hastaların tavsiye edilen klinik bakıma uymalarına sevk etmesi olasılığı daha muhtemeldir (5). Bu da başarılı bir şekilde uygulanan klinik bakım ile ilişkili sağlık sonuçlarının iyileşmesine yol açar (6) (Nutbeam, 2008).



Şekil 4. Kazanç/Değer Olarak Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli (Nutbeam, 2008)

Bu sağlık okuryazarlığı anlayışı, onu okuryazarlık ve sayısal becerilerden türetilmiş bir kavram yerine, ayrı bir kavram olarak tanımlamaktadır. Şekil 4, Şekil 3'te açıklanan modelin temelleri üzerine kurulmuştur. Şekil 3'te olduğu gibi, önceden belirlenmiş bilgi ve kabiliyetlerin tanınması ile başlar (1) bu da özel sağlık eğitimi ve iletişime öncülük

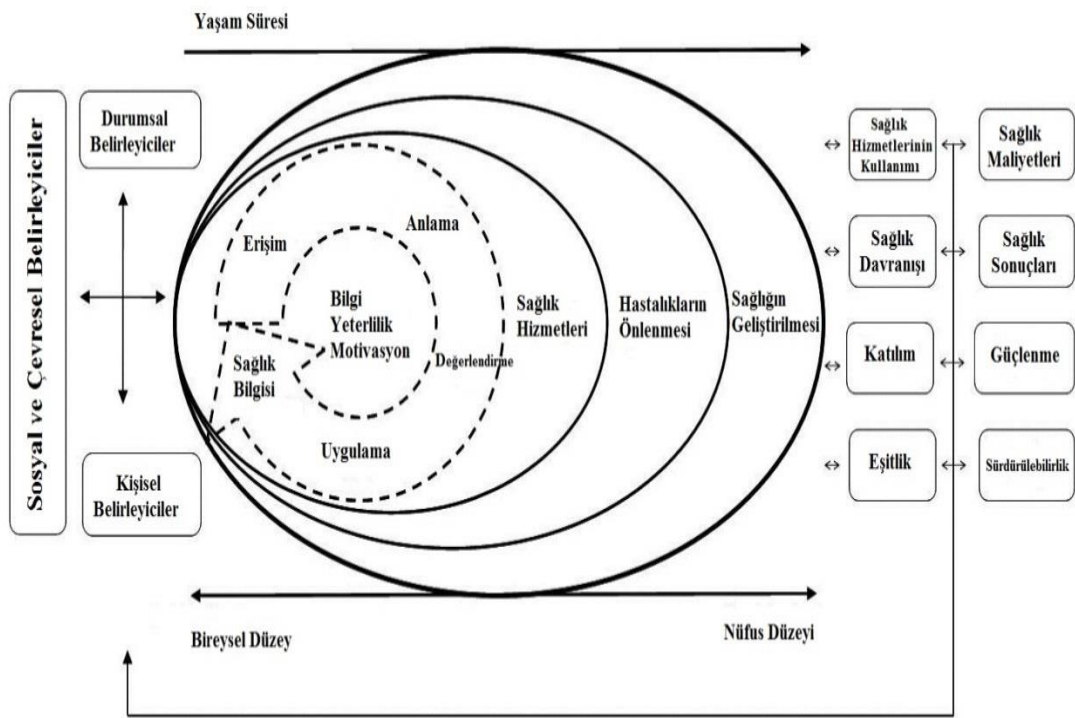
eder (2). Bu noktada model, sağlık eğitiminin amacına, ilgili kişisel bilgi ve yetkinliklerin (3) ve kişilerarası ve sosyal becerilerin (4,5) gelişimine yönelik olduğunu gösteren önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. Şekil 4'te ki sağlık okuryazarlığı, sonucu etkileyebilecek bir faktörden ziyade eğitim ve iletişimin sonucudur (6). Bu sebeple daha gelişmiş düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, sağlığı güçlendirecek sosyal eylemlerin yanı sıra sigarayı bırakma, koruyucu tarama programlarına katılma gibi kişisel bazı olumlu davranış edinmelerini sağlayacak bir dizi yetenek ve kabiliyete sahip olabileceklerdir (7,8,9). Elde edilen sonuçlar yalnızca iyileştirilmiş sağlık sonuçları değil aynı zamanda sağlık için daha geniş seçenek ve fırsat yelpazesidir (10) (Nutbeam, 2008).

“Kazanç/Değer Olarak Sağlık Okuryazarlığı”, halk sağlığının ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesindeki kökenlerden belirgin şekilde farklı bir kavramsal yaklaşım ortaya çıkmıştır. Bu kavramsallaştırma, sağlık eğitiminin ve iletişimin, farklı sağlık eylem biçimleri için (kişisel, çevresel ve sosyal) yeterliliklerin geliştirilmesindeki rolünün anlaşılmasından kaynaklanmaktadır. Bu durumda sağlık okuryazarlığı, sağlığın kişisel, çevresel ve sosyal belirleyicileri üzerinde bireyin daha fazla kontrol sahibi olmasını sağlamanın bir aracı olarak görülmektedir (Nutbeam, 2008).

Halk sağlığı açısından bakıldığında, sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitiminde ve sağlık kararlarında daha fazla güçlenmeyi destekleyen iletişimin bir sonucu olarak inşa edilecek bir varlık olarak görülmektedir. Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik eylemler, yaşa ve içeriğe özgü sağlık bilgisi geliştirmeye ve bu bilgiyi insanların daha fazla şey yapmalarını sağlayacak iç içe uygulamalara koymak için gerekli olan öz yeterlilik üzerine odaklanır sağlık ve sağlıkla ilgili kararları kontrol eder (Nutbeam, 2000). Sağlık okuryazarlığının bu şekilde kavramsallaştırılmasının eğitim araştırmalarında okuryazarlık ve yetişkin öğrenmesi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramlarındaki kökleri vardır (Freebody ve Luke 1990). Bu fikirleri desteklemeye yönelik araştırmalar daha gelişimsel bir aşamadır ve esas olarak İngiltere, Avustralya ve Kanada'dan yayılmaktadır (Rootman ve Ronson 2005, Renkert ve Nutbeam 2001).

Sorensen'e göre sağlık okuryazarlığı kavramı farklı boyutlardaki birçok bilgiyi gerektirirken, literatürde yer alan konu ile ilgili mevcut modellerin çoğu genel olarak statik bir yapıdadır ve söz konusu bu modeller, sağlık ile ilgili bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma gibi sağlık okuryazarlığının sıralı adımlarını içeren süreci net bir

şekilde ortaya koyabilmiş değillerdir. Genel itibariyle bu modeller, sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörleri belirleme aşamasında ve bu faktörlerin sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık çıktıları sağlık maliyetleri üzerindeki etkilerini yeterli düzeyde ortaya koyamamaktadır. Sorensen ve arkadaşları söz konusu tüm bu eksikliklerin giderilebilmesi adına mevcut kavramsal modellere ait temel ölçüleri de yansıtan ve bütüncü bir model olan Şekil 5 'te ki "Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli" ni sunmuşlardır (Doyle vd. 2012, Sorensen vd. 2012).



Şekil 5. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli (Aktaran: Özdemir, 2018)

Yukardaki şekillerde yer alan modellerin dışında sağlık okuryazarlığının kavramsal yapısının ortaya konulabilmesi adına araştırmacılar tarafından birçok model geliştirilmiştir. Örneğin Baker, kişinin yeteneklerinin bir ürünü olarak ve sağlık sistemi tarafından iletilen sağlık mesajlarına taleplerini içeren yapıda bir model oluşturmuştur. Bu modelde sağlık sektörü kişilerin faal bir şekilde sağlık bilgisini kullanabilmesi konusunda sorumluluk paylaşmaktadır. Baker modeli ayrıca "düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığı probleminin ele alınmasında sağlık sisteminin rolü nedir?" sorusunu cevap aramaktadır (Baker, 2006).

2.2.5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi ve Kullanılan Araçlar

Sağlık okuryazarlığı kavramsal olarak başlangıçta sadece hastaların sağlık düzeylerini geliştirmek ve sağlık sistemlerinin performansını iyileştirmek amacıyla ortaya çıkan bir yaklaşım olsa da zamanla güç kazanmaya devam eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Çeşitli ve karmaşık tanımları yapılan sağlık okuryazarlığının, literatüre bakıldığında düzeyinin tespitine yönelik yine birçok değerlendirme araçlarının geliştirildiği görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı konusunda, birçok bilim insanı tarafından farklı tanımlar sunulmuşlar olabilir fakat söz konusu bu tanımların hepsinin henüz tamamen veya resmen test edildiğini söyleyemeyiz. Önemli olan nokta ölçüm yöntemi ileri sürmeden önce, ölçüm veya değerlendirme araçlarının kişilerin kullanımına uygun olmasıdır (Pleasant, 2014).

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik kesin olarak kabul edilen bir standart ölçüm aracı bulunmamaktadır (Parker, 2000). Sağlık okuryazarlığındaki farklı tanım sayıları mevcut durumda bir altın standart ölçüsünün eksikliğine işaret etmektedir. Sağlık okuryazarlığının farklı tanımlarının bulunması da geniş bir görüş birliğinin olmadığı bir göstergesidir (McCormack vd., 2013).

Sağlık okuryazarlığının tanımları çok geniştir ve değerlendirilmesi çokta kolay olmayan bir dizi kavram barındırmaktadır. Bu farklı kavramların belirsizliği ve karmaşıklığı göz önüne alındığında sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinin de tartışmalı olması normaldir. Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi konusunda farklı amaçlar ve yaklaşımlar bulunduğundan ölçüm için de yine farklı araçlar geliştirilmiştir (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC], 2013). Sağlık okuryazarlığı değerlendirmek için içerik, kapsam ve psikometrik özellikler bakımından farklılık gösterebilen bir dizi ölçüm aracı bulunmaktadır. Bu ölçüm araçlarının çoğunluğu Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde geliştirilerek literatüre kazandırılmıştır. Sağlık okuryazarlığı spesifik gruplar için ölçülebildiği gibi aynı zamanda belirlenen hedef kitlenin veya toplumun geneli için de ölçülebilmektedir (IOM, 2013). Literatürde sağlık okuryazarlığının genel olarak değerlendirmesine yönelik araçların daha fazla kullanıldığı görülmektedir. Bunun sebebi belirli küçük gruplardan ziyade araştırılmak istenen hedef kitlede veya genel olarak toplumda sağlık okuryazarlığının genel görünümünün ortaya konulmak istenmektedir. Sağlık okuryazarlığının genel olarak değerlendirilmesi

amacıyla kullanılan bazı tarama ve ölçme araçları aşağıda (Tablo 1) yer almaktadır (Pleasant 2014, Durusu-Tanrıöver vd. 2014):

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Mevcut Tarama ve Ölçüm Araçları

Tarama ve Ölçme Araçları
Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) - (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini - çeşitli sürümleri bulunmakta)
Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) - (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi - çeşitli sürümleri bulunmakta)
Medical Terminology Achievement Reading Test (MART) - (Tıbbi Terminoloji Başarısı Okuma Testi)
Health Literacy Screening Questionnaire (HLSQ) - (Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi)
Health Activities Literacy Scale (HALS) - (Sağlık Faaliyetleri Okuryazarlık Ölçeği)
Newest Vital Sign (NVS) - (En Yeni Hayati İşaret Testi)
Single Item Literacy Screen (SILS) - (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması)
The eHealth Literacy Scale (eHEALS) - (eSağlık Okuryazarlığı Ölçeği)
Health Literacy Skills Instrument (HLSI) - (Sağlık Okuryazarlığı Becerileri Aracı)
The Health Literacy Questionnaire (HLQ) - (Sağlık Okuryazarlığı Anketi)
The Health Literacy Management Scale (HeLMS) - (Sağlık Okuryazarlığı Yönetim Ölçeği)
European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) - (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi)
“Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)”

Kaynak: Pleasant, 2014 ve Sağlık Bakanlığı, 2016

Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığı Hızlı Tahmini): Sağlık alanında sınırlı düzeyde okuma becerisine sahip yetişkin bireylerin belirlenebilmesi konusunda doktorlara ve sağlık çalışanlarına yardımcı olması amacıyla Davis ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir ölçektir (Davis vd., 1991). REALM, genel olarak hastaların kelime bilgisini ölçmeye yönelik tek heceli ve çok heceli olmak üzere toplamda 66 tıbbi terimden oluşan kelime tanıma ve sesli okuma (telaffuz etme) testidir. Hastalardan zorluk düzeyi giderek artan yapıdaki kelimeleri yüksek sesle sırasıyla okumaları istenerek kelimelerin doğru telaffuz etme durumlarına bakılır. Test, 5

dakikadan daha kısa bir sürede tamamlanabilmektedir (Mancuso vd., 2003). Test esnasında her bir doğru cevap için katılımcıya 1 puan verilerek toplam puanı hesaplanır. Katılımcılar 0 ile 66 puan arasında bir değer almaktadır. Bu doğrultuda;

- 0-44 puan : yetersiz (marjinal) sağlık okuryazarlığını
- 45-60 puan : sınırlı sağlık okuryazarlığını
- 61-66 puan : yeterli sağlık okuryazarlığını

ifade etmektedir (Özdemir vd., 2010).

REALM testinin 66 terimi yerine 8 terimden (alerjik, anemi, sarılık, osteoporoz, tükenmişlik, kolit, konstipasyon, yönetmek) oluşan ve 1-2 dakika gibi kısa sürede tamamlanabilen “*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised (REALM-R)*” isimli daha kısa bir sürümü de bulunmaktadır (Davis vd. 1993, Bass vd. 2003). Uygulama kolaylığı avantajı gibi görünse de katılımcının sadece tanıma ve sesli okumaya odaklanması sebebiyle bazı sağlık alanlarında ve örneklerde geçerli bir test olarak görülmemesi dezavantajı olarak görülmektedir (Consumer Health Informatics Research resource [CHIRr], 2016).

Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi): Parker ve arkadaşları tarafından hastaların fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Numerik (sayısal) yetenek ile ilgili 17 adet soru ve okuduğunu anlama (sözel) ile ilgili 50 adet soru olmak üzere toplamda 67 adet sorudan oluşmaktadır (Parker vd. 1995, Baker vd. 1998). 50 sorunun yer aldığı okuduğunu anlama bölümünde, tüm katılımcılara sağlık ile ilgili bir konuda dört adet paragraf verilir. Paragraf içerisinde yer alan cümlelerdeki bazı kelimeler silinmiştir. Çoktan seçmeli biçiminde verilen kelimeler arasından katılımcıların kendilerine göre en uygun kelime ile boşlukları doldurması istenmektedir. Kişilerin temel sayısal bilgileri kullanabilme düzeyini ölçen 17 sorunun yer aldığı ikinci bölümde katılımcılara randevu fişleri ve ilaç şişesi talimatları vb. konuları kapsayan sorular yöneltilmektedir (Jordan vd., 2011).

Testte katılımcılar için 0-100 arası bir puanlama söz konusudur. Sözel sorulara verilen doğru cevapların değeri 1 puan iken, sayısal sorulara verilen doğru cevaplar (toplamda 0 ile 50 puan arası bir puan oluşturmak amacıyla) 2,941 ile çarpılmakta ve sonrasında sözel

ve sayısal bölümlerde yer alan puanların toplanması ile sağlık okuryazarlık puanı elde edilmektedir. Ankete katılanların sağlık okuryazarlığı düzeyi üç kategoriye ayrılmaktadır (Akalin, 2009);

- 0-59 puan : Yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı
- 60-74 puan : Düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı
- 75-100 puan : Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı

TOFHLA testinin 4 sayısal soru (her biri 7 puan) ve iki düzyazı pasajındaki 36 sözel soru (her biri 2 puan) içeren, ortalama 7-8 dakika süren kısa versiyonu da (S-TOFHLA) bulunmaktadır. Söz konusu bu testte sağlık okuryazarlığı düzeyi yine 32 kategoriye ayrılmakta olup 0-53 puan yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyini, 54-66 puan düşük sağlık okuryazarlığı düzeyini ve 67-100 puan ise yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyini ifade etmektedir (Kwan vd, 2006). REALM-R testinde olduğu gibi bu testin de uygulama kolaylığı avantajı olsa bile katılımcının sadece sesli okumaya ve kelime tanımaya odaklanması ve okuduğu kelimelerin anlamını değerlendirememesi sebebiyle bazı sağlık alanlarında ve örneklerde geçerli bir test olarak bulunmaması dezavantajına sahiptir (CHIRr, 2016).

European Health Literacy Survey Questionnaire-HLS-EU-Q. (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi) : Küresel değişimle birlikte Avrupa Birliği (AB), son yıllarda sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan araştırmalara büyük önem vermeye başlamış ve bu konu üzerine çeşitli çalışmalar başlatmıştır. Örneğin, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi 2009-2012 kapsamında, Health Literacy Survey-European Union (HLS-EU) Konsorsiyumu'nda yer alan araştırmacılar tarafında geliştirilmiş olan anket, sağlık boyutlarında 3 ve bilgiyi işleme süreçlerinde 4 temel kategori üzerinden toplamda 47 ifadeden oluşmaktadır. Söz konusu bu konsorsiyum Almanya, Yunanistan, Avusturya, Bulgaristan, Polonya, İspanya, İrlanda ve Hollanda olmak üzere sekiz AB ülkesinden oluşmuştur. Söz konusu bu ölçek Avrupa'da gerçekleştirilen en geniş çaptaki sağlık okuryazarlığı araştırmasının ölçeği olarak kullanılmıştır (Durusu-Tanrıöver vd. 2014, Sorensen vd., 2013)

HLS-EU, özel bir kesime veya hasta grubuna yönelik olmayıp toplumun genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin ölçülmesi amacıyla gerçekleştirilen bir araştırmadır. Dar bir klinik ya da tıbbi çerçeveye odaklanmayıp geniş çapta halk sağlığı perspektifi

sunmaktadır. Testte kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek için, “çok kolay, kolay, zor, çok zor” ve “fikrim yok” seçeneklerinin bulunduğu 5’li likert ölçeği kullanılarak oluşturulan 47 soru yer almaktadır. HLS-EU, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlık hizmetleri olmak üzere üç temel süreç içerisinde kişilerin sağlık ile ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve kullanabilme kapasitelerini değerlendirerek sağlık okuryazarlığı düzeyini belirler (Sorensen vd., 2015).

Medical Terminology Achievement Reading Test-MART (Tıbbi Terminoloji Başarısı Okuma Testi): Sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin ve araştırmacıların hasta değerlendirme ve okuma becerilerinin ölçülebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Genel itibariyle 42 tıbbi kelimenin telaffuz edilmesine dayanmaktadır. Bu testin kolaylıkla uygulanabilmesi avantajı olsa da sadece okuma becerisini ölçmeye yönelik olması ve aritmetik becerilerin değerlendirilmesinde yetersiz kalması bu yöntemi dezavantajlı hale getirmektedir (Kwan vd., 2006).

Newest Vital Sign - NVS (En Yeni Hayati Bulgular İşaret Testi): Weiss ve arkadaşları tarafından sınırlı düzeydeki sağlık okuryazarlığını daha hızlı ve doğru bir biçimde belirlenebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Temelde bir beslenme etiketi konusunda 6 adet sorunun cevaplandırılmasına dayanmakta olup yaklaşık olarak 3 dakikada tamamlanabilmektedir (Weiss vd. 2005, Baker 2006). NVS, en son geliştirilen sağlık okuryazarlığı ölçüm araçlarından birisi olup bir dizi senaryo şeklinde geliştirilmiştir. Test aşamasında hastalara okumaları için sağlık ile ilgili bilgiler verilir ve sonrasında konuyla ilgili bir senaryo konusundaki soruları cevaplaması istenerek verilmiş olan bu bilgileri kullanabilme kabiliyetlerine bakılır. Sorulara verilen cevaplar gözlemi yapan kişi tarafından puanlama tablosuna yanlış veya doğru şeklinde kayıt edilir. Testte her doğru cevap 1 puan olmak üzere toplamda 6 puan üzerinden değerlendirilme yapılmaktadır. Testte elde edilen puanlamaya göre 3 düzeyde sağlık okuryazarlığı bulunmaktadır; 4-6 puan yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyini, 2-3 puan düşük ihtimalde sınırlı sağlık okuryazarlığını ve 0-1 puan ise yüksek ihtimalde sınırlı sağlık okuryazarlığını göstermektedir (Weiss vd., 2005). NVS testi hem okuduğunu anlamayı hem de sayısal yeteneği gerektirmekte olup temel sağlık bilgisini anlama ve yönetmeyle yakından ilişkilidir. Kolaylıkla uygulanabilmesi, sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılmasında ve birçok kronik hastalık için sağlık yönetiminin önemli bir bileşeni

olan beslenme etiketlerine değinmesi bu testin avantajları olarak görölmektedir (Kwan vd., 2006).

“Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)”: Ölçek Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (European Health Literacy Survey- HLS-EU, 2012)” doğrultusunda geliştirilen, toplamda 32 sorudan oluşan TSOY-32’nin güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Sağlık Bakanlığı’nca yapılarak Türkiye’ de uygulanmaya başlanmıştır. TSOY-32, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden farklı olarak 3x4’lük bir matris yapı yerine 2x4’lük bir matris yapıda oluşturulmuştur. Buna göre, ölçek 2 boyut “hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi ve tedavi/hizmet” ile 4 süreç “sağlık bilgisine ulaşma, sağlık bilgisini anlama, sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlık bilgisini uygulama/kullanma” olmak üzere toplam 8 bileşenden oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016). Bu ölçüm aracı konusunda “Gereç ve Yöntem” bölümünde daha ayrıntılı bilgi yer almaktadır.

2.1. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

2.1.1. Sağlık Davranışı

Davranış kelimesi, çoğu kez bilinçli bir şekilde veya isteyerek olmasa da kişilerin yaptıkları ya da yapmaktan kaçındıkları şeyleri ifade etmektedir. Gochman, sağlık davranışını sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi ile ilgili davranışların tümüdür biçiminde tanımlamaktadır (Gochman, 1998). Sağlık davranışı, sağlıklı bir hayatın devam ettirilmesi ve hastalıklardan korunması için bireylerin inandığı ve uyguladığı eylemlerdir. Sağlıklı yaşamaya yönelik aktiviteleri artırmak için edinilen bilgi, uygulama ve yaklaşımların tamamı olarak tanımlanan sağlık davranışı, pozitif olması durumunda sağlığın gelişmesine, alkol ve sigara kullanımı vb. davranışlarda olduğu gibi olumsuz olması durumunda ise çeşitli rahatsızlıklara ve hastalıklara neden olabilmektedir (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004).

Sağlık davranışı, sağlıklı yaşamın geliştirilmesinde ve hastalıklardan korunmada önemli bir yer teşkil etmektedir. Bireylerin sağlık davranışları ve bu yöndeki algıları, sağlığı tehdit eden etkenlere veya önleyici önlemlere verilebilecek tepkiler yönünden farklılık gösterir. Bu farklılıkların bazılarının kişisel farklılıklardan kaynaklandığı söylenebilir. Benzer sağlık tehditlerine karşı, kişilerin nasıl tepkiler gösterdiği araştırılarak bu farklılıkların ortaya konması mümkün olabilir (Tabak ve Akköse, 2006).

DSÖ özellikle 2000'li yıllar ile birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine odaklanmıştır. “Herkes İçin Sağlık” sloganı hayata geçirilerek sağlık ve sağlıklı yaşam biçiminin önemi vurgulanmıştır. Söylenilen bu hedefe ulaşmada, olumsuz sağlık şartlarının iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hayata geçirilmesi gereklidir (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011).

Sağlık ile ilgili davranışlar özellikle ergenlik çağında ve üniversite hayatında şekil almaktadır. Sosyal, psikolojik, fizyolojik ve cinsel gelişmelerin üst düzeyde olduğu bu yıllarda kişiler, kendi yaşam biçimleri üzerinde söz ve kontrol sahibidirler. İnsan hayatında bir geçiş dönemini ifade eden bu yıllar, sağlıklı ya da sağlıksız yaşam biçimi davranışlarının pekiştirildiği yıllardır. Söz konusu bu sebeplerden dolayı sağlığın

korunması ve iyileştirilmesinde gençlik ve ergenlik dönemindeki gruplar daha öncelikli olmalıdır (Gülbeyaz vd., 2008).

2.2.2. Sağlık Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Sağlık davranışını etkileyen faktörlerin başında bireylerin sahip olduğu sağlık algısı gelmektedir. Sağlık algısı değişken bir yapıda olup, zaman içinde kişiden kişiye ve toplumdaki topluma değişiklikler göstermektedir. Kişinin kendi sağlık davranışlarını ne düzeyde ve nasıl algıladığının kişiye yeni bir davranış kazandırmada ya da var olan davranış değiştirilmede büyük önem arz etmektedir. Eğer kişi kendisinde bir sağlık problemi olduğunu algılayamıyorsa, farkında değilse sağlığını geliştirmek için gereken gayreti göstermeyecek ve bu alan ile ilgili profesyonel kişilerin yardımına başvurmayacaktır. Sağlık davranışı üzerine yapılan çeşitli araştırmalar, kendi sağlık durumunu kötü olarak algılayan bireylerde, sağlıklı yaşam tarzı davranış düzeylerinin düşük olduğunu ve bu sebeple bireyin sağlığı algılama özelliğinin çok önemli olduğunu ifade etmektedirler (Sertçelik, 1999).

Bu alanda yapılan çeşitli çalışmalar, bireylerdeki sağlık davranışının birçok faktör tarafından etkilendiğini göstermektedir. Örneğin, bireylerin demografik özellikleri, algısal-bilişsel etmenler vasıtasıyla sağlığı geliştiren davranışlar üzerinde etkili olmaktadır. Özellikle cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni durum ve gelir seviyesi sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde büyük etkiye sahiptir (Pasinlioğlu ve Gözüm, 1998). Vücut ağırlığı, boy uzunluğu, beden kitle indeksi gibi özelliklerin bireylerin sağlık davranışlarını etkilediği görülmektedir. Ayrıca aile ve akrabalar, arkadaş ve sağlık görevlileri ile iyi iletişim kurmanın ve etkileşimde bulunmanın kişilerin olumlu sağlık davranışı edinme düzeyini iyi yönde etkilediği bildirilmektedir. Bireyin sahip olduğu çevre, bilgi ve beceri düzeyi olumlu sağlık davranışı edinmede etkili alanlar olarak göze çarpmaktadır (Palank, 1990).

Gençlik yılları, her birey için en dinamik yıllar olarak bilinmektedir. Bu dönem, çocukluktan yetişkinliğe geçişin ve kişiliğin oluşmaya başladığı süreçtir. Bu süreç, kişinin tüm hayatına şekil verecek psikolojik, biyolojik ve sosyal gelişimini kapsar. Özellikle gençlik döneminin üniversite yılları, önemli değişim ve gelişmelerin yaşandığı yıllardır.

Kişinin bu geçiş döneminde yeni çevresine ve hayata uyum zorlukları yaşaması, istenmeyen olumsuz davranışlara sebep olabilmektedir. Bu dönem mesleki eğitiminin yanında şahsi yaşam ve sağlık davranışlarında da büyük değişimlere sebep olmaktadır. Söz konusu değişimler özellikle sağlıklı yaşam biçimi için gerekli tutum ve davranışlar açısından önemlidir. Yani gençler bu kritik dönemde, sağlığını geliştirebilen olumlu davranış biçimlerini ya da kendisine zarar verebilecek sağlıksız yaşam biçimi davranışlarını edinebilirler (Başbakanlık-Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, 1997).

Erkek ve kadınların sağlık deneyimleri önemli şekilde farklılık göstermektedir. Bu farklılık, sadece cinsiyet farklılığından kaynaklanmamakta, aynı zamanda toplumun kültürel yapısı ve kadın ile erkek için toplumda belirlenen rolden kaynaklanabilmektedir. Sosyo-ekonomik durum ve sağlık arasındaki ilişki erkeklerde kadınlardan daha güçlüdür (Arber ve Cooper, 1999). Sosyo-ekonomik durum, bireylerin pozitif ya da negatif sağlık davranışı kazanmasında bir diğer faktördür. Örneğin yoksulluk, sağlığı etkileyen birçok olumsuz davranışla yakın ilişki gösterir. Yoksul insanlar sağlıksız davranışlara daha fazla eğilimlidirler. Bu ilişki tek bir nedeni yansıtmaktan ziyade yoksulluğun kendisine ya da gerekli olan bilgiye ulaşamama gibi etmenlere bağlanabilir (Jarvis ve Rowley, 1999).

2.2.3. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesi

Sağlık davranışlarının üst düzeye çıkarılmasında, bireylerin sağlığı geliştirme çabaları önemli bir yer teşkil etmektedir. Toplumların sağlık düzeyi, kendisini oluşturan sağlıklı bireylerin çoğunlukta olmasıyla yakından ilgilidir. Bireyler, sağlığı olumlu yönde etkileyen davranışlar geliştirmede kendisine düşen sorumlulukların bilincinde olmalı ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını gündelik hayatta vazgeçilmez alışkanlıkları haline getirmelidirler (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011). Bireylerin sağlıkları ile ilgili kararlar alınması söz konusu olduğunda, bu aşamada aktif katılımcı olmaları sağlıklarını etkilemektedir. Bu nedenle bireylerde olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında ya da olumsuz sağlık davranışlarının terk edilmesinde, gönüllü katılımlarının sağlanması önem arz etmektedir (Tabak ve Akköse, 2006).

Aile ortamı, arkadaş çevresi ve iş ortamı, davranış değişimi sürecinde, olumlu davranış değişiminin başlatılması ve devamının getirilmesinde çok önemli yeri olan sosyal destek

sistemleridir. Kişinin öz etkililiğinin oluşmasında ve devam ettirilmesinde sosyal destek önemli bir etkidir. Pozitif sağlık davranışlarının gelişmesinde bireyin sosyal çevresinde yer alan olumlu rol modellerinden yararlanılması önerilebilir. Sosyal çevre, sağlık davranışının karşısındaki engellerin ve riskli durumların tespit edilmesi ve alınacak önlemlerin belirlenmesi açısından önemlidir (Redland ve Stuifbergen, 1993).

Sağlık hizmeti alım aşamasında ya da yaşamın diğer alanlarında, sağlık personeli ile olan ilişkiler sonucunda bireyde oluşan genel algı, daha sonraki dönemlerdeki sağlık davranışlarına etki edebilmektedir. Örneğin bireyin hekimlerle ilgili değerlendirmeleri ve hekim-hasta ilişkisinde algıladıkları problemler, daha sonraki dönemlerde herhangi bir sağlık problemi olduğunda modern tıba başvurma konusunda davranışlarını etkilediği söylenebilir. Olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması, pekiştirilmesi ve negatif davranışlardan kaçınılması konusunda özellikle birinci basamak sağlık personeline büyük görevler düşmektedir (Araz vd., 2007).

Sağlık çalışanları, sosyal rollerinin gereği olarak sürdürdükleri hayat tarzları ve mesleki sorumlulukları ile toplum için rol model olma ve sağlık hizmeti sundukları kişileri etkileme özelliğine sahiptirler. Bu sebeple sağlığın korunması ve geliştirilmesi aktivitelerinde sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Sağlık personeli tıbbi hizmet gereklerini yerine getirmesinin yanında sağlığı geliştirme eylemlerinin yerine getirilmesinde de sorumluluk sahibidir. Bu eylemlere örnek olarak, sağlığı olumsuz yönde etkileyen alışkanlıkların toplumdaki düzeyinin ölçülmeye çalışılması, topluma sağlıklı yaşam biçimi bilincinin kazandırılması ve sağlıksız yaşam biçimi davranışlarının sağlığı geliştiren davranışlarla yer değiştirmesini saymak mümkündür. Sağlık çalışanlarının bu faaliyetleri yapabilmeleri için öncelikle sağlığı koruma ve geliştirmenin önemini iyi idrak etmeleri, daha sonra ise bireylerin sağlık davranışlarını olumlu yönde geliştirmeleri için kendilerine yardımcı olacak motivasyon yöntemlerini öğrenmeleri faydalı olacaktır (Ayaz vd., 2004).

2.2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sınıflandırılması

Sağlık davranışı, sağlıklı hayat tarzının geliştirmesinde ve hastalıklardan korunmada temel oluşturmaktadır. Hem doğrudan gözlenebilen davranışları, hem de dolaylı bir

şekilde ölçülebilen duygusal ve zihinsel durumları da içermektedir. Kişinin değerlerini, inançlarını, bireysel tavırlarını, beklentilerini, algılarını, psikolojik ve duygusal özelliklerini de kapsamaktadır (Ferguson, 1998).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin kendi sağlığını etkileyen bütün davranışlarını kontrol etmesi ve sağlığını geliştirmesine katkı sağlayacak sağlık davranışlarını seçerek gündelik yaşamında düzenli olarak bunlara yer vermesidir. Bu davranışları tutum haline getiren her birey hem sağlıklı olma durumunu sürdürebilir hem de sağlık düzeyini daha iyi bir düzeye getirebilir (Erdoğan vd., 1994). Dünya genelinde birçok ülkede ulusal düzeyde yapılan araştırmalar, sağlık riskleri ile kişisel yaşam biçimi arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sebeple hastalıklardan korunmada ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli ilke olarak hayat tarzının değiştirilmesine yönelik uygulamalar öne çıkmaktadır (Lee vd., 2005). Sağlıklı yaşam üzerine yapılan araştırmalar, yaşam biçimi ile sağlık hizmeti ve sistemlerinin kullanımı arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Adams vd., 2000). Pender ve arkadaşları, sağlıklı yaşam biçiminin, sağlığı korumanın ve geliştirmenin bir bileşeni olduğunu ifade etmektedirler (Pender vd., 2011). Birey, sağlıklı davranışlar geliştirme konusunda kendi sorumluluğunu almaya çalışmalı ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını gündelik hayatta alışkanlık haline getirmelidir. Hastalıklardan korunma, sağlıklı yaşamı devam ettirme ve yeri geldiğinde erken tanının konulmasında sağlığı geliştirici davranışların benimsenmesi büyük önem arz etmektedir (Adams vd., 2000).

Genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını şu başlıklar altında toplayabiliriz (Pender vd., 2006) ;

- Sağlık sorumluluğu
- Beslenme
- Fiziksel aktivite
- Manevi gelişim
- Kişilerarası destek
- Stres yönetimi

2.2.4.1. Sağlık Sorumluluğu

Bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyerek uygulayabilmesi kendi sağlığına yönelik sorumluluk alması ile yakından ilgilidir (Bottorff ve Johnson, 1996). Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığı ile ilgili olarak sorumluluk hissetmesi, buna özen göstermesi, sağlığını ilgilendiren konularda araştırma yapması ve gerekli durumlarda sağlık alanında profesyonel destek için gerekli yer ve kişilere başvurabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Smaltzer ve Bare, 1996).

Sağlık sorumluluğunun, kişinin kendi sağlığı için koruyucu, önleyici, rehabilite edici ve geliştirici tutum ve davranış değişiklikleri göstermesi anlamına geldiği ifade edilmektedir. Sağlık sorumluluğu, bireye davranışlarının ve yaşam tarzının kendi sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlar. Bunun neticesinde sağlık için risk taşıyan davranışsal risk faktörlerinden (sigara kullanımı, alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme vb.) uzak durmasına katkıda bulunur. Sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğuna inandığı sağlık davranışlarının yaşamında daha geniş yer alması konusunda bireyin sorumluluk alması yönünde etki eder (Bottorff ve Johnson, 1996).

2.2.4.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, gündelik yaşamda kas ve eklemlerinin kullanılması ile gerçekleşen, solunum ve kalp hızını artıran, farklı düzeylerde yorgunlukla sonuçlanan ve enerji tüketimi ile neticelenen aktiviteler olarak tanımlanabilmektedir. Yürüme, koşma, sıçrama, çömelme-kalkma, bisiklete binme, baş-boyun hareketleri ve kol-bacak hareketleri gibi beden hareketlerinin tamamını veya bir kısmını içeren farklı spor branşları ile oyun, dans, egzersiz ve gündelik yaşamda yaptığımız faaliyetler fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı-Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008).

Fiziksel aktivitelerin düzenli olarak yapılmasının, hem bireyin sağlık düzeyine hem de toplumun genel sağlık düzeyine pozitif etkileri bulunmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri maliyetlerinin tedavi edici sağlık hizmetleri maliyetlerine göre daha az olması sebebiyle, fiziksel aktivite ekonomik açıdan daha fazla maliyet gerektirmeyen ve bireylerin sağlığı üzerine pozitif yönde etkisi oldukça yüksek düzeyde olabilen birincil

korunma yöntemi şeklinde değerlendirilebilir. Bu nedenle bireyin düzenli olarak fiziksel aktivite yapması, hem kendisinin sağlık düzeyi hem de toplumun genel sağlık düzeyi üzerinde olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Özellikle çalışan bireylerde, iş yükü fazlalığına bağlı olarak kendini gösteren zaman yetersizliği kavramı, fiziksel aktivite düzeyinin düşük olmasına sebep olan en önemli faktör olarak gösterilmektedir (Bulut, 2013).

Fiziksel aktiviteler şiddetine (yoğunluğuna) göre düşük düzey, orta düzey ve yüksek düzey aktiviteler olmak üzere üç farklı şekilde değerlendirilir (Sağlık Bakanlığı-Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [THSK], 2016). Fiziksel uygunluğu geliştirme özelliği açısından fiziksel aktiviteleri; dayanıklılık (aerobik) egzersizleri, denge egzersizleri, esneklik egzersizleri ve kuvvet egzersizleri olarak 4 ana başlıkta toplanabilir (Sağlık Bakanlığı-THSK, 2014b).

Her hafta ortalama 150 dakikalık orta düzeydeki fiziksel aktiviteye katılmanın yaklaşık olarak diyabet riskini %27, iskemik kalp hastalığı riskini %30, kolon ve meme kanseri riskini %21-25 oranında azalttığı belirtilmektedir. Ayrıca hipertansiyon, depresyon ve felç riskini de azaltmaktadır (WHO, 2009). Fiziksel aktivitenin birçok hastalığa karşı koruyucu (obezite, tip 2 diyabet, hipertansiyon, kalp ve damar hastalıkları, kolon ve meme kanseri gibi) ve pek çok hastalıkta da (tip 2 diyabet, obezite, hipertansiyon, gibi) tedavi edici etki gösterdiği ileri sürülmektedir. Hareketli bir yaşamın, yaklaşık olarak meme kanserinde %16,3, koroner kalp hastalıklarında %9,3, tip 2 diyabette %11,5 ve kolon kanserinde %16,6 oranında önleyici bir etkisinin olabileceği ve bu rakamların genel toplamdaki payının ise %15 olduğu öne sürülmektedir (Lee ve Shiroma, 2012). Hormonal metabolizmayı etkileme özelliği nedeniyle fiziksel aktivitenin meme kanseri riskinde azaltıcı bir etkisinin olduğu belirtilmektedir. Düzenli olarak fiziksel aktiviteler yapmak, iskelet-kas sisteminin, kemik erimesinin ve sırt ağrılarının iyileştirilmesinde, vücut ağırlığının dengede tutulmasında, anksiyete, depresyon belirtilerini ve stres düzeyini azaltmada etkili olmaktadır. Fiziksel aktivitenin tıbbi yararlarının yanında sosyal ilişkileri geliştirerek şiddet eğilimini azalttığı bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı-THSK, 2014a).

Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi ortaklığında 2017 yılında gerçekleştirilen Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2017' ye göre 15 yaş ve üzerindeki

bireylerin %49,4'ünün düşük, %26'sının orta ve %24,6'sının yüksek düzey fiziksel aktivite yaptıkları belirlenmiştir (DSÖ, 2018).

2.2.4.3. Beslenme

“Beslenme; büyümek, gelişmek, sağlıklı ve verimli bir biçimde uzun süre hayatı devam ettirebilmek için ihtiyaç duyulan enerjiyi ve besin öğelerini gerekli miktarda sağlayan besinlerin, besleyici özelliklerini kaybetmeden ve sağlığa zarar verici duruma gelmeden vücuda alınması ve vücutta kullanılmasıdır” (Yücecan, 1999). İnsan bedeninin büyümesi, çalışması ve kendini yenilemesinde ihtiyaç duyulan enerjinin sağlanması için besin öğelerinin her birinden yeterince ve dengeli miktarlarda vücuda alınması ve vücutta düzgün bir biçimde kullanılması süreci, yeterli ve dengeli beslenme şeklinde tanımlanabilir. Besin öğeleri vücudun gereksinim duyduğu düzeyde alınmadığında vücut için gerekli enerji oluşamaz, vücut dokuları yapılamaz hale gelir ve bunun neticesinde yetersiz beslenme durumu oluşur. Bunun tersine birey, vücut için gerekli olandan fazla yerse, besin öğelerinden ihtiyaç duyulandan daha fazlasını almış olur. Sonuç olarak gereğinden fazla alınan besinler insan bünyesinde yağ şeklinde depolandığından bu durum bireyin sağlığı için zararlıdır. Neticede meydana gelen bu istenilmeyen durum dengesiz beslenme olarak ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı-Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2002).

Günümüz dünyasında istenilen yaşam kalitesine ulaşmak için bütün birey ve toplumun beslenme konusundaki bilgi ve bilinç düzeyi artırılarak, sağlıklı beslenme olgusunun bir yaşam biçimine, bir hayat felsefesine dönüştürülmesi gerekmektedir. Toplumun sağlıklı bir biçimde hayatını devam ettirmesi ve ekonomik açıdan büyüyüp gelişmesi kendisini oluşturan bireylerin sağlıklı olmasıyla çok yakından ilgilidir. Sonuçta sağlığın temelini yeterli ve dengeli beslenme oluşturmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme aynı zamanda sağlıklı beslenme olarak da ifade edilebilir (Sağlık Bakanlığı-Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü [SAGEM], 2014).

Hayatın devamı için gerekli olan besin öğelerini ihtiva eden hayvan ve bitki dokularına besin denir. Gıda, yiyecek gibi kelimeler besin kelimesi ile birlikte eş anlamlı kelimeler olup, yerine kullanılabilir (Hacettepe Üniversitesi, 2015). Besin öğeleri, besinlerin

bileşiminde yer alan ve vücutta çeşitli görevleri bulunan moleküllerdir. Besin öğeleri insan vücuduna besinler ile alınır (Türkiye Böbrek Vakfı [TBV], 2016). İnsan bedeninin gereksinim duyduğu sayıları 70 civarında olan besin öğeleri, vücut etkinliklerine ve kimyasal yapılarına göre 5 grupta sınıflandırılabilir. Bunlar; proteinler, karbonhidratlar, yağlar, mineraller ve vitaminlerdir. Bu gruplara ek olarak ayrıca suyu da ekleyebiliriz (Hacettepe Üniversitesi, 2015).

Besinlerin gruplandırılması, insan vücudunun gereksinim duyduğu besinlerin, benzer özellikte olanlarının bir araya getirilmesiyle oluşturulan bir sistemdir. Bilim adamları, besinleri gruplama ve her gruptan günlük tüketim miktarlarını belirleme konusunda çeşitli çalışmalar yapmıştır (Milli Eğitim Bakanlığı [MEB], 2011b). Türkiye’de besinlerin planlanmasında 4 ana besin grubu kullanımının daha uygun olduğu kararı alınmış olup bu gruplar için şekil olarak dört yapraklı yonca kullanılmaktadır. Bu besin grupları aşağıdaki gibidir (Hacettepe Üniversitesi, 2015);

- Süt ve Süt Ürünleri
- Tahıl ve Tahıl Ürünleri
- Et, Kuru Baklagiller ve Yumurta
- Meyve ve Sebzeler

Türk halkının temel besin kaynağını ekmek ve diğer tahıl ürünleri oluşturmaktadır. Günlük enerjinin yaklaşık %44 ü sadece ekmekten, yaklaşık %48’i ise ekmekle beraber diğer tahıl ürünleri ile sağlanmaktadır. Besin tüketim eğilimlerine bakıldığında ekmek, et ve ürünleri, süt, yoğurt, taze meyve ve sebze tüketiminin yıllar içerisinde azaldığı, şeker, kurubaklagil ve yumurta tüketiminin ise zamanla arttığı görülmektedir. Bitkisel sıvı yağ tüketiminin katı yağa oranla arttığı, toplam yağ tüketim miktarında ise önemli farklılığın olmadığı gözlenmektedir (MEB, 2011a). Genel olarak Türkiye’de, yetersiz ve dengesiz beslenme (kötü beslenme) kırsal kesimde daha yaygın iken, obezite ve kardiyovasküler hastalıkların kentsel kesimlerde daha yaygın olduğu söylenebilir (Pekcan ve Karaağaoğlu, 2000).

Sağlık Bakanlığı ve DSÖ Türkiye Ofisi ortaklığında 2017 yılında gerçekleştirilen Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2017’ ye göre Türkiye’de normal bir haftada meyve tüketilen ortalama gün sayısı 4,6’dır (erkekler 4,5 gün; kadınlar 4,8 gün). Normal bir günde tüketilen ortalama meyve porsiyonu sayısı 1,4’tür (erkekler 1,4 porsiyon; kadınlar

1,5 porsiyon). Normal bir haftada sebze tüketilen ortalama gün sayısı 5,1'dir (erkekler 4,9 gün ve kadınlar 5,2 gün). Normal bir günde tüketilen ortalama sebze porsiyonu sayısı 1,7'dir (erkekler 1,6 porsiyon; kadınlar 1,7 porsiyon) (DSÖ, 2018).

2.2.4.4. Manevi Gelişim

Oldnall (1996), maneviyatı "*her kişinin içerisinde hissettiği ruh şeklinde tanımlanmış ve insanın hayatına anlam kazandıran ve bireyin hayatını etkileyen değer ve inançlar düzenini oluşturmasında bireye yardımcı olan itici bir güç olarak*" tanımlamaktadır. Makhija ise maneviyatı amaç, hedef ve değerleri içinde barındıran çok geniş bir kavram olarak görmektedir. Manevi gelişim, kişinin yaşam hedeflerini, kişisel olarak kendini gerçekleştirme becerisini ve kendisini ne düzeyde tanıdığını ve memnun edebildiğini belirlemektedir (Makhija, 2002).

Manevi gelişim, kişinin kendisinin ve varoluşunun ötesinde bir güçtür. Diğer bir söylemle hem fiziksel boyutu kapsar hem de onun ötesinde yer alan kişisel farkındalığı ortaya koyar. Literatürde yer alan birçok araştırmaya göre manevi değerler, bireyin yaşamını pozitif bir şekilde destekleyerek onun güçlü, mutlu ve barış içerisinde yaşamasına katkıda bulunur. Bunun neticesinde anksiyetenin azalması, stresin düşürülmesi ve benzeri daha birçok olumlu katkısı ile sağlığın korunması ve geliştirilmesine pozitif etki yapar (Yılmaz ve Okyay, 2009).

2.2.4.5. Kişilerarası İlişkiler

Kişilerarası ilişkiler, kişinin çevresindekilerle anlamlı ilişkiler kurmasını, sözel ya da sözel olmayan iletilerle duygularının ve düşüncelerinin paylaşılmasını içerir (Özcan, 2006). Pender ve arkadaşları, kişilerarası ilişki sistemini; bireyin başkaları ile anlamlı ilişkiler kurma, diğer insanların başarılarını övme, kendisine yakın hissettiği kişiler (arkadaş, aile vb.) ile birlikte olabilmek için zaman ayırma, onlara dokunmaktan hoşlanma, onlarla fikir alışverişinde bulunma, uzlaşma ya da tartışma yoluyla sorunları çözme olarak tanımlamıştır (Pender vd., 2006).

Kişilerin farklı zamanlarında uğradıkları olumsuz olaylarda, ilişki ve yaşam biçimlerinde farklılıklar meydana gelmektedir. Bu dönemde ailelerinden veya yakın arkadaşlarından destek görmeleri, yaşamış oldukları olumsuz durumun daha kolay atlatılması ve sorunların çözülmesinde katkı sağlamaktadır. Kişilerarası desteği iyi düzeyde olan her birey problemleri ile daha kolay ve etkili bir şekilde baş edebilir ve tüm bunların neticesinde yaşam kalitesini ve üretkenliğini artırabilir (Hovardaoğlu, 1995).

2.2.4.6. Stres Yönetimi

Stres, kelime olarak Latince “estrica” ve Fransızca “estrece” kelimelerinden gelmektedir. İlk olarak 17. yüzyılda bela, musibet, felaket anlamlarında kullanılırken, 19. yüzyıl ile birlikte bu kavramın anlamı “bireyin bela ve musibetler karşısında bozulmaya karşı gösterdiği bir direnç” şeklinde kullanım görmeye başlamıştır (Baltaş ve Baltaş, 1989). Stres, bütünlüğü korumak ve esas duruma dönmek için mücadele etme ve gayret gösterme durumunu da ifade etmektedir. Stres insanın yapısında ve gündelik hayatta var olan bir şeydir. Hayatı negatif olaylardan soyutlayarak, daima neşeli ve mutlu olumlu olaylarla dolu gibi düşünmek pek mümkün olmamaktadır (Köknel, 1992). Medikal anlamda stres, bireyin iç ve dış çevresince tehdit edildiği durumlarda, buna karşılık olarak ürettikleri fizyolojik, psikolojik ve davranışsal tepkilerin tamamı şeklinde tanımlanabilir. Stres, türüne göre kötü ya da iyi olabilir. Stresin bireye ihtiyacı olan kuvvet ve zindeliği verdiği zamanlarda iyi, iyi yönetilemediği ve birey için zararlı ve hastalıklara sebep olduğu anlarda ise kötüdür. Genel olarak halk arasındaki stres kavramının karşılığı kötüdür (Balcıoğlu, 2005).

Stres, ilk izlenim olarak sadece negatif durumlara neden olan bir olguymuş gibi göze çarpmaktadır. Oysa stres olumlu olay ve durumlarda da görülebilmektedir. Mesela, evlenmek, terfi etmek gibi arzu edilen durumlarda da birey stres yaşayabilmektedir. Olumlu stres olarak nitelendirilen böylesi durumlar bireyi güdüleyip teşvik ederken, işsizlik, ölüm gibi istenilmeyen durumlarda meydana gelen olumsuz stres bedensel ve ruhsal yönden zarar verici sonuçlara sebep olabilmektedir. Stresin olumlu olanı, bireyi güdüleyici bir özelliğe sahip olması nedeniyle olumsuzunu yok edebilmektedir. Böylelikle kaygı, korku, yorgunluk, huzursuzluk gibi hislerin oluşmasının önüne geçer (İştar, 2012). Olumsuz stres, yaşlanmayı hızlandırarak bireyin ömrünü kısaltır.

İşbirliğine, uzlaşmaya, üretime ve umuda yönelten stres türlerinin yaşamı uzatıcı ve rahatlatıcı olduğu kabul görmektedir (Altıntaş, 2003). Olumlu ya da olumsuz stres, hayatın her alanında görülebilmektedir. Bireyin gelişmesi için de belli düzeyde strese ihtiyaç vardır. Stresin bir problem şeklinde ortaya çıkması, içerisinde bulunulan dönemde çok az ya da çok fazla olmasından kaynaklanmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 1989).

İnsan vücudu herhangi bir tehlike anında, kan dolaşımına stres ve adrenalin hormonlarını salgılar. Bunun neticesinde kalp hızı artar, kan basıncında yükselme meydana gelir ve kaslarda gerginlik oluşur. Eğer stres durumu uzar ise organ, sistem ve fonksiyonlarda çeşitli bozulmalar meydana gelir (Müftüoğlu, 2003). Aşırı stres, zihinsel ve bedensel sağlığı ve bireyler arası ilişkileri bozabilir. Fiziksel ve duygusal hastalıklara, uykusuzluk ve baş ağrısı gibi çeşitli rahatsızlıklara yol açabilir. İnsan yaşamını ciddi bir biçimde tehdit eden hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıklarının ortaya çıkmasında etkin rol oynayabilir. Vücudun sürekli bir biçimde stresin sebep olduğu uyarılmışlık halinde kalması, vücutta bulunan biyolojik sistemlerin yıpranmasına sebebiyet vermekte, bedenin kendi kendisini koruma ve onarma yeteneğini tehlikeye sokmakta ve hastalanma riski yükseltmektedir (Balcıoğlu, 2005).

Her birey için stresin sebepleri farklı olduğu gibi, stres esnasında verilen cevaplar da farklılık gösterebilmektedir. Stres kontrolü bireye özgüdür ve bireyin içerisinde. Strese yanıt verme şekli de çok sayıda faktöre bağlı olup bireyden bireye değişebilmektedir. Stres ile başa çıkma, onunla mücadele etme yöntemleri olarak; beden egzersizleri, gevşeme teknikleri, gerilime sebep olan faktörlerden uzak durma, sosyal aktivitelere katılma, davranış değişikliği ve zihinsel düzenlemeyi saymak mümkündür. Bireysel olarak stres ile başa çıkmanın bilinen diğer bir yöntemi de yaşam tarzı değişikliğini içinde barındıran Braham tarafından geliştirilen “DKBY: Değiştir-Kabut et-Boşver-Yaşam tarzını yönet” modelidir.

Değiştir: İçinde bulunulan olumsuz durumu imkân varsa değiştirme adımı olarak adlandırılır. Olumsuz durumun değiştirilmesi halinde bunun neden olduğu stres te ortadan kaldırılabılır.

Kabul et: Değiştirilebilmesi mümkün gözükmeyen durumların kabullenilmesi temeline dayanır.

Boş ver: Zihinsel ve duygusal açıdan farklı bir pencereden olaylara farklı ve yeni bir yorum getirmektir.

Yaşam tarzını yönet: Diyet, egzersiz, duygusal destek ve rahatlama gibi farklı metotlarla strese neden olabilecek unsurların ortadan kaldırılmasıdır (Tutar, 2004).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın temel amacı Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeylerinin ölçülerek, sağlık okuryazarlığının üniversite öğrencilerinin sahip olduğu sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkilerini belirlemektir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, aile gelir durumu, eğitim durumu, kayıtlı oldukları fakülte vb.) ile olan ilişkisini ortaya koymakta bu çalışmanın amaçlarındandır.

3.2. ARAŞTIRMANIN PROBLEM CÜMLESİ

Hızla gelişen günümüz dünyasında, sağlık bakım hizmetlerinin zaman ilerledikçe daha da karmaşık bir yapıya dönüşmesi sebebiyle sağlık okuryazarlığı kavramının önemi giderek artmaktadır. Türkiye’de bu konu üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında, sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel olarak düşük olduğu görülmektedir (Durusu-Tanrıöver vd., 2014). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasının; kötü sağlık alışkanlıkları, daha sağlıksız yaşam, hastane ve acil servis kullanım oranlarında artış, ilaç kullanım hataları, kronik hastalıklar konusunda bilgi karmaşası, sağlık maliyetlerinde artış, mortalite oranlarında artış, sağlık çalışanları ile yaşanan iletişim problemleri gibi sebeplerden dolayı sağlık sisteminin, bireylerin ve toplumun üzerinde pek çok olumsuz sonuçları bulunmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Tüm dünyada 2012 yılı içerisinde meydana gelen yaklaşık 56 milyon ölümün %68’i (38 milyon ölüm) kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kronik akciğer hastalıkları ve kanser hastalıklarını da kapsayan bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle olduğu görülmektedir (WHO, 2014). Bulaşıcı olmayan hastalıkların temel nedenlerinin başında birey kaynaklı sağlıklı davranış alışkanlıklarından uzaklaşmak (davranışsal risk faktörleri) olduğu yapılan birçok araştırmayla ortaya konulmuştur. 21. yüzyıl ile birlikte dünya genelinde değişime uğrayan yaşam tarzı ve hızlı kentleşme bulaşıcı olmayan hastalıkların temel sebeplerini oluşturan davranışsal risk faktörlerinin düzeyinde artışı da beraberinde

getirmiştir. Bahsi geçen bu risk faktörlerini fiziksel aktivite eksikliği, sağlıksız beslenme, tütün kullanımı ve alkol kullanımı vb. olarak sıralanabilir. Sonuç olarak bu risk faktörleri ile etkin bir biçimde mücadele edilmezse bulaşıcı olmayan hastalıkların etkisi küresel çapta giderek artacak ve yoksulluğu azaltma alanındaki küresel hedef sekteye uğrayacaktır (WHO, 2010).

Bu bilgiler sonucunda Hacettepe Üniversitesinde gerçekleştirilen bu araştırmanın problem cümleleri aşağıdaki gibidir;

- Hacettepe Üniversitesinde lisans düzeyinde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri nedir?
- Hacettepe Üniversitesinde lisans düzeyinde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre değişmekte midir?
- Hacettepe Üniversitesi lisans düzeyinde öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi nedir?
- Hacettepe Üniversitesinde lisans düzeyinde öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyleri öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre değişmekte midir?
- Hacettepe Üniversitesinde öğrenim gören lisans öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırma amaçlarına ulaşmak için aşağıda sıralanan araştırma hipotezleri test edilmiştir:

H1: Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı indeks puanları cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H2: Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı indeks puanları aile gelir düzeylerine göre farklılık göstermektedir.

H3: Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı indeks puanları öğrenim gördükleri fakülterlere göre farklılık göstermektedir.

H4: Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı indeks puanları öğrenim sınıflarına (1. ve 4. sınıf) göre farklılık göstermektedir.

H5: Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H6: Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi aile gelir düzeylerine göre farklılık göstermektedir.

H7: Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi öğrenim gördükleri fakülterle göre farklılık göstermektedir.

H8: Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi öğrenim sınıflarına (1. ve 4. sınıf) göre farklılık göstermektedir.

H9: Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi sağlık okuryazarlığı düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H10: Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde olumlu bir etkisi vardır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi bünyesindeki Sıhhiye ve Beytepe Kampüslerinde lisans düzeyinde eğitim veren 12 (on iki) fakültenin 1. ve 4. sınıf öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Lisans eğitiminin sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisinin de araştırılabilmesi hedefiyle araştırma evreni böyle belirlenmiştir. Bu fakülteler; Eczacılık Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Edebiyat Fakültesi, Fen Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Güzel Sanatlar Fakültesi, Hukuk Fakültesi, Hemşirelik Fakültesi, Mühendislik Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Spor Bilimleri Fakültesidir. Gerekli örneklem büyüklüğü hesaplamasının yapılabilmesi için bu fakültelerde öğrenim gören öğrenci sayıları Hacettepe Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'ndan temin edilmiştir. Buna göre araştırma evreni (N) 17.134 öğrenciden oluşmaktadır.

Hacettepe Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 22.02.2019 tarih ve 78450563-300-E475690 sayılı resmi yazısı neticesinde elde edilen araştırma evreni büyüklüğüne

(N=17.134) göre örneklem hesaplaması yapılmıştır. % 95 güven düzeyinde, 0,05'lik bir hata payında, olayın oluş ve olmayış olasılıklarının 0,50 olarak kabul edildiği kriterlere göre hesaplanan örneklem büyüklüğü 376 olarak bulunmuştur (Alpar, 2016). Alan araştırmalarında % 20 cevapsızlığın olma ihtimali de hesaba katılarak ulaşılmaması gereken örneklem hacminin 452 ($376 \times 1,20 = 452$) olması gerektiğine karar verilmiştir.

Araştırmaya ait örneklem sayısını belirlemede aşağıda yer alan formül kullanılmıştır;

$$n = \frac{N \cdot P \cdot Q \cdot Z_{\alpha}^2}{(N-1) \cdot d^2}$$

n : Örneklem büyüklüğü

N : Evren birim sayısı

P : X'in evrendeki gözlenme oranı

Q : X'in evrendeki gözlenmeme oranı

Z_{α} : Z tablosundaki güven düzeyine karşılık gelen değer

d : Örneklem hatası (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004).

Araştırma örneklem büyüklüğünün hesaplanmasından sonra örneklem büyüklüğünü oluşturan 452 öğrenci, öğrenim gördüğü 12 fakülte'deki öğrenci sayısına göre tabakalı örnekleme yöntemi ile ağırlıklandırma yapılarak her bir fakülte'den ve öğrenim sınıfından (1. ve 4. sınıf) ulaşılmaması gereken örneklem sayıları belirlenmiştir. Bunun neticesinde aşağıdaki örneklem verileri elde edilmiştir;

Tablo 2. Araştırma Evreni ve Örneklemine Ait Öğrenci Sayıları Tablosu

Fakülte Adı	1. Sınıf Öğrenci (Evren)	Ağırlık	1. Sınıf Öğrenci (Örneklem)	4. Sınıf Öğrenci (Evren)	Ağırlık	4. Sınıf Öğrenci (Örneklem)
Diş Hekimliği Fakültesi	192	0,03	5	153	0,01	4
Eczacılık Fakültesi	154	0,02	4	145	0,01	4
Edebiyat Fakültesi	1388	0,21	37	2500	0,24	66
Eğitim Fakültesi	885	0,13	23	1163	0,11	31
Fen Fakültesi	574	0,09	15	1186	0,11	31
Güzel Sanatlar Fakültesi	180	0,03	5	411	0,04	11
Hemşirelik Fakültesi	199	0,03	5	214	0,02	6
Hukuk Fakültesi	258	0,04	7	313	0,03	8
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	973	0,15	26	1566	0,15	41
Mühendislik	1061	0,16	28	2029	0,19	53
Sağlık Bilimleri Fakültesi	681	0,10	18	698	0,07	18
Spor Bilimleri Fakültesi	104	0,02	3	107	0,01	3
TOPLAM	6649	1,00	176	10485	1,00	276

3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama amacıyla kullanılan anket formu 3 ana bölüm ve toplamda 96 sorudan oluşmaktadır. Anket formu ana bölümleri:

1- Demografik Bilgi Bölümü: Bu bölümde yer alan sorular ile öğrencilere ait cinsiyet, medeni durum, doğum yeri, aile gelir durumu, öğrenim gördüğü fakülte, bölüm, sınıf vb. bilgiler elde edilmiştir.

2- “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)”: Ölçek Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. “European Health Literacy Survey- HLS-EU (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)” doğrultusunda geliştirilen, toplamda 32 sorudan oluşan TSOY-32’nin güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Sağlık Bakanlığı’na yapılarak Türkiye’ de uygulanmaya başlanmıştır. TSOY-32, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden farklı olarak 3x4’lük bir matris yapı yerine 2x4’lük bir matris yapıda

oluşturulmuştur. Buna göre, ölçek 2 boyut “hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi ve tedavi/hizmet” ile 4 süreç “sağlık bilgisine ulaşma, sağlık bilgisini anlama, sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlık bilgisini uygulama/kullanma” olmak üzere toplam 8 bileşenden oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016). Söz konusu ölçeğin kullanılabilmesi konusunda Sağlık Bakanlığı-Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğünden resmi yazı ile gerekli izin alınmıştır. Ölçeğin alt boyutları, bilgi işleme süreçleri ve bunlara ait soru numaraları Tablo 3’te yer almaktadır. Bu ölçeğin bu araştırma kapsamında güvenilirlik düzeyi Cronbach’s Alpha kullanılarak test edilmiş ve ölçeğin genel güvenilirlik düzeyi 0,913 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarından ‘Tedavi ve Hizmet’ için güvenilirlik düzeyi 0,860 iken ‘Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi’ için güvenilirlik düzeyi 0,858 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. TSOY-32 Ölçeğinin 2x4’lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Ait Madde Numaraları

Sağlık Okuryazarlığı	Bilgiye Ulaşma	Bilgiyi Anlama	Bilgiyi Değerlendirme	Bilgiyi Uygulama
Tedavi ve Hizmet	1,4,5,7	2,8,11,13	3,9,12,15	6,10,14,16
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	18,20,22,27	19,21,23,25	24,26,28,32	17,29,30,31

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016

TSOY-32 de yer alan maddelerin her biri 0 ile 4 arasında puanlama ile (1=çok zor, 2= zor, 3= kolay, 4= çok kolay, 0= fikrim yok) değerlendirilmektedir. Elde edilebilecek toplam puan 0-128 arasında bir değer alır. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puanın 0-50 arası bir puan olacak şekilde aşağıdaki formülde gösterildiği gibi standardize edilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2016);

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

İndeks = Hesaplanan kişiye özgün indeks

Ortalama = Her kişi için cevaplandırılan her maddenin ortalaması

1 = Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin en düşük 0 olmasına neden olur)

3 = Ortalamanın dağılım aralığı

50 = Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Bu formülde indeks, bireye özgün hesaplanan indeksi, ortalama ise bir bireyin cevap verdiği her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığı düzeyini ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyini göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen indeks puanına göre dört kategoride sınıflandırılmıştır. Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0 - 24,99)	puan	: yetersiz sağlık okuryazarlığı
(25 - 32,99)	puan	: sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı
(33 - 41,99)	puan	: yeterli sağlık okuryazarlığı
(42- 50)	puan	: mükemmel sağlık okuryazarlığı

şeklinde tanımlanmaktadır. Matris bileşenleri için indeks puanı hesaplaması, söz konusu soruların en az %80'inin cevaplandığı durumlar için yapılmıştır (Pelikan vd. 2012, Sağlık Bakanlığı 2016).

3- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II: Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen ölçeğin ilk çıkarılan versiyonu 48 madde ve 6 faktörden oluşmaktadır. Söz konusu ölçek 1996 yılında araştırmacılar tarafından tekrar revize edilmiş ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” şeklinde adlandırılmıştır (Walker vd., 1987). Revize edilen yeni ölçek 52 soru ve 6 faktörden oluşmaktadır. Bunlar; beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim ve stres yönetimidir. Ölçek, Bahar ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye çevirisi yapılmış olup geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır (Bahar vd., 2008). Söz konusu ölçeğin kullanılabilmesi konusunda yazarlardan gerekli izin alınmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan bu ölçeğe ait genel güvenilirlik düzeyi ise 0,909 olarak bulunmuştur.

3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırma, 03 Ocak - 25 Mart 2019 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi bünyesindeki Sıhhiye ve Beytepe Kampüslerinde lisans düzeyinde eğitim veren 12 fakültenin 1. ve 4. sınıf öğrencileri arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulama sürecinde öğrencilere çalışmanın amacı kısaca açıklandıktan sonra kendilerine anket ve içerik konusunda bilgi aktarılmış, kırtasiye malzemesi (silgi, kalem) desteği sağlanarak gözlem altında anket formunu

doldurmaları sağlanmıştır. Örneklem seçim kriterlerine göre belirlenen 452 öğrenciye ulaşılmıştır.

3.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences) programına girilmiş, araştırma kapsamında verisi toplanan değişkenlerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde istatistiklerinin yanında ortalama ve standart sapma bilgilerinden faydalanılmıştır. Sürekli verilerin için normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk ve Varyansların Homojenliği testleri kullanılarak test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk testleri sonucunda değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ve araştırma hipotezlerinin test edilmesinde İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi testleri kullanılmış, Pearson Korelasyon ve Regresyon analizleri yapılmıştır.

3.8. VARSAYIMLAR (SAYILTILAR)

Çalışmaya katılan öğrencilerin anket sorularına içten ve doğru cevap verdikleri bu çalışmanın temel varsayımıdır.

3.9. SINIRLILIKLAR

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi bünyesindeki lisans düzeyinde öğrenim gören öğrenciler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Kesitsel tipte bir saha araştırması sonucunda elde edilen bilgilerin tüm Türkiye'ye genellemesi söz konusu değildir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, katılımcılara ait demografik, sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgilerine, sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye yönelik gerçekleştirilen analizlere yer verilmiştir.

4.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyet, medeni durum, eğitim görülen fakülte, eğitim görülen kampüs, aile gelir durumu gibi bazı demografik özellikleri ve sağlıkla ilişkili bazı özellikleri hakkındaki bilgiler bu bölümde yer alan tablolarda yer verilmiştir:

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Demografik Özelliklerinin Sıklık Dağılımı

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Erkek	162	35,84
	Kadın	290	64,16
Medeni Durum	Evli	4	0,88
	Bekâr	448	99,12
Eğitim Durumu (Lisans)	1. Sınıf	176	39,94
	4. Sınıf	276	61,06
Eğitim Görülen Fakülte	Diş Hekimliği	9	1,99
	Eczacılık	8	1,77
	Edebiyat	103	22,79
	Eğitim	54	11,95
	Fen	46	10,18
	Güzel Sanatlar	16	3,54
	Hemşirelik	11	2,43
	Hukuk	15	3,32
	İktisadi ve İdari Bilimler	67	14,82
	Mühendislik	81	17,92
Eğitim Görülen Kampüs	Sıhhiye Kampüsü	64	14,16
	Beytepe Kampüsü	388	85,84
Aile Gelir Durumu	Gelir Giderden Fazla	111	24,56
	Gelir Gidere Eşit	253	55,97
	Gelir Giderden Az	88	19,47

Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğu *Kadın* (%64,16); *Bekâr* (%99,12); *4. Sınıf* (%61,6) olup *Edebiyat Fakültesinde* (%22,79) ve *Beytepe Kampüsünde* (%85,84) öğrenim görmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%55,97) aile gelir durumları konusunda, *Gelir Gidere Eşit* cevabını vermiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerinin Sıklık Dağılımı

Değişkenler		n	%
Beden Kitle İndeksi (BKİ) Sınıflandırması	Zayıf	44	9,73
	Normal	316	69,91
	Fazla Kilolu	72	15,93
	Obez (Şişman)	20	4,43
Sigara Kullanım Durumları	Hergün Kullanıyor	95	21,02
	Ara Sıra Kullanıyor	71	15,71
	Kullanmıyor	286	63,27
Alkol Kullanım Durumları	Hergün Kullanıyor	9	1,99
	Ara Sıra Kullanıyor	210	46,46
	Kullanmıyor	233	51,55

Katılımcıların çoğunluğu *normal* (%69,91) kiloda yer almaktadır. Sigara ve alkol kullanım durumları konusunda öğrencilerin çoğunluğu *sigara* (%63,27) ve *alkol* (%51,55) *kullanmadıklarını* ifade etmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Boy, Kilo ve BKİ Özellikleri

	Cinsiyet	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss
Boy (cm)	Erkek	162	163	195	178,19	6,06
	Kadın	290	149	186	164,85	6,65
	Genel	452	149	195	169,63	9,08
Kilo (kg)	Erkek	162	52	124	77,22	12,39
	Kadın	290	40	93	58,45	8,98
	Genel	452	40	124	65,18	13,70
BKİ (kg/m²)	Erkek	162	17,09	36,23	24,31	3,62
	Kadın	290	15,92	33,06	21,50	2,99
	Genel	452	15,92	36,23	22,51	3,50

Araştırmaya katılan erkek öğrencilerin boy ortalaması 178,19±6,06 cm; kilo ortalaması 77,22±12,39 kg iken kadın öğrencilerin boy ortalaması 164,85±6,65 cm; kilo ortalaması

58,45±8,98 kg'dır. Erkeklerin BKİ ortalamasının kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcılara ait genel BKİ ortalamasına bakıldığında ise, genel olarak normal kilolu grubunda yer aldıkları görülmektedir (18,50< 22,51< 25) (Tablo 6).

4.2. KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖZELLİKLERİ

4.2.1. TSOY-32 Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımı

Katılımcıların TSOY-32 ölçeğine verdikleri cevaplara ilişkin frekans dağılımı aşağıdaki tabloda yer almaktadır:

Tablo 7. Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Madde Dağılımı Yanıt Yüzdeleri

	Maddenin İçeriği	1- Çok Kolay	2- Kolay	3- Zor	4- Çok Zor	5- Fikrim Yok
1	“Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak”	19,9	58,8	17,3	3,3	0,7
2	“Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak”	22,6	54,9	17,5	3,3	1,8
3	“Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek”	16,8	47,3	25,9	6,6	3,3
4	“Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak”	33,6	42,7	18,1	5,3	0,2
5	“Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak”	42,0	41,2	12,8	3,8	0,2
6	“Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak”	46,2	37,6	10,6	5,3	0,2
7	“Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak”	24,8	55,2	17,5	3,8	1,8
8	“Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak”	23,5	50,9	20,8	4,4	0,4
9	“Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek”	16,6	45,4	29,9	6,2	2,0
10	“Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak”	44,7	44,2	8,8	1,8	0,4
11	“İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak”	41,2	43,8	10,2	4,2	0,7
12	“Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek”	20,6	41,8	27,4	6,0	4,2

Tablo 7. Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Madde Dağılımı Yanıt Yüzdeleri (Devam Ediyor)

Maddenin İçeriği		1- Çok Kolay	2- Kolay	3- Zor	4- Çok Zor	5- Fikrim Yok
13	“Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak”	29,0	52,9	12,4	2,2	3,5
14	“Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak”	26,5	37,4	27,0	6,4	2,7
15	“Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek”	14,6	34,5	36,9	10,8	3,1
16	“Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak”	32,5	46,9	13,5	2,9	4,2
17	“Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak”	17,9	39,6	32,3	7,3	2,9
18	“Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili bilgiyi araştırıp bulmak”	29,6	51,8	12,2	2,7	3,8
19	“Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili sağlık uyarılarını anlamak”	30,5	53,3	10,8	2,7	2,7
20	“Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak”	34,5	50,2	10,8	2,4	2,0
21	“Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak”	36,3	49,3	8,8	2,7	2,9
22	“Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak”	21,7	48,7	22,6	3,3	3,8
23	“İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak”	30,8	47,3	16,2	3,8	2,0
24	“İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek”	19,5	27,7	31,4	18,6	2,9
25	“Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak”	17,0	35,4	32,1	12,8	2,7
26	“Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek”	21,9	50,2	20,1	5,3	2,4
27	“Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak”	17,5	44,9	27,7	6,0	4,0
28	“Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek”	36,7	48,9	11,3	2,7	0,4
29	“Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek”	20,6	27,0	32,3	17,5	2,7
30	“Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek”	11,5	25,9	38,9	16,2	7,5

Tablo 7. Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Madde Dağılımı Yanıt Yüzdeleri (Devam Ediyor)

Maddenin İçeriği		1- Çok Kolay	2- Kolay	3- Zor	4- Çok Zor	5- Fikrim Yok
31	“Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak”	20,6	46,7	23,7	7,1	2,0
32	“Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak”	10,2	30,5	36,9	11,9	10,4

Katılımcıların çoğunluğunun, toplamda 32 sorudan oluşan sağlık okuryazarlığı ölçeğinin 24 sorusuna “*Kolay*”, 5 sorusuna “*Zor*” ve 3 sorusuna “*Çok Kolay*” yanıtını verdiği görülmektedir.

“*Fikrim Yok*” cevaplarına ait yüzdelerin genel ortalaması %2,6 olup, 32. soru olan “*Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak*” sorusunda en yüksek değerine (%10,4) ulaşmıştır.

“*Çok Zor*” cevaplarına ait yüzdelerin genel ortalaması %6,2 olup, 24. soru olan “*İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek*” sorusunda en yüksek değerine (%18,6) ulaşmıştır.

“*Zor*” cevaplarına ait yüzdelerin genel ortalaması %21,9 olup, 30. soru olan “*Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek*” sorusunda en yüksek değerine (%38,9) ulaşmıştır.

“*Kolay*” cevaplarına ait yüzdelerin genel ortalaması %44,2 olup, 1. soru olan “*Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak*” sorusunda en yüksek değerine (%58,8) ulaşmıştır.

“*Çok Kolay*” cevaplarına ait yüzdelerin genel ortalaması %26 olup, 6. soru olan “*Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak*” sorusunda en yüksek değerine (%46,2) ulaşmıştır (Tablo 7).

4.2.2. Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı Özellikleri

Katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık okuryazarlığı indeks puanı, sağlık okuryazarlığı alt boyut ve bilgi işlem süreçleri, maksimum-minimum değerlerine dair bilgiler aşağıda yer alan tablolarda sunulmuştur:

Tablo 8. Alt Boyut ve Bilgi İşleme Süreçlerine Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Sıklık Dağılımları

		Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				
		Yetersiz	Sorunlu/Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
Alt Boyutlar	Tedavi ve Hizmet	n	103	138	151	60
		%	22,8	30,5	33,4	13,3
	Hastalıktan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi	n	149	156	108	39
		%	33,0	34,5	23,9	8,6
Bilgi İşleme Süreçleri	Bilgiye Erişim	n	92	116	180	64
		%	20,4	25,7	39,8	14,2
	Bilgiyi Anlama	n	100	108	164	80
		%	22,1	23,9	36,3	17,7
Bilgiyi Değerlendirme	n	204	105	120	23	
	%	45,1	23,2	26,5	5,1	
Bilgiyi Uygulama	n	157	114	144	37	
	%	34,7	25,2	31,9	8,2	

Alt boyutlar arası karşılaştırma yapıldığında; *Yetersiz* düzey sağlık okuryazarlığının en yüksek oranla (%33,0) “Hastalıktan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutunda olduğu görülmektedir. Öğrencilerin çoğunluğu “Tedavi ve Hizmet” alt boyutunda *Yeterli* (%33,4); “Hastalıktan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutunda ise *Sorunlu-Sınırlı* (%34,5) düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir (Tablo 8).

Bilgi işlem süreçlerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerine bakıldığında, öğrencilerin çoğunluğu “Bilgiye Erişimde” *Yeterli* (%39,8); “Bilgiyi Anlamada” *Yeterli* (36,3);

“Bilgiyi Değerlendirmede” *Yetersiz* (%45,1) ve “Bilgiyi Uygulamada” *Yetersiz* (%34,7) düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 9. Öğrencilerin Genel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Sıklık Dağılımları

	n	%
Yetersiz	121	26,8
Sorunlu/Sınırlı	160	35,4
Yeterli	125	27,7
Mükemmel	46	10,2

Sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamalarına göre öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri kategorize edilmiştir. Bu sonuçlara göre öğrencilerin çoğunluğunun *Sorunlu-Sınırlı* (%35,4) düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 10. Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Puanlarına Ait Bazı Tanımlayıcı İstatistikler

	Genel İndeks	Tedavi ve Hizmet	Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkın İyileştirilmesi	
Ortalama	30,76	32,37	29,15	
Ortanca	30,73	32,29	29,17	
Varyans	63,79	69,66	81,52	
Standart Sapma	7,99	8,35	9,03	
Minimum	10,42	11,46	4,17	
Maksimum	47,92	50,00	48,96	
	Bilgiye Erişme	Bilgiyi Anlama	Bilgiyi Değerlendirme	Bilgiyi Uygulama
Ortalama	32,80	32,92	27,38	29,94
Ortanca	33,33	33,33	27,08	29,17
Varyans	79,43	87,62	88,02	79,18
Standart Sapma	8,91	9,36	9,37	8,89
Minimum	4,17	6,25	4,17	4,17
Maksimum	50,00	50,00	50,00	50,00

Öğrencilerin TSOY-32 genel indeks puanı ortalaması $30,76 \pm 7,99$ olarak hesaplanmıştır. Kategori edilmiş sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre bakıldığında bu rakam *Sorunlu-Sınırlı* sağlık okuryazarlığı düzeyine denk gelmektedir. Ölçeğin alt boyutlarına yönelik indeks ortalamalarına bakıldığında ise “tedavi ve hizmet” alt boyutu indeks puanının ($32,37 \pm 8,35$) “hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi” alt boyutu indeks puanına ($29,15 \pm 9,03$) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 10).

Bilgi işleme süreçleri açısından ortalama indeks puanlarına bakıldığında, “bilgiye erişme” sürecinin $32,80 \pm 8,91$, “bilgiyi anlama” sürecinin $32,92 \pm 9,36$, “bilgiyi değerlendirme” $27,38 \pm 9,37$ ve “bilgiyi uygulama” sürecinin $29,94 \pm 8,89$ indeks puanı ortalamasının olduğu görülmektedir (Tablo 10).

4.2.3. Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Çeşitli Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Cinsiyet, eğitim görülen fakülte, eğitim görülen sınıf (1. ve 4. Sınıf), aile gelir durumu, BKİ sınıflandırması gibi demografik özelliklere göre öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı indeks puanlarına ilişkin yapılan analizler aşağıdaki tablolarda yer almaktadır:

Tablo 11. Cinsiyete Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sıklık Dağılımı

Cinsiyet	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi					
	Yetersiz	Sorunlu/ Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	Toplam	
Erkek	n	50	62	35	15	162
	%	30,9	38,3	21,6	9,3	35,8
	Ort.	20,57	29,33	37,11	44,20	29,68
Kadın	n	71	98	90	31	290
	%	24,5	33,8	31,0	10,7	64,2
	Ort.	21,17	29,41	36,90	44,75	31,36
Toplam	n	121	160	125	46	452
	%	26,8	35,4	27,7	10,2	100,0
	Ort.	20,92	29,38	36,96	44,59	30,76

Her iki cinsiyette de çoğunluğun *Sorunlu/Sınırlı* düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmektedir. Kadın öğrencilerde %31,0 olan *Yeterli* düzey sağlık okuryazarlığı oranı erkek öğrencilerde %21,6 olarak tespit edilmiştir. *Mükemmel* düzey sağlık okuryazarlığının her iki cinsiyette de en az orana sahip olduğu göze çarpmaktadır (Tablo 11).

Tablo 12. Cinsiyete Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanının İncelenmesi

Cinsiyet	Öğrenci SOY İndeks Puanı			t	p
	n	Ortalama	SS		
Erkek	162	29,68	8,11	- 2,149	0,032
Kadın	290	31,36	7,86		

Öğrencilerin cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı indeks puanları incelenmiş olup erkeklerde $29,68 \pm 8,11$ ve kadınlarda $31,36 \pm 7,86$ değerleri elde edilmiştir. Erkek ile Kadın öğrencilerin sağlık okuryazarlığı indeks puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t = -2,149$; $p = 0,032$). Bundan dolayı "*H1: Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı indeks puanları cinsiyete göre farklılık göstermektedir*" araştırma hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 13. Eğitim Görülen Sınıfa Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sıklık Dağılımı

Eğitim Görülen Sınıf	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi					
	Yetersiz	Sorunlu/Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	Toplam	
1. Sınıf	n	54	66	47	9	176
	%	30,7	37,5	26,7	5,1	38,9
	Ort.	23,21	29,78	35,70	42,94	26,66
4. Sınıf	n	67	94	78	37	276
	%	24,3	34,1	28,3	13,4	61,1
	Ort.	23,73	30,16	36,18	43,66	31,46
Toplam	n	121	160	125	46	452
	%	26,8	35,4	27,7	10,2	100,0
	Ort.	20,92	29,38	36,96	44,59	30,76

Her iki eğitim sınıfında da çoğunluğun *Sorunlu/Sınırlı* düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmektedir. 1. sınıf öğrencilerde %26,7 olan *Yeterli* düzey sağlık okuryazarlığı oranı 4. sınıf öğrencilerde %28,3 olarak tespit edilmiştir. 4. sınıf öğrencilerde ki *Mükemmel* düzey sağlık okuryazarlığı oranının, 1. sınıf öğrencilere ait orana göre yaklaşık 2,5 kat daha fazla olduğu göze çarpmaktadır (Tablo 13).

Tablo 14. Eğitim Görülen Sınıfa Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanının İncelenmesi

Eğitim Görülen Sınıf	Öğrenci SOY İndeks Puanı				
	n	Ortalama	SS	t	p
1. Sınıf	176	29,66	7,57	- 2,349	0,019
4. Sınıf	276	31,46	8,18		

Öğrencilerin eğitim gördükleri sınıfa göre sağlık okuryazarlığı indeks puanları incelenmiş olup 1. sınıf öğrencilerde $29,66 \pm 7,57$, 4. sınıf öğrencilerde ise $31,46 \pm 8,18$ değerleri elde edilmiştir. Sonuç olarak 1. ve 4. sınıf öğrencilerin sağlık okuryazarlığı indeks puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($t = -2,349$; $p = 0,019$). Bu sebeple “*H4: Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı indeks puanları öğrenim sınıflarına (1. ve 4. sınıf) göre farklılık göstermektedir*” araştırma hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 14).

Tablo 15. Aile Gelir Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sıklık Dağılımı

Aile Gelir Durumu	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi					
		Yetersiz	Sorunlu/Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	Toplam
Gelir Giderden Fazla	n	31	41	27	12	111
	%	27,9	36,9	24,3	10,8	24,6
	Ort.	21,35	29,18	36,61	44,49	30,46
Gelir Gidere Eşit	n	55	99	73	26	253
	%	21,7	39,1	28,9	10,3	56,0
	Ort.	20,79	29,45	37,11	44,43	31,32
Gelir Giderden Az	n	35	20	25	8	88
	%	39,8	22,7	28,4	9,1	19,5
	Ort.	20,76	29,43	36,92	45,25	29,55
Toplam	n	121	160	125	46	452
	%	26,8	35,4	27,7	10,2	100,0
	Ort.	20,92	29,38	36,96	44,59	30,76

Aile gelir durumuna “Gelir Giderden Az” yanıtını veren öğrencilerin çoğunluğu *Yetersiz* (%39,8) düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları görülmektedir. “Gelir Giderden Fazla” ve “Gelir Gidere Eşit” cevabını öğrencilerin çoğunluğu *Sorunlu/Sınırlı* düzeyde sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir (Tablo 15).

Tablo 16. Aile Gelir Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanının İncelenmesi

Aile Gelir Durumu	Öğrenci SOY İndeks Puanı				
	n	Ortalama	SS	F	p
Gelir Giderden Fazla	111	30,46	7,86		
Gelir Gidere Eşit	253	31,32	7,71	1,716	0,181
Gelir Giderden Az	88	29,55	8,82		

Aile gelir durumuna göre *gelir giderden az* cevabını veren öğrencilerin en düşük sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Öğrencilerin “Aile Gelir Durumu” kategorilerine göre sağlık okuryazarlığı indeks puanları incelenmiş olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın bulunmadığı tespit edilmiştir ($F=1,716$; $p=0,181$). Bu sebeple “*H2: Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı indeks puanları aile gelir düzeylerine göre farklılık göstermektedir*” araştırma hipotezi reddedilmiştir (Tablo 16).

Tablo 17. Fakülteleere Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sıklık Dağılımı

Fakülte	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi					
		Yetersiz	Sorunlu/ Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	Toplam
Sağlık Alanında	n	6	19	32	7	64
	%	9,4	29,7	50,0	10,9	14,2
	Ort.	19,97	29,61	37,11	44,12	34,04
Sağlık Alanında Olmayan	n	115	141	93	39	388
	%	29,6	36,3	24,0	10,1	85,8
	Ort.	20,97	29,35	36,91	44,67	30,22
Toplam	n	121	160	125	46	452
	%	26,8	35,4	27,7	10,2	100,0
	Ort.	20,92	29,38	36,96	44,59	30,76

Sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin büyük çoğunluğunun *Yeterli* (%50,0) düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları tespit edilmiştir. Sağlık alanı haricinde öğrenim gören öğrencilerinde ise büyük çoğunluğun *Sorunlu/Sınırlı* (%36,3) düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları görülmektedir (Tablo 17).

Tablo 18. Fakülteleere Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanının İncelenmesi

Fakülte	Öğrenci SOY İndeks Puanı				
	n	Ortalama	SS	t	p
Sağlık Alanında	64	34,04	6,81	3,594	< 0,001
Sağlık Alanında Olmayan	388	30,22	8,04		

Öğrenciler, öğrenim gördükleri fakültelere göre sağlık okuryazarlığı indeks puanları incelenmiş olup sağlık alanında öğrenim görenlerde $34,04 \pm 6,81$, sağlık alanı dışında öğrenim görenlerde $30,22 \pm 8,04$ ortalamaları elde edilmiştir. Yapılan analizde, öğrencilerin öğrenim gördükleri fakülte sınıflandırmasına göre sağlık okuryazarlığı indeks puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t= 3,594$; $p < 0,001$). Bundan dolayı “*H3: Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı indeks puanları öğrenim gördükleri fakültelere göre farklılık göstermektedir*” araştırma hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. BKİ Sınıflandırmasına Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sıklık Dağılımı

BKİ Sınıflandırması	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi					Toplam
	Yetersiz	Sorunlu/Sınırlı	Yeterli	Mükemmel		
Zayıf	n	12	14	11	7	44
	%	27,3	31,8	25,0	15,9	100,0
	Ort.	22,40	29,50	38,12	45,09	32,20
Normal	n	79	117	88	32	316
	%	25,0	37,0	27,8	10,1	100,0
	Ort.	20,89	29,32	36,95	44,69	30,89
Fazla Kilolu	n	27	20	20	5	72
	%	37,5	27,8	27,8	6,9	100,0
	Ort.	20,27	29,64	36,88	43,96	29,13
Obez (Şişman)	n	3	9	6	2	20
	%	15,0	45,0	30,0	10,0	100,0
	Ort.	21,86	29,34	35,33	42,71	31,35
Toplam	n	121	160	125	46	452
	%	26,8	35,4	27,7	10,2	100,0
	Ort.	20,92	29,38	36,96	44,59	30,76

BKİ Sınıflandırması göre “Zayıf”, “Normal” ve “Obez (Şişman)” kategorisinde yer alan öğrencilerin çoğunluğunun *Sorunlu/Sınırlı* düzeyde sağlık okuryazarlığı düzeyine, “Fazla Kilolu” kategorisinde yer alan öğrencilerin çoğunluğunun ise *Yetersiz* (%39,8) düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları görülmektedir. Normal ve Fazla Kilolu grubundaki

öğrencilere ait *Yeterli* düzey sağlık okuryazarlığı oranları (%27,8) birbirine eşit çıkmıştır (Tablo 19).

Tablo 20. BKİ Sınıflandırmasına Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanının İncelenmesi

BKİ Sınıflandırması	Öğrenci SOY İndeks Puanı			F	p
	n	Ortalama	SS		
Zayıf	44	32,20	8,34	1,546	0,202
Normal	316	30,89	7,91		
Fazla Kilolu	72	29,13	8,40		
Obez (Şişman)	20	31,35	6,26		

SOY indeks puanı ortalaması en yüksek ortalamaya (32,20) *Zayıf* kategorisinde yer alan öğrenciler olurken en düşük ortalamaya (29,13) *Fazla Kilolu* kategorisinde yer alan öğrencilerin olduğu görülmektedir. Öğrenciler BKİ sınıflandırmasına göre sağlık okuryazarlığı indeks puanları incelenmiş olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F= 1,5466; p= 0,202).

Tablo 21. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Öğrencilerin Sigara Kullanım Durumlarının İncelenmesi

		Sigara Kullanım Durumu				Toplam
		Her Gün Kullanıyor	Ara Sıra Kullanıyor	Kullanmıyor		
Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	Yetersiz	n	37	12	72	121
		%	30,6	9,9	59,5	100,0
	Sorunlu/Kısıtlı	n	34	30	96	160
		%	21,3	18,8	60,0	100,0
	Yeterli	n	15	20	90	125
		%	12,0	16,0	72,0	100,0
	Mükemmel	n	9	9	28	46
		%	21,0	15,7	63,3	100,0

Sağlık okuryazarlığı düzeyi “Yetersiz” olan öğrencilerdeki her gün sigara kullananların oranı %30,6 iken “Yeterli” düzeye sahip olan öğrencilerde ki bu oranın %12 olduğu görülmektedir (Tablo 28).

Tablo 22. Sigara Kullanım Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanının İncelenmesi

Sigara Kullanım Durumu	Öğrenci SOY İndeks Puanı				
	n	Ortalama	SS	F	p
Her Gün Kullanıyor	95	28,61	8,06		
Ara Sıra Kullanıyor	71	31,69	7,71	4,505	0,012
Kullanmıyor	286	31,24	7,94		

Sigara kullanım durumuna göre *her gün kullanıyor* cevabını veren öğrencilerin en düşük sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Öğrencilerin “Sigara Kullanım Durumu” kategorilerine göre sağlık okuryazarlığı indeks puanları incelenmiş olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir (F= 4,505; p= 0,012).

4.3. KATILIMCILARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde, araştırmaya katılan öğrencilerin SYBD ölçeğine verdikleri cevaplarına, SYBD puanlarına yönelik tanımlayıcı istatistiklerine ve bazı demografik özelliklere göre SYBD puanlarına yer verilmiştir.

4.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımı

Katılımcıların SYBD ölçeğine verdikleri cevaplara ilişkin frekans dağılımı Tablo 21’de yer almaktadır:

Tablo 23. Öğrencilerin SYBD Ölçeği Madde Dağılımı Yanıt Yüzdeleri

	Maddenin İçeriği	1- Hiçbir Zaman	2- Bazen	3- Sık Sık	4- Düzenli Olarak
1	“Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım”	2,9	40,7	40,0	16,4
2	“Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim”	23,5	47,8	23,7	5,1
3	“Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım”	4,2	42,9	38,3	14,6
4	“Düzenli bir egzersiz programı yaparım”	29,4	47,3	15,7	7,5
5	“Yeterince uyurum”	13,5	38,7	34,5	13,3
6	“Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim”	4,2	46,2	35,4	14,2
7	“İnsanları başarıları için takdir ederim”	2,2	13,3	47,1	37,4
8	“Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım”	31,9	43,1	16,6	8,4
9	“Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum”	44,9	41,4	11,1	2,7
10	“Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)”	21,7	41,4	19,9	17
11	“Her gün rahatlamak için zaman ayırırım”	11,1	44,2	25,2	19,5
12	“Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım”	10,6	20,8	31,9	36,7
13	“İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm”	2,7	27,9	50,2	19,2
14	“Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim”	38,5	42,3	15,7	3,5
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	8,8	44,2	38,1	8,8
16	“Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla)yürürüm”	17,9	38,5	23,9	19,7
17	“Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim”	13,7	46,7	27,9	11,7
18	“Geleceğe umutla bakarım”	9,5	34,3	34,3	21,9
19	“Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım”	2,7	19,7	46,9	30,8
20	“Her gün 2-4 öğün meyve yerim”	23,7	54,2	15,5	6,6
21	“Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım”	19,7	50,9	24,1	5,3
22	“Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım”	28,5	44,0	17,7	9,7
23	“Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm”	12,2	43,4	28,3	16,2

Tablo 23. Öğrencilerin SYBD Ölçeği Madde Dağılımı Yanıt Yüzdeleri (Devam Ediyor)

Maddenin İçeriği		1- Hiçbir Zaman	2- Bazen	3- Sık Sık	4- Düzenli Olarak
24	“Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim”	6,9	32,1	43,8	17,3
25	“Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır”	5,5	32,7	38,7	23,0
26	“Her gün 3-5 öğün sebze yerim”	24,1	53,1	16,8	6,0
27	“Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım”	8,0	39,4	40,3	12,4
28	“Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım”	13,1	44,7	27,7	14,6
29	“Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım”	43,4	40,7	8,0	8,0
30	“Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım”	14,8	50,9	25,9	8,4
31	“Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum”	4,6	25,0	44,9	25,4
32	“Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim”	5,8	20,4	31,9	42,0
33	“Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim”	32,5	44,7	17,3	5,5
34	“Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)”	10,0	31,0	32,5	26,5
35	“İş ve eğlence zamanımı dengelerim”	10,6	44,9	33,8	10,6
36	“Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum”	16,6	54,9	23,0	5,5
37	“Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım”	16,2	42,9	27,9	13,1
38	“Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim”	18,1	49,6	22,3	10,0
39	“Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım”	25,7	51,5	18,1	4,6
40	“Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim”	37,2	36,1	19,9	6,9
41	“Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım”	26,8	45,8	17,9	9,5
42	“Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım”	4,4	16,6	44,2	34,7
43	“Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım”	13,7	40,9	32,3	13,1
44	“Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum”	20,4	40,5	21,0	18,1
45	“Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım”	57,7	31,2	7,5	3,5

Tablo 23. Öğrencilerin SYBD Ölçeği Madde Dağılımı Yanıt Yüzdeleri (Devam Ediyor)

Maddenin İçeriği		1- Hiçbir Zaman	2- Bazen	3- Sık Sık	4- Düzenli Olarak
46	“Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım”	34,7	40,5	16,6	8,2
47	“Yorulmaktan kendimi korurum”	24,8	47,6	21,9	5,8
48	“İlahi bir gücün varlığına inanırım”	13,7	14,2	22,1	50,0
49	“Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim”	1,8	22,3	44,9	31,0
50	“Kahvaltı yaparım”	6,4	27,9	25,9	39,8
51	“Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım”	9,5	37,8	34,5	18,1
52	“Yeni deneyimlere ve durumlara açığım”	2,2	17,0	39,8	40,9

Öğrencilerin çoğunluğunun, toplamda 52 sorudan oluşan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin 32 sorusuna “*Bazen*”, 11 sorusuna “*Sık Sık*”, 5 sorusuna “*Düzenli Olarak*” ve 4 sorusuna “*Hiçbir Zaman*” yanıtını verdikleri görülmektedir.

“*Hiçbir Zaman*” cevaplarına ait yüzdelerin genel ortalaması %17,1 olup, 45. soru olan “*Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım*” sorusunda en yüksek değerine (%57,7) ulaşmıştır.

“*Bazen*” cevaplarına ait yüzdelerin genel ortalaması %38,3 olup, 36. soru olan “*Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum*” sorusunda en yüksek değerine (%54,9) ulaşmıştır.

“*Sık Sık*” cevaplarına ait yüzdelerin genel ortalaması %28,1 olup, 13. soru olan “*İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm*” sorusunda en yüksek değerine (%50,2) ulaşmıştır.

“*Düzenli Olarak*” cevaplarına ait yüzdelerin genel ortalaması %16,5 olup, 48. soru olan “*İlahi bir gücün varlığına inanırım*” sorusunda en yüksek değerine (%50,0) ulaşmıştır (Tablo 21).

4.3.2. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Özellikleri

Öğrencilerin, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II” ölçeğine ve alt boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin bazı tanımlayıcı istatistikler aşağıdaki tabloda yer almaktadır:

Tablo 24. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarına Ait Bazı Tanımlayıcı İstatistikler

Alt Boyutlar ve SYBD Ölçeği	Soru Adedi	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Sağlık Sorumluluğu	9	19,69	4,41	9	34
Fiziksel Aktivite	8	17,38	5,15	8	31
Beslenme	9	20,10	4,11	9	33
Manevi Gelişim	9	25,40	4,79	11	36
Kişilerarası İlişkiler	9	25,58	4,54	10	36
Stres Yönetimi	8	18,78	3,67	8	32
SYBD Ölçeği	52	126,94	18,92	71	187

Öğrencilerin “*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II*” toplam puan ortalaması $126,94 \pm 18,92$ olarak bulunmuştur. Öğrencilerin minimum 71 ve maksimum 187 puan elde ettikleri görülmektedir. Öğrencilerin genel olarak *Fiziksel Aktivite* puanları (17,38) en düşük ortalamaya sahipken *Kişiler Arası İlişkiler* ve *Manevi Gelişim* puanlarının (25,58 ve 25,40) en yüksek iki ortalamaya sahip alt boyutlar olduğu görülmektedir (Tablo 22).

4.3.3. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Bazı Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Cinsiyet, eğitim görülen fakülte, eğitim görülen sınıf (1. ve 4. Sınıf), aile gelir durumu, BKİ sınıflandırması ve sigara kullanım durumu özelliklere göre öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarına ilişkin yapılan analizler aşağıdaki tablolarda yer almaktadır:

Tablo 25. Cinsiyete Göre Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının İncelenmesi

Cinsiyet	Öğrenci SYBD Ölçeği Puanı				
	n	Ortalama	SS	t	p
Erkek	162	124,86	19,65	- 1,752	0,080
Kadın	290	128,10	18,44		

Cinsiyete göre öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi puanları incelenmiş olup erkeklerde $124,86 \pm 19,65$, kadınlarda $128,10 \pm 18,44$ değerleri elde edilmiştir. Erkek ile Kadın öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($t = -1,752$; $p = 0,080$). Bundan dolayı “*H₅: Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermektedir*” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 26. Eğitim Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının İncelenmesi

Eğitim Görülen Sınıf	Öğrenci SYBD Ölçeği Puanı				
	n	Ortalama	SS	t	p
1. Sınıf	176	125,09	19,19	- 1,668	0,096
4. Sınıf	276	128,12	18,69		

Öğrencilerin eğitim durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi puanları incelenmiş olup *1. sınıf* öğrencilerde $125,09 \pm 19,19$ ve *4. sınıf* öğrencilerde $128,12 \pm 18,69$ değerleri elde edilmiştir. Sonuç olarak 1. ve 4. sınıf öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($t = -1,668$; $p = 0,096$). Bu sebeple “*H₈: Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi öğrenim sınıflarına (1. ve 4. sınıf) göre farklılık göstermektedir*” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 27. Aile Gelir Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının İncelenmesi

Aile Gelir Durumu	Öğrenci SYBD Ölçeği Puanı			F	p
	n	Ortalama	SS		
Gelir Giderden Fazla	111	129,19	18,27		
Gelir Gidere Eşit	253	128,53	18,49	5,876	0,003
Gelir Giderden Az	88	120,81	18,91		

Öğrencilerin “Aile Gelir Durumu” kategorilerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F= 5,876; p= 0,003). Bu farklılığın aile gelir durumu konusunda en düşük ortalamaya sahip olan *Geliri Giderden Az* olan öğrencilerden (120,81±18,91) kaynaklandığı görülmektedir (Tablo 25). Bu sebeple “*H₆: Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi aile gelir düzeylerine farklılık göstermektedir*” araştırma hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 28. Fakülteleere Göre Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının İncelenmesi

Fakülte	Öğrenci SYBD Ölçeği Puanı			t	p
	n	Ortalama	SS		
Sağlık Alanında	64	132,47	18,55		
Sağlık Alanında Olmayan	388	126,03	18,85	2,538	0,011

Öğrenim görülen fakülteleere göre öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi puanları incelenmiş olup *Sağlık Alanında* öğrenim görenlerde 132,47 ± 18,55, *Sağlık Alanı Dışında* öğrenim görenlerde 126,03 ± 18,85 ortalamaları elde edilmiştir. Öğrencilerin öğrenim gördükleri fakülte sınıflandırmasına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın bulunduğu tespit edilmiştir (t= 2,538; p= 0,011). Bundan dolayı “*H₇: Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi*

öğrenim gördükleri fakülterele göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 29. Sigara Kullanım Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının İncelenmesi

Sigara Kullanım Durumu	Öğrenci SYBD Ölçeği Puanı			F	p
	n	Ortalama	SS		
Her Gün Kullanıyor	95	122,79	18,96		
Ara Sıra Kullanıyor	71	126,70	19,95	3,146	0,044
Kullanmıyor	286	128,38	18,51		

Sigara kullanım durumuna göre öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir (F= 3,146; p= 0,044). Bu farklılığın sigara kullanım durumu konusunda en düşük ortalamaya sahip olan *Her Gün Sigara Kullanan* öğrencilerden (122,79±18,96) kaynaklandığı görülmektedir (Tablo 27).

4.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE SAĞLIKLI DAVRANIŞLAR ALIŞKANLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

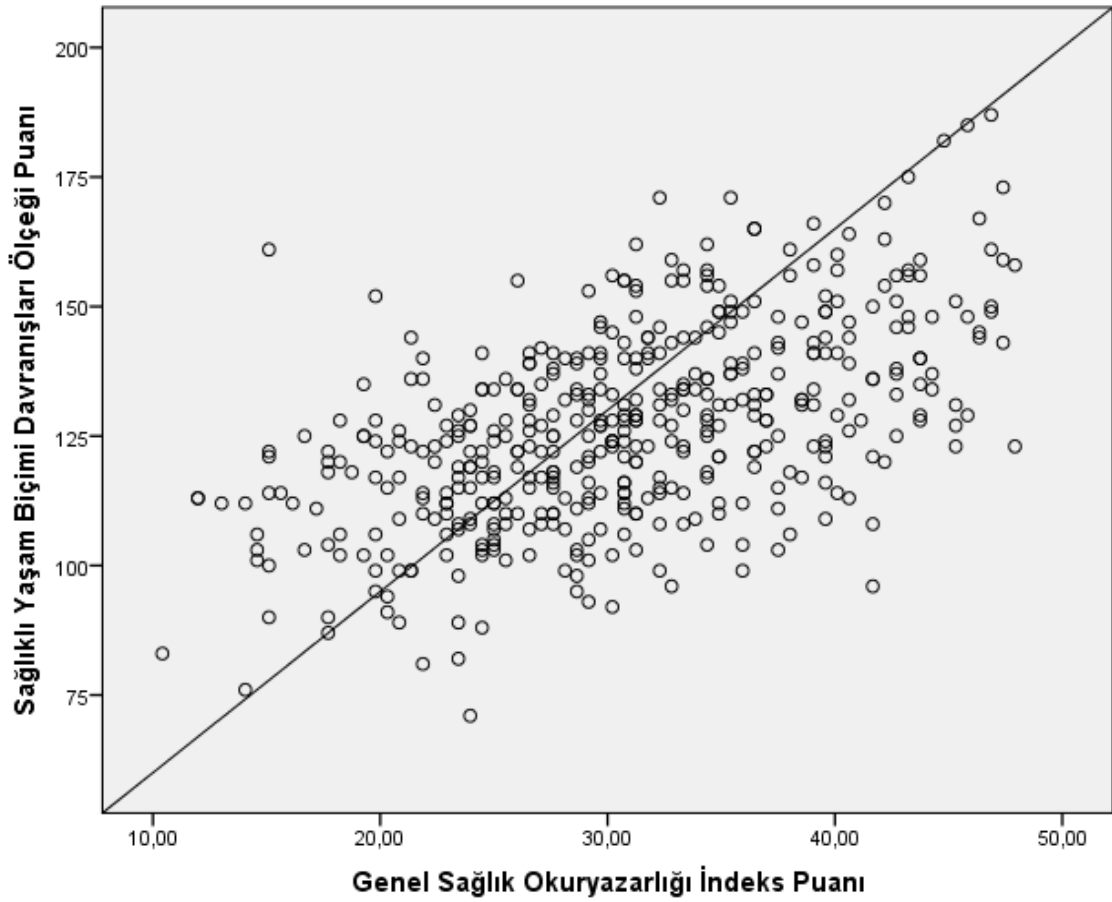
Katılımcıların sağlık okuryazarlığı indeks puanları ile sağlık yaşam biçimi puanları arasındaki ilişkinin ortaya konulabilmesi adına korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırma verileri normal dağılım gösterdiği için “Pearson Korelasyon Analiz Yöntemi” kullanılmıştır (Alpar, 2016).

Tablo 30. Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanı Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Boyutları	Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi		
	n	r	p
Sağlık Sorumluluğu	452	0,482	0,0001
Fiziksel Aktivite	452	0,329	0,0001
Beslenme	452	0,364	0,0001
Manevi Gelişim	452	0,414	0,0001
Kişilerarası İlişkiler	452	0,414	0,0001
Stres Yönetimi	452	0,348	0,0001
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (Genel)	452	0,553	0,0001

Tablo 30’a göre Sağlık Okuryazarlığı ile “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” puanları arasında istatistiksel açıdan orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r= 0,553$; $p= 0,0001$). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutu olan *sağlık sorumluluğu*, *manevi gelişim* ve *kişiler arası ilişkiler* ile genel sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel açıdan orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutu olan *fiziksel*

aktivite, beslenme ve stres yönetimi ile genel sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel yönden zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucu elde edilmiştir. Bunun neticesinde “ H_{10} : Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde olumlu bir etkisi vardır.” araştırma hipotezi kabul edilmiştir.



Grafik 1. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığını İndeks Puanı ile SYBD Ölçeği Puanları Saçılım Grafiği

Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı ile SYBD Ölçeği puanları arasındaki ilişki konusunda saçılım grafiği bu iki ölçeğin genel olarak beraber hareket ettiğini yani aralarında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (Grafik 1).

Tablo 31. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının İncelenmesi

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	Öğrenci SYBD Ölçeği Puanı			F	p
	n	Ortalama	SS		
Yetersiz	121	113,38	15,16	66,526	< 0,001
Sınırlı/Sorunlu	160	125,48	15,51		
Yeterli	125	134,12	16,32		
Mükemmel	46	148,17	16,89		

Öğrencilerin *sağlık okuryazarlığı düzeyine* göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (F= 66,526; p< 0,001). Bu anlamlı farklılık sağlık okuryazarlığı düzeylerinin (yetersiz, sorunlu-sınırlı, yeterli, mükemmel) hepsinin arasında bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasının arttığı görülmektedir. Bu sebeple “*H₀: Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları sağlık okuryazarlığı düzeyine göre farklılık göstermektedir*” araştırma hipotezi kabul edilmiştir. (Tablo 31).

Ayrıca araştırma kapsamında yer alan katılımcıların genel okuryazarlık indeks puanlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının katılımcıların demografik özelliklerinden ne kadar etkilendiği ve sağlık okuryazarlığı indeksinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi yöntemi kullanılarak belirlenmeye çalışılmış ve sonuçlar Tablo 32 ve 33’de verilmiştir:

Tablo 32. Katılımcılara Ait Demografik Faktörlerin Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı Üzerindeki Etkileri

Değişkenler	B	S.H.	t	p
Sabit Sayı	26,268	4,786	5,488	,000
Cinsiyetiniz (Kadın)	,827	,849	,974	,331
Yaş	,035	,178	,199	,842
BKİ Sınıflandırması (Zayıf)	1,392	1,288	1,081	,280
BKİ Sınıflandırması (Fazla Kilolu)	-1,297	1,062	-1,222	,222
BKİ Sınıflandırması (Obez (Şişman))	1,546	1,854	,834	,405
Gelir Durumu (Gelir gidere eşit)	,825	,910	,907	,365
Gelir Durumu (Gelir giderden az)	-1,251	1,135	-1,102	,271
Alkol Kullanımı (Hergün kullanıyor)	-1,306	2,796	-,467	,641
Alkol Kullanımı (Ara sıra kullanıyor)	-,162	,813	-,199	,843
Sigara kullanım durumu (Kullanmıyor)	1,076	,846	1,272	,204
Fakülte Sınıflandırması (Sağlıkla ilgili)	3,542	1,110	3,192	,002

R: 0,235 ; R²: 0,055 ; Durbin_Watson: 1,942 ; F: 2,329 (p < 0,05)

Katılımcılara ait demografik faktörlerden sadece katılımcıların öğrenim gördükleri bölüm veya fakültenin sağlıkla ilgili olması katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanını etkileyen en önemli ve istatistiksel olarak anlamlı değişken olarak bulunmuştur. Alkol ve sigara kullanımı gibi sağlıkla ilgili davranışlar ve diğer demografik faktörlerin sağlık okuryazarlığı indeks puanı üzerindeki etkileri istatistiksel olarak önemli değildir (Tablo 32).

Tablo 33. Katılımcılara Ait Demografik Faktörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları Üzerindeki Etkileri

Değişkenler	B	S.H.	t	p
Sabit Sayı	73,647	9,754	7,550	,000
Cinsiyetiniz (Kadın)	1,031	1,698	,607	,544
Yaş	,337	,355	,948	,344
BKİ Sınıflandırması (Zayıf)	2,478	2,575	,962	,336
BKİ Sınıflandırması (Fazla Kilolu)	-,383	2,124	-,180	,857
BKİ Sınıflandırması (Obez/Şişman)	-,280	3,705	-,076	,940
Gelir Durumu (Gelir gidere eşit)	,589	1,819	,324	,746
Gelir Durumu (Gelir giderden az)	-5,810	1,973	-2,944	,003
Alkol Kullanımı (Hergün kullanıyor)	1,566	5,583	,280	,779
Alkol Kullanımı (Ara sıra kullanıyor)	1,761	1,624	1,084	,279
Sigara kullanım durumu (Kullanmıyor)	3,312	1,692	1,958	,051
Fakülte Sınıflandırması (Sağlıkla ilgili)	1,929	2,241	,861	,390
Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı	1,256	,095	13,198	,000
R: 0,575 ; R ² : 0,330 ; Durbin-Watson: 1,993 ; F: 18,049 (p < 0,000)				

Katılımcılara ait demografik faktörlerin yanı sıra genel sağlık okuryazarlık endeks puanının katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları üzerindeki etkisini ortaya koyan regresyon analizi sonuçlarına (Tablo 33) göre katılımcıların gelir düzeylerinin az olması (giderinden az gelire sahip olmaları) katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarını istatistiksel olarak anlamlı ve olumsuz yönde etkilerken genel sağlık okuryazarlık endeks puanlarının artması katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarını olumlu yönde etkilemekte ve artırmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde genel olarak öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları özellikleri ile sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye yönelik tartışmalara yer verilmiştir.

TSOY-32 ölçeği 2 alt boyut ve 4 bilgi işlem süreci olmak üzere 2x4' lük bir matris yapıya sahiptir. Söz konusu matris 2 boyut (tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ve temelde 4 süreç (sağlık konusundaki bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama/kullanma) olmak üzere toplam 8 bileşenden oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016). Araştırmamıza katılan öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı indeksi toplamda elli (50) puanlık bir ölçek üzerinden hesaplanmakta olup genel ortalaması $30,76 \pm 7,99$ olarak hesaplanmıştır. Sağlık okuryazarlığının bileşenlerinden olan “tedavi ve hizmet” boyutu puanının ($32,37 \pm 8,35$), genel sağlık okuryazarlığı puanına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. “Bilgiyi değerlendirme” ve “bilgiyi uygulama” bilgi işlem süreçlerine ait indeks puanlarının ise (sırasıyla $27,38 \pm 9,37$ ve $29,94 \pm 8,89$), genel sağlık okuryazarlığı indeks puanına göre daha düşük olduğu görülmüştür. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı alanında öncelikli olarak ele alınması gereken indekslerin hastalıktan korunma/sağlığın iyileştirilmesi, sağlık bilgisini uygulama ve sağlık bilgisini değerlendirme olarak ifade edilebilir.

2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından TSOY-32 ölçeği kullanılarak 15 yaş ve üzeri bireylerde gerçekleştirilen bir araştırmaya göre bireylerin genel sağlık okuryazarlığı düzeyi 29,5 olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Türkiye genelinde geniş kapsamlı ilk çalışma özelliği taşıyan, Durusu-Tanrıöver ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada ise genel sağlık okuryazarlığı düzeyi 30,4 olarak bulunmuştur (Durusu-Tanrıöver vd., 2014). Gözlü tarafından Ankara ilindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üzeri hastalarda gerçekleştirilen bir araştırmada da sağlık okuryazarlığı indeks puanı 30,25 olarak tespit edilmiştir (Gözlü, 2018). Yaptığımız çalışmada ise bu düzey 30,76'dır. Araştırmamız ile söz konusu araştırmaların bulguları birbirine yakın olmakla birlikte aradaki farkın genel olarak katılımcıların eğitim düzeylerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine kategorik olarak bakıldığında; %10,2 mükemmel, %27,7 yeterli, %35,4 sorunlu/sınırlı ve %26,8'i yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları görülmektedir. Durusu-Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında ise katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin %7,6 mükemmel, %27,8 yeterli, %40,1 sorunlu/sınırlı ve %24,5'i yetersiz olduğu belirlenmiştir (Durusu-Tanrıöver vd., 2014). Yapılan araştırma bulgularının, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'ndaki bulgulara göre daha iyi düzeyde olmasının eğitim düzeyi ve yaş ortalaması farkından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yurt dışında sağlık okuryazarlığı alanında gerçekleştirilen araştırmalara bakıldığında; Avrupa da 8 ülkenin (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Hollanda, Polonya, İrlanda, İspanya ve Yunanistan) içerisinde yer aldığı, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı anketinin kullanılarak gerçekleştirildiği bir araştırmada ülkelerin genel sağlık okuryazarlığı düzeyi ortalaması 33,6 olarak hesaplanmıştır. Hollanda 37,06'lık ortalama ile araştırmada en üstte yer alırken Bulgaristan 30,50'lik ortalaması ile son sırada yer almıştır (Sorensen vd. 2015, HLS-EU Consortium 2012). Yine aynı anket kullanılarak İrlanda'nın 4 önemli şehrinde (Dublin, Munster, Leinster, Connacht/Ulster,) gerçekleştirilen bir araştırmaya göre söz konusu şehirlerin genel sağlık okuryazarlığı düzeyi ortalama puanlarının 33,23 ile 36,68 arasında değerler aldığı tespit edilmiştir (Doyle vd., 2012).

Yurt dışında birçok ülkede gerçekleştirilen genel sağlık okuryazarlığı düzeyine yönelik araştırmaları genel olarak değerlendirildiğimizde farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Söz konusu bu farklılıklar her ülkenin eğitim ve sağlık politikaları, sosyo-ekonomik özellikleri ve diğer benzer kendi iç dinamiklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yukarıda yer alan çalışmaların verilerine bakıldığında Avrupa ülkelerinde elde edilen verilerin Türkiye'ye göre daha iyi olduğunu, gerçekleştirdiğimiz bu araştırmamız da dâhil olmak üzere Türkiye'de yapılan diğer saha araştırmaları, sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalara daha da ağırlık verilmesi gerektiğini göstermektedir (HLS-EU Consortium 2012, Durusu-Tanrıöver vd. 2014, Doyle vd., 2012).

Araştırmaya katılan kadın öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması $31,36 \pm 7,86$, erkek öğrencilerin ise $29,68 \pm 8,11$ olarak tespit edilmiştir. Erkek ile kadın öğrencilerin sağlık okuryazarlığı indeks puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan

anlamli olduğu tespit edilmiştir. Akcilek tarafından İstanbul'daki bir üniversite öğrencileri arasında gerçekleştirilen bir çalışmada; kadın öğrencilerin sağlık okuryazarlığı indeks (31,87) puanının, erkek öğrencilerin indeks puanlarına (30,06) göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucu elde edilmiştir (Akcilek, 2017).

Araştırmamızda yer alan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı indeks puanları, sosyo-demografik özellikleri dikkate alınarak incelendiğinde; genel sağlık okuryazarlığı düzeyi indeks veya alt indeks puanlarının cinsiyet, eğitim durumu, öğrenim görülen fakülte durumuna göre istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Örneğin, sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması 34,04 olup *yeterli düzeyde* bir sağlık okuryazarlığı düzeyinde oldukları görülmektedir. Fakat sağlık alanında olmayan fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin ortalaması 30,22 olup *sınırlı/sorunlu düzeyde* bir okuryazarlığa işaret etmektedir. BKİ sınıflandırması ve aile gelir durumuna göre ise genel sağlık okuryazarlığı düzeyi indeks ve alt indeks puanlarının istatistiksel yönden anlamlı farklılıklar göstermediği belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Öğrencilerin “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” toplam puan ortalaması $126,94 \pm 18,92$ olarak bulunmuştur. Öğrencilerin minimum 71 ve maksimum 187 puan elde ettikleri görülmektedir. Öğrencilerin genel olarak “Fiziksel Aktivite” puanları (17,38) en düşük ortalamaya sahipken “Kişiler Arası İlişkiler” ve “Manevi Gelişim” puanlarının (25,58 ve 25,40) en yüksek iki ortalamaya sahip alt boyutlar olduğu görülmektedir.

Çalışmada yer alan öğrencilerin BKİ ortalaması erkeklerde yaklaşık $24,1 \pm 3,62$ kg/m², kadınlarda $21,50 \pm 2,99$ kg/m² olarak bulunmuştur. Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması sonuçlarına göre erkeklerin BKİ ortalaması yaklaşık 26,1 kg/m², kadınların ise 26,8 kg/m²'dir (Sağlık Bakanlığı-Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü [SGGM], 2012). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasına göre bu değer erkeklerde 26,4 kg/m², kadınlarda 28,8 kg/m² olarak bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı-SAGEM, 2014). Erkek ve kadın öğrencilere ait araştırma değerlerinin diğer araştırmalara ait değerlerin altında olduğu görülmektedir. Ayrıca bu araştırmada yer alan kadın öğrencilerin BKİ ortalaması, erkek öğrencilerin BKİ ortalamasına göre daha düşük iken bu durum diğer araştırmalarda

tam tersidir. Yani Türkiye genelindeki kadınlar erkeklere göre daha yüksek BKİ değerlerine sahiptir. Söz konusu bu farklılıkta yaş ve eğitim düzeyinin etkili olduğu düşünülmektedir. Diğer araştırmalar tüm yaş grupları üzerinde gerçekleştirilmiş iken yapılan bu çalışma genel olarak 18-24 yaş aralığını kapsamakta ve lisans eğitimi alan bireylerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan öğrenciler içerisindeki erkeklerin yaklaşık %65,4'ü zayıf/normal, %25,9'u fazla kilolu ve %8,6'sı obez (şişman), kadınların %87,4'ü zayıf veya normal, %10,3'ü fazla kilolu ve %2,1'i obez (şişman)'dir. Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması sonuçlarına göre erkeklerin %45,1'i zayıf/normal, %36,6'sı fazla kilolu ve %18,4'ü obez (şişman), kadınların %42,3'si zayıf/normal, %36,6'sı fazla kilolu ve %26,4'ü obez (şişman)'dir (Sağlık Bakanlığı-SGGM, 2012). DSÖ ve Sağlık Bakanlığı ortaklığında gerçekleştirilen Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2017 verilerine göre erkeklerin %37,2'si zayıf/normal, %41,2'si fazla kilolu ve %21,6'sı obez (şişman), kadınların 34,0'ı zayıf/normal, %30,1'i fazla kilolu ve %35,9'u obez (şişman)'dir (DSÖ, 2018). BKİ sınıflandırmasına yönelik Türkiye geneli yapılan çalışmaların verileri ile yaptığımız çalışmaların verileri büyük farklılık göstermektedir. Bu farklılığın genel olarak yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Söz konusu çalışmalarda özellikle erkeklerde ve kadınlarda ki BKİ ortalamasının yaş ilerledikçe büyük oranda arttığı görülmektedir.

Araştırma verilerine göre erkek öğrencilerin yaklaşık %48,2'si, kadınların ise yaklaşık %30,3'ü her gün ya da ara sıra sigara kullandığını belirtmiştir. 2012 yılında gerçekleştirilen Küresel Tütün Araştırması Türkiye 2012 verilerine göre erkeklerin yaklaşık %41,5'i, kadınların ise yaklaşık %13,1'i sigara kullandığını ifade etmiştir (Sağlık Bakanlığı-THSK, 2012). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2017 verilerine göre erkeklerin yaklaşık %43,4'ü ve kadınların yaklaşık %19,7'si sigara kullanmaktadır (DSÖ, 2018). Bu çalışmada yer alan hem erkek hem de kadın öğrencilerin sigara kullanım düzeyleri Türkiye genelinde gerçekleştirilen diğer araştırmalara göre yükseklik göstermektedir. Özellikle kadın öğrencilerde bu farklılık göze çarpmaktadır. Yaş, eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik faktörlerin bu konuda önemli etkenler olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada yer alan erkek öğrencilerde her gün alkol kullananların oranı yaklaşık %4,9, kadınlarda ise bu oran yaklaşık %0,3 olarak bulunmuştur. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırmasına göre erkeklerin yaklaşık 13,1'i kadınları ise %3,0'ı her gün alkol kullanmaktadır (DSÖ, 2018). TÜİK tarafından gerçekleştirilen Sağlık Araştırması 2012'ye göre erkeklerin yaklaşık %17,2'si ve kadınların yaklaşık %3,8'i alkol kullanmaktadır (TÜİK, 2012). Alkol kullanımı konusundaki araştırmaya ait verilerin hem erkeklerde hem de kadınlarda Türkiye geneli verilerine göre oldukça düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Sosyo-ekonomik faktörlerin bunda etkili olduğu düşünülmektedir. Gençlerdeki günlük alkol kullanımındaki bu düşük oran sevindirici iken alkol kullanımı konusundaki “*ara sıra alkol kullanıyor*” yüzdesinin (%46,46) yüksek kaygılandırıcıdır.

Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları çeşitli değişkenlere göre analiz edilmiştir. Öğrenim görülen fakültelere göre yapılan kıyaslamada; “*sağlık alanında*” öğrenim gören öğrencilerin SYBD ölçek puanı ortalaması 132,47 iken “*sağlık alanında olmayan*” fakültelerde öğrenim gören öğrencilerde SYBD ölçek puanı ortalaması 126,03 olarak elde edilmiştir. Yapılan analizde bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Aile gelir durumuna açısından “*geliri giderden fazla*” olan öğrencilerde SYBD ölçek puanı ortalaması 129,19 iken “*geliri giderden az olan*” olan öğrencilerde bu puan 120,81 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analizde bu iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu gelişmenin olduğu görülmektedir.

Sigara kullanımı ile SYBD ölçeği arasında ki ilişkiye bakıldığında, bu olumsuz alışkanlığın diğer sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını olumsuz etkilediği görülmektedir. “*Her gün sigara kullanan*” öğrencilerin SYBD ölçek puanı ortalaması 122,79 olup bu puan ortalaması “*sigara kullanmayan*” öğrencilerde 128,38'dir. Yine bu iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak incelenmiş ve söz konusu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Sigara kullanım düzeyi arttıkça (ara sıra kullanıyor-her gün kullanıyor) sağlık davranışlarında bir olumsuzluğun meydana geldiği görülmektedir.

Sonuç olarak öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi arasındaki ilişkinin ortaya konulabilmesi için korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz neticesinde $r=0,553$ olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu değer söz

konusu bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı davranışlar alışkanlığı üzerindeki etkisini ve aralarındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek amacıyla Hacettepe Üniversitesi öğrencileri arasında gerçekleştirilen bu araştırmamızda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- ✓ Araştırmaya katılan öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması 50 puanlık bir ölçek üzerinden $30,76 \pm 7,99$ olarak hesaplanmıştır. Bu puan öğrencilerin genel itibarıyla sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduklarını göstermektedir. Ölçeğin alt boyutlarına ait indeks puanlarına bakıldığında; öğrencilere ait *tedavi ve hizmet* indeks ($32,37 \pm 8,35$) puanı ortalamasının genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamasına göre yüksek olup *hastalıklardan korunma/sağlığın iyileştirilmesi* ($29,15 \pm 9,03$) indeks puanı ortalaması ise genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamasına göre daha düşüktür.
- ✓ Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı alt bileşenlerine ait indeks puanları *bilgiye erişme* ($32,80 \pm 8,91$), *bilgiyi anlama* ($32,92 \pm 9,36$), *bilgiyi değerlendirme* ($27,38 \pm 9,37$), *bilgiyi uygulama* ($29,94 \pm 8,89$) olarak hesaplanmıştır. Bu ortalamalar bize, öğrencilerin sağlık bilgisine erişimde ve anlamada, bilgiyi değerlendirme ve uygulamaya göre daha iyi düzeyde olduklarını göstermektedir. Bilgiyi değerlendirme indeks puanının en düşük ortalamaya sahip bileşen olduğu görülmektedir.
- ✓ Sağlık okuryazarlığı indeks puanının kategorik değerlendirmesine göre öğrencilerin %26,8'i *yetersiz*, %35,4'ü *sorunlu/sınırlı*, %27,7'si *yeterli* ve %10,2'si *mükemmel* düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir.
- ✓ Öğrencilerin %53,3'ü *tedavi ve hizmet* indeksi, %67,5'i *hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi* indeksi açısından *yetersiz veya sorunlu/sınırlı*

düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları görülmektedir. Öğrencilerin %54,0'ı *bilgiye erişim* ve %54,1'i *bilgiyi anlama* indeksine göre *yeterli veya mükemmel* düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip iken %68,3'ü *bilgiyi değerlendirme* ve %59,9'u *bilgiyi uygulama* indeksine göre *yetersiz veya sorunlu/sınırlı* düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir.

- ✓ Erkek öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması $29,68 \pm 8,11$ iken kadın öğrencilerin $31,36 \pm 7,86$ 'dır. Erkek öğrenciler ile kadın öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamaları arasında ki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.
- ✓ 1. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması $29,66 \pm 7,57$ iken 4. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin $31,46 \pm 8,18$ 'dir. 1. sınıf ta öğrenim gören öğrenciler ile 4. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamaları arasında ki fark istatistiksel yönden anlamlıdır.
- ✓ Sağlık alanındaki fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması $34,04 \pm 6,81$ iken sağlık alanı olmayan fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin $30,46 \pm 8,04$ 'tür. Sağlık alanında öğrenim gören öğrenciler ile sağlık alanı dışında öğrenim gören öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamaları arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- ✓ Aile gelir durumu gelir giderden fazla olan öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması $30,46 \pm 7,86$, gelir gidere eşit olan öğrencilerin $31,32 \pm 7,71$ ve gelir giderden az olan öğrencilerin $29,55 \pm 8,82$ olarak hesaplamıştır. Aile gelir durumu sınıflandırmasına göre öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalamaları arasında bir fark bulunsa da bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

- ✓ Erkek öğrencilere ait sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ortalaması $124,86 \pm 19,65$ iken kadın öğrencilerin $128,10 \pm 18,44$ 'tür. Erkek öğrenciler ile kadın öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ortalamaları arasında ki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.
- ✓ 1. sınıfta öğrenim gören öğrencilere ait sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ortalaması $125,09 \pm 19,19$ iken 4. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin $128,12 \pm 18,69$ 'dur. 1. sınıf ta öğrenim gören öğrenciler ile 4. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ortalamaları arasında ki fark istatistiksel yönden anlamlı değildir.
- ✓ Aile gelir durumu gelir giderden fazla olan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ortalaması $129,19 \pm 18,27$, gelir gidere eşit olan öğrencilerin $128,53 \pm 18,49$ ve gelir giderden az olan öğrencilerin $120,81 \pm 18,91$ olarak hesaplamıştır. Aile gelir durumu sınıflandırmasına göre öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ortalamaları arasında ki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.
- ✓ Sağlık alanındaki fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ortalaması $132,47 \pm 18,55$ iken sağlık alanı olmayan fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin $126,03 \pm 18,85$ 'tir. Sağlık alanında öğrenim gören öğrenciler ile sağlık alanı dışında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ortalamaları arasında ki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır diyebiliriz.
- ✓ Sağlık okuryazarlığı düzeyi *yetersiz* olan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ortalaması $113,38 \pm 15,16$, *sınırlı/sorunlu* olan öğrencilerin $15,48 \pm 15,51$, *yeterli* olan öğrencilerin $134,12$ ve *mükemmel* olan öğrencilerin $148,17 \pm 16,89$ olarak hesaplamıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi sınıflandırmasına göre öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ortalamaları arasında ki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır diyebiliriz.

- ✓ Sonuç olarak elde ettiğimiz tüm bu veriler ışığında Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasında istatistiksel açıdan orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ($r= 0,553$; $p= 0,0001$) ve sağlık okuryazarlığının artmasının sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarını olumlu yönde artırdığı belirlenmiştir.

6.2. ÖNERİLER

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı davranışlar alışkanlığı üzerindeki etkisini ve aralarındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek amacıyla Hacettepe Üniversitesi'nde gerçekleştirilen bu araştırmanın sonuçlarına göre aşağıda yer alan öneriler sunulmuştur;

- ✓ Halkın sağlığı ve yaşam kalitesinin artırılması adına sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi kavramları üzerinde yeterince durulması ve bu alanlar konusunda toplum nezdinde farkındalık oluşturulmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.
- ✓ Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye içinde önemli bir halk sağlığı sorunu olan bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve mücadele edinilmesi, bu hastalıkların ülke bütçesine yaptığı olumsuz etkinin azaltılması ve neticede kaliteli yaşam sürecine olumlu katkıların sağlanması adına sağlık okuryazarlığı çalışmalarına daha fazla ağırlık verilebilir.
- ✓ Üniversite yılları birçok olumlu ya da olumsuz davranış alışkanlıklarının edinildiği dönem olması sebebiyle sonraki yaşam sürecini de etkileyebilme özelliğe sahiptir. Sağlık okuryazarlığının sağlık alanı haricindeki fakültelerin ders müfredatlarına eklenmesinin öğrenciler adına faydalı olacağı düşünülmektedir. Seçmeli sağlık okuryazarlığı dersi veya temel sağlık bilgisi dersleri tüm üniversite öğrencilerine verilebilir.
- ✓ Demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin hem sağlık okuryazarlığı hem de sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkili olması sebebiyle yetkili merci

ve kurumlarca bu konulara yönelik faaliyetler gerçekleştirilmesi yararlı olabilir. Örneğin, aile gelir durumuna göre *geliri giderden az* olan öğrencilerin sağlıklı davranış alışkanlıkları konusunda düşük düzeye sahip oldukları görülmektedir. Burs vb. yöntemler ile gelir durumunu destekleyici eylemler gerçekleştirilebilir.

- ✓ Kadın öğrencilerdeki sigara kullanım oranının Türkiye ortalamasına göre büyük fark göstermesi (yaklaşık 2,5 katı) endişe vericidir. Bu durumun altında yatan sebeplerin ortaya konulması ve çözümler üretilebilmesi adına kadın öğrencilere yönelik araştırma ve çalışmalar gerçekleştirilebilir.
- ✓ Sağlık okuryazarlığı ile okuma alışkanlıkları arasında pozitif tarzda bir ilişki olması nedeniyle üniversite yönetimi tarafından bu alanla ilgili strateji, eylem ve planlar geliştirilebilir.
- ✓ Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi amacıyla başta Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı olmak üzere sivil toplum kuruluşları, medya gibi sektörlerle işbirliği yapılarak öğrenciler için eğitim programları, afiş, broşür ve kamu spotları hazırlanabilir. Kurumlar arası işbirliği ile bilgi ve tecrübeler paylaşılarak çok sektörlü (paydaşlı) bir yapı oluşturulabilir.

KAYNAKLAR

- Adams, H.M., Bowden, G.A., Humphrey, S.D., McAdams, B.L. (2000). Social Support and Health Promotion Lifestyles of Rural Women. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 1(1), 28-40.
- Akalın, H.E. (2009). “Türk Toplumunda Sağlık Okur-Yazarlığı Oranlarının Belirlenmesi” Araştırma Sinopsisi. http://www.actus.com.tr/files/t_sinopsis.pdf. Erişim Tarihi: 11/02/2019.
- Akcilek, E. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Alpar, R. (2016). Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Altıntaş, E. (2003). Stres Yönetimi, (1.Baskı), İstanbul: Alfa Yayınları.
- American Medical Association (AMA). (1999). Health Literacy. Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552-557.
- Araz, A., Harlak, H., Meşe, G. (2007). Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2), 112-122.
- Arber, S. and Cooper, H. (1999). Gender Differences in Health in Later Life: The New Paradox? *Social Science and Medicine*, 48(1), 61-76.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). (2013). Consumers, the Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality. Sydney.
- Ayaz, S., Tezcan, S., Akıncı, F. (2004). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Geliştirme Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2, 26-34.

- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1): 1-13.
- Baker, D.W., Williams, M.V., Parker, R.M., Gazmararaian, J.A., Nurss, J. (1998). Development of a Brief Test to Measure Functional Health Literacy. Patient Education and Counseling, 38(1), 33-42.
- Baker, D.W. (2006). The Meaning and Measure of Health Literacy. Journal of General Internal Medicine, 21(8), 878-883.
- Balcıoğlu, İ. (2005). Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri içinde (9-12). İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (1989). Stres ve Başa Çıkma yolları. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Başbakanlık-Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. (1997). Türkiye Ailesinde Adolesanların Sorunları. Ankara: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları.
- Başol, E. ve Işık, A. (2015). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. International Anatolia Academic Online Journal, 2(2), 1-26.
- Berkman, N.D., Davis, T.C., McCormack, L. (2010). “Health Literacy: What is it?”, Journal of Health Communication, (15), 9-19.
- Bilir, N. (2014). “Sağlık Okuryazarlığı”. Turk J Public Health, 12(1), 61-68.
- Bulut, S. (2013). Sağlıkta Sosyal Bir Belirleyici: Fiziksel Aktivite. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 70(4), 205-214
- Bottorff, J.L. and Johnson, J.L. (1996). The Effects of Cognitive-Persceptual Factors on Health Promotion Behavior Maintenance. Nursing Research, 45 (1), 30-36.
- Burnham, E. and Peterson, E.B. (2005). Health Information Literacy: A Library Case Study. Library Trends, 53(3), 422-433.

- Cihangiroğlu, Z. ve Deveci, S. E. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83.
- Consumer Health Informatics Research resource (CHIRr). (2016). Suggested Measures. <https://chirr.nlm.nih.gov/health-literacy.php>. Erişim Tarihi: 15/01/2019.
- Davis, T.C., Crouch, M.A., Long, S.W., Jackson, R.H., Bates P., George, R.B., Bairnsfather, L.E. (1991). Rapid Assessment of Literacy Levels of Adult Primary Care Patients. *Fam Med* 23(6), 433-5.
- Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R.B., Murphy, P.W., Crouch, M.A. (1993). Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument. *Fam Med* 25(6),391-395.
- Doyle, G., Cafferkey, K., Fullam, J. (2012). The European Health Literacy Survey: Results From Ireland. University College Dublin. HLS-EU.
- Durusu-Tanrıöver, M., Yıldırım, H.H., Demiray Ready, N., Çakır, B., Akalın, H.E. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Sonuç Raporu. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). 2018. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner S, Balçılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, N., İbrikçi, S. (1994). Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*, 3(8), 28-36.
- Ergson Michelson, T., and Seroff, J. (2016). What Makes A Literacy? *Knowledge Quest*, 44(5), 6-7.
- Ferguson, K.J. (1998). Health Behaviour. Wallace, R.B. Public Health and Preventive Medicine. 14. Edition, Stamford: Appleton and Lange, 811-816.
- Freebody, P. and Luke, A. (1990). 'Literacies' Programs: Debates and Demands in Cultural Context. *Prospect*, 5, 7-16.
- Gochman, D.S. (1998). Health Behavior Plural Perspectives . New York: Springer Pres.

- Gök, N.F. (2013). Anaokullarında Erken Okuryazarlık Çevresinin Değerlendirilmesi ve Sınıf Ortamının Çocukların Erken Okuryazarlık Davranışlarına Etkisi. Gazi Üniversitesi, Doktora Tezi. Ankara.
- Gözlü, K. (2018). Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Örneği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi. Ankara.
- Gülbeyaz, C. Özdilli, K., Özgül, E. (2008). Comparison of the Health-Promoting Lifestyles of Nursing and Non-Nursing Students in Istanbul - Turkey. *Nursing and Health Sciences*, 10, 273-280.
- Güneş, F. (1994). Okur-Yazarlık Kavramı ve Düzeyleri. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 27(2), 499-507.
- Gürdal, O. (2000). Yaşam Boyu Öğrenme Etkinliği “Enformasyon Okuryazarlığı”. *Türk Kütüphaneciliği*, 14(2), 176-187.
- Health Literacy Connection. (2016). What Influences Health Literacy? <http://www.healthliteracyconnection.ca/influences.aspx>. Erişim Tarihi: 12/04/2019.
- HLS-EU Consortium, (2012). Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU, Online Publication: <http://www.health-literacy.EU>. Erişim Tarihi: 13/04/2019.
- Hacettepe Üniversitesi. (2015). Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Hovardaoğlu, S. (1995). Kişiler Arası İlişkiler ve Davranış Bozuklukları. *Kriz Dergisi*, 3(1), 7-12.
- İştar, E. (2012). Stres ve Verimlilik İlişkisi. *Akademik Bakış Dergisi*, 2-3.
- Institute of Medicine (IOM). (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington: The National Academies Press.
- Institute of Medicine (IOM). (2011). Promoting Health Literacy to Encourage Prevention and Wellness: Workshop Summary. Washington: The National Academies Press.

- Institute of Medicine (IOM), (2013). *Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary*. Washington: The National Academies Press.
- Jarvis, M. and Rowley, D.L. (1999). *Social Patterning of Health Behaviours: The Case of Cigarette Smoking*. *Social Determinants of Health*, 240-255.
- Jordan, J.E., Osborne, R.H., Buchbinder, R. (2011). *Critical Appraisal of Health Literacy Indices Revealed Variable Underlying Constructs, Narrow Content and Psychometric Weaknesses*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 366-379.
- Kalkınma Bakanlığı. (2014). *Onuncu Kalkınma Planı 2014/2018. Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik: Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Yayın No: KB: 2904-OİK:743.
- Kanj, M. and Mitic, W. (2009). 7th Global Conference on Health Promotion, “Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap”, Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009.
- Kerka, S. (2003). *Health Literacy Beyond Basic Skills*. The Educational Resources Information Center.
- Kickbusch, I.S. (2001). *Health Literacy: Addressing the Health and Education Divide*. *Health Promotion International*, 16(3), 289-297.
- Köknel, Ö. (1992). *Çağımızın Hastalığı: Stres*. İstanbul: Radikal Yayınları.
- Kwan, B., Frankish, J., Rootman, I. (2006). *The Development and Validation of Measures of “Health Literacy” in Different Populations*. UBC Institute of Health Promotion Research and UVic Community Health Promotion Research. Canada.
- Lee, W.T., Ko, S., Lee, J.K. (2005). *Health Promotion Behaviors and Quality of Life Among Community-dwelling Elderly in Korea: A Cross-sectional Survey*. *International Journal Of Nursing Studies*, 43, 293-300.
- Lee, M. and Shiroma, E.J. (2012). *Effect of Physical Inactivity on Major Non-Communicable Diseases Worldwide: An Analysis of Burden of Disease and Life Expectancy*. *The Lancet*, 219-229.

- Levin Zamir, D. and Peterburg, Y. (2001). Health Literacy in Health Systems: Perspectives on Patient Self-Management in Israel. *Health Promotion International*, 16(1), 87-94.
- Makhija, N. (2002). Spiritual Nursing. *Nursing Journal of India*, 93, 129-130.
- Mancuso, M.J. (2008). Health Literacy: A concept/ dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10, 248-255.
- Mancuso, J.M. (2009). Assessment and Measurement of Health Literacy: An Integrative Review of the Literature. *Nursing and Health Sciences*, 11(1), 77-89.
- McCormack, L., Haun J., Sorensen, K., Valerio, M. (2013). Recommendations for Advancing Health Literacy Measurement. *Journal of Health Communication*, 18, 9-14.
- Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). (2011b). Öğün Planlama. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları.
- Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). (2011a). Beslenme İlkeleri. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları.
- Murray, T.S., Kirsch, I.S., Jenkins, L.B. (1997). Adult Literacy In OECD Countries: Technical Report on the First International Adult Literacy Survey. U.S. Department of Education Office of Educational Research and Improvement.
- Müftüoğlu, O. (2003). Yaşasın Hayat. İstanbul: Doğan Kitapçılık.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., Kindig, D. A. et al (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, DC: The National Academies Press.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Oldnall, A. (1996). A Critical Analysis of Nursing: Meeting the Spiritual Needs of Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 138-144.

- Örnek, M. (2014). Sağlık Okuryazarlığı. Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış, 7(19), 26-31.
- Özcan, A. (2006). Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim. Ankara, Sistem Ofset.
- Özdemir, H., Alper Z., Uncu, Y., Bilgel, N. (2010). Health Literacy Among Adults: A Study from Turkey. Health Education Research, 25(3), 464-477.
- Özdemir, Y. (2018). Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Palank, C.L. (1990). Determinant of Health Promotive Behavior; A Review of Current Research. Nursing Clinics of North America, 26(4), 20-26.
- Pasinlioğlu, T. ve Gözüm, S. (1998). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2), 60-68.
- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V., Nurss J.R. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills. J Gen Intern Med, 10(10), 537-541.
- Parker, R. (2000). Health Literacy: A Challenge for American Patients and Their Health Care Providers. Health Promotion International, 15(4), 244:283.
- Parker, R.M., Ratzan, S.C., Nicole, L. (2003). Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care. Health Affairs, 22 (4), 147-153.
- Pekcan, G. ve Karaağaoğlu, N. (2000). State of Nutrition in Turkey. Nutrition and Health, 41-52.
- Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K. (2012). Comparative Report on Health Literacy Eight EU Members State. The European Health Literacy Project 2009-2012 HLS-EU.
- Pleasant, A. (2014). Advancing Health Literacy Measurement: A Pathway to Better Health and Health System Performance. Journal of Health Communication, 19, 1481-1496

- Pender, N.J., Murdaugh, C. and Parsons, M.A. (2006). Health Promotion in Nursing Practice. 5th ed. Upper Saddle River NJ: Prentice-Hall Health Inc.
- Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. A. (2011). Health Promotion in Nursing Practise. USA: Pearson Publishing.
- Redland, A.R. and Stuijbergen, A. K. (1993). Strategies for Maintenance of Health-Promoting Behaviors. Nursing Clinics of North America, 28(2), 427-442.
- Renkert, S. and Nutbeam, D. (2001). Opportunities to Improve Maternal Health Literacy Through Ante-Natal Education: An Exploratory Study. Health Promotion International, 16, 381-388.
- Rootman, I. and Ronson, B. (2005). Literacy And Health Research in Canada: Where Have We Been And Where Should We Go. Canadian Journal of Public Health, 96, 62-67.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara: Anıl Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı. (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı-Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2014). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı-Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2012). Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı-Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2002). Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı-Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2008). Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı-Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2012). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Ankara: THSK Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı-Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014a). Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Ankara: THSK Yayınları.

- Sağlık Bakanlığı-Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014b). Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi (2. Baskı). Ankara: THSK Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı-Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2016). Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Öğretmen El Kitabı. Ankara: THSK Yayınları.
- Sertçelik, E. (1999). Üniversiteli Gençlerin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Sezgin, D. (2013). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel Sayı 3, 73-92. <http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/download/article-file/82916>. Erişim Tarihi: 14/04/2019.
- Sezer, A. (2012). Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.
- Smaltzer, S.C. and Bare, B.G. (1996). Medical Surgical Nursing. USA, Lipincott Company.
- Sorensen, K., Broucke, S.V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. Biomed Central (BMC) Public Health, 12(80), 1-13.
- Sorensen, K., Broucke, S.V., Pelikan, J.M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R.H., Brand, H. (2013). Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating The Design And Development Process of The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). Biomed Central Public Health, 13(948), 1-10.
- Sorensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S., Brand, H., on behalf of the HLS-EU Consortium. (2015). Health literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). European Journal of Public Health, 25(6),1053–1058.
- Tabak, R.S. ve Akköse, K. (2006). Health Locus Of Control Perception Of Adolescents, And Its Effects On Their Health Behaviours. TAF Preventive Medicine Bulletin, 5(2), 118-130.

- Taş, T.A., ve Akış, N. (2016). Sağlık Okuryazarlığı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 25(3), 119-124.
- Tutar, H. (2004). Kriz ve Stres Yönetimi. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- TÜİK. (2012). Sağlık Araştırması 2012. Ankara: TÜİK Yayınları.
- Türk Böbrek Vakfı. (2016). Sağlıklı Bireyler İçin Temel Beslenme El Kitabı. Ankara: Türk Böbrek Vakfı Yayınları.
- UNESCO. (2015). Literacy. <https://en.unesco.org/themes/literacy-all>. Erişim Tarihi: 17/05/2019.
- Yazıcıoğlu, Y., Erdoğan, S. (2004). SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yücecan, S. (1999). Besin Tüketimindeki Değişimler ve Yeni Eğilimler, Türk Mutfak Kültürü Üzerine Araştırmalar. Ankara: Türkiye Halk Kültürünü Araştırma ve Tanıtma Vakfı Yayınları.
- Walker, S.N., Sechrist K.R., Pender N.J. (1987). The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics. Nurs Res, 36(2): 76-80.
- Weiss, B.D., Mays, M.Z., Castro, K.M., Dewalt, D.A., Pignone, M.P., Bockbee, J., Hale, F.A. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. Annals of Family Medicine, 3(6), 514-522.
- World Health Organization (WHO), (2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva.
- World Health Organization (WHO). (2010). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. Geneva: WHO Publications.
- World Health Organization (WHO). (2013). Health Literacy The Solid Facts. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Publications.
- World Health Organization (WHO). (2014). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Geneva: WHO Publications.

- Yılmaz, M. ve Okyay, N. (2009). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 41-52.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., Greer, D.S. (2005). Understanding Health Literacy: An Expanded Model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A.F., Greer D.S. (2006). *Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action*. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.
- Zaybak, A. ve Fadıloğlu, Ç. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 20(1), 77-95

EK-3: Etik Komisyon İzni

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Tarih: 16.11.2018 10.34
Sayı: 35853172-755.02.06-
E.00000126138



Sayı : 35853172-755.02.06
Konu : Ahmet ARIKAN Hk.

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencilerinden Ahmet ARIKAN'ın Prof. Dr. Yusuf ÇELİK danışmanlığında yürüttüğü "Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışlar Akışkanlığı Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma" başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 6 Kasım 2018 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-izmalıdır

Prof. Dr. Rahime Meral NOHUTCU
Rektör Yardımcısı

Evrağın elektronik imzalı suretine <https://belgedogrulama.hacettepe.edu.tr> adresinden 966bd32e-63a4-4796-82f6-8f5e073c94ac kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon:0 (312) 305 3001-3002 Faks:0 (312) 311 9992 E-posta:yazimd@hacettepe.edu.tr İnternet
Adresi: www.hacettepe.edu.tr

Duygu Didem ILF™†



EK-4: Ölçek Kullanım İzni (TSOY-32 Ölçeği)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağhın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

Konu: TSOY-32 Ölçeği

Sn. Ahmet ARIKAN

Dilekçenizde yüksek lisans tezinde TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32) ölçeğinin kullanılmasının öngörüldüğü belirtilmektedir. Söz konusu ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışması sonuçlarını içeren çalışma raporu "*Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması*" başlığı ile Sağlık Bakanlığı elektronik kütüphanesinde (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/>) tam metin olarak erişime açıktır. Ölçek belirtilen kitap kaynak olarak gösterilmek sureti ile çalışmalarda kullanılabilir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Ümran BENLİ
Genel Müdür

Sağlık Bakanlığı Sağhın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağhın Teşviki Daire Başkanlığı
E-Posta: sagligintesviki@gmail.com, Tel: 0 (312) 585 2803-2826

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c603c58c-f952-447b-9ebc-fb63668aef3 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5: Ölçek Kullanım İzni (SYBD Ölçeği)

The screenshot shows a Gmail inbox with two emails. The first email is from Ahmet ARIKAN to Zehra Hocam, and the second is from Zühal Bahar to Ahmet.

Email 1:

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II (Gelen Kutusu x)

Ahmet ARIKAN <ahmetarikan06@gmail.com> 11:28 (3 saat önce)

Alıcı: zbahar

Merhaba Zehra Hocam,

Ben Ahmet ARIKAN. Sağlık Bakanlığı'nda Sağlık Uzmanı olarak görev yapmaktayım ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde yüksek lisans öğrenime devam ediyorum. Sağlık davranışları üzerine yüksek lisans tezim için sizlerin daha önce geçerlilik-güvenirlilik analizini yaptığınız "SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II" yi müsaadeniz olursa kullanmak istiyorum. Sizlerden haber bekliyorum. İyi çalışmalar dilerim.

...

Email 2:

Zühal Bahar 11:49 (2 saat önce)

Alıcı: ben

Sayın ARIKAN,
ÖLÇEĞİMİZİ ÇALIŞMANIZDA KULLANABİLİRSİNİZ.
BAŞARILAR DİLERİM, SEVGİLERİMİLE,
ZÜHAL BAHAR

...

EK-6 Anket Formu

1/4

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında tez dönemi öğrencisiyim. Prof. Dr. Yusuf ÇELİK danışmanlığında "Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Davranışlar Alışkanlığı Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma" başlıklı tez çalışmasını yürütmekteyim. Yapılacak çalışma ile üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelenerek, sağlık okuryazarlığı düzeyinin üniversite öğrencilerinin sağlıklı davranışlar alışkanlığına sahip olup olmamaları üzerindeki etkileri ortaya konulacaktır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlıklı davranışlara sahip olma alışkanlığının üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, aile gelir durumu, eğitim durumu, medeni durum, kayıtlı oldukları fakülte, bölüm, sınıf vb.) ile olan ilişkisi ortaya konulmaya çalışılacaktır. Bu amaçla, siz değerli katılımcılara ulaştırılmak üzere bu bilgi toplama formunu hazırlamış bulunmaktayız. Toplanan veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Bilimsel çalışmamıza yapacağınız katkılarınız için çok teşekkür ederiz.

Danışman
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
(Hacettepe Üniversitesi/ Sağlık Yönetimi Bölümü)

Araştırmacı
Ahmet ARIKAN

BÖLÜM 1 - DEMOGRAFİK ve BAZI SAĞLIK DAVRANIŞI BİLGİLERİ			
1	Cinsiyetiniz?	:1) Erkek	2) Kadın
2	Doğum yeriniz (il)?	:	
3	Kaç yaşındasınız?	:	
4	Boy uzunluğunuz?	: cm	
5	Kilonuz?	: kg	
6	Medeni Durumunuz?	: 1) Evli	2) Bekâr
			3) Boşanmış
7	Fakülteniz?	:	
8	Bölümünüz?	:	
9	Kaçıncı sınıftasınız?	: 1) 1. Sınıf	2) 4. Sınıf
10	Ailenizin gelir durumunu nasıl?	: 1) Gelir giderden fazla	2) Gelir gidere eşit
			3) Gelir giderden az
11	Sigara kullanım durumunuz?	: 1) Hergün kullanıyor	2) Ara sıra kullanıyor
			3) Kullanmıyor
12	Alkol kullanım durumunuz?	: 1) Hergün kullanıyor	2) Ara sıra kullanıyor
			3) Kullanmıyor

BÖLÜM 2: TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32 (TSOY-32)		Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	1	2	3	4	5
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	1	2	3	4	5
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	1	2	3	4	5
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	1	2	3	4	5
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	1	2	3	4	5
10	Sağlıklıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	1	2	3	4	5
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	1	2	3	4	5
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	1	2	3	4	5
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	1	2	3	4	5
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	1	2	3	4	5
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	1	2	3	4	5
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	1	2	3	4	5
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınıza zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınıza zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmamız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığını karar vermek	1	2	3	4	5
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınıza etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	1	2	3	4	5
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	1	2	3	4	5
28	Günlük davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınıza etkilediğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
29	Sağlığınıza için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	1	2	3	4	5
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	1	2	3	4	5
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	1	2	3	4	5
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	1	2	3	4	5

BÖLÜM 3 - SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II		Hiç bir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	1	2	3	4
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	1	2	3	4
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	1	2	3	4
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	1	2	3	4
5	Yeterince uyurum.	1	2	3	4
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.	1	2	3	4
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.	1	2	3	4
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.	1	2	3	4
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	1	2	3	4
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).	1	2	3	4
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	1	2	3	4
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	1	2	3	4
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	1	2	3	4
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	1	2	3	4
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.	1	2	3	4
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	1	2	3	4
18	Geleceğe umutla bakarım.	1	2	3	4
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	1	2	3	4
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	1	2	3	4
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	1	2	3	4
22	Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binmeye gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.	1	2	3	4
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	1	2	3	4
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.	1	2	3	4
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	1	2	3	4
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	1	2	3	4
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	1	2	3	4

BÖLÜM 3 - SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II		Hiç bir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	1	2	3	4
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	1	2	3	4
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	1	2	3	4
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.	1	2	3	4
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.	1	2	3	4
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	1	2	3	4
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).	1	2	3	4
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	1	2	3	4
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	1	2	3	4
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	1	2	3	4
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	1	2	3	4
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	1	2	3	4
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	1	2	3	4
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	1	2	3	4
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	1	2	3	4
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	1	2	3	4
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	1	2	3	4
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	1	2	3	4
47	Yorulmaktan kendimi korurum.	1	2	3	4
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.	1	2	3	4
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	1	2	3	4
50	Kahvaltı yaparım.	1	2	3	4
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	1	2	3	4
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	1	2	3	4

Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz...