

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

**YENİMAHALLE ÇARŞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI**  
**ERİŞKİN YAŞ GRUBU KADINLARDA SAĞLIK**  
**OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN SAPTANMASI**

**Ebe. Gözde ALPYILDIZ**

**Sağlık Eğitimi Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA**

**2022**

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

**YENİMAHALLE ÇARŞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI**  
**ERİŞKİN YAŞ GRUBU KADINLARDA SAĞLIK**  
**OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN SAPTANMASI**

**Ebe. Gözde ALPYILDIZ**

**Sağlık Eğitimi Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ**

**ANKARA**

**2022**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
YENİMAHALLE ÇARŞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI ERİŞKİN YAŞ GRUBU  
KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN SAPTANMASI  
Öğrenci: Gözde Alpyıldız  
Danışman: Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Bu tez çalışması 14.01.2021 tarihinde jürimiz tarafından "Sağlık Eğitimi Programı"nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı:** *Prof. Dr. Metin Hasde*  
*Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD*

**Tez Danışmanı:** *Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış*  
*Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı ABD*

**Üye:** *Prof. Dr. Bahar Güçiz Doğan*  
*Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı ABD*

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

18 Ocak 2021

*Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN*  
Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. <sup>(1)</sup>
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. <sup>(2)</sup>
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. <sup>(3)</sup>

...../...../.....

Gözde Alpyıldız

“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

\* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.**

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanı Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ tarafından yürütüldüğünü ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

**Gözde Alpyıldız**

## TEŞEKKÜR

*“Hiç kimse başarı merdivenlerini elleri cebinde tırmanmamıştır.” S. Keth Moorhead*

Tezimin oluşmasında ve gerçekleşmesinde emeği geçen, yönlendirici bilgi, görüş ve önerilerinden yararlandığım saygıdeğer hocam, Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ’a her şey için teşekkür ederim.

Çalışmamın başarılı bir şekilde uygulamasına katkı sağlayan Yenimahalle Çarşı Aile Sağlığı Merkezine ve katılımcılara teşekkür ederim.

Tezimin istatistiksel çalışmalarında yönlendirici bilgileriyle ve destekleriyle bana kıymetli zamanlarını ayıran Hacettepe Üniversitesi’ndeki değerli hocamız Öğr. Gör. Dr. Hande KONŞUK ÜNLÜ’ye ve Burak ÜNLÜ’ye teşekkürü borç bilirim.

Yüksek lisansın zorlu merdivenlerini çıkmada, ideallerim ve inandığım yolda yürüme isteğim konusunda bana her zaman destek ve moral veren canım aileme, ikizim Simge ALPYILDIZ’a her şey için teşekkür ederim.

Ve kız çocuklarının eğitimi, kendini geliştirmesi ve gerçekleştirmesi amacıyla devrim ve inkılapları inşa eden, ışığıyla ve görüşleriyle bilim yolunda yönümü bulabildiğim ATATÜRK’e sonsuz saygı, minnet ve teşekkürlerimle...

**Gözde Alpyıldız**

## ÖZET

**Alpyıldız G., Yenimahalle Çarşı Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Erişkin Yaş Grubu Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2022.** Dünyada ve Türkiye’de düşük sağlık okuryazarlığı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadın sağlığını geliştirmede ve kadınların temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve buna ilişkin faktörler önem taşımaktadır. Bu nedenle, Yenimahalle Çarşı Aile Sağlığı Merkezi’ne (ASM) kayıtlı erişkin yaş grubu (18-60 yaş) kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyini ve buna ilişkin faktörleri saptamak amacıyla tanımlayıcı tipte olan bu araştırma planlanmıştır. Araştırmanın evrenini Yenimahalle Çarşı ASM’ye kayıtlı okuryazar erişkin yaş (18-60) kadınlar oluşturmaktadır. Örnekleme yöntemi ile örneğe çıkan 418 kadına, COVID-19 pandemisi koşulları dikkate alınarak 20 soruluk bir anket ve daha önce Hacettepe Üniversitesi tarafından geliştirilmiş, geçerli ve güvenilir olan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, gözlem altında katılımcıların kendileri tarafından doldurulmuştur. Araştırmanın bulguları “Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Sperman-Brown, Dunn Çoklu Karşılaştırma testi” ve çeşitli programlar kullanılarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada sosyodemografik ve kişisel özelliklerin sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik düzeyini etkilediği saptanmıştır. “Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme” ve “Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma” alt boyutlarında iç tutarlılık 0,858 ve iki yarı güvenirlilik 0,793 çıkararak yeterli düzeyde bulunmuştur. HÜ-SOY Ölçeğinin ve Öz yeterlilik formunun DFA ile yapı geçerliliği doğrulanmıştır. Sağlık çalışanı olan grup lehine anlamlı fark bulunmuş ve böylece ölçeğin ölçüt geçerliliği doğrulanmıştır. HÜ-SOY toplam puan ortalamalarının en yüksek 30’un altındaki yaş grubunda olduğu en düşük ise 40-49 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Lise mezunu olan bireyler ile yüksekokul/üniversite mezunu olan bireyler arasında ( $p<0,001$ ), çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında ( $p=0,008$ ), sağlık güvencesi olma ve olmama durumu arasında ( $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sosyoekonomik şartların iyileştirilmesi, kadınların eğitilmesi, eşitsizliklerin giderilmesi ile kadınların sağlık okuryazarlık seviyesinin yükseltilebileceği ve kadın sağlığının geliştirilebileceği önerilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** sağlık okuryazarlığı, sağlığın geliştirilmesi, kadın sağlığı

## ABSTRACT

**Alpyıldız G., Determination of Health Literacy Level in Adult Age Group Women Registered at Yenimahalle Çarşı Family Health Center. Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Health Education Program, Master's Thesis, Ankara 2022.** Low health literacy is an important public health problem in the world and in Turkey. The level of health literacy and related factors are important in improving women's health and enabling women to benefit from basic health services. For this reason, this descriptive study was planned to determine the health literacy level of adult women (18-60 years old) registered in Yenimahalle Çarşı Family Health Center (FHC) and related factors. The population of the research consists of literate adult age (18-60) women registered in Yenimahalle Çarşı FHC. A questionnaire with 20 questions and a valid and reliable Health Literacy Scale, previously developed by Hacettepe University, were filled in by the participants themselves under observation, taking into account the conditions of the COVID-19 pandemic, to 418 women who participated in the sample with the sampling method. The findings of the research were calculated by using "Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Sperman-Brown, Dunn Multiple Comparison test" and various programs. In this study, it was determined that sociodemographic and personal characteristics affect the level of health literacy and self-efficacy. In the sub-dimensions of "Protection-Health Development" and "Access to Treatment-Health Services", the internal consistency was found to be 0.858 and the two-half reliability was 0.793, at a sufficient level. The construct validity of the HU-SOY Scale and the Self-Efficacy Form was verified by CFA. A significant difference was found in favor of the healthcare worker group, thus confirming the criterion validity of the scale. As age groups increased, the level of health literacy decreased. It was observed that the highest mean score of HU-SOY was in the age group below 30, and the lowest in the age group of 40-49. A statistically significant difference was found between high school graduates and college/university graduates ( $p<0.001$ ), between working and non-working participants ( $p=0.008$ ), and having or not having health insurance ( $p<0.001$ ). It is thought that the health literacy level of women can be increased and women's health can be improved by improving socioeconomic conditions, educating women and eliminating inequalities.

**Keywords:** health literacy, health promotion, women health



## İÇİNDEKİLER

<b>YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI</b>	<b>iv</b>
<b>ETİK BEYAN</b>	<b>v</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>vi</b>
<b>ÖZET</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>viii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>ix</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b>	<b>xii</b>
<b>ŞEKİLLER</b>	<b>xiv</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	<b>xv</b>
<b>1.GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1.Giriş	1
1.2.Araştırmanın Amacı	3
1.3.Araştırmanın Uzak Amacı	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>4</b>
2.1. Genel Tanımlar	4
2.1.1 Okuryazarlık	4
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığı	5
2.2. Halk Sağlığı Bakışıyla Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	7
2.3. Kadın Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı	10
2.4. Dijital Okuryazarlık ve Mobil/ E-Sağlık Okuryazarlığı	13
2.5. Medyada ve Sağlık Haberciliğinde Sağlık Okuryazarlığı	15
2.6. Sağlık Hizmeti ve Sosyal Hizmet Boyutunda Sağlık Okuryazarlığı	18
2.7. Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı	19
2.7.1. Dünyada SOY Durumu ve Girişimleri	19

2.7.2. Türkiye’de SOY Durumu ve Girişimleri	22
2.8.Araştırmacıların Etkili Sağlık Okuryazarlık Önerileri	24
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>27</b>
3.1. Araştırmanın Yeri	27
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.3. Araştırmanın Tipi	29
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.5. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçler	30
3.5.1. Aydınlatılmış Onam ve Anket Formu	30
3.5.2.HÜ Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HÜ-SOY)-Uzun Form	31
3.6. Ön Deneme	33
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanma Biçimi	33
3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	34
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları	34
3.10. Etik Konular	35
3.11.Bütçe	36
3.12. Zaman Çizelgesi	36
<b>4. BULGULAR</b>	<b>37</b>
4.1.Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri	37
4.2.HÜ-SOY Ölçeğinin Araştırma Grubuna Ait Validasyon Çalışmasına İlişkin Bulgular	42
4.2.1. Ölçeğin Geçerliliği ve Güvenilirliğine İlişkin Bulgular	42
4.2.2.Geçerlilik Analizlerine İlişkin Bulgular	50
4.3.Araştırma Grubunun SOY Düzeyi ve SOY Düzeyi İle İlgili Faktörlere İlişkin Bulgular	58
4.3.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Bazı Kişisel Özelliklere Göre Dağılımı	58

<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>78</b>
5.1. HÜ-SOY Ölçeğinin Araştırma Grubuna Ait Validasyon Çalışmasına İlişkin Değerlendirme	78
5.2.HÜ-SOY Ölçeğinin Uygulandığı Araştırma Grubuna Ait Bulguların Değerlendirilmesi	79
5.2.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Bulgularının Değerlendirilmesi	79
5.2.2.Araştırma Grubunun Soy Düzeyi, SOY Düzeyine İlişkin Bulguların ve Öz Yeterlilik Puanlarının Değerlendirilmesi	80
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>86</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>89</b>
<b>8. EKLER</b>	<b>96</b>
EK 1: Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu	
EK 1: Yenimahalle Çarşı Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Erişkin Yaş Grubu Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Saptanması Anket Formu	
EK 2: Yenimahalle Çarşı Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Erişkin Yaş Grubu Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Saptanması Ölçek Formu	
EK 3: Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzini	
EK 4: Araştırma İzni	
EK 5: Sağlık Alanında Çalışanların Listesi	
EK 6: Turnitin Benzerlik Raporu	
EK 7: Turnitin Dijital Makbuz	
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>138</b>

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome/Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DALY	Disability-Adjusted Life Year/Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DWLS	Diagonally Weighted Least Squares/ Köşegensel olarak Ağırlıklandırılmış En Küçük Kareler Yöntemi
HeALY	Healthy Life Year/Sağlıklı Yaşam Yılı
HIV	Human Immunodeficiency Virus/ İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
HÜ	Hacettepe Üniversitesi
HÜ-SOY	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
NVS	The Newest Vital Sign/ Yeni Yaşamsal Gösterge
ÖY	Öz Yeterlilik
QALY	Quality-Adjusted Life Year/Kaliteye Göre Ayarlanan Yaşam Yılı
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/ Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi
SK-SG	Sağlığı Koruma Sağlığı Geliştirme
SOY	Sağlık Okuryazarlığı
SPSS	Statistical Package for the Social Science/Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
T-SHY	Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma
TSOY	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TV	Televizyon

UCLA	University of California, Los Angeles /Los Angeles Kaliforniya Üniversitesi
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization/ Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
UNFPA	United Nations Population Fund/ Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund/Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

## ŞEKİLLER

### Şekil

#### 4.1. Öz yeterlilik formu DFA analizi (2021)

52

## TABLOLAR

### Tablo

<b>4.1.</b> Katılımcıların yaş ve bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	38
<b>4.2.</b> Katılımcıların hane halkı büyüklüğüne göre dağılımı (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	40
<b>4.3.</b> Katılımcıların kendisinin ve aile bireylerinin sağlık durumuna ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	41
<b>4.4.</b> Katılımcıların 15 gün ya da daha uzun süre hastanede yatma durumuna göre dağılımı (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	41
<b>4.5.</b> Katılımcıların daha önce sağlıkla ilgili bir kurumda çalışma, ailesinde sağlık çalışanı olma ve sağlıkla ilgili herhangi bir eğitim alma durumuna göre dağılımı (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	42
<b>4.6.</b> “Sağlığı koruma-sağlığı geliştirme” alt boyutuna ilişkin madde analizi sonuçları	43
<b>4.7.</b> “Tedavi-Sağlık hizmetlerine ulaşma” alt boyutuna ilişkin madde analizi sonuçları	44
<b>4.8.</b> HÜ-SOY Ölçeği tüm maddelerine ilişkin madde analizi sonuçları	46
<b>4.9.</b> Öz yeterlilik formu için madde analizleri sonuçları	49
<b>4.10.</b> HÜ-SOY Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına ilişkin model uyum iyiliği ve hata istatistikleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	50
<b>4.11.</b> Öz yeterlilik formu doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına ilişkin model uyum iyiliği ve hata istatistikleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	53
<b>4.12.</b> Sağlık alanında çalışan katılımcıların yaş gruplarına ve bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	55
<b>4.13.</b> Sağlık çalışanı olan ve olmayanlarda HÜ-SOY Ölçeği puanları ile öz yeterlilik formu puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve toplam puanlar yönünden karşılaştırılması (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	57
<b>4.14.</b> Katılımcıların HÜ-SOY toplam ve alt boyut puanları ile öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	58
<b>4.15.</b> Katılımcıların yaş gruplarına göre HÜ-SOY toplam ve alt boyut puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	60

<b>4.16.</b> Katılımcıların öğrenim durumuna göre HÜ-SOY toplam ve alt boyut puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	62
<b>4.17.</b> Katılımcıların çalışma durumuna göre HÜ-SOY toplam ve alt boyut puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	64
<b>4.18.</b> Katılımcıların ekonomik durum durumuna (öz değerlendirme) göre HÜ-SOY toplam ve alt boyut puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	66
<b>4.19.</b> Katılımcıların sağlık güvencesi olma durumuna göre HÜ-SOY toplam ve alt boyut ve puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	68
<b>4.20.</b> Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre HÜ-SOY toplam ve alt boyut ve puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	69
<b>4.21.</b> Katılımcıların sağlıkla ilgili eğitim alma durumuna göre HÜ-SOY toplam ve alt boyut ve puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	71
<b>4.22.</b> Katılımcıların yaş gruplarına göre öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	72
<b>4.23.</b> Katılımcıların öğrenim durumuna göre öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	73
<b>4.24.</b> Katılımcıların çalışma durumuna göre öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	74
<b>4.25.</b> Katılımcıların ekonomik durumuna göre öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	75
<b>4.26.</b> Katılımcıların sağlık güvencesi olma durumuna göre öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	76
<b>4.27.</b> Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	76
<b>4.28.</b> Katılımcıların sağlıkla ilgili eğitim alma durumuna göre öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)	77



## 1. GİRİŞ

### 1.1. Giriş

Sağlık hakkı, sosyal devletin bireylere sağlamakla yükümlü olduğu en temel haklardan birisidir. Bundan dolayı devlete, kurumlara ve bireylere sorumluluklar düşmektedir (1). Sağlık okuryazarlığı bireyin kendi sağlığı hakkında doğru karar alması için sağlık bilgi ve hizmetlerine erişmede, bilgiyi anlama ve uygulamada yeterli olma kapasitesidir (2).

Dünya Sağlık Örgütü, genel okuryazarlık ile sağlık okuryazarlığını ilişkilendirerek şu tanımları yapmıştır: *“Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, 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”* (3).

Kişilerdeki sağlık okuryazarlığı düzeyinin istenilen seviyede olması sağlıktaki sosyal belirleyicilere, bireysel ve çevresel faktörlere bağlı olarak düşünülmelidir. Çünkü sağlık okuryazarlığı sosyal faktörlerden, bireysel farklılıklardan, zamandan, duyu durumundan, akut ağrı ve hastalıktan, görme-işitme bozukluklarından ve bilişsel bozukluklardan etkilenmektedir (1,2). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 yılında Sağlık Okuryazarlığı başlıklı yayınladığı kitaba göre Sağlık okuryazarlığı, gelirden, istihdam durumundan, eğitim düzeyinden, ırktan ve etnik gruplardan daha güçlü bir belirleyici olarak değerlendirilmiştir (4).

Dünyada ve Türkiye’de düşük sağlık okuryazarlığı, nüfusu etkileyen, sağlığı azaltan veya hastalığın şiddetini etkileyen bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (5). Türkiye’deki nüfusun %49,9’unu kadınlar oluşturmaktadır (6). TÜİK 2018 eğitim verisine göre 15 yaş üstü kişilerin yaklaşık %8’inin genel okuryazarlık düzeyi yetersizdir ve bu grubun %80’ini kadınlar oluşturmaktadır. 15-29 yaş arası

kadınların yarısı eğitim görmeyen grupta yer almaktadır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'na göre kadın olmanın, eğitim düzeyinin ve yaş artışının sağlık okuryazarlığını azalttığı belirtilmektedir (7).

Literatürde sağlık okuryazarlığı açısından etkilenen grupların içerisinde en çok kadınların yer aldığı bilinmektedir. Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olmasının öz-yeterlilik kapasitelerini artırmada, kendileri ve çocukları adına doğru kararlar almasında etkili olduğu bildirilmektedir (8). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 sonuçları kadın sağlığının okuryazarlık durumundan ve eğitim düzeyinden etkilendiğini sunmaktadır. Kadınların doğurganlık özellikleri, adolesan dönemdeki evlilik oranları, modern aile planlaması yöntemi kullanma durumları, karşılanmamış aile planlaması ihtiyaçları, doğum öncesi ve sonrası bakım alma durumları eğitim seviyesine göre değişim göstermektedir. (9).

Dünyada, aile ve toplumların çoğunda kız çocuklarını ve kadınları etkileyen toplumsal cinsiyet eşitsizleri sağlık okuryazarlığı düzeyini değiştirmektedir. Bu eşitsizlikler, kadınların eğitimlerine ve bilinçlenmesine engel olmakta, sağlık durumlarını etkilemektedir (10). Kadınların rahim içi (intrauterin) dönemden yaşlılık (senium) dönemine kadar geçirdiği evrelerde karşılaşılabilecek sorunların çözümünde eğitim ve sağlık okuryazarlığı düzeyi etkili olmaktadır. Bu bağlamda bir kadının kendi sağlığı hakkında doğru kararlar verebilmesi, koruyucu (önleyici), tedavi ve rehabilite edici temel sağlık hizmetlerinden faydalanmasında sağlık okuryazarlığı ve bunlara ilişkin faktörler önem taşımaktadır. Sağlık okuryazarlık seviyesi ülkedeki kadın sağlığını ve ilişkili olarak çocuk sağlığını etkileyeceğinden bu çalışma önemli görülmüştür.

Bu nedenlerle ve orijinal HÜ-SOY çalışmasındaki yaş aralıklarına uygun olması açısından, Yenimahalle Çarşı ASM'ye kayıtlı 18-60 yaş grubu kadınların sağlık okuryazarlık seviyesinin incelenmesi planlanmıştır.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

### **Araştırmanın Yakın Amacı;**

Bu çalışmada; Yenimahalle Çarşı Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı erişkin yaş grubu kadınların,

- Sağlık okuryazarlığı düzeyinin saptanması ve
- Sağlık okuryazarlığıyla ilgili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

### **1.3. Araştırmanın Uzak Amacı**

Bu çalışma sonucunda, kadınların sağlık okuryazarlığı konusunda yapılacak çalışmalara katkıda bulunmak ve bu konuda kaynak oluşturmak amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Genel Tanımlar

#### 2.1.1. Okuryazarlık

Türk Dil Kurumuna göre okuryazarlık, kişinin öğrenim görmesi ve okuryazar olması şeklinde tanımlanırken bir başka tanıma göre; metinleri ve eserleri okumada, analiz etmede ve üretmede belirli kapasiteye ulaşmayı içermektedir (3,11). Bireylerin sosyal hayatta olayları anlamlandırması, diğer insanları anlaması ve onlarla iletişime geçebilmesi için belli seviyede okuryazarlığının olması gerekmektedir. Bu bağlamda okuryazarlık, kazanılmış bir yeti olarak değil süregelen yetiler olarak ele alınmaktadır (3). Zarcadoolas ve arkadaşları okuryazarlık kavramını 4 temel bileşene ayırmışlardır;

- 1) Temel Okuryazarlık: Temel okuma, yazma, konuşma ve hesap yapma becerilerini içeren stratejilerdir.
- 2) Bilim Okuryazarlığı: Bilimsel ve teknolojik bilgi yeterliliğidir.
- 3) Sivil Okuryazarlık: Vatandaşların kamusal farkındalık geliştirdikleri stratejiler ve karar verme süreçlerine katılmalarıdır.
- 4) Kültürel Okuryazarlık: Sağlık bilgilerini anlama ve davranış geliştirmede toplumsal gelenek, inanç ve sosyal kimliklerin tanınması ve kullanılması becerileridir (12).

Dijitalleşmeyle birlikte günlük yaşantımızın bir parçası haline gelen elektronik iletişim araçları yeni medya olarak anılmaktadır. 1992 yılında Ulusal Medya Okuryazarlığı Öncülük Konferansı'nda medya okuryazarlığı tanımına yer verilmektedir.

**Medya Okuryazarlığı:** Çeşitli kanallarla mesajlara erişme, mesajları analiz etme, değerlendirme ve iletme yeteneğidir. Bu kanallar etkileşimli biçimde ve çoklu ortam biçiminde olduğundan çeşitli beceriler gerektirmektedir. Mesleğe yönelik bilgi ve

beceri bütünlüğü ve aynı zamanda dijital medyayı kullanma yeterliliği şeklinde tanımlanmaktadır (13).

### 2.1.2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı (SOY), okuryazarlıkla ilintili olarak tanımlanmaktadır. Kişilerin sağlıklarıyla ilgili günlük hayatlarında karar alması, hayat kalitelerini yükseltmesi ve sürdürmesi, sağlıklarını geliştirmesi ve hastalıklarını önlemesi amaçlarıyla gerekli sağlık bilgisine ulaşması, değer biçmesi ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak yetilere sahip olmasıdır (14). 2002 yılında Tones sağlık okuryazarlığına “eski şışede yeni şarap” metaforu yaparak sağlık okuryazarlığının sağlık eğitimi ve bireyi güçlendirme kavramları ile birlikte ele alınması gerektiğinden bahseder (12).

Sağlık okuryazarlığı; sağlık bakımında gereken kuralları uygulamayı, tıbbi eğitim broşürlerini, reçete edilen ilaçların talimatlarını, gıda etiketlerini, randevu kartlarını, hekimlerin açıklamalarını, taburculuk talimatlarını, hastanelerdeki yazılı onam formlarını, sağlık eğitimi materyallerini anlamayı ve karmaşık sağlık sistemleriyle baş edebilme yetilerini içerir (2,3).

Sağlık okuryazarlığı kavramı Scott Kittredge Simonds tarafından 1974 yılında ilk kez kullanılmıştır. “Health Education as a Social Policy” başlıklı makalesinde kullandığı Sağlık Okuryazarlığı kavramı 1990’lı yıllarda yeniden tanımlanmaya ve tartışılmaya başlanmıştır. 2000’li yıllarda konuya ilişkin pek çok çalışma yapılmıştır (15,16). Yapılan bu çalışmalarda sağlık okuryazarlığı kavramının, kişilerin becerilerindeki farklılıklardan etkilendiği ve bunun kategorize edilerek tanımlanması gerektiği kanısına varılmıştır. Bu nedenle Don Nutbeam, becerilerdeki bu farklılıkları Fonksiyonel (İşlevsel), Etkileşimli (İnteraktif) ve Eleştirel (Kritik) Sağlık Okuryazarlığı olarak kategorize etmiş ve tanımlamıştır (15).

**Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Okuryazarlığı:** Bireylerin sağlık bilgileri edinmesi ve faaliyete dönüştürebilmesi için yeterli olan temel düzey beceriler olarak

tanımlanmaktadır. Temel okuma ve yazma becerilerini ifade etmektedir. Örneğin; prospektüs okuyup anlayabilme bu kategoriye girmektedir (3,15).

**Etkileşimli (İnteraktif) Sağlık Okuryazarlığı:** Bireylerin sağlık bilgilerini alma ve sağlık sunucuları ile iletişim sağlamasında daha gelişmiş sosyal ve bilişsel becerilere sahip olmasını ifade etmektedir. Sağlıklarıyla ilgili yeni bilgiler edinmek ve kararlar almak için başkalarıyla etkileşime geçmeyi gerektirmektedir (3,15).

**Eleştirel (Kritik) Sağlık Okuryazarlığı:** Bilgiyi analiz etme ile daha ileri bilişsel ve sosyal becerileri kullanmayı içermektedir. Birey, daha geniş yelpaze ile yaşam olaylarına ve sağlığı etkileyen durumlara kontrol sağlamaktadır. Ayrıca, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine göre davranabilmektedir (3,15).

Ayrıca bu kategori ve tanımlama dışında Sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirme amacıyla Avrupa’da yapılmış bir çalışmada sağlık okuryazarlığı yetisini açıklayan 12 alt başlık belirlenmiştir. Sağlık bakımı, hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi konularında, bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve yorumlama, bilgilerden düşünce geliştirme ve hüküm verme gibi yetilere sahip olunması sağlık okuryazarlığı yüksek olanlarda belirleyiciler arasında yer almaktadır (17).

Bu belirleyiciler kapsamında literatürde sağlık okuryazarlığı kavramının pek çok tanımı mevcuttur. Örneğin; Tıp Enstitüsü’nün tanımına göre sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığı ile ilgili uygun karar vermesi için gerekli sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme ve anlama kapasitesinin düzeyidir ve bu düzeyin eğitim, kültür, dil ve çevreden etkilendiği belirtilmektedir (18). Sağlık okuryazarlığının seviyesini etkileyen bu faktörler nedeniyle sağlık okuryazarlığının sadece bireyi değil toplumu içeren tanımlamaları da görülmektedir. Bireysel sağlık okuryazarlığının tamamlayıcısı olan halk sağlığı okuryazarlığı; halk sağlığı bilgisine erişme, halk sağlığı bilgisini kullanma ve değerlendirme, halk sağlığı sorunlarının çözülmesine yönelik ilgili gruplara ulaşıp iletişim kurabilme becerisini içermektedir (19).

## 2.2. Halk Sağlığı Bakış Açışıyla Sağlık Okuryazarlığı

Halk sağlığının temel ilkelerinden biri de bireylerin kendi sağlığının değerini bilmesi ve kendi sağlığından sorumlu olmasıdır. Bu ilke bağlamında halk sağlığının korunmasında ve sağlık hizmetlerinde başarı sağlanması bireyin sorumluluk olarak katılması son derece önem taşıtmaktadır. Bu sayede toplumdaki kişilerin dūřüncelerine başvurmuş, kişileri, sağlık hizmetinin oluşmasında pay sahibi yapmış ve bōylelikle hizmet verimliliği sağlanmış olunur. Ancak toplumların sağlığının doğrudan bireye yūklemeden Őnce sosyal tıp anlayışına gōre hareket etmek gerekmektedir. Sosyal devletin halka sağlamakta yūkūmlū olduğu hizmeti temel bir hak olarak gōrmek, ekonomik ve toplumsal kalkınmadaki itici gūç olarak değerlendirmek gerekmektedir. Çūnkū bir kişinin hasta oluşu sadece o kişinin sorunu değil aileden başlayarak toplumun da sorunu haline gelmektedir (20). Halk sağlığı sorunlarına bireyin katılımının sağlanması, bireysel hizmetlerin karşılanması ve sağlık hizmetlerinin etkililiği sağlık okuryazarlığı ile etkileşimli ve ilintilidir.

Toplumun sağlık okuryazarlığı dūřūk olduğunda toplum sağlığı açışından bazı sorunlar oluşmaktadır. Bu sorunlar; genel sağlık dūzeyinde dūřūklük, sağlık bakım sistemine ulaşmada yetersizlik, Őz bakımı yōnetmede azalma, çoklu ilaç kullanımı, sağlık bakım maliyetlerinde yūkseklilik, tıbbi Őneriye veya talimatlara bağlılıkta yetersizlik olarak sıralanabilir. Bu sorunlara ek olarak; hastanede yatma sıklıklarının ve kalma sūrelerinin uzun olması, fazla acil servis kullanma, kronik hastalık prevalansında artış, aşılama oranında azalma, kanser taramalarında azalma, mortalitede yūkseklilik şeklinde kendini gōstermektedir (2, 21). Bireysel ve toplumsal bu tūr sorunlar sağlıkta bireyselliği artırmanın Őnemine dikkatleri çekmektedir. Őz sorumluluk geliştirmede sağlığın kişiselleştirilmesi Őnerilmektedir. Kiřiselleřen sağlık kavramıyla; sağlıklı yaşamaya ve hastalanmamaya Őzen gōsteren, sağlık verilerine mobil uygulamalar aracılığıyla her an ulaşan, hastalığıyla ilgili verilerin bu uygulamalarla gūvende ve kontrol altında tutulduğu, uygulanan tedavi kurallarının kişiselleştirildiği inisiyatifli bir yaklaşım betimlenmektedir. Kiřilerin, sağlığın merkezine yerleştirildiği bu kavram ile sağlık hizmetinin kalitesini arttırmak amaçlamaktadır (22,23).

Öz yeterlilik, kişilerin kendi hedeflerinde ve standartlarında sonuca ulaşabilme veya bir etki oluşturabilme amacıyla kendilerinde yeterli hissettikleri kapasite olarak tanımlanmaktadır ki bu kapasite doğrultusunda sağlık okuryazarlığı etkilenmektedir (24). O halde, sağlık okuryazarlığı durumu bireyin katılımı, sağlığın kişiselleşmesi ve sağlıkta öz yeterlilik kavramları ile yorumlanabilir.

Halk sağlığında yaşam kalitesinin yükselmesi amaçtır ve bunun değerlendirilmesinde birtakım geliştirilmiş ölçekler kullanılmaktadır. Bireyin kendi yaşam kalitesini ve beklentisini değerlendirmede kullanılan QALY (Quality Adjusted Life Year), sağlıklı yaşam yılını değerlendirmede kullanılan HeALY (Healthy Life Year), sakatlığa ayarlanmış yaşam yılını ölçmekte kullanılan DALY (Disability Adjusted Life Years) gibi ölçütler halk sağlığı için önem arz etmektedir (25, 26). Sağlık okuryazarlığının yükseltilmesiyle yaşam kalitesi ve bu tür değerlendirme ölçütleri de doğru orantılı olarak yükselmektedir. Çünkü sağlık okuryazarlığı artarken, kişilerin beslenme düzeni, fiziksel, sosyal ve psikolojik aktiviteler yapması ve stresörlerden uzaklaşması gibi yaşam kalitesini yükselten konulara yönelimleri de olumlu yönde artmaktadır (24). Yapılan bir çalışma sonucuna göre; sağlık okuryazarlığının sağlıklı davranışlar sergilenmesine asgari düzeyde katkısı vardır fakat sağlık düzeyini arttırmada büyük önem taşımaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergileyen bireyler sağlıklarını koruyabilmekte, sürdürebilmekte ve sağlık durumunu geliştirebilmektedir (27). Sağlık okuryazarlığı iş, meslek, gelir düzeyi, çevresel faktörler (coğrafya, aile, dil, kültür, akran, politika vb.) ile etkileşim göstermektedir (1). Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerden çoğu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da etkilemektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları yaş, cinsiyet, yaşam yeri, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, sigara ve/veya alkol kullanımı ve fiziksel aktivite gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Sağlık sorumluluğunu alma, fiziksel aktivite yapma, yeterli ve dengeli beslenme, iyi kişilerarası ilişki kurma, ruhsal gelişim sağlama ve stres yönetiminde baş etme becerileri geliştirme gibi davranışlar ile kendini göstermektedir (28).



DSÖ sağlığın tanımında, sosyal sağlığın tam iyilik haline yer vermektedir. Sağlıkla ilgili en önemli sosyal belirleyicinin ise sağlık okuryazarlığı (SOY) olduğunu bildirmektedir. Gelir, alışma durumu, eğitim düzeyi ve etnik grup belirleyicilerinin sağlık okuryazarlığına göre daha az güce sahip olduğu belirtilmektedir (29,30). Prof. Dr. Nusret Fişek, kişinin sosyal yönden tam iyilik halinde olmasının n koşulunu sosyal yaşantısının sağlıklı olmasına bağlamaktadır (31). Sağlık hizmetlerinde ise bu bakış açısı toplumsal iyiliği hedefleyen ve bireylere sağlıkta katılım sağlayan pozitif sağlık kavramıyla 1950'lerden sonra gelmektedir. Bu kavramla birlikte fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden sağlığın dengede olması ve evre, psikolojik, sosyoekonomik koşullar gibi sağlığı güçlü kılacak olanak varlıklarının önemi vurgulanmaktadır (32). Öte yandan, dünyanın içinde bulunduğu pandemi sürecinde ve COVID-19 salgınıyla baş etmede sağlık okuryazarlık düzeyinin önemi de vurgulanmalıdır.

Ciddi mortalite ve morbidite sebebi olan pandemilerde bireylerin davranış biçimlerinin toplumsal sonuçlara etkisinin sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi önem taşımaktadır. Bir hastalığa karşı algılanan risk, kaygı düzeyi ve öz yeterlilik yüksekliliği, uygun koruyucu davranışsal tepkinin gösterilmesini doğurmaktadır (33). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin bilgiye erişmesinin yanı sıra bilgiyi doğru kullanma becerisini, kolay anlaşılabilen, doğru, güvenilir ve erişilebilir bilginin bireye ulaştırılmasını da içermektedir. Genel anlamda sosyodemografik verilere, sağlık okuryazarlık düzeyine dikkat edilmesi pandemi sürecinin iyi yönetilmesinde etkilidir (33). Salgın durumunda gerçekleştirilen bireysel davranışlar toplumu etkilemektedir.

Bu nedenle halk sağlığını tehdit eden bir salgınla mücadelenin zorluğu bireysel davranışları etkileyen sağlık okuryazarlığı ile ilişki taşımaktadır. Sağlık okuryazarlığı sosyal belirleyicilerden etkilendiği gibi sosyal belirleyicileri de etkilemektedir ve halk sağlığı açısından önem arz etmektedir.

### 2.3. Kadın Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı

Kadın sağlığı kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik halini içermektedir. Bu iyilik hali sosyodemografik özelliklerden etkilenmektedir. Kadın sağlığında yaşam boyunca bütünsel yaklaşım göz önünde bulundurulmaktadır. Yaşamsal iyilik hali anne karnında başlayan evrelerin sağlıklı atlatılmasına bağlanmaktadır. Bu nedenle kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi için kadının, doğum ve ölüm arasında geçen evre ile değil anne karnından yaşam sonlanana kadarki süreç ile ele alınması gerekmektedir (3). Kadının hayatındaki evreler, keskin sınırlarla ayrılmamakla birlikte Puberte (Ergenlik), Seksüel Ergenlik (Doğurganlık), Klimakterium ve Menopoz, Senium (Yaşlılık) dönemleri olarak sıralanmaktadır (34). Her dönemin kendine özgü kadın sağlığını etkileyen değişimleri vardır. Dünya Sağlık Örgütü, 10-19 yaş olarak belirlediği çocukluktan yetişkinliğe geçiş evresini ergenlik dönemi olarak tanımlamaktadır. Ergenlik döneminde kazanılan zararlı alışkanlıklar, geçirilmiş enfeksiyonlar, hareketsiz yaşam ve malnütrisyon durumu yetişkinlik çağına taşınarak sorun yaratmaktadır. Ergenlerin sağlıklı yaşam davranışları edinmeleri ve bu davranışları yetişkinlik döneminde de sürdürmeleri önem taşımaktadır. Bu davranış biçimi sağlık okuryazarlığı ve sağlık sorumluluğunda kişiselleşmeyle ilgili olduğundan sağlığın geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (35).

Yine doğurganlık döneminde kadının gebelik evresini sağlıklı geçirmesi, sağlıklı anne ve bebeğin dolayısıyla sağlıklı bir aile ve toplumun oluşması anlamına gelmektedir (36). Doğurganlık dönemi gebelik ve doğuma bağlı olarak oluşan fizyolojik, psikolojik, sosyal değişimlere uyum sağlamayı gerektiren ve stresle baş etme becerileri geliştirmeyi gerektiren bir dönem olarak bilinmektedir (37). Sağlık okuryazarlığının gebeliğe, anne ve bebeğe doğrudan etkisi bulunmaktadır. Gebeliği sebebiyle sağlık sistemini ilk kez kullanan kadının sağlık okuryazarlık düzeyi, sistemi nasıl kullanacağını etkilemektedir. Gebenin sağlıkla ilgili temel bilgileri sağlama, anlama, kullanma, kendisi ve bebeği için uygun sağlık kararları verebilme becerisi sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilgili görülmektedir (12). Bu durum kadınların toplumda çok daha aktif rol almalarını ve çocukları için daha güvenli gelecekler oluşturmalarını sağlamaktadır (38). Yine bu dönemdeki sağlık okuryazarlığı etkisinin çalışıldığı

araştırma sonuçlarına göre; sağlık okuryazarlığı yüksek düzey olan kadınların daha erken ve sık perinatal bakım aldıkları, daha az prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdukları, daha çok anne sütüyle besledikleri, sağlık kuruluşlarında doğum yapmayı tercih ettikleri, çocukluk dönemi aşılarda ilgili daha fazla bilgiye sahip oldukları görülmektedir (12). Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan gebelerin, gebelikte yaptıkları tarama testlerini daha az anladıkları literatürde yer almaktadır (39). Ayrıca meme kanserinde bilgi edinme ve erken tanı koymada düşük sağlık okuryazarlığı olan kadınların meme kanseri tarama davranışlarında önemli bir bariyer olarak görünmektedir (40). Eksik sağlık okuryazarlık kanser hastalıklarında tarama testlerinin erken tanısındaki önem ve rolünün farkında olmama durumlarını oluşturabilmektedir (41). Yapılan bir çalışmada ise daha az mamografi çektiren kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir (42). Yapılan başka araştırmaya göre de sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan kadınların mamografi çektirme ve Pap smear testi yaptırma oranının düşük olduğu bildirilmektedir. Kadınların meme ve servikal kanser taramaları hakkındaki bilgi eksikleri kadın sağlığını olumsuz etkilemektedir (43). Doğurgan dönemdeki kadınlarda acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi ve tutumun ölçüldüğü bir çalışmada ise kadınların acil kontrasepsiyon yöntemlerini bilmediği veya bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür (44). Yapılan bir başka çalışmada ise sağlık okuryazarlığı düşük olan kadınların plansız gebeliklerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (3).

Klimakteriyum ve menopoz dönemlerine gelindiğinde ise düşük sağlık okuryazarlığı olan kadınların kronik hastalıklarının tedavisinde güçlük çektiği, hastaneye daha çok müracaat ettiği ve yatışının yapıldığı görülmektedir. Yüksek riskli sağlık davranışlar yapma olasılıkları daha yükselmektedir. Morbidite ve mortalitede artış görülmektedir (45). Yapılan bir çalışmaya göre aksine klimakterik dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu belirtilmektedir. Kadınların klimakterik dönemde sağlıklarını korumaları ve geliştirebilmelerinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olmasının önemli bir unsur olduğu düşünülmektedir (46).

Yaşlılık dönemine gelindiğinde ise düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin artan hastalıklarla birlikte yaklaşık olarak aynı sorunlar doğuracağı düşünülebilir. Bu dönemde kronik hastalıkların artması, bilgiyi işleme kapasitesinin azalması, vücut fonksiyonlarının gerilemesi, sosyal desteğin ve ekonomik gelirin azalması, görsel ve işitsel duyuların zayıflaması gibi nedenlerle sağlık okuryazarlığı düzeyi yaşlılıkla birlikte düşüş göstermektedir (3).

Eğitim seviyesinin ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin kadın sağlığına etkileri hakkında 2018 TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) verileri araştırmacılara bilgiler sunmaktadır. Yapılan araştırma sonuçlarına göre; hane halkındaki kadınların %75'i ilkököl ve üzeri eğitimlerini tamamlamıştır. Bu eğitim durumlarına göre kadınların doğurganlık düzeyleri değişmektedir. Lise ve üzeri eğitim alan kadınlar ortalama 1,8 çocuk doğururken ilkökölü bitirmemiş ve eğitimsiz kadınlar 4,2 çocuk doğurmaktadır. İlkokölü bitiren kadınların %20'si adölesan dönemde çocuk sahibi olmaktadır. Eğitim seviyesi düşük olan kadınlar daha fazla sayıda çocuk doğurmak istemektedir. Çocuk sahibi olmak istemeyen eğitim almış kadınların %52'si modern aile planlaması yöntemi kullanmaktayken, eğitimsiz ve ilkökölü bitirmemiş kadınlarda bu oran %40'a düşmektedir. Karşılammamış aile planlaması ihtiyacı ise eğitimsiz ve ilkökölü tamamlammamış kadınların %20'sini oluşturmaktadır. Lise ve üzeri eğitime sahip kadınlarda %9 oranındadır. Kadınların aldıkları doğum öncesi bakım da eğitim seviyesine göre değişmektedir. Eğitimsiz ve ilkökölü bitirmemiş kadınların %93'ü, ortaokölü bitirmiş kadınların %98'i sağlık personelinde doğum öncesi bakım almıştır. En yüksek eğitim seviyesine sahip kadınlar aynı şekilde sağlık personelinde doğum sonrası bakım hizmeti de almışlardır (9). 2018 TNSA araştırma sonuçlarına göre okuryazarlık durumunun ve eğitim faktörünün kadın sağlığına etkileri görölmektedir.

Kadın Sağlığını, kadın hayatı evreleri ve geçiş dönemleri haricinde toplumsal cinsiyet boyutu olarak da ele almak gerekmektedir. Dünyada, aile ve toplumların çoğu tarafından kız çocuklarına ve kadınlara az değer verilmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği yaratan bu değer sorunları, okuryazarlık durumunda da kendini göstermektedir. Dünya genelindeki istatistiklere bakıldığında ilkökölü başlamamış

130 milyon çocuğun 2/3'ünü kız çocukları oluşturmaktadır (10). Kadın erkek eşitliğinin sağlanabilmesi için kadının eğitilmesinin gerekli olması hususunda bilinç artmakta, özellikle okuma yazma bilmeyen kadınlara yönelik olan eğitimlerde yükseliş yaşanmaktadır fakat yine de eğitim yetersiz bulunmaktadır (47). Sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması sağlıkta bilgi edinme, karar verme ve eylemde bulunma süreçlerini kapsadığından eğitilmiş olmanın etkisi yadsınmamaktadır. Dolayısıyla toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin kadın sağlık okuryazarlığını etkilediği yorumu yapılabilmektedir.

Bir halk sağlığı sorunu olan kadına yönelik şiddet, kadına fiziksel, ruhsal ve sosyal ölçüde zarar vermekte ve bu durum nedenlerden biri olan toplumsal cinsiyet eşitsizliğine dayandırılmaktadır (48). İşte bundan dolayı sağlık okuryazarlığı bireyin maruz kaldığı şiddet, taciz ve suistimal durumunda önlemler alması, kişisel ve yasal yollara başvuru yapması için de ihtiyaç taşımaktadır (3). Ayrıca toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri nedeniyle kadın, üreme sağlığı alanında sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar adolesan evlilikler ve gebelikler, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar, menopoza ve sonrası dönem hastalıkları, kadının statüsünün etkilenmesi gibi sonuçlar olarak karşımıza çıkmaktadır (48). Kadın sağlığını etkileyen bu sonuçları iyileştirmek gerekmektedir. Bu sonuçları eğitim, okur-yazarlık ve dolayısıyla sağlık okuryazarlık seviyesini yükselterek mümkün kılınacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak intrauterin dönemden itibaren yaşam sonlanana kadar kadın sağlığını her dönem göz önünde bulundurarak ele almak gerekmektedir. (48).

#### **2.4. Dijital Okuryazarlık ve Mobil / E- Sağlık Okuryazarlığı**

Gelişen ve gelişmeye devam eden dijital teknolojideki bilgileri seçebilmek, bilgilere ulaşabilmek, bilgiyi kullanabilmek, değerlendirebilmek ve eleştirebilmek amacıyla, bireyin gerekli yeteneklere sahip olması durumuna dijital okuryazarlık denmektedir (49). Dijital sağlık; bireyin sağlık durumu hakkında bilgi edindiği, tedavi kurallarına uyumlandığı, sağlık çalışanlarıyla iletişim halinde olduğu teknolojik

uygulamalar bütünü olarak tanımlanmaktadır (50). Bu bütünü oluşturan sistem ve araçlar; teletıp, m-sağlık, e-sağlık, giyilebilir ve sanal gerçeklik teknolojileri olarak karşımıza çıkmaktadır (50). Bu kavramlardan e-sağlık okuryazarlığı ise sağlıkla ilgili bilgilerin elektronik ortamda araştırılması, anlaşılması ve değerlendirilmesinin yanı sıra ulaşılmış sağlık bilgilerinin gerektiği zamanlarda uygulayabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (49). Sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitimi ve iletişim teknolojilerinden faydalanmayı gerektirmektedir (51). Dolayısıyla elektronik kaynaklar ve teknolojiler, tıp eğitimi ve hasta eğitimi alanında kullanıldığı gibi, bireye sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumluluk vererek sağlık okuryazarlığını artırmada kullanılmaktadır. Bu uygulamalara ek olarak dijital uygulamaları kullanan bireylere sağlık durumları hakkında daha detaylı ve ulaşılabilir veri sağlanmış olmaktadır. Çeşitli platformlarda, benzer durumdaki bireylerle sağlık deneyimlerini paylaşma, karşılaştırma ve değerlendirme fırsatı sunmaktadır. Bireylerin ilaçları değerlendirip uygun tedavi yöntemini seçme gibi yararları bulunmaktadır. Hasta ve sağlık çalışanı arasındaki iletişimi artırmayı, hastanın sağlık çalışanlarının kullandığı kelimeleri anlamasını sağlamaktadır (52,53).

Akıllı sağlık uygulamaları üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularında sağlık okuryazarlığı olan kadınlara kolaylık sağlamaktadır. Kadınlar adet döngüsü takip etme ve gebelik ve lohusalık süreci, bebek bakımı ve sağlığı ile ilgili bilgilere ulaşmaktadır. Bunun yanı sıra mobil sağlık uygulamalarının hasta izlemi yapma, hastalık ve salgın gözetme, olağandışı durumlara yanıt alma, sağlık verilerine ulaşma, sağlık uzmanlarından eğitim alma, sağlıklı beslenme planı oluşturma gibi kullanım alanları bulunmaktadır (54). Tüm nüfus genelini kapsayan sağlık kuruluşlarındaki entegre e-sağlık sistemleriyle vatandaşların sağlık verilerinin toplanmasıyla il ve bölge analizlerini yapma, istatistiksel epidemiyolojik sonuçlara ulaşma, aşılama yapma ve koruyucu önlemler alma gibi halk sağlığına faydası olacak imkanlar sağlamaktadır (50). Fakat toplumda e-sağlık okuryazarlığının yeterli seviyede olmaması durumu bireyin uygulamayı mobil cihaza indirememesi ve etkin şekilde kullanamaması açısından zorluk da yaratabilmektedir (52,54). Bu bağlamda sağlık okuryazarlığın dijital ortamda sürdürülebilmesi için kişide teknolojik okuryazarlık bilgisi ve becerisi gerektirmektedir. Çünkü dijitalleşen dünyada bilgi teknolojisinin ilerlemesi ile sağlıkta

bilgi kaynağı olarak internet kullanımı artmaktadır (50). İnternet, bireyin sağlık çalışanlarından görüş almasına, hastalığı hakkında uzman araştırması yapmasına, muhtemel tedavi ve sonuçları ile ilgili bilgi edinmesine yardımcı olmaktadır (55). Teknolojideki sağlık okuryazarlığı, önleyici yaklaşımlardaki öz sorumluluğu etkilemektedir. Bu nedenle dijital kaynakların doğru kullanımı bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve eyleme geçirmeyi desteklemektedir. Bu eylemsel yaklaşımlar kız çocuklarının ve kadınların dijital alana katılımlarını da içermektedir. 7. Uluslararası Kız Çocukları Günü Konferansında, kız çocuklarının güçlenmesi ve dijital alana tam katılımlarının desteklenmesi üzerinde durulmuştur. Düşük ve orta gelirli ülkelerde erkeklere göre 300 milyon daha az kadın mobil internete erişimden yoksun olduğu belirtilmiştir. Dijitalleşmedeki bu eşitsizliğin, eğitim ve sağlık konularındaki iyileştiren hizmetlere engel olduğu yorumu yapılmıştır. Bu konferanstaki UNFPA, UNICEF gibi kuruluşlar dijital çağda kadınların ve kız çocuklarının cinsel sağlık ve üreme sağlığı haklarında eşitsizliklerin giderilerek kimseyi geride bırakmayacaklarını belirtmişlerdir (56).

Sonuç olarak sağlık okuryazarlık düzeyi elektronik kaynaklar ve teknolojiler ile birlikte düşünülmelidir.

## **2.5. Medyada ve Sağlık Haberciliğinde Sağlık Okuryazarlığı**

Medya, sözlüklerde “bilginin kitlelere iletilmesinde kullanılan radyo, TV, gazete, dergi, kitap vb. birçok araç (vehicles)” şeklinde tanımlanmaktadır (57). Sosyal medya e-sağlık okuryazarlığı; sağlık personeline soru sorma, aynı hastalığı geçirmiş kişilere, ilaç ve tıbbi cihazlar hakkında bilgiye ulaşma fırsatlarını sunan teknolojik bir araç olarak görülmektedir (58).

Sağlık konusunda etkin iletişim kurulmasında, kitle iletişim araçlarından, medyadan yararlanılması büyük önem taşımaktadır (57). Çünkü son yıllarda sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi paylaşma ve birey davranışlarını şekillendirme açısından dijital medya kullanımını artış göstermektedir (59).

Schiavo, sağlık okuryazarlığını sağlık iletişiminin içinde bir alan olarak değerlendirmektedir. Ona göre sağlık iletişimi bir disiplinler bütünüdür. Sağlık bilgilerinin paylaşılmasında tüm bireylerin mevcut probleme dhil edilmesi gerekliliğini açıklamaktadır. Doğru bilginin yayılmasında, sağlık personelinin hastalarla etkileşiminde, bir davranışı benimsetmede sağlık iletişimini son derece etkili multidisipliner bir alan olarak tanımlamaktadır (60).

Sağlık iletişimi alanı sağlığın geliştirilmesi alt başlığını kapsamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi sağlıkla ilgili stratejilerin planlanmasında ve uygulanmasında iletişim çalışmaları ile disiplinler arası çalışmayı gerektiren role sahiptir (61). Sağlık çalışanlarını ve personelini, halk sağlığı uzmanlarını, endüstri temsilcilerini kamunun ihtiyaçlarına karşı onları duyarlı hale getirmeyi sağlamaktadır (60).

Sağlık ıktılarının iyi olması sağlık iletişimi ile ilişkilendirilmektedir (3). Kişinin sağlık bilgisini artırması, paylaşması ve tıbbi kararları alınması düşük sağlık okuryazarlığa sahipken mümkün gözükmemektedir (62). Sağlık ıktı davranışlarında etkin role sahip sosyal medyanın, bireylerin sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmektedir. Hastalıkları araştırmak ve hastalık tecrübelerini paylaşmak, sağlıklı yaşam tavsiyeleri almak, doğru kararlar verebilmek için sosyal medyayı kullanmaktadır (58). Ayrıca siberkondri durumu olan bireyler güvenlik arayışı davranışıyla, sağlıklarıyla ilgili kaygı ve belirsizliği azaltmak için internette sağlık bilgisi aramaktadır (63). Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bir birey bu evrimii bilgiyi arama davranışı ile birlikte yanlış bilgi edinebilir ve bilgileri anlamayabilir. Nitekim COVID-19 salgınında yayılan infodemi, sosyal medyayı yanlış kullanmanın bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır (33). O sebepten sosyal medyanın sağlık davranışındaki olumlu etkilerinin yanında tehlike ve risk paylaşımlı yönü de bulunmaktadır. Bilimsel kaynaklar medyanın önemli olmayan sorunlara bile abartılı yaklaştığını göstermektedir. Bu da önemli bir halk sağlığı sorunu oluşurmaktadır. Medyada bilgi paylaşımında dengenin kurulması bu hususta önem taşımaktadır (57). Bu açıdan bakıldığında bilgi arama ve sorgulama becerisinde ve sağlık davranışı oluşurmada sağlık okuryazarlığının önemi yadsınmamaktadır.



Yapılan araştırmalara göre, birçok yetişkin internetten daha çok hekimlerine güvenmekte ve çoğu durumda çocuklar ve yetişkinler interneti, bilgi danışılan ilk iletişim kanalı olarak kullanılmaktadır. Eysenbach (2008), gençlerin diyet, fitness, sivilce, cinsellik gibi konularda yetişkinlerin ise genellikle tedaviler veya hastalıklarla ilgili internette tıbbi bilgi arama davranışı sergilediğini belirtmektedir (59). Moorhead ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan başka bir çalışmaya göre; sosyal medyanın diyabet, grip, ruh sağlığı gibi konularda sağlık bilgisini paylaşmaya, yorum yapmaya, tartışmaya olanak veren bir ortam sağladığını göstermiştir (60). Thackeray vd. (2013) tarafından yapılan bir çalışmaya göre sosyal medya siteleri, e-sağlık ve tıbbi bilgileri kolayca sunan hazır bir kaynak haline gelmiş bulunmaktadır. Yenidünya düzeninde hastalar; ilaçlar, tıbbi cihazlar, sağlık kurumları ve personeli hakkında yapılan yorumları okuyup değerlendirerek, sağlıkları hakkında daha kolay karar alabilmektedir (58).

Bilginin toplumla paylaşılmasında medyada paylaşım yapan sağlık muhabirlerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Sağlık muhabirinin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığının olması gerekmektedir. Sağlığa ilişkin yenilikleri araştırarak ve sorgulayarak doğru bilgi verme sorumluluğunu üstlenmesi değerli görülmektedir (3). Sansasyonel sağlık haberciliğinden uzak kalmak amacıyla tüm yayın kuruluşlarında alanında uzman sağlık muhabirlerin bulundurulması gerekmektedir. İyi bir sağlık okuryazarı olmanın ön koşulu iyi bir medya okuryazarı olmakla ilişkilendirilmektedir (64). Çünkü okuyucuya bilgilerin doğru sunulması bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini artırmak açısından önem taşımaktadır (3). Sağlık muhabirleri kendini geliştirdikçe medya da sağlık haberlerin içeriğine hasta odaklı etik bir anlayış ile bakarak gelişim sağlamaktadır (65). Sağlık alışanı ve sağlık muhabiri arasında karşılıklı ve sağlıklı iletişim olması, safsata ve yanlış bilgi içeren kaynakların ayırt edilmesi, sorgulanması, bilimsel kaynak kullanımının öneminin anlaşılması gerekmektedir (3). Çünkü medyanın bireyler üzerinde etkisi günden güne artış göstermektedir. Özellikle şiddet, eşitsizlik ve olumsuzlukları normalleştiren ve riskli grupları (ocuk, kadın, yaşlı vb.) pasifize eden haberler yapılmaktadır. Medya; cinsel istismar, tecavüz, şiddet, cinayet, eşitsizlik, eğitim ve sağlık hizmetlerinden yoksunluk gibi konularda kadın ve çocukları haber konusu yapmaktadır. Çocukları yok sayıp,

mağdur konumuna düşüren medyanın kötü etkilerinden çocukları korumak gerekmektedir. Cinsiyetçi söylemleri olmayan bir medyanın olması, yatay ve dikey ayrımcılığın medyadan kaldırılması gerekmektedir (13). Cinsiyetçi ve kalıplaşmış söylemlerin bireylerdeki toplumsal davranışları etkileyeceği düşünülmektedir.

Gazetelerin dijitalleşme sonucunda etkisini yitirmesine karşın, kitlelerin sağlıkla ilgili tutum, davranış ve algılarını değiştirebilecek potansiyel güce halen sahip olduğu ifade edilmektedir. Bu sebepten gazete-gazetecilik iletişim aracının, halk sağlığını ve sağlık okuryazarlığını etkileyebileceği düşünülmektedir (66).

Sonuç olarak sosyal medyada paylaşılan doğru bilgiler, kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyini olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca teknoloji kullanımı ile e-sağlık okuryazarlığı arasında da bir ilişki olduğu iddia edilmektedir (58).

## **2.6. Sağlık Hizmeti ve Sosyal Hizmet Boyutunda Sağlık Okuryazarlığı**

Bireyin sağlık okuryazarlık seviyesi yükseldikçe sağlık hizmetinden yararlanma, hizmeti doğru algılama düzeyi de o kadar yüksek olmaktadır. Yani diğer bir deyişle sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetini etkin kullanabilmeyi sağlamaktadır (67). Sağlık hizmetlerinin de, hizmeti alan kişiler tarafından idrak edilebilir, kabul edilebilir ve erişilebilir olması gerekmektedir ayrıca sağlık sistemi, sağlık okuryazarlığı düzeyinden en çok etkilenendir bu nedenle sağlık hizmetinin iyileştirilmesi öneriler arasında yer almaktadır (3).

Sosyal hizmet alanında çalışanlar, salgın, afet gibi durumlarda etkilenen dezavantajlı grupların sosyal bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında destekleyici hizmetler sunmaktadır. Dolayısıyla sağlık dışı sektördeki işgücü olarak görülen sosyal hizmetin, sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi açısından etkinliği bulunmaktadır (68). Sosyal hizmet mesleği, insan sorunlarını çözmektedir. Benimsediği temel yaklaşımlardan biri sosyal açılardan değişim yaratma olarak görülmektedir (69). Disiplinler arası sağlık ekibinin bir parçası olan sosyal hizmet uzmanlarının bilgi ve

becerileri, sağlık okuryazarlığı müdahalelerini gerçekleştirebilmeleri açısından önem taşımaktadır (70). Sağlık okuryazarlığın interaktif ve kritik sınıfları “sosyal yetenek” becerileri içermektedir (18). Sağlık okuryazarlığı zayıf olan kişilerin sosyal gelişimlerinin sınırlı olduğu ve sosyal öğrenme yaklaşımlarının sağlık okuryazarlığında önemli etkisi olduğu belirtilmektedir (17, 71).

Sağlık hizmetini etkileyen faktörler kişisel, kolaylaştırıcı faktörler ve ihtiyaç faktörleri olarak belirlenmektedir. Bireysel, sosyo ekonomik, demografik değişimler bireyin hizmetten yararlanma durumunu etkilemektedir. Gleen ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada etnik köken, gelir ve eğitim düzeyinin sağlık hizmeti kullanımını etkilediği görülmektedir (72). Tüm bu etkenlere bakıldığında; sosyal sorunların çözümünde görevli sosyal hizmet uzmanları sağlık okuryazarlığını yükseltmede önem taşımaktadır. Sağlık hizmeti ve sosyal hizmetin sağlık okuryazarlığı etkilediği yorumu yapılabilmektedir.

## **2.7. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı**

### **2.7.1. Dünyada SOY Durumu ve Girişimleri**

Gittikçe küreselleşen dünyada sağlık okuryazarlığına, “bütün-devlet ve bütün-toplum anlayışı” ile yaklaşmak gerektiği söylenmektedir. Bazı Dünya devletleri sağlık okuryazarlık seviyesinin önemine bu anlayışla yaklaşmaktadır. Sağlık okuryazarlığın ölçülmesi amacıyla 8 Avrupa Birliği ülkesinin (Avusturya, Almanya, Bulgaristan, Hollanda, İspanya, İrlanda, Polonya, Yunanistan) 7770 anket verileriyle yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasına göre sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek olan kişilerin eğitim seviyesinin de yüksek olduğu görülmektedir. Bu ülkeler arasında eğitim bakımından sosyal tabakalaşma ve farklılıklar görülmüştür. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması araştırmaya dâhil olan kişilerin %12’sinin yetersiz ve %35’inin sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermiştir (73).

ABD, Çin, Avustralya ve bazı Avrupa ülkelerinde sağlık okuryazarlığına yönelik yapılan anketlerin kötü sonuçlar vermesi üzerine bazı strateji ve hedefler geliştirilmesi gerektiği anlaşılmaktadır (15). Amerika gelişmiş ülke olmasına karşın yetişkin bireylerinin %50'sinin temel sağlık okuryazarlık düzeyinde olduğu belirtilmektedir. 7. Küresel Sağlık Konferansı'nda tartışılmak üzere hazırlanan belgeye göre UNESCO (2009) raporunda; Dünyadaki 776 milyon yetişkin bireyin temel sağlık okuryazarı olmadığı tespit edilmiştir (74). Amerika'da birinci basamak sağlık merkezine başvuran yetişkin hasta ve sporcular ile yürütülen çalışma sonucuna göre; yetişkinlerin %48,1'inin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, daha genç ve eğitilmiş olanlarla vücut kitle indeksi daha iyi olanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (75). 2012 yılında Amerika'da meme kanseri taramaları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, kadınların %51'inin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, meme kanseri taramalarına katılanların sağlık okuryazarlığının daha yüksek düzey olduğu belirlenmiştir (76). ABD'de yapılan ulusal bir çalışmaya göre, sağlık okuryazarlığı orta düzey olan nüfusun %53'ünü, temel düzey %22'sini, yetersiz düzey ise %36'sını oluşturduğu tespit edilmiştir (77). Yine Amerika'da 40 yaş ve üzeri göçmenlerde yapılan çalışmada bireylerin yarıya yakınının tıbbi terimleri okumakta güçlük yaşadığı ve sağlık okuryazarlığı düşük olan kadınların daha az Pap smear testi yaptırdığı saptanmıştır (78). Tayvan'da 2012 yılında, kadınların önleyici sağlık davranışları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada; kadınların gıdaların son kullanma tarihlerini kontrol etmede ve vücutlarındaki fiziksel değişiklikleri izlemede sağlık okuryazarlığının etkisi olduğu belirlenmiştir (79). Bu sonuçlar, sağlık okuryazarlığının dünya genelindeki kadın sağlığı üzerindeki etkisini göstermektedir.

Sınırlı sağlık okuryazarlığı dünya ülkelerinin sağlık sisteminde yüksek masraflara sebep olmaktadır. Örneğin Kanada'da 2009 senesinde 8 milyar dolarlık bir mali harcama yapılmıştır. ABD Yaşlı Toplum Ulusal Akademisi 1998'de, 73 milyar dolar sağlıkta ilave mali harcamalar yaptığını belirtmiştir (73). Böylelikle sağlık okuryazarlığının, ülkelerin sağlık sistemlerini etkilediği gerçeği araştırmalar tarafından da desteklenmiştir.

Sağlıkta dijitalleşmeye bakıldığında; 2015 yılında dünya genelinde yaklaşık 500 milyon akıllı telefon kullanıcısı bir “mobil sağlık uygulaması” kullanıyorken günümüzde 3,4 milyondan fazla akıllı telefon ve tablet kullanıcısının yarıya yakını “mobil sağlık uygulamalarını” kullanmaktadır. Bu uygulamaların sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olan kişiler tarafından kullanıldığı tahmin edilmektedir (80).

Dünyadaki bazı ülkeler sağlık okuryazarlığı artırmak adına çalışmalar yapmaktadır. Örneğin; Hollanda, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik çabaları sayesinde sağlık alanında örnek olunacak misyon ve vizyon oluşturmuştur. Genel okuryazarlık seviyesini yükseltme amacıyla 2010 yılında Ulusal Sağlık Okuryazarlığı Birliği kurulmuştur. Avrupa Komisyonu 2010 yılında, her türlü belgenin her dilde, daha kısa ve basit hale getirilmesi amacıyla “Sade Yazma” teşviki başlatmıştır (73). Amerika Birleşik Devletleri (ABD), sağlık iletişimi disiplinine diğer dünya devletleri gibi önem vermiştir. Belirlediği hedefler kapsamında sağlık iletişimi kavramına ilk kez yer vermiş, sağlık iletişimi kavramının önemine vurgu yapmıştır. Bu hedefler; “Healthy People 2010” ve “Healthy People 2020” başlıklı projeler olarak daha sağlıklı bir toplum amacıyla geliştirilmiştir (54). ABD’de, UCLA Halk Sağlığı Fakültesi ile Healthy Net şirketi sağlık okuryazarlığını artırmak amacıyla bir proje yürütmüştür. Bu projede, T2X (Teen2Xtreme) denilen yetişkinlerin SOY düzeyine olumlu katkılar sağlayan sitenin kullanımına yer verilmiştir. Gençlere yoğunlaşan bu proje ile “Sağlığı Geliştiren Okullar” konusunda dikkatleri çekmektedir. Örneğin; Almanya’daki Anschub.de ve Kitas bewegen okulları eğitim bakanlıkları tarafından Bertelsmann Stiftung programları uygulanmaktadır. Bu programlar sağlıkla diğer disiplinler arasında etkileşimi sağlamaktadır. Sadece sağlık çıktılarını değil bireylerin eğitim çıktılarını da iyileştirmektedir (73).

Son yıllarda ise küresel hastalık yükünün önemli etkeni olan ruh sağlığı okuryazarlığının önemi anlaşılmıştır. Sağlık okuryazarlığının gelişmekte olan kavramı “Ruh sağlığı okuryazarlığı” hakkında toplumu bilgilendirmek amacıyla ülkeler, sağlık çalışanları ve gönüllü kuruluşlar farkındalık çalışmaları yapmaktadır (29).

### 2.7.2. Türkiye’de SOY Durumu ve Girişimleri

Sağlık okuryazarlığını sadece bireylerin yaşam biçimleri açısından ele almamak gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı, halkların sosyoekonomik belirleyiciler ile ilgili güçlendirilmelerini ve eyleme geçebilmelerini de içermektedir (81).

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgili yapılan araştırmalar sınırlı olmakla birlikte sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz bulunmaktadır. Ülke genelinde 4979 kişiyle yürütülen çalışma analizlerine göre kişilerin %24,5’i yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesine sahiptir. Ankara il merkezine bağlı bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü kişilerin %18,8’inin SOY düzeyi yetersizdir (82, 83).

Türkiye’de, Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir araştırmada ise kişilerin %58,7’sinin yeterli SOY seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir (21). Sağlık okuryazarlığı bilgi sahibi olmak, bilgi kaynaklarına ulaşmak, bilgiyi okumak, anlamak ve uygulamak bileşeninden oluşmaktadır (17). Bu bağlamda adölesan ve doğurganlık döneminde olan bireylerin bilgi arama davranışları, bilgiyi hangi kaynaktan aradıkları önem kazanmaktadır. Örneğin; Türkiye İzmir’de, 11-17 yaş aralığındaki ergenlerle yürütülen bir çalışmada, ergenlerin %4,7’sinin internetten, %7,6’sının kitap ve gazeteden, %13,6’sının arkadaşlardan, %18,6’sının sağlık personelinden, %33,6’sının okuldan ve %44,9’unun ailelerinden ilk cinsel bilgiyi aldıkları bulunmuştur (84). Aslan ve arkadaşlarının 613 öğrenci ile yürüttükleri bir çalışmada ise üniversite öğrencilerinin %66,2’sinin internet veya TV’den, %36,6’sının kitap ya da dergiden, %34,5’inin arkadaş çevresinden cinsel bilgileri edindikleri sonucu bildirilmiştir (85).

Demirli’nin yaptığı tez çalışmasında yetersiz sağlık okuryazarlığı oranı 18- 27 yaş arasında %15,78 iken, 58-67 yaş arasında %54,54 olarak belirlenmiştir (86). Sağlık okuryazarlığında dijitalleşme göz önünde bulundurulduğunda TÜİK 2021 verisine göre; Türkiye’de 2021 yılında hanelerin %92’sinin internete erişim imkânına sahip olduğu belirtilmiştir. 2020 yılına göre bu oran %1,3’lük yükselme göstermiştir.

Kamu kurum ve kuruluşların web sitelerinden bilgi edinme oranı %55,8 olarak belirtilmiştir (87).

Berberoğlu ve arkadaşlarının bir aile sağlığı merkezinde yürüttüğü çalışma sonuçlarında katılanların %51,7'sinin yetersiz, %17,2'sinin yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (88).

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalar devam etmektedir. Bu çalışmalar geçerlilik-güvenirliğinin yapılmasına ile Türkçeye uyarlanmış sağlık okuryazarlığı ölçekleridir (4). Örneğin; REALM ve NVS 2009 yılında Özdemir ve arkadaşları tarafından Türkçe ’ye uyarlanarak kullanılmaktadır (89). Sezer ve arkadaşları tarafından 2014 yılında geliştirilen 23 maddelik “Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği” bulunmaktadır (90). Okyay ve Abacıgil tarafından 2016 yılında geliştirilen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY 32)” de bu çalışmalar arasında yer almaktadır (91). Bilinen son olarak, Özvarış ve arkadaşları tarafından 2018 yılında geliştirilen Hacettepe Üniversitesi Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” (HÜ-SOY) bulunmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmasıyla, Türkiye’de erişkin bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek, sağlığın geliştirilmesinde kaynak oluşturmak ve sağlık eğitimlerinin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkilerini standart bir biçimde izlemek ve değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (92). Türkiye’de bu ölçek geliştirme çalışmaları ve araştırmacıların da katkısıyla sağlık okuryazarlığı alanında literatüre katkı sağlamaktadır.

Türkiye’de yapılan politikalara bakılacak olursa; Sağlık Bakanlığı’nın 2013-2017 yıllarını kapsayan Stratejik Planı’nda “Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek” hedefi yer almaktadır (93). Bu hedefi gerçekleştirmek için, Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini iyileştirmek, Tele-Tıp ve Tele-Sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak, bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararlara aktif katılımı konusunda farkındalık oluşturmak, sağlık iletişim kanallarını geliştirmek gibi sağlık okuryazarlığı ile ilgili hedefler bildirilmektedir (94).

Türkiye, sağlık okuryazarlığını yükseltmek amacıyla yönetsel ve politik katkılarıyla hizmet sağlamıştır. Bu amaçla geliştirdiği projeler kapsamında bireylere sağlık eğitimi hizmeti vermiştir. Bu süreçte Ankara, İstanbul, Muş ve Mardin illerinden 100 kişiye "Sağlık ve kanser okuryazarlığı" eğitimi verilmiştir (93). Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Eğitim, Araştırma ve Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından "Sağlık okuryazarlığı e-öğrenim sertifika programı" uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarına yönelik "Sağlık Okuryazarlığı Eğitici Eğitimi Programı" 2016 yılında yürütülen çalışmalar arasında yer almaktadır (95).

## 2.8. Araştırmacıların Etkili Sağlık Okuryazarlık Önerileri

Sağlık okuryazarlık seviyesinin artırılması amacıyla yapılan araştırmalardaki öneriler şu şekilde sıralanabilir:

SOY düzeyinin artırılması için eğitimi artırmaya yönelik politika ve yasaların belirlenmesi, karar vericilerin bu ideoloji doğrultusunda reform yapması gibi müdahaleler önerilmektedir (67).

Anlaşılması güç tıbbi sözcüklerden kaçınmak, yavaş ve anlaşılır konuşmak, bilgiyi küçük parçalara ayırarak vermek, küçük talimatları özellikli ve somut olarak basitleştirmek, yazılı ve görsel materyaller, grafikler kullanmak hastalarla iletişimde ve sağlık okuryazarlığını artırmada öneriler arasında yer almaktadır (96,97,98). Sağlık okuryazarlığı eğitimi çocukluğun erken döneminden itibaren verilmeli ve sağlığı geliştiren okul kavramına önem gösterilmelidir. Aynı zamanda okul tabanlı bir eğitim programı ile SOY kavramında son zamanlarda önemi anlaşılan ruh sağlığı okuryazarlığının da iyileştirilmesi amacıyla eğitim programlarının devamlılığı sağlanmalıdır. Ruh Sağlığı okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitimlerin verilmesiyle sağlık hizmet kalitesinin artırılması ve mali harcamaların azaltılması sağlanmalıdır (99,100,101).



Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan Aile Hekimleri halka sürekli etkileşim halinde oldukları için sağlık okuryazarlığı artırmada ve eğitim vermede rol oynamalıdır. Sağlık çalışanı da hastayı katarak bilgiyi anlayıp anlamadığını kontrol etmelidir (102). Böylelikle hasta ile sağlıklı sözel iletişim kurulabilir.

Akıllı sağlık uygulamalarının düzenli kullanılması halinde, hedeflenen sağlık sonuçlarına ulaşılabileceği konusunda farkındalık oluşturulması gerekmektedir (103). Bu sebepten dijital sağlık uygulamalarının sade, anlaşılır olması ve doğru kullanılması olumlu sağlık çıktıları elde edilebilir.

Kadın sağlığının geliştirilmesinde medyanın önemli bir rolünün olduğu ve etkili olduğu unutulmamalıdır. Özbaş ve Özkan'a göre; doğru ve güncel bilgi sunulması amacıyla sağlık haberlerinde kalite düzenlemesine gidilmesinin sağlık ve medya çalışanlarının sorumlulukları arasında olduğu belirtilmektedir (104). Bilim ve sağlık haberciliğinde; gazetecilerin, bilimsel terimleri halkın anlayabileceği şekliyle iletme konusunda özen göstermeleri önerilmektedir (64). Sağlık okuryazarlığını artırmada iletişim fakültelerinde "sağlık bildirmenliği" konusunda derslerin yer almasının gerekliliği önerilmektedir. İletişim fakültelerinin yanı sıra Üniversitelerin ders müfredatında dijital okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı ve sosyal medya gibi derslerin bulundurulması önerilmektedir. Yine öğrencilerin e-sağlık okuryazarlığı, sağlıkta dijitalleşme gibi konularda farkındalıklarının artırılması için konferans veya seminerlerin verilmesi önerilebilir (58).

Sağlıkları hakkında takıntılı şekilde internetten araştırma yapan kişilere; İnternetin tanı konulabilecek bir yer olmadığı ve aranan her bilgiye ulaşmanın mümkün olmadığı söylenmelidir (105). Teleş ve Kaya'nın belirttiklerine göre; sağlık okuryazarlığıyla ilgili olarak ilgili bakanlıklar, resmi kuruluşlar, yasa koyucular ve yöneticiler aracılığıyla gerekli düzenlemeler yapılabilir (106). Hastanın tıbbi değerlerini otomatik olarak ölçüp sonuçları hastane bilgi sistemlerine gönderen yeni ev cihazların kullanımının hız kazanacağı öngörülmektedir. Bu nedenle bireylerin bu cihazları kullanabilmeleri için sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olması ve sağlık eğitimi almaları önerilmektedir (107).

Halk sağlığı hizmetlerinden biri olan sosyal belirleyicilere yönelik toplumdaki eğitsizliklerin ortadan kaldırılmaya çalışılması öneriler arasında olabilir. Bazı kaynaklarda sağlık okuryazarlığının sosyokültürel ve ekonomik belirleyicilerden etkilendiğinden toplumsal yapılanmalar, sistem değişiklikleri, sosyal adalet gibi konuların iyileştirilmesine katkı sağlayabileceği belirtilmektedir (108,109).

Avcıl ve Sönmez, bireylerin TV’de yayınlanan programları izleme ve bilgi alma isteğindeki motivasyonlarının da bu kapsamda önem taşımakta olduğunu belirtmektedir. Alanında uzman kişiler tarafından TV’de bilgi verilerek bireylerin bu isteğinin karşılanması önerilmektedir. Kaliteli zaman geçirme, kişisel yarar görme, moral desteği ve farkındalık yaratma ile isteklendirme artıran teknik ve yöntemlere başvurulabilir (110). Ayrıca artan yaş ile birlikte azalan bazı fonksiyonlar ve başkalarına bağımlı olma durumu nedeniyle sağlık okuryazarlık düzeyini düşürdüğünden Türkiye’de aktif yaşlanmayı etkileyen olumsuz faktörlerin en aza indirilmesi önerilmektedir (111).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Yeri

Bu araştırmanın yeri, Ankara ili Yenimahalle ilçesindeki Çarşı Aile Sağlığı Merkezidir. Yenimahalle Damladol sokakta bulunan bu yerleşkede birinci basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır. 2020 Haziran ayı itibariyle Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)'ne kayıtlı toplam nüfus 11.177 kişidir. Ağırlıklı olarak Işınlar Mahallesi, Esentepe Mahallesi, Tepealtı Mahallesi, Ergenekon ve Ragıp Tüzün Mahallesi'ne kayıtlı kişiler bulunmaktadır. Yenimahalle Çarşı ASM'de 3 aile hekimi, 4 ebe-hemşire, 1 yardımcı personel hizmet vermektedir.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Yenimahalle Çarşı ASM'ye kayıtlı okuryazar erişkin yaş (18-60) kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılacak olan "Hacettepe Üniversitesi Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" (HÜ-SOY) geliştirme çalışmasındaki (92) gibi, bu araştırmada da yaş grubunun benzer olması açısından 18-60 yaş grubu okuryazar kadınlar alınmıştır.

Yenimahalle Çarşı ASM'ye kayıtlı erişkin yaş arası (18-60) toplam 3661 kadın (kayıtlı nüfusun %32,7'si) bulunmaktadır. ASM'ye kayıtlı olan bu gruptaki kadınların 15'i Suriyeli ve 16'sı Rus'tur. Bunların Türkçeyi bilme ve sağlık okuryazarlığı ölçeğini doldurabilme durumlarından emin olunamadığı için 31 yabancı uyruklu kadın çalışmaya dâhil edilmemiştir. Böylece araştırma evrenini **3630 kadın** oluşturmuştur.

Bu araştırma için örneklem büyüklüğü Evren Büyüklüğü 'nün (N) bilindiği formülü kullanılarak hesaplanmıştır (112).

$$n = \frac{Nz_{(\alpha/2)}^2\sigma^2}{d^2(N-1) + z_{(\alpha/2)}^2\sigma^2}$$

N: Kitle Büyüklüğü

$z_{\alpha/2}$ :  $\alpha/2$  düzeyindeki z tablo değeri

d: Ortalamaya göre yapılmak istenen sapma

$\sigma$ : Evren standart sapması

$$n = \frac{3630 * 1,96^2 13,3^2}{1,2^2(3630 - 1) + 1,96^2 13,3^2} = \frac{2466732.47}{5905.30} = 417,71 \approx 418$$

N=3630, z=1,96, d=1,2 ve sigma=13,3 olarak alınarak hesaplama yapılmıştır. Minimum örneklem büyüklüğü **n=418** bulunmuştur. Hesap kolaylığı açısından **n= 420** olarak alınmıştır.

Örnek seçimi için; Yenimahalle Çarşısı ASM'deki 3 hekimin kapı numaraları kâğıda yazılarak kura çekilmiştir ve hangi sıra ile aile hekimlerine kayıtlı 18-60 yaş kadınlar için listeleme yapılacağı belirlenmiştir. Yapılan kurada 2-1-3 sırası çıkmış olup hekimlere kayıtlı 18-60 yaş grubundaki kadınlar bu sırayla listeye peş peşe eklenmiştir. Daha sonra Yenimahalle Çarşısı ASM'deki 3630 kadın grubu için orijinal çalışmada (92) olduğu gibi tabakalı örnekleme yapılmıştır. 19-29, 30-44, 45-60 yaş tabakaları oluşturulmuştur. Bu araştırmada örnek seçimi için bu yaş gruplarına göre tabakalı örnekleme ve ağırlıklandırma yapılmıştır. Ayrıca her bir tabaka için %10'luk bir yedek de seçilmiştir.

- İlk yaş grubu olan 19-29 için; grup içinde 865 kişi vardır. Grubun ağırlığı %23,8'dir. Çekilecek örneklem büyüklüğü 100'dür. k=9'dur. Örneklem seçimi 5.sıradan, yedek seçimi 3.sıradan başlanarak manuel olarak yapılmıştır.
- İkinci yaş grubu olan 30-44 için; grup içinde 1316 kişi vardır. Grubun ağırlığı %36,2'dir. Çekilecek örneklem büyüklüğü 152'dir. k=13'tür. Örneklem seçimi 7.sıradan yedek seçimi 9.sıradan başlanarak manuel olarak yapılmıştır.
- Üçüncü yaş grubu olan 45-60 için; grup içinde 1449 kişi vardır. Grubun ağırlığı %39,9'dur. Çekilecek örneklem büyüklüğü 168'dir. k=13'tür. Örneklem seçimi 6.sıradan, yedek seçimi 10.sıradan başlanarak manuel olarak yapılmıştır.

Yaş Grupları	Kişi Sayısı	Grup Ağırlığı	Hesaplanan Örneklem Büyüklüğü	Örneklem Seçim Sistematiği
18-29	865	$865/3630*100=\%23,8$	100	k=9'dur. Örneklem seçimi 5.sıradan, yedek seçimi 3.sıradan başlanarak manuel olarak yapılmıştır.
30-44	1316	$1316/3630*100=\%36,2$	152	k=13'tür. Örneklem seçimi 7.sıradan yedek seçimi 9.sıradan başlanarak manuel olarak yapılmıştır.
45-60	1449	$1449/3630*100=\%168$	268	k=13'tür. Örneklem seçimi 6.sıradan, yedek seçimi 10.sıradan başlanarak manuel olarak yapılmıştır.
<b>Toplam</b>	3630		420	

### 3.3. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır.

### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

#### Araştırmanın tanımlayan değişkenleri

1. Yaş
2. Öğrenim düzeyi
3. Medeni durum

4. Çalışma durumu
5. Ekonomik durum
6. Sağlık Güvencesi
7. Çocuk sayısı
8. Hane halkı büyüklüğü
9. Kendisinin ve aile bireylerinin sağlık durumu
10. Katılımcının 15 gün ya da daha uzun süre hastanede kalma durumu
11. Kendisinin, ailesinin sağlık çalışanı olma ya da sağlıkla ilgili eğitim alma durumu

### **Tanımlanan değişkenleri**

1. Sağlık Okuryazarlığı Puanıdır.

## **3.5. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçler**

### **3.5.1. Aydınlatılmış Onam Formu ve Anket Formu**

Çalışmada kadınların sosyodemografik özelliklerini saptamak üzere orijinal HÜ-SOY çalışmasındaki anket formu kullanılmaktadır. Tek bölümden oluşan anket sorularının öncesinde ise anket araştırmaları için aydınlatılmış onam formu yer almaktadır. Okuryazar erişkin yaş grubuna özgü sağlık okuryazarlığı ölçeği geliştirilmesi kapsamında sosyodemografik özelliklere yönelik anket formunda; doğum tarihi, öğrenim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, en uzun yaşadığı yer, hanedeki kişi sayısı ve yakınlık derecesi, mesleği, şu andaki işi, herhangi bir sağlık kuruluşunda çalışma durumu, ailede sağlık çalışanı olma durumu, sağlık güvencesi, ekonomik durum, kronik hastalık durumu, sağlıkla ilgili konularda eğitim alma durumu gibi 20 soru bulunmaktadır **(EK:1)**

### 3.5.2. HÜ Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” (HÜ-SOY) – Uzun Form

Bu araştırmada, Özvarış ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan “Hacettepe Üniversitesi Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” (HÜ-SOY) kullanılmıştır (EK 2).

HÜ-SOY Ölçeği, sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesinde, sağlığı geliştirme müdahalelerine karar verilmesinde ve sağlık eğitimlerinin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkilerinin standart bir biçimde izlenmesinde ve değerlendirilmesinde Türkçe bilen erişkinlere özgü referans bir ölçektir (92).

HÜ-SOY Ölçeği kısa ve uzun formdan oluşmaktadır. Tez çalışmasında kullanılacak uzun form, ülkemizdeki erişkin bireylerin sağlık konuları ile ilgili genel bilgi, tutum ve davranışları hakkında bazı soruları içermektedir. 71 maddelik 38 sorudan ve 16 maddelik öz yeterlilik bölümünden oluşan bu formda öz yeterlilik bölümü uzun formdan bağımsız olarak kullanılmamaktadır. Ayrıca katılımcıların sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla yararlanılabilecek anket formu da yer almaktadır. Uzun formdaki “Doğru, Yanlış, Bilmiyorum” sütunlarının yer aldığı sorularda doğru cevaplara 1, yanlış cevaplara 0 puan verilir. Çoktan seçmeli maddeler için doğru seçenek işaretlenmişse 1, diğer seçeneklerden biri işaretlenmişse 0 puan verilir. Eşleştirme şeklindeki sorularda birden çok madde söz konusudur. Her bir maddeye doğru ise 1, yanlış ise 0 puan verilir. Bu dönüştürme sonrasında uzun formdan alınabilecek toplam puan en az 0, en çok 71’dir. Ölçekteki toplam puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğu yorumu yapılır. 0-32 puan: Düşük, 33-52 puan: Orta, 53-71 puan: Yüksek şeklinde gruplandırarak da değerlendirilebilir. Ölçek alt boyut puanları madde listeleri ve cevap anahtarı doğrultusunda yapılır. HÜ-SOY Ölçeğinin Öz yeterlilik bölümünde her madde için işaretlenmiş seçeneklerin puanlarının toplamı ile hesaplanır. Seçenekler ve puan değerleri şu şekildedir. “Hiçbir zaman”: 1, “Bazen”: 2, “Her zaman”: 3 olmak üzere bu bölümden alınabilecek toplam puan minimum 1, maksimum 48 olarak belirlenmiştir. Öz yeterlilik puanları ayrıca hesaplanır. Hesaplanan puan toplam ölçek puanına dâhil edilmeden alınabilecek toplam puana yaklaşıldıkça öz yeterlilik düzeyi yüksektir yorumu yapılır (92).

Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonuçlarına göre ölçeğin güvenilirlik değerleri (Cronbach alfa) “Sağlığı Koruma – Sağlığı Geliştirme” alt boyutu için 0,79, “Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma” alt boyutu için 0,91; geçerlik değerleri ise RMSEA=0,049, GFI=0,95, NFI=1,00 ve AGFI=0,95 olarak bulunmuştur. Ölçeğe ek olarak değerlendirilen “Öz yeterlilik” bölümüyle, sağlık ile ilgili konularda bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi de mümkündür. Öz yeterlilik bölümü güvenilirlik değerleri Cronbach alfa = 0,83 ve geçerlilik değerleri RMSEA=0,068, GFI=0,94, NFI=0,94 ve AGFI=0,91 olarak bulunmuştur (92). 71 maddelik 38 sorudan oluşan HÜ-SOY Ölçeği Uzun Formu dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutların iki konu boyutunda birleştirilmesi uygun görülmüştür. “Sağlığı Koruma- Sağlığı Geliştirme” alt boyutu: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 35, 36, 37, 41, 43, 49, 52, 55, 63, 64, 65, 66, 67 maddelerinden oluşur. Madde 1: Aşırı alkol tüketmek, karaciğer hastalıkları için önemli bir risk faktörüdür. Madde 2: Kadınlar rahim ağzı kontrolü yaptırmalıdır. Madde 3: Bir gebe kadının herhangi bir şikâyeti yoksa doğuma kadar doktora gitmesine gerek yoktur. Madde 4: Kapalı yerlerde sigara içme yasağı, herkesin sağlığının korunması içindir. Madde 5: Hepatit B hastalığı, hasta kişinin kanıyla temas edince bulaşabilir. Yanıtlar bu maddelerde Doğru, Yanlış, Bilmiyorum olarak belirtilir. Madde 6: Grip aşısı, Madde 7: Zatürre aşısı, Madde 8: Hepatit B aşısı, Madde 9: Tetanos aşısı çocuklara, yaşlılara ya da hangi ikisine yaptırılacak aşılardandır? Yanıtları ilgili sütunlara ya da bilmiyorum sütununa işaretlenir. Madde 35: Diş macunu içinde bulunan ve dişleri koruyan madde hangisidir? Madde 36: Aşağıdakilerden hangisi ciddi tansiyon yüksekliği belirtisi değildir? Madde 37: AIDS hastalığına neden olan HIV virüsü aşağıdaki yollardan hangisi ile bulaşmaz? gibi çoktan seçmeli sorularda 5 seçenekten doğru olan işaretlenir (92).

“Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma” alt boyutu: 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 38, 39, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 68, 69, 70, 71 maddelerinden oluşur. Madde 10: Dermatoloji, Madde 11: Pediatri, Madde 12: Dâhiliye ile belirtilen klinikleri, 1) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 2) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları, 3) İç Hastalıkları, 4) Deri ve Zührevi Hastalıklar ile eşleştirme yapılması istenir. Madde 38: Aşağıda verilen maddelerden hangileri hasta hakları açısından yanlıştır? Madde 40: Aşağıdakilerden hangisi erken tanı hizmetlerindedir? gibi



çoktan seçmeli sorularda 5 seçenekten doğru olan işaretlenir. Madde: 59, Doktorunuz gün aşırı kullanacağınız idrar söktürücü bir ilaç reçete etti. Bu ilacın ilk dozunu Perşembe günü alırsanız ikincisini hangi gün almanız gerekir? a)...gün ve b) Bilmiyorum şeklinde doldurulup işaretlenir (92).

Öz yeterlilik formu 16 maddeden oluşmaktadır. Madde 1: “Hastanede rahatsızlığım ile ilgili bölümü kendi başıma bulabilirim.” Madde 2: “Doktorun, hastalığım ve kullanmam gereken ilaç ile ilgili anlattıklarını anlayabilirim.” Madde 3: “Hasta onay formunu yardım almadan doldurabilirim.” Madde 4: “Gerektiğinde durumumla ilgili olarak doktordan ek bilgi isteyebilirim.” Madde 5: “Sağlık kuruluşlarında bana verilen kâğıtlarda yazılanları anlayabilirim.” Madde 6: “Boy uzunluğuma göre olması gereken vücut ağırlığımı hesaplayabilirim.” gibi sağlık hizmetlerinden yararlanmadaki davranışı ölçen maddeler yer alır. Pek çok maddeden oluşan bu form gözlem altında kendi kendine doldurma şeklinde uygulanır. Konu alanı olarak belirlenen alt boyutlarda Bloom’un bilişsel davranışlara ilişkin taksonomi sınıflamasındaki bilgi, kavrama ve uygulama düzeyinde davranışlar ve duyuşsal alan için öz yeterlilik ölçülmek üzere kapsam geçerliliği sağlanmıştır (92).

### **3.6. Ön Deneme**

Bu araştırma için başka ASM’de, benzer yaş aralıklarındaki 10 kadına sosyodemografik özelliklerin saptanmasına yönelik olan anketin ön denemesi yapılmıştır. Pandemi şartları nedeniyle ön deneme sayısı az tutulmuştur. Ön deneme sonrasında anlaşılmayan veya yanlış anlaşılan sorular kadınlarla iletişime geçilerek düzeltilmiştir. Ölçeğin ön denemesi yapılmamıştır.

### **3.7. Araştırma Verilerinin Toplanma Yöntemi**

Araştırma için hazırlanan anket ve HÜ-SOY Ölçeği (92), örneklem kapsamına giren erişkin yaş grubu kadınlar, Yenimahalle Çarşı ASM’ye davet edilerek araştırmacı tarafından gözlem altında uygulanmıştır. Anket, davet edilen 420 kişiye COVID-19 pandemisi koşulları dikkate alınarak ve gerekli süre verilerek, kadınların

kendileri tarafından doldurulmuştur. Pandemi ve özel sağlık sorunları nedeniyle ASM'ye gelemeyen az sayıdaki gebe ve hasta olan kadınlara ev ziyareti yapılarak ulaşılmıştır. Anketlerin devamında HÜ-SOY Ölçeği orijinal çalışmada da olduğu gibi (92) yine kadınların kendileri tarafından doldurulmuştur. Ocak-Mayıs 2020 tarihinde 5 aylık bir süre içerisinde veriler toplanmıştır.

### 3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen veriler, araştırmacı tarafından kodlanarak IBM SPSS ver 23.0 istatistik programına aktarılmış ve ölçek için gerekli analizler istatistikçi desteği alınarak yapılmıştır. Ölçek puanlaması HÜ-SOY ölçeğinde orijinalindeki gibi (92) hesaplanmıştır. Kadınların sosyodemografik özellikleriyle sağlık okuryazarlığı puanları karşılaştırılarak analizler yapılmıştır.

Bu araştırmada 420 kadına ulaşılmamasına rağmen verilerin değerlendirilmesi aşamasında iki kadının 18-60 yaş grubunda olmadığı saptanması üzerine iki kişi veri setinden çıkarılmıştır. Değerlendirme aşamasında böylece araştırma **418 kadın** ile tamamlanmıştır.

Verilerin analiz ve değerlendirilmesi sürecinde meslek veya çalışılan iş itibarıyla (ISCO sınıflandırmasına göre) "sağlık çalışanı" olan 64 kişi saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının SOY düzeyinin diğerlerinden farklı olacağı düşünülerek daha sonraki analizlerden çıkarılmış (bu gruba ait veriler "ölçüt geçerliliği"ni saptamak amacıyla değerlendirilmiştir-Bkz. 4.2.2.3.Ölçüt Geçerliliğine İlişkin Bulgular) ve araştırmanın analizleri **354 kadın** üzerinden tamamlanmıştır.

### 3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar, sadece Yenimahalle Çarşı ASM'ye kayıtlı okuma yazması olan 18-60 yaş kadınlar ile sınırlıdır.

Araştırmanın planlama aşamasında, örnekleme çıkan 420 kadının bir kısmına ulaşılamamış olması veya araştırmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle ASM'ye kayıtlı örneklem listesindeki yedek kişilere gidilmiştir. Çalışmanın veri analizi sırasında araştırma grubunda tahmin edilenden daha fazla sağlık çalışanı (64 kişi) olduğu görüldüğü için bu kişilerin SOY puanlarının farklı olabileceği düşünülerek SOY ile ilgili değerlendirmelerden çıkarılmıştır. Bu nedenle araştırmada planlanandan daha az sayıda kişiye ulaşıldığı için başlangıçta kesitsel olarak planlanan çalışma, tanımlayıcı bir araştırma niteliğini taşımaktadır.

Veri toplama ve analiz sürecinde; COVID-19 pandemisi koşulları altında doldurulmuş anket ve ölçekleri tamamlamadaki aceleci tutum daha çok 40 yaş üstü kişilerde görülmüştür. Çalışmaya katılmayı kabul eden ama pandemi sebebiyle ASM'ye gelemeyen kadınlara (hasta ve gebe) ev ziyareti yapılmıştır. Sözel onam almak için ilk önce telefonla aranan ve çalışmayı kabul eden kadınların daha çok eğitim düzeyi yüksek ve çalışan kadınlar olduğu, sağlık okuryazarlığı araştırmasına ilgi duyup destek vermek isteyen kadınlar olduğu, aynı çevrede yaşadıkları, ASM'de hizmet vermiş, tanınan ve güvenilen araştırmacıdan etkilenildiği görülmüştür. Araştırmada, HÜ-SOY ölçeğindeki uzun formun 40-45 dakika sürmüş olmasından dolayı bazı katılımcılar sıkıldıklarını ve sınava girmiş gibi hissettiklerini, bazı katılımcılar da keyifle cevaplandıklarını ifade etmişlerdir. Yaş arttıkça ve eğitim düzeyi azaldıkça formu cevaplandırma süresinin uzadığı gözlemlenmiştir. Bunlardan dolayı, Pandemi şartları altında yapılan çalışmanın, kadınların sağlık okuryazarlığı düzey sonuçlarını etkilediği söylenebilir.

### 3.10. Etik Konular

Araştırma için gerekli izinler 19/05/2020 tarih ve GO 20/834 kayıt numarasıyla Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (**EK 3**).

Ayrıca araştırma talebi Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Başkanlığı "AHSHB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri

Değerlendirme Komisyonu” tarafından 29/12/2020 tarihinde değerlendirilmiş olup araştırmanın adı geçen ASM’de yürütülmesi uygun görülmüştür (**EK 4**).

Anket uygulamadan önce kişilere ad ve soyadlarını yazmamaları ve araştırmaya katılmama hakları olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, araştırmanın veri toplama formları (anket formu, HÜ-SOY ölçeği formu), uygulanmadan önce 18-60 yaş kadınlardan sözlü onam alınmıştır.

### 3.11. Bütçe

Bütçe Kalemleri	Birim Fiyat	Adet	Toplam
Anket + Ölçek Fotokopileri	Sayfa/25 Krş	15 sayfa x 25 krş x 420 kişi	1575 Tl
Veri işlenmesi + Veri analizi	Anket adedi /6 TL	420 anket x 6	3000 Tl
Kuruşun Kalem	Adet/1 Tl	30 adet	30 Tl
Covid-19 şartlarına uygun maske ve dezenfektan	Maske Adet/1 Tl Dezenfektan/30 Tl	1 x 420 kişi 2 adet x 30	420 Tl 60 Tl
Tez Basımı	Sayfa 25 krş	100 sayfa x 25 krş 2 cilt	50 Tl
Toplam			<b>5135 Tl</b>

### 3.12. Zaman Çizelgesi

Araştırmanın Planlanması: Mayıs 2020- Haziran 2020

Tez önerisi sunumu: Temmuz 2020

Araştırma ile ilgili ön çalışma: Haziran 2020

Etik kurul izni: 18 Kasım 2020

İl Sağlık Müdürlüğü izni: 29 Aralık 2020

Verilerin Toplanması: Ocak-Nisan 2020

Verilerin bilgisayar girilmesi ve istatistiksel analiz: Mayıs 2021- Haziran 2021

Tez raporunun yazılması: Haziran 2021- Ocak 2022



## 4. BULGULAR

Bu araştırmanın bulguları aşağıdaki gibi üç başlık altında toplanmıştır:

- 4.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri
- 4.2. HÜ-SOY Ölçeğinin Araştırma Grubuna Ait Validasyon Çalışmasına İlişkin Bulgular
- 4.3. Araştırma Grubunun SOY Düzeyi ve SOY Düzeyi İle İlgili Faktörlere İlişkin Bulgular

### 4.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri

Yenimahalle Çarşı ASM'ye kayıtlı, 18-60 yaş arasında, okuma yazması olan ve araştırmada örneğe çıkan (sağlık çalışanları analizden çıkartıldıktan sonra) **354 kadının** yaş ve demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Çalışmaya katılanların bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 1-7 arasında özetlenmiştir.

**Tablo 4.1.** Katılımcıların yaş ve bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Yaş (n=354)</b>		
≤ 24	27	7,6
25-29	33	9,3
30-34	42	11,9
35-39	40	11,3
40-44	52	14,7
45-49	50	14,1
50-54	75	21,2
55-60	35	9,9
Ort ± SS		41,53±10,93
Ortanca (1. Çeyreklik-3. Çeyreklik)		43,00 (32,00-51,00)
En küçük değer-En büyük değer		18,00-60,00
<b>Öğrenim Düzeyi (n=354)</b>		
Okuryazar	12	3,4
İlkokul mezunu	58	16,4
Ortaokul mezunu	46	13,0
Lise mezunu	126	35,6
Yüksekokul/ Üniversite mezunu	110	31,1
Yanıtsız	2	0,6
<b>Medeni Durum (n=354)</b>		
Hiç evlenmemiş	79	22,3
Evli	235	66,4
Diğer <sup>1</sup>	38	10,7
Yanıtsız	2	0,6

**Tablo 1.** Katılımcıların yaş ve bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021) (Devamı)

<b>Çocuğu (n=354)</b>		
Var	243	68,6
Yok	103	29,1
Yanıtız	8	2,3
<b>Çocuk sayısı (n=243)</b>		
1	53	21,8
2	109	44,9
3	54	22,2
4	17	7,0
5+	8	3,3
Yanıtız	2	0,8
<b>Çalışma durumu (n=354)</b>		
Çalışmıyor	181	51,1
Emekli	34	9,6
Çalışıyor	136	38,4
Yanıtız	3	0,8
<b>Sağlık güvencesi (n=354)</b>		
Var	269	76,0
Yalnız kamu <sup>2</sup>	239	88,8
Yalnız özel <sup>2</sup>	13	4,8
Her ikisi de <sup>2</sup>	9	3,3
Belirtilmemiş <sup>2,3</sup>	8	3,0
Yok	85	24,0
<b>Ekonomik durum (öz değerlendirme) (n=354)</b>		
İyi	128	36,2
Orta	197	55,6
Kötü	28	7,9
Yanıtız	1	0,3

<sup>1</sup> Eşi ölmüş, eşinden ayrılmış<sup>2</sup> Yüzdeler sağlık güvencesi olduğunu belirten kişi sayısı üstünden (n=269) alınmıştır,<sup>3</sup> Sağlık güvencesinin hangisi olduğu belirtilmemiştir,



Araştırmaya dâhil edilen kadınların %7,6'sı 24 yaş ve altında, %9,3'ü 25-29 yaş arasında, %11,9'u 30-34 yaş arasında, %11,3'ü 35-39 yaş arasında, %14,7'si 40-44 yaş arasında, %14,1'i 45-49 yaş arasında, %21,2'si 50-54 yaş arasında ve %9,9'u 55 yaş ve üzerindedir. Yaş ortalaması  $41,53 \pm 10,93$  olarak saptanmıştır. Grubun %32,8'i ortaokul veya daha alt düzeyde eğitime sahip olup, üçte ikisi araştırma sırasında evli olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %68,6'sının çocuğu vardır; çocuğu olanların %67,1'i 2-3 çocuk sahibidir. Grubun yaklaşık yarısı çalışmadığını belirtmiştir. Sağlık güvencesi olmayanlar grubun %24'ünü oluşturmaktadır. Öz değerlendirmeye göre ekonomik durumunun iyi olduğunu belirtenler grubun %36,2'si, kötü olduğunu belirtenler ise %7,9'udur (Tablo 1).

**Tablo 4.2.** Katılımcıların hane halkı büyüklüğüne göre dağılımı (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

Hane halkı büyüklüğü (n=354)	Sayı	Yüzde
1 kişi	16	4,5
2 kişi	109	30,8
3 kişi	76	21,5
4 kişi	85	24,0
5 kişi	31	8,8
6 kişi	8	2,3
7 kişi ve üstü	3	0,8
Yanıtız	26	7,3
----- $\bar{X} \pm SS = 3,13 \pm 1,24$ -----		

Katılımcıların dörtte üçünün hane halkı büyüklüğü 2-4 kişi olup, ortalama hane halkı büyüklüğü  $3,13 \pm 1,24$ 'dür (Tablo 2).

**Tablo 4.3.** Katılımcıların kendisinin ve aile bireylerinin sağlık durumuna ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

<b>Kendisinin ve aile bireylerinin sağlık durumuna ilişkin bazı özellikleri (n=354)</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Kendisinde kronik hastalık</b>		
Yok	284	80,2
Var	68	19,2
Yanıtsız	2	0,6
<b>Aile bireylerinde kronik hastalık</b>		
Yok	215	60,7
Var	137	38,7
Yanıtsız	2	0,6
<b>Ailede bakım gerektiren sağlık sorunu olan kişi</b>		
Yok	298	84,2
Var	38	10,7
Yanıtsız	18	5,1

Katılımcıların %19,2'si en az bir kronik hastalığı olduğunu beyan ederken, %38,7'si ailesinde bir kronik hastalık olduğunu belirtmiştir. Ailede bakım gerektiren kişi olduğunu belirtenlerin sıklığı %10,7'dir (Tablo 3).

**Tablo 4.4.** Katılımcıların 15 gün ya da daha uzun süre hastanede yatma durumuna göre dağılımı (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

<b>15 gün ya da daha uzun süre hastanede (n=354)</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Yatmamış	320	90,4
Yatmış	34	9,6

Katılımcıların %9,6'sı yaşamının herhangi bir döneminde en az 15 gün hastanede yatmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4.5.** Katılımcıların daha önce sağlıkla ilgili bir kurumda çalışma, ailesinde sağlık çalışanı olma ve sağlıkla ilgili herhangi bir eğitim alma durumuna göre dağılımı (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

Özellikler (n=354)	Sayı	Yüzde
<b>Daha önce sağlıkla ilgili bir kurumda</b>		
Çalışmamış	324	91,5
Çalışmış	18	5,1
Yanıtsız	12	3,4
<b>Ailede sağlık çalışanı</b>		
Yok	262	74,0
Var	72	20,3
Yanıtsız	20	5,6
<b>Sağlıkla ilgili eğitim alma durumu</b>		
Hayır	297	83,9
Evet	47	13,3
Yanıtsız	10	2,8

Grubun yalnızca %5,1'i daha önce sağlıkla ilgili bir işte çalıştığını belirtmiştir. Ailesinde sağlık çalışanı en az bir birey olduğunu beyan edenler katılımcıların %20,3'üdür. Sağlıkla ilgili bir eğitim aldığını belirten katılımcılar grubun sadece %13,3'üdür (Tablo 5).

## 4.2. HÜ-SOY Ölçeğinin Araştırma Grubuna Ait Validasyon Çalışmasına İlişkin Bulgular

### 4.2.1. Güvenilirlik Analizlerine İlişkin Bulgular

#### 4.2.1.1. HÜ-SOY Ölçeği Güvenilirlik Analizleri

HÜ-SOY ölçeği tüm maddeleri ile “Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme” ve “Tedavi-Sağlık hizmetlerine ulaşma” alt boyutlarına ilişkin madde analizi sonuçları Tablo 6-8’de sunulmuştur.

**Tablo 4.6.** “Sağlığı koruma-sağlığı geliştirme” alt boyutuna ilişkin madde analizi sonuçları

<b>Madde Kodu</b>	<b>Güçlük</b>	<b>Ayrıcılık (Nokta çift serili korelasyon)</b>	<b>Cronbach's alpha (Madde silindiğinde)</b>
<i>Madde1</i>	0,95	0,585	0,857
<i>Madde2</i>	0,75	0,834	0,845
<i>Madde3</i>	0,81	0,739	0,849
<i>Madde4</i>	0,81	0,722	0,850
<i>Madde5</i>	0,56	0,632	0,849
<i>Madde6</i>	0,21	0,486	0,855
<i>Madde7</i>	0,21	0,512	0,854
<i>Madde8</i>	0,19	0,372	0,857
<i>Madde9</i>	0,36	0,665	0,848
<i>Madde35</i>	0,67	0,486	0,854
<i>Madde36</i>	0,55	0,552	0,852
<i>Madde37</i>	0,83	0,533	0,854
<i>Madde41</i>	0,43	0,310	0,859
<i>Madde43</i>	0,61	0,651	0,849
<i>Madde49</i>	0,54	0,514	0,853
<i>Madde52</i>	0,70	0,473	0,854
<i>Madde55</i>	0,80	0,607	0,852
<i>Madde63</i>	0,45	0,706	0,847
<i>Madde64</i>	0,44	0,413	0,856
<i>Madde65</i>	0,63	0,796	0,844
<i>Madde66</i>	0,50	0,534	0,852
<i>Madde67</i>	0,70	0,645	0,850
<b>Cronbach's alpha</b>			0,858
<b>Spearman-Brown katsayısı</b>			0,793

Tablo 6 incelendiğinde; “Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme” boyutundaki maddelerin güçlük değerlerinin 0,19-0,95 aralığında değiştiği görülmektedir. Maddelerin aynı boyuttaki diğer maddelerin toplamıyla korelasyonun değerlerinin tümü pozitif ve 0,20 değerinin üzerindedir.

“Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme” alt boyutu için iç tutarlılığı gösteren Cronbach’s alpha değeri yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin iki yarı güvenilirliğini gösteren Spearman-Brown katsayısı yeterli düzeyde bulunmuştur (Tablo 6).

**Tablo 4.7.**“Tedavi-Sağlık hizmetlerine ulaşma” alt boyutuna ilişkin madde analizi sonuçları

<b>Madde Kodu</b>	<b>Güçlük</b>	<b>Ayırıcılık (Nokta çift serili korelasyon)</b>	<b>Cronbach’s alpha (Madde silindiğinde)</b>
<i>Madde10</i>	0,72	0,865	0,944
<i>Madde11</i>	0,59	0,571	0,945
<i>Madde12</i>	0,81	0,617	0,945
<i>Madde13</i>	0,73	0,854	0,944
<i>Madde14</i>	0,83	0,933	0,944
<i>Madde15</i>	0,62	0,858	0,944
<i>Madde16</i>	0,51	0,821	0,944
<i>Madde17</i>	0,62	0,941	0,943
<i>Madde18</i>	0,55	0,754	0,944
<i>Madde19</i>	0,57	0,643	0,945
<i>Madde20</i>	0,75	0,465	0,946
<i>Madde21</i>	0,73	0,656	0,945
<i>Madde22</i>	0,77	0,886	0,944
<i>Madde23</i>	0,75	0,849	0,944
<i>Madde24</i>	0,69	0,774	0,944
<i>Madde25</i>	0,64	0,616	0,945
<i>Madde26</i>	0,56	0,796	0,944
<i>Madde27</i>	0,69	0,906	0,944
<i>Madde28</i>	0,87	0,654	0,945

<i>Madde29</i>	0,71	0,878	0,944
<i>Madde30</i>	0,75	0,761	0,945
<i>Madde31</i>	0,57	0,562	0,945
<i>Madde32</i>	0,55	0,354	0,946
<i>Madde33</i>	0,61	0,299	0,947
<i>Madde34</i>	0,73	0,645	0,945
<i>Madde38</i>	0,75	0,745	0,945
<i>Madde39</i>	0,88	0,840	0,945
<i>Madde40</i>	0,45	0,623	0,945
<i>Madde42</i>	0,36	0,163	0,947
<i>Madde44</i>	0,47	0,420	0,946
<i>Madde45</i>	0,63	0,800	0,944
<i>Madde46</i>	0,70	0,623	0,945
<i>Madde47</i>	0,54	0,802	0,944
<i>Madde48</i>	0,43	0,309	0,947
<i>Madde50</i>	0,64	0,449	0,946
<i>Madde51</i>	0,58	0,602	0,945
<i>Madde53</i>	0,85	0,684	0,945
<i>Madde54</i>	0,76	0,397	0,946
<i>Madde56</i>	0,34	0,182	0,947
<i>Madde57</i>	0,62	0,833	0,944
<i>Madde58</i>	0,12	0,522	0,946
<i>Madde59</i>	0,47	0,657	0,945
<i>Madde60</i>	0,63	0,887	0,944
<i>Madde61</i>	0,61	0,881	0,944
<i>Madde62</i>	0,70	0,551	0,945
<i>Madde68</i>	0,93	0,658	0,946
<i>Madde69</i>	0,66	0,690	0,945
<i>Madde70</i>	0,67	0,749	0,944
<i>Madde71</i>	0,70	0,722	0,945
<b>Cronbach's alpha</b>		0,946	
<b>Spearman-Brown katsayısı</b>		0,891	

Tablo 7 incelendiğinde; “Tedavi-Sağlık hizmetlerine ulaşma” boyutundaki maddelerin güçlük değerlerinin 0,12-0,93 aralığında değiştiği görülmektedir. Maddelerin aynı boyuttaki diğer maddelerin toplamıyla korelasyonun değerlerinin tümü pozitif ve madde 42 ve 56 dışındaki tüm maddelerin ayırıcılık değerleri 0,20 değerinin üzerindedir.

“Tedavi-Sağlık hizmetlerine ulaşma” alt boyutu için iç tutarlılığı gösteren Cronbach’s alpha değeri yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin iki yarı güvenilirliğini gösteren Spearman-Brown katsayısı da yüksek düzeyde elde edilmiştir (Tablo 7).

**Tablo 4.8.** HÜ-SOY Ölçeği tüm maddelerine ilişkin madde analizi sonuçları

<b>Madde Kodu</b>	<b>Güçlük</b>	<b>Ayırıcılık (Nokta çift serili korelasyon)</b>	<b>Cronbach’s alpha (Madde silindiğinde)</b>
<i>Madde1</i>	0,95	0.575	0,958
<i>Madde2</i>	0,75	0.916	0,957
<i>Madde3</i>	0,81	0.722	0,957
<i>Madde4</i>	0,81	0.733	0,957
<i>Madde5</i>	0,56	0.660	0,957
<i>Madde6</i>	0,21	0.446	0,958
<i>Madde7</i>	0,21	0.533	0,957
<i>Madde8</i>	0,19	0.299	0,958
<i>Madde9</i>	0,36	0.581	0,957
<i>Madde10</i>	0,72	0.887	0,957
<i>Madde11</i>	0,59	0.582	0,957
<i>Madde12</i>	0,81	0.622	0,957
<i>Madde13</i>	0,73	0.850	0,957
<i>Madde14</i>	0,83	0.926	0,957
<i>Madde15</i>	0,62	0.853	0,957
<i>Madde16</i>	0,51	0.791	0,957
<i>Madde17</i>	0,62	0.936	0,956
<i>Madde18</i>	0,55	0.748	0,957
<i>Madde19</i>	0,57	0.647	0,957
<i>Madde20</i>	0,75	0.474	0,958
<i>Madde21</i>	0,73	0.653	0,957
<i>Madde22</i>	0,77	0.890	0,957

<i>Madde23</i>	0,75	0.841	0,957
<i>Madde24</i>	0,69	0.771	0,957
<i>Madde25</i>	0,64	0.606	0,957
<i>Madde26</i>	0,56	0.787	0,957
<i>Madde27</i>	0,69	0.898	0,957
<i>Madde28</i>	0,87	0.660	0,957
<i>Madde29</i>	0,71	0.874	0,957
<i>Madde30</i>	0,75	0.757	0,957
<i>Madde31</i>	0,57	0.552	0,957
<i>Madde32</i>	0,55	0.350	0,958
<i>Madde33</i>	0,61	0.286	0,958
<i>Madde34</i>	0,73	0.643	0,957
<i>Madde35</i>	0,67	0.547	0,957
<i>Madde36</i>	0,55	0.529	0,957
<i>Madde37</i>	0,83	0.628	0,957
<i>Madde38</i>	0,75	0.762	0,957
<i>Madde39</i>	0,88	0.848	0,957
<i>Madde40</i>	0,45	0.604	0,957
<i>Madde41</i>	0,43	0.339	0,958
<i>Madde42</i>	0,36	0.184	0,958
<i>Madde43</i>	0,61	0.712	0,957
<i>Madde44</i>	0,47	0.445	0,958
<i>Madde45</i>	0,63	0.800	0,957
<i>Madde46</i>	0,70	0.626	0,957
<i>Madde47</i>	0,54	0.803	0,957
<i>Madde48</i>	0,43	0.295	0,958
<i>Madde49</i>	0,54	0.612	0,957
<i>Madde50</i>	0,64	0.479	0,958
<i>Madde51</i>	0,58	0.592	0,957
<i>Madde52</i>	0,70	0.513	0,957
<i>Madde53</i>	0,85	0.692	0,957
<i>Madde54</i>	0,76	0.430	0,958
<i>Madde55</i>	0,80	0.753	0,957
<i>Madde56</i>	0,34	0.191	0,958
<i>Madde57</i>	0,62	0.834	0,957
<i>Madde58</i>	0,12	0.523	0,958
<i>Madde59</i>	0,47	0.647	0,957
<i>Madde60</i>	0,63	0.911	0,956
<i>Madde61</i>	0,61	0.901	0,956
<i>Madde62</i>	0,70	0.576	0,957



<i>Madde63</i>	0,45	0.793	0,957
<i>Madde64</i>	0,44	0.360	0,958
<i>Madde65</i>	0,63	0.792	0,957
<i>Madde66</i>	0,50	0.468	0,958
<i>Madde67</i>	0,70	0.573	0,957
<i>Madde68</i>	0,93	0.635	0,958
<i>Madde69</i>	0,66	0.683	0,957
<i>Madde70</i>	0,67	0.728	0,957
<i>Madde71</i>	0,70	0.708	0,957
<b>Cronbach's alpha</b>			0,958
<b>Spearman-Brown katsayısı</b>			0,911

Tablo 8 incelendiğinde; HÜ-SOY ölçeği tüm maddelerinin güçlük değerlerinin 0,12-0,95 aralığında değiştiği görülmektedir. Maddelerin aynı boyuttaki diğer maddelerin toplamıyla korelasyonun değerlerinin tümü pozitif ve madde 42 ve madde 56 dışındaki tüm maddelerin ayırıcılık değerleri 0,20 değerinin üzerindedir.

HÜ-SOY ölçeği tüm maddeleri için iç tutarlılığı gösteren Cronbach's alpha değeri oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin iki yarı güvenilirliğini gösteren Spearman-Brown katsayısı da yüksek düzeyde elde edilmiştir (Tablo 8).

#### 4.2.1.2.Öz Yeterlilik Formu Güvenilirlik Analizleri

Öz yeterlilik formuna ilişkin madde analizi sonuçları Tablo 9’da sunulmuştur.

**Tablo 4.9.** Öz yeterlilik formu için madde analizleri sonuçları

<b>Madde Kodu</b>	<b>Güçlük</b>	<b>Ayrırcılık (Nokta çift serili korelasyon)</b>	<b>Cronbach’s alpha (Madde silindiğinde)</b>
<i>Madde1</i>	2,39	0,603	0,928
<i>Madde2</i>	2,33	0,734	0,925
<i>Madde3</i>	2,32	0,685	0,925
<i>Madde4</i>	2,28	0,766	0,926
<i>Madde5</i>	2,23	0,708	0,927
<i>Madde6</i>	2,04	0,810	0,927
<i>Madde7</i>	2,32	0,727	0,925
<i>Madde8</i>	2,40	0,667	0,926
<i>Madde9</i>	2,46	0,656	0,928
<i>Madde10</i>	1,91	0,808	0,928
<i>Madde11</i>	2,15	0,733	0,927
<i>Madde12</i>	2,09	0,639	0,933
<i>Madde13</i>	1,93	0,726	0,929
<i>Madde14</i>	2,11	0,557	0,934
<i>Madde15</i>	2,43	0,599	0,929
<i>Madde16</i>	2,16	0,605	0,936
<b>Cronbach’s alpha</b>		0,933	
<b>Spearman-Brown katsayısı</b>		0,881	

Tablo 9 incelendiğinde; öz yeterlilik formu maddelerinin güçlük değerlerinin 1,91-2,46 aralığında değiştiği görülmektedir. Maddelerin aynı boyuttaki diğer maddelerin toplamıyla korelasyonun değerlerinin tümü pozitif ve 0,30 değerinin üzerindedir.

Öz yeterlilik maddeleri için iç tutarlılığı gösteren Cronbach’s alpha değeri oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin iki yarı güvenilirliğini gösteren Spearman-Brown katsayısı da yeterli düzeydedir (Tablo 9).

## 4.2.2. Geçerlilik Analizlerine İlişkin Bulgular

### 4.2.2.1. HÜ-SOY Ölçeği için Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış iki boyutlu sağlık okuryazarlığı ölçeği için polikorik korelasyonlarına dayalı doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile yapı geçerliliği çalışması yapılmıştır. DFA analizleri yapılırken faktör yükleri köşegensel olarak ağırlıklandırılmış en küçük kareler (Diagonally Weighted Least Squares-DWLS) tekniğinden yararlanılarak kestirilmiştir.

**Tablo 4.10.** HÜ-SOY Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına ilişkin model uyum iyiliği ve hata istatistikleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

Hesaplanan İstatistikler	Hesaplanan Değerler	Ölçütler
Ki-kare/Serbestlik Derecesi	5300,243/2413 = 2,19	1-3 arası çok iyi 3-5 arası iyi
RMSEA	0,058	<0,05 çok iyi <0,8 iyi
NFI	0,963	>0,95 çok iyi >0,90 iyi
NNFI	0,979	>0,95 çok iyi >0,90 iyi
CFI	0,980	>0,95 çok iyi >0,90 iyi
GFI	0,964	>0,95 çok iyi >0,90 iyi >0,85 kabul edilebilir
AGFI	0,962	>0,95 çok iyi >0,90 iyi >0,85 kabul edilebilir.
RMR	0,10	<0,05 çok iyi <0,8 iyi
Standardized RMR	0,102	<0,05 çok iyi <0,8 iyi

*Not: Ölçütler Hu ve Bentler (1998)<sup>1a</sup>, Maruyama (1998)<sup>2a</sup>, Tanaka (1993)<sup>3a</sup> ve Awang (2014)<sup>4a</sup> tarafından yapılan önerilerden derlenmiştir.*

1<sup>a</sup>: Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424–453.

2<sup>a</sup>: Maruyama, G. M. (1998). *Basics of structural equation modeling*. Thousand Oaks, CA: Sage.

3<sup>a</sup>: Tanaka, J.S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. In K.A. Bollen, & J.S. Long (eds.), *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage.

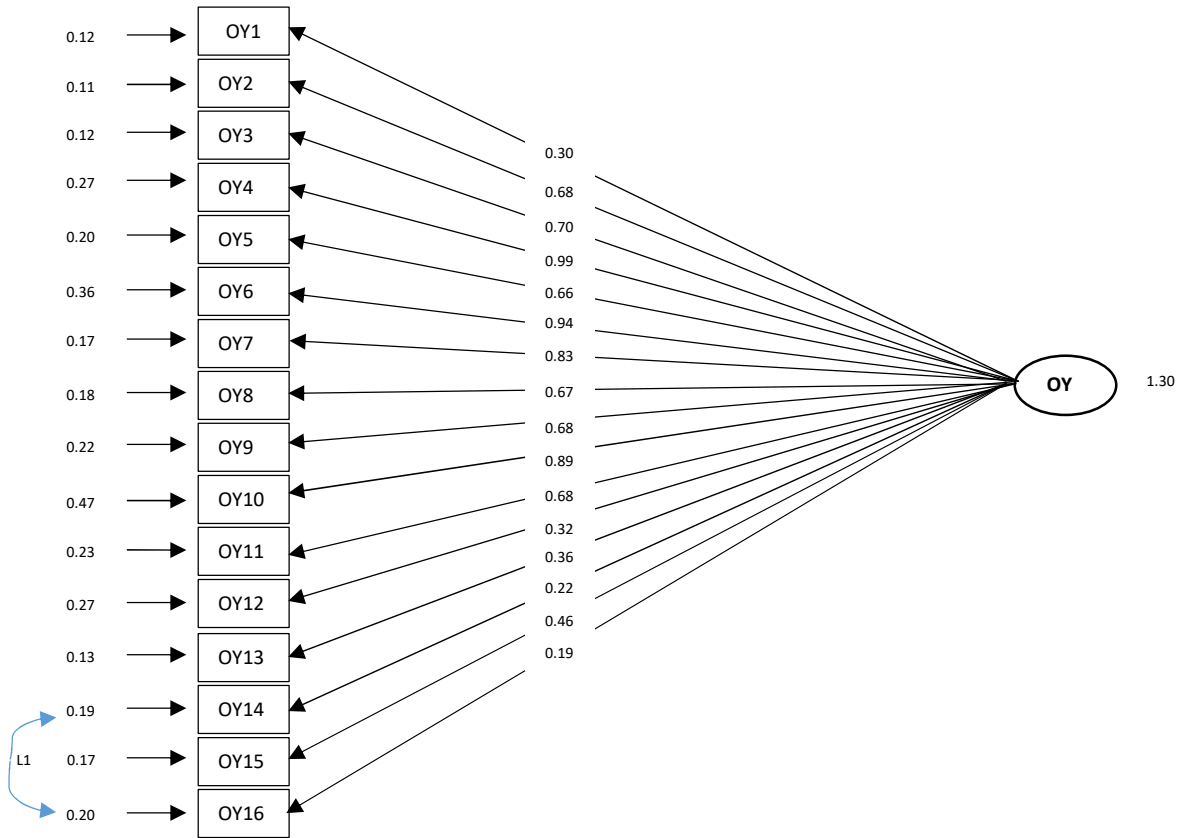
4<sup>a</sup>: Awang, Z. (2014). *A Handbook on Structural Equation Modeling*. Selangor: MPWS Rich Publication.

Tablo 10’da verilen HÜ-SOY Ölçeğinin iki boyutluluğunu doğrulamak için yapılan DFA analizlerine ilişkin model istatistikleri incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi 2,19, RMSEA=0,058, NFI=0,963, NNFI=0,979, CFI=0,980, GFI=0,964, AGFI=0,962, RMR=0,10 olarak hesaplanmıştır. RMR ve SRMR dışındaki tüm uyum indekslerinin ölçütleri çok iyi düzeyde karşıladığı görülmektedir. RMR ve SRMR indeksleri de ölçütleri iyi düzeyde karşılamaktadır. Bu sonuçlara göre 71 maddelik iki HÜ-SOY ölçeğinin yapı geçerliliği doğrulanmıştır (Tablo 10).

#### ***4.2.2.2. Öz Yeterlilik Formu için Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları***

16 madde ve tek boyuttan oluşan öz yeterlilik formu için polikorik korelasyonları dayalı doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile yapı geçerliliği çalışması yapılmıştır. DFA analizleri yapılırken faktör yükleri köşegensel olarak ağırlıklandırılmış en küçük kareler (Diagonally Weighted Least Squares-DWLS) tekniğinden yararlanılarak kestirilmiştir.

Öz yeterlilik formu DFA analizi sonucuna ilişkin yol (path) katsayıları grafiği Şekil 1’de verilmiştir.



Chi = Square=272.39, df=130, P=value=0.00000, RMSEA=0.068

**Şekil 4.1.** Öz yeterlilik formu DFA analizi (2021)

Şekil 1'deki yol katsayıları grafiği incelendiğinde maddelerden bazıları için modifikasyon yapıldığı görülmektedir. Modifikasyonları gerçekleştirme sürecinde uzmanların kararı, hata varyansları ilişkilendirilen maddelerin tek boyutta olması, modifikasyon sayısının az olması ve Ki-kare uyum iyiliği değerini önemli düzeyde artırması göz önünde bulundurulmuştur.

Kurulan bu modeli daha iyi yorumlamak ve değerlendirebilmek için hesaplanan uyum iyiliği istatistikleri Tablo 11'de verilmiştir.

**Tablo 4.11.** Öz yeterlilik formu doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına ilişkin model uyum iyiliği ve hata istatistikleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

Hesaplanan İstatistikler	Hesaplanan Değerler	Ölçütler
Ki-kare/Serbestlik Derecesi	272,39/103 = 2,64	1-3 arası çok iyi 3-5 arası iyi
RMSEA	0,0683	<0,05 çok iyi <0,8 iyi
NFI	0,954	>0,95 çok iyi >0,90 iyi
NNFI	0,967	>0,95 çok iyi >0,90 iyi
CFI	0,971	>0,95 çok iyi >0,90 iyi
GFI	0,992	>0,95 çok iyi >0,90 iyi >0,85 kabul edilebilir
AGFI	0,989	>0,95 çok iyi >0,90 iyi >0,85 kabul edilebilir.
RMR	0,038	<0,05 çok iyi <0,8 iyi
Standardized RMR	0,068	<0,05 çok iyi <0,8 iyi

Not: Ölçütler Hu ve Bentler (1998)<sup>5a</sup>, Maruyama (1998)<sup>6a</sup>, Tanaka (1993)<sup>7a</sup> ve Awang (2014)<sup>8a</sup> tarafından yapılan önerilerden derlenmiştir.

5<sup>a</sup>: Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424–453.

6<sup>a</sup>: Maruyama, G. M. (1998). *Basics of structural equation modeling*. Thousand Oaks, CA: Sage.

7<sup>a</sup>: Tanaka, J.S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. In K.A. Bollen, & J.S. Long (eds.), *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage.

8<sup>a</sup>: Awang, Z. (2014). *A Handbook on Structural Equation Modeling*. Selangor: MPWS Rich Publication.

Tablo 11’de verilen sağlık okuryazarlığı öz yeterlilik formunun tek boyutlu olup olmadığını doğrulamak için yapılan DFA analizlerine ilişkin model istatistikleri incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi 2,64, RMSEA=0,0683, NFI=0,954, NNFI=0,967, CFI=0,971, GFI=0,992, AGFI=0,989, RMR=0,38 olarak hesaplanmıştır. RMSEA, SRMR dışındaki tüm uyum indekslerin ölçütleri çok iyi düzeyde karşıladığı görülmektedir. RMSEA ve SRMR indeksleri de ölçütleri iyi düzeyde karşılamaktadır. Bu sonuçlara göre 16 maddelik tek boyutlu öz yeterlilik formunun yapı geçerliliği doğrulanmıştır (Tablo 11).

#### 4.2.2.3. Ölçüt Geçerliliğine İlişkin Bulgular

Ölçüt geçerliliği, düşük veya yüksek performans göstermesi beklenen bir grup ile normal performans göstermesi gereken bir grubun ölçüm ortalamaları arasındaki farktır. Düşük ya da yüksek performans göstermesi beklenen grup lehine fark çıktığında, ölçeğin ölçüt geçerliliği sağlanmış demektir (APA, AERA, & NCME, 2014<sup>9a</sup>).

Bu amaçla, yöntem bölümünde belirtildiği gibi başlangıçta araştırma grubunda yer alan ve analize dâhil edilmeyen 64 sağlık çalışanının yaş dağılımları elde edilmiştir. 64 kadın hem meslek hem çalışılan iş itibarıyla belirlenmiştir. Çeşitli sağlık meslek gruplarının bulunduğu anketlerde; şu an herhangi bir işte çalışmayıp sağlık alanından “emekli” olmuş kadınlar, mesleği sağlık alanında olup işini yapmayan ya da yazmayan-belirtmeyen kadınlar, mesleği başka olup (Ev hanımı?) evde bakım, yaşlı bakımı gibi iş yapan kadınlar, sağlık meslek lisesinde veya fakültesinde okumakta olan staj yapan-yapmış kadınlar, hali hazırda kadrolu veya özelde sağlığın her dalında hizmet vermekte olan kadınlar mevcuttur **(EK 5)**

Sağlık alanında çalışan katılımcıların yaş gruplarına ve bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 12’de görülmektedir.

---

9<sup>a</sup>: American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA) and National Council on Measurement in Education (NCME). Standards for educational and psychological testing. USA: American Educational Research Association; 2014.

**Tablo 4.12.** Sağlık alanında çalışan katılımcıların yaş gruplarına ve bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Yaş (n=64)</b>		
≤ 24	23	35.9
25-29	19	29.7
30-34	7	10.9
35-39	7	10.9
40-44	4	6.3
45-49	2	3.1
55-60	2	3.1
Ort ± SS		29,44±8,39
Ortanca (1. Çeyreklik-3. Çeyreklik)		27,00 (23,00-33,00)
En küçük değer-En büyük değer		20,00-59,00
<b>Öğrenim Düzeyi (n=64)</b>		
Lise mezunu	7	10.9
Yüksekokul/ Üniversite mezunu	57	89.1
<b>Medeni Durum (n=64)</b>		
Hiç evlenmemiş	39	60.9
Evli	24	37.5
Diğer <sup>1</sup>	1	1.6
<b>Çocuğu (n=64)</b>		
Var	18	28,1
Yok	46	71,9
<b>Çocuk sayısı (n=18)</b>		
1	5	27.8
2	10	55.6
3	3	16.7
<b>Çalışma durumu (n=64)</b>		
Çalışmıyor	4	6,3
Çalışıyor	60	93,8



**Tablo 12.** Sağlık alanında çalışan katılımcıların yaş gruplarına ve bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

<b>Sağlık güvencesi (n=64)</b>		
Yalnız kamu <sup>2</sup>	62	96,9
Yalnız özel <sup>2</sup>	1	1,6
Her ikisi de <sup>2</sup>	1	1,6
<b>Ekonomik durum (öz değerlendirme) (n=64)</b>		
Çok iyi	4	6,3
İyi	26	40,6
Orta	32	50,0
Ortanın altı	1	1,6
Yanıtsız	1	1,6

<sup>1</sup> Eşinden ayrılmış

<sup>2</sup> Yüzdeler sağlık güvencesi olduğunu belirten kişi sayısı üstünden (n=269) alınmıştır,

Araştırmaya katılan 18-60 yaş arasındaki sağlık çalışanı olan kadınların %35,9'u 24 yaş ve altında, %29,7'si 25-29 yaş arasında, %10,9'u 30-34 yaş arasında, %10,9'u 35-39 yaş arasında, %6,3'ü 40-44 yaş arasında, %3,1'i 45-49 yaş arasında ve %3,1'i 55 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanı olan kadınların yaş ortalaması 29,44±8,39 olup minimum yaş 20 maksimum yaş ise 59'dur. %10,9'u lise mezunu %89,1'i Üniversite/Yüksekokul mezunudur. %60,9'u hiç evlenmemiş, %37,5'i evli kadınlardan oluşmaktadır. Kadınların %28,1'inin çocuğu vardır ve tek çocuğu olan grubun %27,8'ini, iki çocuğu olan grubun %55,6'sını, üç çocuğu olan grubun %16,7'sini oluşturmaktadır. Kadınların %71,9'unun çocuğu yoktur. Kadınların %93,8'i sağlık alanındaki işinde çalışmaktadır. Emekli olan ve öğrenci olup stajdan gelir sağlamış 4 kadın çalışma durumundaki grubun geri kalan %6,3'ünü oluşturmaktadır. Sağlık alanında çalışan-çalışmış kadınların hepsinin kamu ya da özele bağlı sağlık güvencesi vardır. Kadınların %6,3'ü ekonomik durumlarını çok iyi, %40,6'sı iyi, %50'si orta, %1,6'sı ortanın altı şeklinde ifade etmiş olup %1,6'sı da yanıtsız bırakmıştır (Tablo 12).

HÜ-SOY Ölçeğinin ölçüt geçerliliğinin değerlendirilmesinde yüksek performans göstermesi beklenen grup, 64 kişilik bu sağlık çalışanı grubudur. Kalan 354 kişilik gruptan, sağlık çalışanı grubundaki bireylerle aynı yaşta, sağlık çalışanı olmayan 64 kişi rastgele olarak seçilmiştir. Sağlık çalışanı olan ve olmayan kişilerin

HÜ-SOY ölçeği ve öz yeterlilik formu puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 13'te verilmiştir.

**Tablo 4.13.** Sağlık çalışanı olan ve olmayanlarda HÜ-SOY Ölçeği puanları ile öz yeterlilik formu puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve toplam puanlar yönünden karşılaştırılması (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

	HÜ-SOY Ölçeği Uzun Form Toplam Puan <sup>1</sup>		Öz Yeterlilik Formu Toplam Puanı <sup>3</sup>	
	Sağlık çalışanı olmayan	Sağlık çalışanı olan	Sağlık çalışanı olmayan	Sağlık çalışanı olan
$\bar{X} \pm SS$	48,8 $\pm$ 14,4	62,2 $\pm$ 6,7	38,8 $\pm$ 6,6	44,5 $\pm$ 2,5
<i>Ortanca (1.- 3. Çeyreklik)</i>	53,0 (42,5-58,0)	64,0 (58,5-67,0)	41,5 (34,0-43,5)	44,0 (43,0-47,0)
<i>En Küçük- En Büyük Değer</i>	15,0-69,0	25,0-70,0	23,0-47,0	39,0-48,0
<i>p değeri</i>	<0,001 <sup>1</sup>		<0,001 <sup>1</sup>	

<sup>1</sup>Mann-Whitney test

Tablo 13'teki sonuçlar incelendiğinde sağlık çalışanı olan ve olmayanlar arasında HÜ-SOY Ölçeği ve öz yeterlilik formu toplam puanı bakımından istatistiksel olarak sağlık çalışanı olan grup lehine anlamlı fark bulunmuş ve böylece ölçeğin ölçüt geçerliliği doğrulanmıştır.

Ayrıca sağlık çalışanı olan ve olmayan kişilere ait HÜ-SOY Ölçeği ve öz yeterlilik formu puanlarının ilişkisi Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. Sağlık çalışanı olan kişilerin HÜ-SOY ölçeği toplam puanları ile sağlık çalışanı olmayan kişilerin HÜ-SOY ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü %16,7'lik bir ilişki bulunmuştur ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamsızdır (p=0,187). Sağlık çalışanı olan kişilerin öz yeterlilik formu toplam puanları ile sağlık çalışanı olmayan kişilerin öz yeterlilik formu toplam puanları arasında negatif yönlü %12,8'lik bir ilişki bulunmuştur ve ilişki istatistiksel olarak anlamsızdır (p=0,312). Bu sonuçlar da ölçüt geçerliliğinin sağlandığına dair bir başka kanıt sunmaktadır (Tablo 13).

### 4.3.Araştırma Grubunun SOY Düzeyi ve SOY Düzeyi İle İlgili Faktörlere İlişkin Bulgular

#### 4.3.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Bazı Kişisel Özelliklere Göre Dağılımı

Katılımcıların bazı kişisel özelliklerine göre HÜ-SOY ölçeği tüm maddeleri ile “Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme” ve “Tedavi-Sağlık hizmetlerine ulaşma” alt boyutlarına ve öz yeterlilik formuna ilişkin puan dağılımları Tablo 14-28’da sunulmuştur.

**Tablo 4.14.** Katılımcıların HÜ-SOY toplam ve alt boyut puanları ile öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

<b>HÜ-SOY Ölçeği ve Öz Yeterlilik Formu</b>		
<b>SK-SG Alt Boyutu Puanı</b>		
$\bar{X} \pm SS$	12,7 ± 4,9	<b>Alnabilecek en düşük-en yüksek puan</b>
Ortanca (1.- 3. Çeyreklik)	13,0 (9,0-17,0)	0-22
En Küçük- En Büyük Değer	1-22	
<b>T-SHY Alt Boyutu Puanı</b>		
$\bar{X} \pm SS$	31,4 ± 11,8	<b>Alnabilecek en düşük-en yüksek puan</b>
Ortanca (1.- 3. Çeyreklik)	34,0 (22,0-42,0)	0-49
En Küçük-En Büyük Değer	4-79	
<b>Toplam Ölçek Puanı</b>		
$\bar{X} \pm SS$	44,1 ± 16,2	<b>Alnabilecek en düşük-en yüksek puan</b>
Ortanca (1.- 3. Çeyreklik)	48,0 (31,0-58,0)	0-71
En Küçük- En Büyük Değer	8-70	
<b>Öz Yeterlilik Puanı</b>		
$\bar{X} \pm SS$	35,6 ± 7,8	<b>Alnabilecek en düşük-en yüksek puan</b>
Ortanca (1.- 3. Çeyreklik)	37,0 (29,0-42,0)	16-48
En Küçük- En Büyük Değer	16-48	

SK-SG: Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme; T-SHY: Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma

Ölçeğin Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme (SK-SG), Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma (T-SHY) alt boyutları ile toplam (HÜ-SOY) ölçek puanlarının alt ve üst sınırları sırası ile 0-22, 0-49 ve 0-71 puandır. Öz Yeterlilik (ÖY) puanı alt-üst sınırları ise 16-48 olarak belirlenmiştir. SK-SG alt boyut puan ortalaması  $12,7 \pm 4,9$ ; T-SHY alt boyut puan ortalaması  $31,4 \pm 11,8$ ; HÜ-SOY puan ortalaması  $44,1 \pm 16,2$ ; ÖY puan ortalaması  $35,6 \pm 7,8$  olarak bulunmuştur. SK-SG alt boyut puan ortancası 13,0 (9,0-17,0); T-SHY alt boyut puan ortancası 34,0 (22,0-42,0); HÜ-SOY puan ortancası 48,0 (31,0-58,0); ÖY puan ortancası 37,0 (29,0-42,0) olarak bulunmuştur (Tablo 14).

**Tablo 4.15.** Katılımcıların yaş gruplarına göre HÜ-SOY toplam ve alt boyut puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

HÜ-SOY Ölçeği	Yaş grupları				p
	<30 (n=60)	30-39 (n=82)	40-49 (n=102)	>49 (n=110)	
<b>SK-SG Alt Boyutu Puanı</b>					
$\bar{X}\pm SS$	14,5±4,3	14,1±4,6	11,8±5,0	11,5±5,0	
Ortanca	14,0	15,0	12,5	12,0	<0,001 <sup>1,2</sup>
1.-3. Çeyreklik	13,0-18,0	11,0-18,0	7,0-16,0	7,0-15,0	
En Küçük-En Büyük Değer	4,0-22,0	2,0-21,0	2,0-21,0	1,0-22,0	
<b>T-SHY Alt Boyutu Puanı</b>					
$\bar{X}\pm SS$	35,5±8,7	34,2±10,9	28,7±12,4	29,6±12,4	
Ortanca	36,0	38,0	29,5	31,5	0,001 <sup>1,3</sup>
1.-3.Çeyreklik	29,5-43,0	29,0-43,0	18,0-40,0	19,0-40,0	
En Küçük-En Büyük Değer	12,0-49,0	8,0-49,0	4,0-47,0	5,0-48,0	
<b>Toplam Ölçek Puanı</b>					
$\bar{X}\pm SS$	50,0±12,5	48,3±14,9	40,5±16,8	41,1±16,9	
Ortanca	51,0	52,5	41,0	44,0	<0,001 <sup>1,4</sup>
1.-3.Çeyreklik	42,0-60,0	39,0-61,0	25,0-56,0	26,0-56,0	
En Küçük-En Büyük Değer	17,0-68,0	13,0-69,0	10,0-68,0	8,0-70,0	

SK-SG: Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme; T-SHY: Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma

<sup>1</sup>Kruskal-Wallis test

<sup>2</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre;

“<30” – “30-39” (p=1,000); “<30” – “40-49” (p=0,008); “<30” – “>49” (p=0,002); “30-39” – “40-49” (p=0,011);

“30-39” – “>49” (p=0,002); “40-49” – “>49” (p=1,000)

<sup>3</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre;

“<30” – “30-39” (p=1,000); “<30” – “40-49” (p=0,011); “<30” – “>49” (p=0,038); “30-39” – “40-49” (p=0,013);

“30-39” – “>49” (p=0,050); “40-49” – “>49” (p=1,000)

<sup>4</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre;

“<30” – “30-39” (p=1,000); “<30” – “40-49” (p=0,006); “<30” – “>49” (p=0,009); “30-39” – “40-49” (p=0,008);

“30-39” – “>49” (p=0,013); “40-49” – “>49” (p=1,000)

SK-SG alt boyutu puan ortalamaları 30'un altındaki yaş grubu ile 30-39 yaş grubu arasında ve 40-49 yaş grubu ile 49'un üstündeki yaş grubu arasında benzer bulunmuştur. Benzer bir durum T-SHY puan ortalamaları için de geçerlidir. HÜ-SOY toplam puan ortalamalarının en yüksek 30'un altındaki yaş grubunda olduğu en düşük ise 40-49 yaş grubunda olduğu görülmüştür (sırasıyla  $50,0 \pm 12,5$  ve  $40,5 \pm 16,8$ ).

Yaş grupları arasında SK-SG puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre 30 yaş altı grup ile 40-49 yaş grubu arasında ( $p = 0,008$ ); 30 yaş altı grup ile 49 yaş üstü grup arasında ( $p = 0,002$ ); 30-39 yaş grubu ile 40-49 yaş grubu arasında ( $p = 0,011$ ) ve 30-39 yaş grubu ile  $>49$  yaş grubu arasında ( $p = 0,002$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 15).

Yaş grupları arasında T-SHY puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p = 0,001$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre 30 yaş altı grup ile 40-49 yaş grubu arasında ( $p = 0,011$ ); 30 yaş altı grup ile 49 yaş üstü grup arasında ( $p = 0,038$ ) ve 30-39 yaş grubu ile 40-49 yaş grubu arasında ( $p = 0,013$ ); istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 15).

Yaş grupları arasında toplam ölçek puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre 30 yaş altı grup ile 40-49 yaş grubu arasında ( $p = 0,006$ ); 30 yaş altı grup ile 49 yaş üstü grubu arasında ( $p = 0,009$ ); 30-39 yaş grubu ile 40-49 yaş grubu arasında ( $p = 0,008$ ) ve 30-39 yaş grubu ile 49 yaş üstü grup arasında ( $p = 0,013$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 15).

**Tablo 4.16.** Katılımcıların öğrenim durumuna göre HÜ-SOY toplam ve alt boyut puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

HÜ-SOY Ölçeği	Öğrenim Düzeyi				p
	Okuryazar (n=12)	İlkokul / Ortaokul mezunu (n=104)	Lise mezunu (n=126)	Yüksekokul/ Üniversite mezunu (n=110)	
<b>SK-SG Alt Boyutu Puanı</b>					
$\bar{X} \pm SS$	9,6±5,8	10,2±4,8	12,5±4,6	15,6±3,8	<0,001 <sup>1,2</sup>
Ortanca	8,5	10,0	13,0	16,0	
1.-3. Çeyreklik	13,0-18,0	11,0-18,0	7,0-16,0	7,0-15,0	
En Küçük-En Büyük Değer	1,0-19,0	1,0-19,0	3,0-22,0	2,0-22,0	
<b>T-SHY Alt Boyutu Puanı</b>					
$\bar{X} \pm SS$	23,5±15,4	26,3±12,3	31,1±11,0	37,4±8,8	<0,001 <sup>1,3</sup>
Ortanca	21,5	27,0	32,5	40,0	
1.-3.Çeyreklik	10,0-39,5	14,0-37,5	22,0-41,0	34,0-43,0	
En Küçük-En Büyük Değer	4,0-45,0	7,0-48,0	8,0-48,0	5,0-49,0	
<b>Toplam Ölçek Puanı</b>					
$\bar{X} \pm SS$	33,1±20,5	36,5±16,5	43,7±15,0	53,0±12,1	<0,001 <sup>1,4</sup>
Ortanca	30,5	37,0	45,5	56,0	
1.-3.Çeyreklik	15,0-53,5	21,0-51,5	31,0-57,0	50,0-61,0	
En Küçük-En Büyük Değer	8,0-64,0	10,0-66,0	15,0-67,0	11,0-70,0	

SK-SG: Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme; T-SHY: Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma

<sup>1</sup>Kruskal-Wallis test

<sup>2</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre;

Okuryazar-İlkokul/İlköğretim mezunu (p=1,000); Okuryazar-Lise mezunu (p=0,524); Okuryazar-Yüksekokul/Üniversite mezunu (p=0,001); İlkokul/İlköğretim mezunu-Lise mezunu (p=0,005); İlkokul/İlköğretim mezunu-Yüksekokul/Üniversite mezunu (p<0,001); Lise mezunu-Yüksekokul/Üniversite mezunu (p<0,001)

<sup>3</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre;

Okuryazar-İlkokul/İlköğretim mezunu (p=1,000); Okuryazar-Lise mezunu (p=0,635); Okuryazar-Yüksekokul/Üniversite mezunu (p=0,004); İlkokul/İlköğretim mezunu-Lise mezunu (p=0,031); İlkokul/İlköğretim mezunu-Yüksekokul/Üniversite mezunu (p<0,001); Lise mezunu-Yüksekokul/Üniversite mezunu (p<0,001)

<sup>4</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre;

Okuryazar-İlkokul/İlköğretim mezunu (p=1,000); Okuryazar-Lise mezunu (p=0,573); Okuryazar-Yüksekokul/Üniversite mezunu (p=0,002); İlkokul/İlköğretim mezunu-Lise mezunu (p=0,014); İlkokul/İlköğretim mezunu-Yüksekokul/Üniversite mezunu (p<0,001); Lise mezunu-Yüksekokul/Üniversite mezunu (p<0,001)

Hem HÜ-SOY toplam puan ortalamasının, hem de alt boyut puan ortalamalarının yükselen eğitim düzeyi ile arttığı gözlenmiştir. Okuryazar olan kişilerde SK-SG Alt Boyut puan ortalaması  $9,6\pm 5,8$ , T-SHY Alt Boyut puan ortalaması  $23,5\pm 15,4$ , HÜ-SOY toplam puan ortalaması  $33,1\pm 20,5$  iken, yüksekokul/üniversite mezunu katılımcılarda bu ortalamalar sırasıyla  $15,6\pm 3,8$ ;  $37,4\pm 8,8$  ve  $53,0\pm 12,1$  olmuştur (Tablo 16).

Öğrenim düzeyi grupları arasında SK-SG puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre okuryazar olan bireyler ile yüksekokul/üniversite mezunu olan bireyler arasında ( $p=0,001$ ); ilkokul/ilköğretim mezunu olan bireyler ile lise mezunu olan bireyler arasında ( $p=0,005$ ); ilkokul/ilköğretim mezunu olan bireyler ile yüksekokul/üniversite mezunu olan bireyler arasında ( $p<0,001$ ) ve lise mezunu olan bireyler ile yüksekokul/üniversite mezunu olan bireyler arasında ( $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 16).

Öğrenim düzeyi grupları arasında T-SHY puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre okuryazar olan bireyler ile yüksekokul/üniversite mezunu olan bireyler arasında ( $p=0,004$ ); ilkokul/ilköğretim mezunu olan bireyler ile lise mezunu olan bireyler arasında ( $p=0,031$ ); ilkokul/ilköğretim mezunu olan bireyler ile yüksekokul/üniversite mezunu olan bireyler arasında ( $p<0,001$ ) ve lise mezunu olan bireyler ile yüksekokul/üniversite mezunu olan bireyler arasında ( $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 16).

Öğrenim düzeyi grupları arasında toplam ölçek puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre okuryazar olan bireyler ile yüksekokul/üniversite mezunu



olan bireyler arasında ( $p=0,002$ ); ilkokul/ilköğretim mezunu olan bireyler ile lise mezunu olan bireyler arasında ( $p=0,014$ ); ilkokul/ilköğretim mezunu olan bireyler ile yüksekokul/üniversite mezunu olan bireyler arasında ( $p<0,001$ ) ve lise mezunu olan bireyler ile yüksekokul/üniversite mezunu olan bireyler arasında ( $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 16).

**Tablo 4.17.** Katılımcıların çalışma durumuna göre HÜ-SOY toplam ve alt boyut puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

HÜ-SOY Ölçeği	Çalışma Durumu			<i>p</i>
	Çalışmıyor (n=181)	Emekli (n=34)	Çalışıyor (n=136)	
<b>SK-SG Alt Boyutu Puanı</b>				
$\bar{X}\pm SS$	11,9 $\pm$ 5,3	13,0 $\pm$ 4,6	13,7 $\pm$ 4,3	<b>0,011<sup>1,2</sup></b>
Ortanca	13,0	12,5	14,0	
1.-3. Çeyreklik	7,0-17,0	10,0-17,0	11,0-17,0	
En Küçük-En Büyük Değer	1,0-22,0	4,0-22,0	5,0-21,0	
<b>T-SHY Alt Boyutu Puanı</b>				
$\bar{X}\pm SS$	29,7 $\pm$ 12,8	31,1 $\pm$ 11,5	33,7 $\pm$ 10,0	0,063 <sup>1</sup>
Ortanca	32,0	33,0	36,5	
1.-3.Çeyreklik	18,0-42,0	22,0-42,0	28,0-41,5	
En Küçük-En Büyük Değer	4,0-49,0	5,0-48,0	8,0-49,0	
<b>Toplam Ölçek Puanı</b>				
$\bar{X}\pm SS$	41,6 $\pm$ 17,7	44,1 $\pm$ 15,6	47,4 $\pm$ 13,6	<b>0,033<sup>1,3</sup></b>
Ortanca	43,0	47,0	51,0	
1.-3.Çeyreklik	25,0-57,0	34,0-56,0	39,0-58,0	
En Küçük-En Büyük Değer	8,0-68,0	14,0-70,0	13,0-69,0	

SK-SG: Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme; T-SHY: Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma

<sup>1</sup>Kruskal-Wallis test

<sup>2</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre; Çalışmıyor-Emekli ( $p=0,940$ ); Çalışmıyor-Çalışıyor ( $p=0,008$ ); Emekli-Çalışıyor ( $p=1,000$ )

<sup>3</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre; Çalışmıyor-Emekli ( $p=1,000$ ); Çalışmıyor-Çalışıyor ( $p=0,028$ ); Emekli-Çalışıyor ( $p=0,827$ )

Yaşamının herhangi bir döneminde çalışmış veya halen çalışan katılımcıların Tedavi-Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Alt Boyut, Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme Alt Boyut ve HÜ-SOY toplam puan ortalamalarının çalışmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 17).

Çalışma durumuna göre SK-SG puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,011$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında ( $p=0,008$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 17).

Çalışma durumuna göre T-SHY puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p=0,063$ ) (Tablo 17).

Çalışma durumuna göre toplam ölçek puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,033$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında ( $p=0,028$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 17).

**Tablo 4.18.** Katılımcıların ekonomik durumuna (öz değerlendirme) göre HÜ-SOY toplam ve alt boyut puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

HÜ-SOY Ölçeği	Ekonomik Durum			<i>p</i>
	İyi (n=128)	Orta (n=197)	Kötü (n=28)	
<b>SK-SG Alt Boyutu Puanı</b>				
$\bar{X} \pm SS$	14,0±4,4	11,9±5,2	12,5±4,2	<b>0,001<sup>1,2</sup></b>
Ortanca	15,0	12,0	13,0	
1.-3. Çeyreklik	11,0-18,0	7,0-16,0	9,5-15,0	
En Küçük-En Büyük Değer	2,0-22,0	1,0-22,0	3,0-21,0	
<b>T-SHY Alt Boyutu Puanı</b>				
$\bar{X} \pm SS$	34,0±10,2	29,6±12,7	32,8±10,3	<b>0,019<sup>1,3</sup></b>
Ortanca	37,0	32,0	35,0	
1.-3.Çeyreklik	28,0-42,0	18,0-41,0	28,0-41,0	
En Küçük-En Büyük Değer	5,0-49,0	4,0-49,0	10,0-48,0	
<b>Toplam Ölçek Puanı</b>				
$\bar{X} \pm SS$	48,0±14,0	41,5±17,3	45,3±13,7	<b>0,009<sup>1,4</sup></b>
Ortanca	52,0	43,0	46,0	
1.-3.Çeyreklik	39,0-59,0	25,0-57,0	40,5-55,5	
En Küçük-En Büyük Değer	10,0-70,0	8,0-69,0	13,0-67,0	

SK-SG: Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme; T-SHY: Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma

<sup>1</sup>Kruskal-Wallis test

<sup>2</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre;

İyi-Orta (p=0,001); İyi-Kötü (p=0,348); Orta-Kötü (p=1,000)

<sup>3</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre;

İyi-Orta (p=0,016); İyi-Kötü (p=1,000); Orta-Kötü (p=1,000)

<sup>4</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre;

İyi-Orta (p=0,007); İyi-Kötü (p=0,946); Orta-Kötü (p=1,000)

SK-SG, T-SHY ve toplam ölçek puan ortalamalarının en düşük olduğu grup ekonomik durumu orta olan bireylerin içinde yer aldığı grup, puan ortalamalarının en yüksek olduğu grup ise ekonomik durumu iyi olan bireylerin içinde yer aldığı gruptur (Tablo 18).

Katılımcıların ekonomik düzeyleri arasında SK-SG puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre ekonomik durumu iyi olan bireyler ile ekonomik durumu orta olan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ) (Tablo 18).

Katılımcıların ekonomik düzeyleri arasında T-SHY puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,019$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre ekonomik durumu iyi olan bireyler ile ekonomik durumu orta olan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,016$ ) (Tablo 18).

Katılımcıların ekonomik düzeyleri arasında toplam ölçek puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,009$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre ekonomik durumu iyi olan bireyler ile ekonomik durumu orta olan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,007$ ) (Tablo 18).

**Tablo 4.19.** Katılımcıların sağlık güvencesi olma durumuna göre HÜ-SOY toplam ve alt boyut ve puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

HÜ-SOY Ölçeği	Sağlık Güvencesi		<i>p</i>
	Var (n=269)	Yok (n=85)	
<b>SK-SG Alt Boyutu Puanı</b>			
$\bar{X}\pm SS$	13,8±4,5	9,3±4,7	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
Ortanca	14,0	8,0	
1.-3. Çeyreklik	11,0-17,0	6,0-13,0	
En Küçük-En Büyük Değer	1,0-22,0	2,0-19,0	
<b>T-SHY Alt Boyutu Puanı</b>			
$\bar{X}\pm SS$	34,0±10,7	23,2±11,4	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
Ortanca	37,0	21,0	
1.-3.Çeyreklik	28,0-43,0	13,0-33,0	
En Küçük-En Büyük Değer	5,0-49,0	4,0-48,0	
<b>Toplam Ölçek Puanı</b>			
$\bar{X}\pm SS$	47,8±14,7	32,6±15,3	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
Ortanca	52,0	28,0	
1.-3.Çeyreklik	39,0-59,0	20,0-45,0	
En Küçük-En Büyük Değer	8,0-70,0	10,0-67,0	

SK-SG: Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme; T-SHY: Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma

<sup>1</sup>Mann-Whitney test

Sağlık güvencesi olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarının, sağlık güvencesi olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 19).

Katılımcıların sağlık güvencesi olma durumu arasında SK-SG puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 19).

Katılımcıların sağlık güvencesi olma durumu arasında T-SHY puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 19).

Katılımcıların sağlık güvencesi olma durumu arasında toplam ölçek puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 19).

**Tablo 4.20.** Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre HÜ-SOY toplam ve alt boyut ve puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

HÜ-SOY Ölçeği	Çocuğunun olması		P
	Var (n=243)	Yok (n=103)	
<b>SK-SG Alt Boyutu Puanı</b>			
$\bar{X}\pm SS$	12,1 $\pm$ 5,1	14,1 $\pm$ 4,3	<b>0,001<sup>1</sup></b>
Ortanca	13,0	14,0	
1.-3. Çeyreklik	7,0-17,0	11,0-18,0	
En Küçük-En Büyük Değer	1,0-22,0	2,0-22,0	
<b>T-SHY Alt Boyutu Puanı</b>			
$\bar{X}\pm SS$	29,9 $\pm$ 12,3	34,8 $\pm$ 9,5	<b>0,002<sup>1</sup></b>
Ortanca	31,0	36,0	
1.-3.Çeyreklik	19,0-41,0	30,0-42,0	
En Küçük-En Büyük Değer	4,0-49,0	9,0-49,0	
<b>Toplam Ölçek Puanı</b>			
$\bar{X}\pm SS$	42,1 $\pm$ 16,9	48,9 $\pm$ 13,2	<b>0,001<sup>1</sup></b>
Ortanca	45,0	52,0	
1.-3.Çeyreklik	27,0-57,0	42,0-59,0	
En Küçük-En Büyük Değer	8,0-70,0	11,0-68,0	

SK-SG: Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme; T-SHY: Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma

<sup>1</sup>Mann-Whitney test

Çocuk sahibi olan katılımcıların SK-SG alt boyut puan ortalaması  $12,1\pm5,1$ , T-SHY alt boyut puan ortalaması  $29,9\pm12,3$ , HÜ-SOY toplam puan ortalaması  $42,1\pm16,9$  olarak elde edilmiştir. Çocuk sahibi olmayan katılımcıların toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları 2-6,8 puan arasında değişen şekilde çocuk sahibi olanlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 20).

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu arasında SK-SG puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ) (Tablo 20).

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu arasında T-SHY puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,002$ ) (Tablo 20).

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu arasında toplam ölçek puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 20).

**Tablo 4.21.** Katılımcıların sağlıkla ilgili eğitim alma durumuna göre HÜ-SOY toplam ve alt boyut ve puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

HÜ-SOY Ölçeği	Sağlıkla ilgili eğitim alma durumu		<i>p</i>
	Almış (n=47)	Almamış (n=297)	
<b>SK-SG Alt Boyutu Puanı</b>			
$\bar{X}\pm SS$	16,5±3,9	12,0±4,9	
Ortanca	17,0	13,0	<0,001 <sup>1</sup>
1.-3. Çeyreklik	15,0-19,0	8,0-16,0	
En Küçük-En Büyük Değer	6,0-22,0	1,0-22,0	
<b>T-SHY Alt Boyutu Puanı</b>			
$\bar{X}\pm SS$	38,2±10,4	30,0±11,7	
Ortanca	42,0	32,0	<0,001 <sup>1</sup>
1.-3.Çeyreklik	34,0-45,0	20,0-40,0	
En Küçük-En Büyük Değer	5,0-49,0	4,0-49,0	
<b>Toplam Ölçek Puanı</b>			
$\bar{X}\pm SS$	54,7±13,7	42,1±16,0	
Ortanca	60,0	45,0	<0,001 <sup>1</sup>
1.-3.Çeyreklik	50,0-64,0	28,0-55,0	
En Küçük-En Büyük Değer	14,0-68,0	8,0-70,0	

SK-SG: Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme; T-SHY: Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma

<sup>1</sup>Mann-Whitney test

Sağlıkla ilgili herhangi bir eğitim aldığını belirten katılımcıların SK-SG alt boyut puan ortalaması 16,5±3,9, T-SHY alt boyut puan ortalaması 38,2±10,4; HÜ-SOY toplam puan ortalaması ise 54,7±13,7 olarak bulunmuştur. Sağlıkla ilgili eğitim almayan grupta alt boyut ve toplam puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (Tablo 21).



Katılımcıların sağlıkla ilgili bir eğitim alma durumu arasında SK-SG puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 21).

Katılımcıların sağlıkla ilgili bir eğitim alma durumu arasında T-SHY puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 21).

Katılımcıların sağlıkla ilgili bir eğitim alma durumu arasında toplam ölçek puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 21).

**Tablo 4.22.** Katılımcıların yaş gruplarına göre öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

Öz Yeterlilik Puanı	Yaş grupları				P
	<30 (n=60)	30-39 (n=82)	40-49 (n=102)	>49 (n=110)	
$\bar{X}\pm SS$	39,5±5,7	37,4±7,1	33,8±7,8	33,6±8,3	
Ortanca	41,0	40,0	33,0	34,0	<b>&lt;0,001<sup>1,2</sup></b>
1.-3. Çeyreklik	37,0-44,0	32,0-43,0	28,0-40,0	27,0-41,0	
En Küçük-En Büyük Değer	24,0-47,0	19,0-48,0	19,0-48,0	16,0-48,0	

<sup>1</sup>Kruskal-Wallis test

<sup>2</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre;

“<30” – “30-39” ( $p=0,578$ ); “<30” – “40-49” ( $p<0,001$ ); “<30” – “>49” ( $p<0,001$ );

“30-39” – “40-49” ( $p=0,011$ ); “30-39” – “>49” ( $p=0,007$ ); “40-49” – “>49” ( $p=1,000$ )

Katılımcıların yaş gruplarına göre öz yeterlilik puan ortalamaları 33,6-39,5 puan arasında değişmektedir (Tablo 22).

Yaş grupları arasında öz yeterlilik puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre 30 yaş altı grup ile 40-49 yaş grubu arasında ( $p<0,001$ ); 30 yaş altı grup ile 49 yaş üstü grubu arasında ( $p<0,001$ ); 30-39 yaş grubu ile 40-49 yaş grubu arasında ( $p=0,011$ ) ve 30-39 yaş grubu ile 49 yaş üstü grup arasında ( $p=0,007$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 22).

**Tablo 4.23.** Katılımcıların öğrenim durumuna göre öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

Öz Yeterlilik Puanı	Öğrenim Düzeyi				<i>p</i>
	Okuryazar (n=12)	İlkokul / Ortaokul mezunu (n=104)	Lise mezunu (n=126)	Yüksekokul / Üniversite mezunu (n=110)	
$\bar{X}\pm SS$	28,7±7,0	30,7±7,5	36,1±7,3	40,3±5,3	
Ortanca	27,5	29,5	37,0	41,5	<0,001 <sup>1,2</sup>
1.-3. Çeyreklik	23,5-33,0	25,0-37,0	31,0-42,0	38,0-44,0	
En Küçük-En Büyük Değer	20,0-43,0	16,0-46,0	19,0-48,0	24,0-48,0	

<sup>1</sup>Kruskal-Wallis test

<sup>2</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre;

Okuryazar-İlkokul/İlköğretim mezunu ( $p=1,000$ ); Okuryazar-Lise mezunu ( $p=0,017$ );

Okuryazar-Yüksekokul/Üniversite mezunu ( $p<0,001$ ); İlkokul/İlköğretim mezunu-Lise mezunu ( $p<0,001$ );

İlkokul/İlköğretim mezunu-Yüksekokul/Üniversite mezunu ( $p<0,001$ ); Lise mezunu-Yüksekokul/Üniversite mezunu ( $p<0,001$ )

Okuryazar olan katılımcıların öz yeterlilik puan ortalaması 28,7±7,0 iken, ilkokul/ortaokul mezunu katılımcılarda 30,7±7,5'e yükselmekte, yüksekokul / üniversite mezunlarında 40,3±5,3'e ulaşmaktadır (Tablo 23).

Öğrenim düzeyi grupları arasında öz yeterlilik puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis

testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre okuryazar olan bireyler ile lise mezunu olan bireyler arasında ( $p=0,017$ ); okuryazar olan bireyler ile yüksekokul/üniversite mezunu olan bireyler arasında ( $p<0,001$ ); ilkokul/ilköğretim mezunu olan bireyler ile lise mezunu olan bireyler arasında ( $p<0,001$ ); ilkokul/ilköğretim mezunu olan bireyler ile yüksekokul/üniversite mezunu olan bireyler arasında ( $p<0,001$ ) ve lise mezunu olan bireyler ile yüksekokul/üniversite mezunu olan bireyler arasında ( $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 23).

**Tablo 4.24.** Katılımcıların çalışma durumuna göre öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

Öz Yeterlilik Puanı	Çalışma Durumu			<i>p</i>
	Çalışmıyor (n=181)	Emekli (n=34)	Çalışıyor (n=136)	
$\bar{X}\pm SS$	33,9±8,1	35,1±7,7	37,7±6,9	
Ortanca	34,0	35,0	40,0	<b>&lt;0,001<sup>1,2</sup></b>
1.-3.Çeyreklik	27,0-41,0	30,0-42,0	32,0-43,0	
En Küçük-En Büyük Değer	16,0-48,0	19,0-48,0	19,0-48,0	

SK-SG: Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme; T-SHY: Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma

<sup>1</sup>Kruskal-Wallis test

<sup>2</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre;

Çalışmıyor-Emekli ( $p=1,000$ ); Çalışmıyor-Çalışıyor ( $p<0,001$ ); Emekli-Çalışıyor ( $p=0,233$ )

Çalışma durumuna göre öz yeterlilik puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında ( $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 24).

**Tablo 4.25.** Katılımcıların ekonomik durumuna göre öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

Öz Yeterlilik Puanı	Ekonomik Durum			<i>p</i>
	İyi (n=128)	Orta (n=197)	Kötü (n=28)	
$\bar{X} \pm SS$	38,0±6,3	34,1±8,4	34,7±7,1	
Ortanca	40,0	34,0	35,0	<b>&lt;0,001<sup>1,2</sup></b>
1.-3.Çeyreklik	33,0-43,0	27,0-42,0	29,5-40,0	
En Küçük-En Büyük Değer	19,0-48,0	16,0-48,0	19,0-48,0	

SK-SG: Sağlık Koruma-Sağlık Geliştirme; T-SHY: Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma

<sup>1</sup>Kruskal-Wallis test

<sup>2</sup>Dunn çoklu karşılaştırma testine göre;

İyi-Orta ( $p < 0,001$ ); İyi-Kötü ( $p = 0,098$ ); Orta-Kötü ( $p = 1,000$ )

Öz yeterlilik puan ortalamalarının en düşük olduğu grup, ekonomik durumu orta olan bireylerin içinde yer aldığı grup, puan ortalamalarının en yüksek olduğu grup ise ekonomik durumu iyi olan bireylerin içinde yer aldığı gruptur (Tablo 25).

Katılımcıların ekonomik düzeyleri arasında öz yeterlilik puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Kruskal-Wallis testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı ise Dunn çoklu karşılaştırma testi ile araştırılmıştır. Buna göre ekonomik durumu iyi olan bireyler ile ekonomik durumu orta olan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p < 0,001$ ) (Tablo 25).

**Tablo 4.26.** Katılımcıların sağlık güvencesi olma durumuna göre öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

Öz Yeterlilik Puanı	Sağlık Güvencesi		<i>p</i>
	Var (n=269)	Yok (n=85)	
$\bar{X}\pm SS$	37,5±6,9	29,4±7,6	
Ortanca	39,0	28,0	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
1.-3. Çeyreklik	32,0-43,0	24,0-36,0	
En Küçük-En Büyük Değer	19,0-48,0	16,0-45,0	

<sup>1</sup>Mann-Whitney test

Sağlık güvencesi olan katılımcıların öz yeterlilik puan ortalamalarının, sağlık güvencesi olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 26).

Katılımcıların sağlık güvencesi olma durumları arasında öz yeterlilik puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 26).

**Tablo 4.27.** Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

Öz Yeterlilik Puanı	Çocuğu		<i>p</i>
	Var (n=243)	Yok (n=103)	
$\bar{X}\pm SS$	34,1±8,1	38,8±6,2	
Ortanca	34,0	40,0	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
1.-3. Çeyreklik	28,0-41,0	34,0-43,0	
En Küçük-En Büyük Değer	16,0-48,0	19,0-48,0	

<sup>1</sup>Mann-Whitney test

Çocuk sahibi olan katılımcıların öz yeterlilik puan ortalaması  $34,1 \pm 8,1$  iken, çocuk sahibi olmayanlarda ortalama puanın  $38,8 \pm 6,2$  olduğu belirlenmiştir (Tablo 27).

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu arasında öz yeterlilik puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,001$ ) (Tablo 27).

**Tablo 4.28.** Katılımcıların sağlıkla ilgili eğitim alma durumuna göre öz yeterlilik puanı dağılım ölçütleri (Çarşı ASM, Yenimahalle Ankara 2021)

Öz Yeterlilik Puanı	Sağlıkla ilgili eğitim alma durumu		<i>p</i>
	Almış (n=47)	Almamış (n=297)	
$\bar{X} \pm SS$	41,0 $\pm$ 4,0	34,5 $\pm$ 7,9	
Ortanca	41,0	34,0	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
1.-3. Çeyreklik	39,0-44,0	29,0-42,0	
En Küçük-En Büyük Değer	27,0-48,0	16,0-48,0	

<sup>1</sup>Mann-Whitney test

Öz yeterlilik puan ortalaması açısından sağlıkla ilgili herhangi bir eğitim alan ve almayan katılımcılar arasında belirgin bir farklılık olduğu bulunmuştur. Sağlıkla ilgili eğitim almış olan grubun öz yeterlilik puan ortalamasının ( $41,0 \pm 4,0$ ), sağlıkla ilgili eğitim almamış olan grubun puan ortalamasından 6,5 puan daha fazla olduğu gözlenmiştir (Tablo 28).

Katılımcıların sağlıkla ilgili bir eğitim alma durumu arasında öz yeterlilik puan dağılımı bakımından farklılık olup olmadığı normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney testi ile araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,001$ ) (Tablo 28).

## 5.TARTIŞMA

Kadın sağlığını sağlık okuryazarlığı düzeyi ve bu düzeye ilişkin faktörlerle ele alan bazı çalışmalar mevcuttur. Literatürdeki bu çalışmaların çoğu sınırlandırılmış yaş aralıkları ve konular çerçevesinde veya ölçek geliştirmek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma ile Yenimahalle bölgesindeki Çarşı ASM'ye kayıtlı 18-60 yaş erişkin okuryazar kadınların sağlık okuryazarlık düzeyi ve buna ilişkin faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu bölümde, öncelikle HÜ-SOY ölçeğinin uygulandığı araştırma grubuna ait validasyon çalışmasına ilişkin değerlendirme yapılmış, daha sonra da araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleriyle, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve öz yeterlilik puanları ve bunlarla ilişkili faktörler değerlendirilmiştir.

### 5.1. HÜ-SOY Ölçeğinin Araştırma Grubuna Ait Validasyon Çalışmasına İlişkin Değerlendirme

Bu araştırmada 18-60 yaş grubunda 354 kadından oluşan araştırma grubuna uygulanan HÜ-SOY ölçeğinin ‘‘Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme’’ ve ‘‘Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma’’ alt boyutlarına ve öz yeterlilik formuna ilişkin madde analizlerinde iç tutarlılığı gösteren Cronbach's alpha değerleri ve ölçeğin iki yarı güvenilirliğini gösteren Spearman-Brown katsayısı yeterli düzeyde bulunmuştur ‘‘Sağlığı Koruma-Sağlığı Geliştirme’’ ve ‘‘Tedavi-Sağlık Hizmetlerine Ulaşma’’ alt boyutlarında iç tutarlılık 0,858 ve iki yarı güvenilirlik 0,793 çıkararak yeterli düzeyde ve HÜ-SOY Ölçeğinin alt boyutlar ve toplam puanlar için hesaplanan güvenilirlikleri yüksek bulunmuştur (Tablo 6-7-9). Ayrıca orijinal HÜ-SOY ölçeğindeki gibi analiz edilen DFA sonucuna göre 71 maddelik HÜ-SOY ölçeğinin yapı geçerliliği doğrulanmıştır (Tablo 10). 16 madde ve tek boyuttan oluşan öz yeterlilik formunun yapı geçerliliği de doğrulanmıştır (Tablo 11).

Yüksek performans beklenen grupta (araştırmadan çıkarılan 64 kişilik sağlık çalışanı grubu) düşük performans sergilemesi beklenen grubun (araştırmadaki 354 kişiden aynı yaştaki rastgele seçilmiş 64 kişilik grup) HÜ-SOY ölçeği ve öz yeterlilik

formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık çalışanı lehine anlamlı fark bulunmuş ve böylece ölçeğin ölçüt geçerliliği doğrulanmıştır (Tablo 13).

## **5.2. HÜ-SOY Ölçeğinin Uygulandığı Araştırma Grubuna Ait Bulguların Değerlendirilmesi**

### **5.2.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Bulgularının Değerlendirilmesi**

Araştırmaya katılan kadınların %66,7'si lise ve yüksekokul/üniversite mezunudur. Öğrenim düzeyi yükseldikçe SOY toplam ölçek puanı artışı saptandığından öğrenim düzeyinin SOY düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Araştırma grubumuzun 3/2'si evli olduğundan medeni durumun sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği düşünülmektedir. Bunu destekleyen bazı çalışmalar mevcuttur. Vural Aktan ve Özdemir'in çalışmasında kadınların medeni durumuna göre sağlık okuryazarlığı puanı incelendiğinde bekârlarda evlilere göre alınan puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır. Degan ve arkadaşlarının benzer bir çalışmasında bekârların sağlık okuryazarlığı düzeyinin iyi olduğu görülmüştür (46). Araştırma grubumuzda çocuğu olanların çoğu çekirdek aile yapısına sahiptir. Çekirdek aile yapısına sahip kadınların aile yapılarına yönelik sağlık davranışları gerçekleştirdiği düşünülmektedir. Örneğin Kutlu ve arkadaşlarının kadınların kontraseptif yöntem kullanma özelliklerini inceledikleri çalışmada çekirdek aile yapısının olduğu kadınların geniş aile yapısındaki kadınlara göre modern aile planlaması yöntemi kullandıkları görülmüştür (113). Katılımcıların çalışma durumunun, sağlık güvencesi olmasının, öz değerlendirmeye göre ekonomik durumlarının iyi olmasının sağlık okuryazarlık seviyesiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Kendisinde kronik hastalık olanların, aile bireylerinde kronik hastalığı olanların ve ailede bakım gerektiren sağlık sorunu olanların, 15 gün ve daha uzun süre hastanede yatmış olanların SOY seviyelerinin artacağı düşünülmüştür. Bu kadınların kendilerinin ve aile bireylerinin sağlık durumları hakkında bakım ve tedavi bilgisi edindikleri düşünüldüğünde sağlık okuryazarlığı düzeylerinin etkileneceği çıkarımı yapılmıştır. Kadınların kronik hastalıklarını yönetmek zorunda kalmalarından kaynaklı sağlık bilgisi edinme ve sağlık hizmetlerine ulaşma davranışında bulunacakları düşünülmüştür. Bakan ve Yıldız'ın 21-64 yaş arasındaki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini inceledikleri



çalışmalarında, ailesinde hasta birey bulunan ve kronik hastalığı olan kişilerin SOY düzeylerinde anlamlı farklılığın saptanması bu düşünceyi destekler nitelik taşımaktadır (118). Ayrıca bireylerin öz bakımlarına yönelik sağlık sorumluluğu almamalarının ve hastalıklarıyla ilgili bilgi eksikliği yaşamalarının düşük sağlık okuryazarlık seviyesiyle ilgisi olduğu vurgulanmaktadır (3).

### **5.2.2.Araştırma Grubunun SOY Düzeyi, Öz Yeterlilik Puanlarının ve Bunlara İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi**

Araştırmaya katılan kadınların %54,8'inin aktif üreme çağındaki 18-45 yaş aralıklarından oluştuğu görülmektedir. Kadınların %45,2'sinin üreme çağında olmadıkları 45 yaş ve üzeri grubu oluşturduğu görülmektedir. HÜ-SOY toplam puan ortalamalarının en yüksek 30'un altındaki yaş grubunda olduğu en düşük ise 40-49 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla bu durumun kadınların klimakterik ve menopoz döneme girme biçimi farklılığından, farklı profesyonel sağlık hizmeti alma durumundan, jinekolojik kontrole gitme ve ameliyat geçirme durum farklılığından kaynaklandığı düşünülmüştür. Araştırma sonucuna göre yaş arttıkça HÜ-SOY toplam puan ortalamasının düştüğü görülmüştür. Dilli'nin, 18-65 yaş arası evli kadınların servikal kansere ilişkin bilgi düzeyleri ile öz yeterlilik ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediği tez çalışmasında yaş arttıkça REALM puanının azaldığı görülmüştür (43). Tiraki ve Yılmaz'ın çalışmasında kadınların yaşı arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğü belirlenmiştir (114). Bozkurt ve Demirci'nin Türkiye'deki yaşlı nüfusun sağlık okuryazarlığı seviyesini incelediği araştırmada ise sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşlı nüfusun %85,1'inde sorunlu veya yetersiz olduğu belirtilmektedir (115). Bu sorunun yaş arttıkça azalan sağlık fonksiyonlarından, dijital sağlık uygulamalarını kullanma becerilerinin azalmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

HÜ-SOY toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının yükselen eğitim düzeyi ile arttığı gözlenmiştir. Okuryazar, ilkokul/ortaokul mezunu, lise mezunu ve yükseköğretim mezunu kadınlar karşılaştırıldığında öğrenim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı puanının arttığı görülmüştür (Tablo 16). Eğitimin ve öğrenim düzeyinin

sağlık okuryazarlığı düzeyini ve kadın sağlığını ne derece etkilediği başka çalışmalarla da desteklenmiştir (86, 92,114). Özvarış ve arkadaşlarının araştırmasında HÜ-SOY toplam puan ortalamasının ve alt boyut puan ortalamalarının yükselen eğitim düzeyi ile arttığı gözlenmiştir (92). Vural Aktan ve Özdemir'in kişilerin sağlık okuryazarlık seviyelerini inceledikleri çalışmalarında kadınların yüksek eğitim durumunun SOY düzeylerinde olumlu anlamda fark yarattığı saptanmıştır. (46). Dilli'nin çalışmasında öğrenim düzeyi arttıkça aile planlaması yöntemlerinden haberdar olma, yöntemleri araştırma ve kullanma yüzdesinin arttığı saptanmıştır (43). Öztürk'ün, Biri ve arkadaşlarının çalışmalarında, eğitim seviyesi yükseldikçe kadınların daha fazla modern aile planlaması yöntemi kullanmayı tercih ettikleri saptanmıştır (116,117). Başka bir çalışmada ise düşük sağlık okuryazarlığa sahip kadınlarda plansız gebeliklerin daha fazla olduğu saptanmıştır (3). Eğitim düzeyi arttıkça, kişilerin sağlıkla ilgili doğru bilgilere erişimi, bilgileri anlaması, uygulaması ve değerlendirmesi kolaylaşmaktadır. Dijital medya sağlık okuryazarlığına erişimleri daha kolay olmaktadır. Dolayısıyla eğitimin sağlık okuryazarlığı seviyesiyle ilişkili bir faktör olduğu düşünülmektedir. Ayrıca kadının eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı seviyesi çocuk sağlığını etkilemektedir. Leyva ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan anneler çocuklarına daha iyi tedavi verebilmekte, çocuklarının hastalık takibini daha iyi yapabilmektedirler (3).

Çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında ( $p=0,028$ ) çalışan kadınların lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 17). Bakan ve Yıldız'ın 21-64 yaş arasındaki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini inceledikleri araştırmalarında da çalışma durumunun sağlık okuryazarlık düzeyine etkisi görülmektedir (118). Özvarış ve arkadaşlarının araştırmasında yaşamının herhangi bir döneminde çalışmış veya halen çalışan katılımcıların Tedavi-Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Alt Boyut ve HÜ-SOY toplam puan ortalamalarının çalışmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (92). Kadınların çalışma hayatına katılması sosyal etkileşimi artıran faktörlerden biridir. Sosyal etkileşimle sağlıkla ilgili bilgi edinmelerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkilediği düşünülmektedir.

Ekonomik durumu iyi olan kadınların ekonomik durumu orta olan kadınlara göre SOY puanları yüksek çıkmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık

saptanmıştır ( $p=0,001$ ) (Tablo 18). Bu sonuç, kadınların gelirlerini göreceli olarak değerlendirip ve ekonomik durumlarını objektif yansıtmayabileceklerini düşündürmüştür. Ayrıca ekonomik durumu kötü olanların SOY düzeyinin orta olanlara göre yüksek çıkmış olması, düşük gelirli kadınların daha çok hastalanmalarından kaynaklı daha çok hekime başvurmaya, daha çok sağlık bilgisi aramaya, daha sık ilaç kullanmaya yönelttiği ve dolayısıyla SOY düzeyini etkilemesi ile açıklanabilir. Özvarış ve arkadaşlarının araştırmasında ekonomik durum iyileştikçe sağlık okuryazarlığı ölçeği T-SHY alt boyutu ve toplam puan ortalamalarının yükseldiği belirlenmiştir (92). Bakan ve Yıldız'ın çalışmasında kadınların çalışma durumunun istatistiksel olarak anlamlı farkının olduğu görülmüştür (118). Filiz'in gebelerde sağlık okuryazarlığını incelediği araştırmasında sağlık okuryazarlığı seviyesinin kadınların öğrenim düzeyiyle, çalışma durumu ve ekonomik durum algısıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (12). Kaya Şenol ve arkadaşlarının çalışmasında geliri giderinden fazla olan kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (45). Düşük gelir düzeyi sağlık okuryazarlığı olumsuz anlamda etkilediğinden kötü sağlık sonuçları ve kronik hastalık prevalansında artışı doğurmaktadır. Kronik hastalıkların önlenmesi, sağlık maliyetlerinin azaltılması ve yaşam kalitelerinin artırılmasında kadınların iş yaşamına dâhil olması ve ekonomik özgürlüklerinin olması gerektiği düşünülmektedir. Kadınların kendi sağlıklarının yanı sıra çocuklarının sağlığı üzerindeki etkileri düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip olmakla örtüşmektedir. Örneğin çocuk sağlığında hayat boyu önemli bir yere sahip olan ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenme düşük gelire sahip kadınların çocuklarında daha düşük düzeydedir (3). Bu araştırmalar özellikle eğitim ve gelir düzeyi düşük olan kadınların sağlıkları ile ilgili doğru karar alabilmeleri için sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılmasına yönelik önlemler alınması gerektiğine dikkat çeker niteliktedir. Bu nedenlerle doğum oranlarının ve yeni doğan mortalitesinin belirlenmesinde maternal sağlık okuryazarlığı önem taşımaktadır.

Sağlık güvencesi olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarının, sağlık güvencesi olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 19). Bu sonuç kadınların sağlık güvencesinin olmasının sağlık hizmetlerinden faydalanma yüzdesini artırdığı düşündürmektedir. Kadın sağlığını olumlu anlamda etkileyen sağlık güvencesi varlığı kadınların tarama

testlerine katılımını sağlayarak kanserde erken teşhise olanak sağlamaktadır. Kangmennaang ve arkadaşlarının araştırmasına göre; eğitim seviyesi yüksek olan kadınların sağlık güvencesinden faydalanma ve tarama programlarına katılma yüzdelerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (119). Javadzade ve arkadaşlarının çalışmasına göre sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek bireylerin daha fazla sağlık kontrolü ve tarama testi yaptırdıkları saptanmıştır (120). Bu çalışma sonuçlarının aksine; Özvarış ve arkadaşlarının araştırmasında sağlık güvencesi olmayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarının, sağlık güvencesi olan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür (92). Bu durumun ataerkil ortamda yetişen, çalışmasına ve sigortalanmasına izin verilmeyen kadınların kendilerini geliştirmesinden kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

Çocuk sahibi olan katılımcıların SK-SG alt boyut puan ortalaması  $12,1\pm 5,1$ , T-SHY alt boyut puan ortalaması  $29,9\pm 12,3$ , HÜ-SOY toplam puan ortalaması  $42,1\pm 16,9$  olarak belirlenmiştir. Çocuk sahibi olmayan katılımcıların toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları 2-6,8 puan arasında değişen şekilde çocuk sahibi olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun aksine HÜ-SOY orijinal çalışmasında çocuk sahibi olan katılımcıların ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları (sırasıyla  $13,6\pm 4,2$ ;  $28,7\pm 10,0$ ;  $42,3\pm 13,4$ ), çocuk sahibi olmayan katılımcılardan 0,7-1,5 puan arasında değişen şekilde daha yüksek bulunmuştur (92). Bu sonucun çocuk sahibi olan kadınların sağlıkla ilgili bilgi arama davranışını artırdığından kaynaklı olduğu düşünülmüştür. Sonuçta annelerin sağlıkları ve bilgi düzeyleri çocuklarını da etkilemektedir. Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olmasının çocuklarının sağlık davranışı oluşturmada etkili olduğu gösteren araştırmalar mevcuttur (3,116). Blaylock'un araştırmasında beslenme bilgi düzeyi yüksek olan annelerin çocuklarını daha dengeli ve düzenli beslediği saptanmıştır (121).

Katılımcıların sağlıkla ilgili bir eğitim alma durumu arasında SK-SG, T-SHY puan dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 21). Bu sonuçlara göre sağlık eğitimi almış olmanın sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği söylenebilir. Nitekim orijinal HÜ-SOY araştırmasında da sağlık eğitimi almış olmanın sağlık okuryazarlığı puan ortalamasını anlamlı derecede

etkilediği görülmüştür (92). Demirli'nin çalışmasına göre sağlık eğitimi almış olmakla sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır (86). Sağlık eğitimi almış kadınlardan öykü almak, onam almak ve bu kadınlara danışmanlık hizmeti vermek iletişim sorunu yaratmamaktadır. Ayrıca bireyin okuduğunu anlaması ile sağlık eğitimi materyallerini anlaması farklı becerilere dayanmaktadır (3). Etkili sağlık okuryazarlık eğitimi ve danışmanlık rolü verilebilmesi kadınların yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesi ile ilişkilendirilmektedir (122).

Katılımcıların yaş grupları arasında öz yeterlilik puan dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Yaşla birlikte kadınlarda öz yeterliliğin azalması sağlık okuryazarlığı, bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi ihtiyacını düşündürmektedir. Aktif yaşlanmayla birlikte azalan fiziksel kapasite doğrultusunda gerçekleştirilemeyen eylemler kadınlardaki öz yeterliliği etkilemektedir. Yaşlı bireylerin dijital medyayı az kullanmasının, emeklilikle gelir azalmasının, toplumdaki uzaklaşılmasının, sağlık hizmetlerine erişimlerin kısıtlı olmasının sağlık okuryazarlığı ve öz yeterliliği etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Orijinal HÜ-SOY araştırmasında kişilerin öğrenim düzeyi arttıkça öz yeterlilik puan ortalaması da artmıştır (92). Bu çalışmada da öğrenim düzeyi grupları ve öz yeterlilik puan dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Pajares, öğrenim düzeyi ve öz yeterliliğin birlikte artma durumunu yaşanmış başarının gelecekte benzer davranışa yönlendirmesiyle ilişkilendirmektedir (123). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık davranışı oluşturması ve bu davranışın olumlu çıktılarının gelecekte de tekrarlanması durumu, Bandura'nın (1986) sosyal bilişsel teorisinin öz yeterlilik bileşenini incelediği araştırmasıyla açıklanabilir.

Çalışma durumuna göre öz yeterlilik puan dağılımı bakımından çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında ( $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 24). Ekonomik durumu iyi olan bireyler ile ekonomik durumu orta olan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,001$ ) (Tablo 25). Sağlık güvencesi olan katılımcıların öz yeterlilik puan ortalamalarının, sağlık güvencesi olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Orijinal HÜ-SOY araştırmasında çalışan/emekli olmuş olan katılımcıların öz yeterlilik puanının, çalışmayan katılımcıların öz yeterlilik puanından fazla olduğu saptanmıştır

(92). Öz yeterliliğin ekonomik durumla, çalışma durumuyla ve sağlık güvencesi varlığıyla ilişkili çıkması kadınların sağlık davranış biçimlerini şekillendirdiğini düşündürmektedir. Kadınların amaçlarını gerçekleştirmedeki hedeflerini, yeni şeyleri deneyimleme isteklerini, olumsuzluk durumlarından yılmama eğilimlerini öz yeterlilik düzeyi belirlemektedir. Öz yeterlilik kadınlara, bireysel başarı, özgüven ve gelişimsel destek vermektedir (124,125). Bu açılarından kadınlarda sağlık okuryazarlık seviyesinin yüksek olmasının önemi görülmektedir.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu arasında öz yeterlilik puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 27). Çocuk sahibi olmayan kadınların kendilerine ayırdığı zaman daha fazla olabileceğinden öz yeterliliklerinin yüksek çıkmış olduğu düşünülmüştür.

Öz yeterlilik puan ortalaması açısından sağlıkla ilgili herhangi bir eğitim alan ve almayan katılımcılar arasında belirgin bir farklılık olduğu bulunmuştur (Tablo 28). Orijinal HÜ-SOY araştırmasında öz yeterlilik puan ortalaması açısından katılımcılarda belirgin farklılık gösteren özelliğin sağlıkla ilgili eğitim alma durumu olduğu belirlenmiştir (92). Fernandez ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre sağlık taraması yaptıran eğitimli Amerikan kadınlarının öz yeterlilik düzeyleri daha yüksektir (126). Kore’de yapılan başka bir çalışmaya göre ise sağlık eğitimi alan kadınların öz yeterlilik düzeylerinin arttığı ve daha fazla tarama testi yaptırdığı saptanmıştır (127). Araştırmalara göre kadınların sağlık eğitimi almasının öz etkililiği artırmasındaki etkisinden söz edilebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

#### 6.1.1. HÜ-SOY Ölçeğinin Araştırma Grubuna Ait Validasyon Çalışmasına İlişkin Sonuçlar

- 71 maddelik iki HÜ-SOY ölçeğinin yapı geçerliliği doğrulanmıştır.
- HÜ-SOY Ölçeğinin alt boyutlar ve toplam puanlar için hesaplanan güvenilirlikleri yüksek bulunmuştur.
- Sağlık çalışanı olan ve olmayanlar arasında HÜ-SOY Ölçeği ve öz yeterlilik formu toplam puanı bakımından istatistiksel olarak sağlık çalışanı olan grup lehine anlamlı fark bulunmuş ve böylece ölçeğin ölçüt geçerliliği doğrulanmıştır.
- Öz yeterlilik puan dağılımlarında katılımcıların okuryazar, ilkokul/ortaokul mezunu, lise ve yüksekokul mezunu olmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.
- 16 maddelik tek boyutlu öz yeterlilik formunun yapı geçerliliği doğrulanmıştır.
- Türkiye'ye özgü geliştirilmiş olan orijinal HÜ-SOY Ölçeği, 18 yaş üstü kadınlarda, ileride yapılacak sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi müdahalelerinin SOY üzerindeki etkilerini standart bir biçimde izleme ve değerlendirmede kullanılabilir referans bir ölçektir.

#### 6.1.2. Araştırma Grubunun SOY Düzeyi, Öz Yeterlilik Puanları ve Bunlara İlişkin Sonuçlar

- HÜ-SOY toplam puan ortalamalarının;
  - En yüksek 30'un altındaki yaş grubunda olduğu, en düşük ise 40-49 yaş grubunda olduğu görülmüştür (sırasıyla  $50,0 \pm 12,5$  ve  $40,5 \pm 16,8$ ). Genç yaş grubunda SOY düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.
  - Hem HÜ-SOY toplam puan ortalamasının hem de alt boyut puan ortalamalarının eğitim düzeyi arttıkça istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı gözlenmiştir.

- Yaşamının herhangi bir döneminde çalışmış veya halen çalışan katılımcıların HÜ-SOY toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının çalışmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
  - HÜ-SOY toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının en düşüğünün ekonomik durumu orta olan kadınların yer aldığı grup olduğu görülmüştür.
  - Sağlık güvencesi olan kadınların SOY ölçeği alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarının, sağlık güvencesi olmayan kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür.
  - Çocuk sahibi olan kadınların olmayanlara göre SOY ölçeği alt boyutlar ve toplam puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.
  - Sağlıkla ilgili eğitim almayan grupta alt boyut ve toplam puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.
- Katılımcıların öz yeterlilik puan ortalamaları;
    - Yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalma göstermektedir.
    - Öğrenim düzeyi yükseldikçe istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmaktadır.
    - Çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.
    - Ekonomik durumu iyi olan kadınlar ile ekonomik durumu orta olan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.
    - Sağlık güvencesi olan katılımcıların, sağlık güvencesi olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
    - Çocuk sahibi olan katılımcıların öz yeterlilik puan ortalaması  $34,1 \pm 8,1$  iken, çocuk sahibi olmayanlarda ortalama puanın  $38,8 \pm 6,2$  olduğu belirlenmiştir.
    - Sağlıkla ilgili eğitim almış olan grubun öz yeterlilik puan ortalamasının  $(41,0 \pm 4,0)$ , sağlıkla ilgili eğitim almamış olan grubun puan ortalamasından 6,5 puan daha fazla olduğu gözlenmiştir.



## 6.2. Öneriler

- Bu çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça öz yeterlilik ve sağlık okuryazarlık seviyesinin arttığı görülmüştür. Bu nedenle genel eğitim düzeyi düşük olan kadınlar desteklenmeli, bu doğrultuda politikalar belirlenmeli, yönetsel düzenlemeler yapılmalı ve uygulanmalıdır. Ayrıca, kadınlara öz yeterlilik kapasitelerini artıracak eğitim sağlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı ve belediyeler kadınlara yönelik sağlık okuryazarlığını artıracak sağlık eğitimi hizmeti sunmalıdır.
- Kadınların çalışma durumu ve sağlık güvencesi varlığı SOY düzeyini yükselttiğinden, kadınların iş yaşamına katılması, sağlık güvencesinin olması hususunda olanaklar sağlanmalıdır.
- Örgün eğitimde ders müfredatlarında sağlıkla ilgili derslerin, sosyal medya, e-sağlık okuryazarlığı gibi derslerin bireylerin sağlık okuryazarlığını artıracakları açıktır. Bunların sağlanması sağlıkla ilgili temel konularda konferans veya seminerlerin verilmesi uygun olacaktır. Aynı eğitimlerin 30 yaş üstü, okul dışında kalan kadınlara da halk eğitimleriyle verilmesi gerekir.
- Daha sonra yapılacak araştırmalarda, temel sağlık bilgileri ve sağlık okuryazarlığı konuları ile ilgili eğitim verilip anket sorularının ve HÜ-SOY ölçeğinin eğitim öncesinde ve sonrasındaki değişimine bakılabilir ve sonuçlar karşılaştırılabilir.
- Ölçek formunu cevaplandırma süresinin uzun sürmesi nedeniyle aynı bölgede araştırmayı tekrar etmek isteyen araştırmacılar için ev ziyareti ile veri toplanması önerilebilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Gözlu K. A Social Determinant Of Health: Health Literacy. Med J SDU. 2020; 27(1):137-144.
2. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. American Family Physician. 2015;92(2):118-124.
3. Yıldırım F, Keser A. Sağlık Okuryazarlığı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 2015; 455 (3).
4. Aktaş H. Sağlık ve Eğitimi Değerlendirmede Bir Ölçme Aracı; Sağlık Okuryazarlığı. SBED-2018: 1(1); 12-16.
5. Yılmazel, G., Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(1), 69-74.
6. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları [İnternet]. 2020 [Erişim Tarihi 22 Eylül 2021]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210>
7. Altun A. Sağlık Okuryazarlığı ve sağlık iletişiminin önemi: Türkiye’de kadınların miyokart enfarktüsü seyrinde hastaneye geç başvurusunun toplumsal cinsiyet eşitsizliği açısından değerlendirilmesi. Turk Kardiyol Dern Ars. 2021;49(2):88-93.
8. Aydın D. Aba YA. Annelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ile Emzirme Öz-Yeterlilik Algıları Arasındaki İlişki. DEUHFED. 2019;12(1):31-39.
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Temel Bulgular. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
10. Bahar Özvarış Ş. Toplumsal Cinsiyet, Çalışma Yaşamı ve Kadın Sağlığı. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2015; 37-43.
11. Yalçın Balçık P, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık Okur-Yazarlığı. TAF Prev Med Bull. 2014;13(4):321-326.
12. Filiz E. Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı İle İlişkisi [Doktora tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2015.
13. Arslan H. Eleştirel Medya Okuryazarlığı Kapsamında Çocuğa ve Kadına Yönelik Olarak Önerilen Özel Haber Dili. Erciyes İletişim Dergisi. 2019;6(1):111-136.
14. Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(80):1-13.
15. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. Health Promotion International. 2018;33:901–911.
16. Değerli H, Tüfekçi N. Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi, 2018;6(15):467-488.
17. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. Turk J Public Health 2014;12(1):61-68.
18. DA Kindig, AM Panzer, L Nielsen-Bohlman. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004.
19. Freedman DA, Bess KD, Tucker, HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. Am J Prev Med. 2009;36(5):446-451.

20. Akbaba M, Demirhindi H. Temel Halk Sağlığı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2017.
21. Tözün M, Sözmen MK. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. Smyrna Tıp Dergisi. 2014; 48-54.
22. Avcı YD. Kişisel sağlık sorumluluğu. İntegr Tıp Derg. 2015;3(2):81-82.
23. Yıldırım BF. Sağlığın Kişiselleşmesi ve Kişisel Sağlık Bilgi Sistemleri. Bilgi Yönetimi. 2019;2(2):127-135.
24. Güven A. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi [Yüksek Lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2016.
25. Weinstein MC, Torrance G, McGuire A. QALYs: The BASIC. Value in Health. 2009;12(1):5-9.
26. Arslan DT, Ağırbaş İ. Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY ve DALY. Sağ. Perf. Kal. Derg. 2017;13(1):99-126.
27. Sezer C, Amarat M. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi İlişkisi Üzerine Bir Çalışma. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 2018; 1811-1813.
28. Sezer A. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2012.
29. Göktepe S, Işıklı B, Metintaş S. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2018;3(2):68-75.
30. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) [İnternet]. 2018 [Erişim Tarihi 22 Eylül 2021]. Erişim adresi: <https://www.diplomasi.net/dunya-saglik-orgutu-who/>
31. Fişek N. Sağlık Hizmetleri Ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları. Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No:144, 1982.
32. Dağhan Ş. “Halk Sağlığı Hemşireliği Felsefesiyle Hemşire Olmak” Anlamı Nedir? DEUHFED. 2017;10(2):107-112.
33. Özkan S, Tüzün H, Dikmen AU, İlhan MN. Salgınlarda Toplum Davranışı ve Sağlık Okuryazarlığı. J Biotechnol and Strategic Health Res. 2020;1(Özel Sayı):105-110.
34. Hemşirelik. Kadın Sağlığı ve Dönemleri. Milli Eğitim Bakanlığı. Ankara: 2012. s.1-49.
35. Bucaktepe Erten G. Adolesan Bireye Yaklaşım. İçinde, Haspolat YK ve Aktar F (editörler). Adolesan Sağlığı ve Hastalıkları. Cinius Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2016, s:13-31.
36. Missonnier S. Perinatalitenin Ruhsallığı ve Psikanalitik Klinik. İstanbul: Bağlam Yayınları; 2018.
37. Elkin N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ve bunları etkileyen faktörler. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg. 2015;8(1):22-31.
38. Janicke DM, Finney JW, Riley AW, 2001. Children's health care use: A prospective investigation of factors related to care-seeking. Med Care. 2001; 39(9):990-1001.
39. Cho RN, Plunkett BA, Wolf MS, Simon CE, Grobman WA. Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. Prenatal Diagnosis. 2007;27(5):463-467.
40. Kendir C, Kartal M. Health literacy levels affect breast cancer knowledge and screening attitudes of women in Turkey: A descriptive study. Turk J Public Health. 2019;17(2):183-194.

41. Davis TC, Dolan NC, Ferreira MR, Tomori C, Green KW, Sipler AM et al. The Role of Inadequate Health Literacy Skills in Colorectal Cancer Screening. *Cancer Investigation*. 2001;19(2):193-200.
42. Guerra CE, Krumholz M, Shea JA. .Literacy and Knowledge, Attitudes and Behavior About Mammography in Latinas. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2005;16(1):152–166.
43. Dilli Z. Evli Kadınların (18-65 yaş arası) Servikal Kansere İlişkin Bilgi Düzeyi İle Öz-Etkililik ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi; 2016.
44. Kayhan Ö. 15-49 Yaş Bayanların Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi ve Tutumları [Yüksek Lisans Tezi]. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2008.
45. Kaya Şenol D, Bulantekin Düzalın Ö, Sarıkaya S, Özen B. Kronik Hastalığı Olan Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Menopoz Algısı ve Sağlık Okur Yazarlığının Değerlendirilmesi. *TJFMPC*. 2019;13(1):14-21.
46. Vural Aktan G, Özdemir F. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi. *Cukurova Med J*. 2020;45(1):352-361.
47. Pekel E. Toplumsal Cinsiyet Roller ve Kadının Çalışma Hayatındaki Konumu. *Balkan and Near Eastern Journal of Social Sciences*. 2019;5(1):30-39.
48. Başar F. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Kadın Sağlığına Etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2017;(3):131-137.
49. Ertaş H, Kırac R, Demir RN. Dijital Okuryazarlık ve E-Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 3.Uluslararası 13.Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı; 10-13 Ekim 2019; Sakarya Üniversitesi.
50. Demirci Ş. Sağlıkın Dijitalleşmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2018;10(26):710-721.
51. Ilgaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi. *DEUHFED*. 2016;9(2):67-77.
52. Tezcan, C. (2016). Sağlığa Yenilikçi Bir Bakış Açısı: Mobil Sağlık. In: İstanbul: TÜSİAD-T. Timmis, J. K. & Timmis, K. (2017). *The DIY Digital Medical Centre. Microbial biotechnology*, 10(5), 1084-1093.
53. Güler E, Eby G. Akıllı Ekranlarda Mobil Sağlık Uygulamaları. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*. 2015;4(3):45-51.
54. Kopmaz B, Arslanoğlu A. Mobil Sağlık ve Akıllı Sağlık Uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2018;5(4):251-255.
55. Andreassen HK, Bujnowska-Fedak MM, Chronaki CE, Dumitru RC, Pudule I, Santana S et al. European citizens' use of e-health services: a study of seven countries. *BMC Public Health*. 2007;7(53):1-7.
56. Artık Zamanı Geldi! Dijital Çağda Kız Çocuklarının Liderliği. 2011 [Erişim tarihi: 31 Ekim 2021]. Erişim adresi: [Artık Zamanı Geldi! Dijital Çağda Kız Çocuklarının Liderliği | Türkiye'de Birleşmiş Milletler \(un.org\)](http://www.un.org)
57. Önsüz MF. Sağlık Okuryazarlığı Ve Medya. *Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 2017; 2(2):46-53.
58. Özer Ö, Özmen S, Özkan O. Sosyal Medya Kullanımının E-Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin İncelenmesi. *Alanya Akademik Bakış*. 2020;4(2):353-367

59. Gencer TZ, Daşlı Y, Biçer EB. Sağlık İletişiminde Yeni Yaklaşımlar: Dijital Medya Kullanımı. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2019;22(1):42-52.
60. Schiavo, R. (2007). Health communication: From theory to practice. San Fransisco, CA: John Wiley&Sons.
61. Mendi B. Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Kullanımı: Dünyadaki ve Türkiye'deki Uygulamalar. Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi. 2015;11(44): 275-290.
62. Street, R.L., & Epstein, R.M. (2008). Lessons from theory and research on clinician-patient communication. In K. Glanz, K., Rimer, BK., Viswanath, K. (Eds.). Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice (4th ed., pp. 237-269). CA: Josey-Bass Publishing.
63. Erdoğan A, Hocoğlu Ç. Siberkondria: Bir Gözden Geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry. 2020; 12(4):435-443.
64. Utma S. Medyadaki Sağlık Haberlerini “Doğru” Okumak. The Journal of Academic Social Science Studies. 2017;(57):597-605.
65. Gezgin S. Sağlık İletişiminden Geçer. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2019.
66. Çapar H, Çakmak C. Halk sağlığı bilgi kaynağı olarak gazeteler: Sağlıkla ilgili haberlerin analizi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2019;6(1):18-26.
67. Say Ş. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmeti Kalitesini Algılama Üzerine Etkisi Gümüşova İlçesi Entegre Hastanesinde Ayakta Teşhis ve Tedavi Gören Hastalar Üzerinde Bir Uygulama. Sosyal Bilimler Akademi Dergisi. 2020; 3(1):1-23.
68. Kara E. KOVİD-19 Pandemisindeki Dezavantajlı Gruplar ve Sosyal Hizmet İşgücünün İşlevi. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi. 2020; 4(1):28-34.
69. Zengin O, Çalış N. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Mesleki Uygulamaları Ve Çalışma Koşulları. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2017;28(1):47-67.
70. Ürgün, S. ve Yıldırım, F. The Importance of the Health Literacy Interventions From Social Work Perspective. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2020;31(1):203-217.
71. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara: Anıl Matbaacılık; 2011. Sağlık Okuryazarlığı; s.1-23.
72. Erdem R, Piriñçi E. Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler. O.M.Ü. Tıp Dergisi. 2003; 20(1):39-46.
73. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar. Fransa:Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği; 2015.
74. Promoting health and development: at the 7th Global Conference on Health Promotion, Closing the Implementation Gap. Nairobi, 2009. [Erişim Tarihi: 26 Eylül 2021]. Erişim adresi: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1\\_Inner.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf)
75. Shah LC, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore R. Health literacy instrument in family medicine: The “Newest Vital Sign” ease of use and correlates. JABFM. 2010;23(2):195-203.
76. Pagan JA, Brown CJ, Asch DA. et al. Health literacy and breast cancer screening among Mexican American women in South Texas. J Cancer Educ. 2012; 27:132-7.
77. Bakan AB, Yıldız M. 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum. 2019; 29(3): 33-40.

78. Garbers S, Chiasson MA. Inadequate functional health literacy in spanish as a barrier to cervical cancer screening among immigrant Latinas in New York City. *Prev Chronic Dis.* 2004;1(4):1-10.
79. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy and women's health-related behaviors in Taiwan. *Health Educ Behav.* 2012; 39(2): 210-8.
80. Bhuyan S, Lu N, Chandak A, Kim H, Wyant D, Bhatt J, Kedia S, Chang C. Use Of Mobile Health Applications For Health-Seeking Behavior Among Us Adults, *Journal Of Medical Systems.* 2016, 40:153.
81. Mogford E, Gould L, Devoght A. Teaching critical health literacy in the US as a means to action on the social determinants of health. *Health Promotion International.* 2011;26(1):4-13.
82. Kutlu G, Akbulut Y. Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Politikalarının Hastaneler Açısından Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi.* 2019;11(1):134-145.
83. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Sağlık Bakanlığı, (2018). Ankara.
84. Özdemir F. Ergen Sağlığı İçin Sağlık Okuryazarlığının Önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2019; 22(3): 211-216.
85. Aslan E, Bektaş H, Başgöl Ş, Demir S, Irmak Vural P. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Davranışları. *Sted.* 2014;23(5): 174-82.
86. Demirli P. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği [Yüksek Lisans tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2018.
87. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2021. [TÜİK Kurumsal \(tuik.gov.tr\)](http://tuik.gov.tr) Erişim Tarihi: 31.10.2021
88. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 16-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi.* 2018; 8(3):575-581.
89. Özdemir H, Alper Z, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research.* 2010; 25(3): 464-477.
90. Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2014;17(3):165-170.
91. Okyay P, Abacıgil A. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Sağlık Bakanlığı, 2016. Ankara.
92. Özvarış Bahar Ş, Güçüz Doğan B, Karadağ Çaman Ö, Konşuk Ünlü H, Doğan N, Gelbal, Sakarya S. HÜ-SOY Hacettepe Üniversitesi Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği. Hacettepe Üniversitesi, 2018; Ankara.
93. Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2013-2017. 2012.
94. Murray E, Hekler EB, Andersson G, Collins LM, Doherty A, Hollis C, Wyatt JC. Evaluating Digital Health Interventions: Key Questions and Approaches. *American Journal of Preventive Medicine.* 2016;51(5): 843-851.
95. Sağlık Bakanlığı. <http://www.saglik.gov.tr/yazdir?BFBDF4E9CC4611ADF643A4CB3A888FA4> (available date: 27.09.2021).
96. Garcia-Retamero R, Galesic M. Who profits from visual aids: over-coming challenges in people's understanding of risks [published correction appears in *Soc Sci Med.* 2010;70(12):2097]. *Soc Sci Med.* 2010;70(7):1019-1025.
97. Garcia-Retamero R, Cokely ET. Communicating health risks with visual aids. *Curr Dir Psychol Sci.* 2013;22(5):392-399.

98. Hawley ST, Zikmund-Fisher B, Ubel P, Jancovic A, Lucas T, Fagerlin A. The impact of the format of graphical presentation on health-related knowledge and treatment choices. *Patient Educ Couns*. 2008;73(3):448-455.
99. Perry Y, Petrie K, Buckley H, Cavanagh L, Clarke D, Winslade M, et al. Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: a cluster randomised controlled trial. *Journal of adolescence*. 2014;37(7):1143-51.
100. Goldney R, Fisher L, DalGrande E, Taylor A. Changes in mental health literacy about depression: South Australia, 1998 to 2004. *The Medical Journal of Australia*. 2005;183(3):134-7.
101. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40(1):3-5.
102. Kendir C, Vega VI, Kartal M. Why considering "health literacy" level is important for Family Physicians? *TJFMPC*. 2019;13(4):402-406.
103. Kayyali R, Peletidi A, Ismail M, Hashim Z, Bandeira P, Bonnah J. Awareness and Use of mHealth Apps: A Study from England. *Pharmacy*. 2017; 5(2):1-33.
104. Özbaş S, Özkan S. Kadın Sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi. *TAF Prev Med Bull*. 2010; 9(5): 541-546.
105. Muse K, McManus F, Leung C, Meghreblian B, Williams JM. Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *J Anxiety Disord*. 2012; 26(1):189-196.
106. Teleş M, Kaya S. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Çeşitli Kişi Ve Kuruluşların Rollerini. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 11-13 Ekim 2018;1787-1795.
107. Davenport, T. H., Hongsermeier, T. ve Mc Cord, K. A. Using AI to Improve Electronic Health Records. *Harvard Business Review*. 2018 [Erişim Tarihi: 27.09.2021]. Erişim Adresi: <https://hbr.org/2018/12/using-ai-to-improve-electronic-health-records>
108. APHA Public Health Nursing Section. (2013). The definition and role of public health nursing: a statement of the public health nursing section. Washington, DC. Erişim:27.09.2021 <https://www.apha.org>
109. Boutain MD. Social justice as a frame work for Professional nursing. *Journal of Nursing Education*. 2005;44(9):404-7.
110. Avcıl İB, Sönmez MF. Sağlık iletişimi bağlamında bireylerin televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme alışkanlıkları ve motivasyonları: Elazığ örneği. *E-gif Der*. 2013;2(2):119-38.
111. Saha S. Improving literacy as a means to reducing health disparities. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21(8): 893-895.
112. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Klinik ve Saha Araştırmalarında Örneklem Yöntemleri ve Örneklem Büyüklüğü. Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 2005.
113. Kutlu R, Sayın S, Uçar M, Aslan R, Demirbaş O. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri. *Türk Aile Hek Derg*. 2014; 18 (3): 134-141.
114. Tiraki Z, Yılmaz M. Cervical cancer knowledge, self-efficacy, and health literacy levels of married women. *J Cancer Educ*. 2018;33:1270-8.
115. Bozkurt H, Demirci H. Health literacy among older persons in Turkey, *The Aging Male*. 2018; 10:1-6.

- 116.Öztürk M. Isparta Gönen’de Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum Dergisi. 1999;9(2):17-21.
- 117.Biri, A, Öztürk, J, Budakoğlu İİ, Meral I. Kadınların ve Eşlerinin Eğitim Durumuna Göre Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımı. Klinik Bilimler&Doktor Dergisi. 2002; 8(3):392-395.
- 118.Bakan AB, Yıldız M. 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum. 2019;29(3):33-40.
- 119.Kangmennaang J, Thogarapalli N, Mkandawire P, Luginaah I. Investigating the disparities in cervical cancer screening among Namibian women. Gynecologic Oncology. 2015;138:411-416.
- 120.Javadzade SH, Sharifiad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status and health behaviors among older adults in Sfahan, İnan. Journal of Education and Health Promotion. 2012;1:1-7.
- 121.Blaylock J. Maternal nutrition knowledge and children’s diet quality and nutrient intakes (Food Assistance and Nutrition Research Report), U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service: U.S. 1999.
- 122.Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016;9(4):142-7.
- 123.Pajares F. Self-Efficacy Beliefs in Academic Settings. American Educational Research Association. 1996;66(4):543-578.
- 124.Mccorkle LS. A study of the relationships of self-efficacy of self-management of asthma and asthma self-management knowledge [PhD thesis]. Texas A&M University; 2005.
- 125.Gözüm S, Bağ B. Etkin sağlık eğitiminde sosyal bilişsel öğrenme kuramının kullanımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 1998;1(2):32- 41.
- 126.Fernandez ME, Diamoond PE, Rokowski W. et al. Development and validation of a cervical cancer screening self-efficacy scale for low-income Mexican American women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2009;18(3):866-75.
- 127.Suk MH, Bong CK, Sun KJ. Effects of peer cervical cancer prevention education program on Korean Female College Students’ knowledge, attitude, self-efficacy and intention. Korean J. Adult Nurs. 2013;25(6):736-746.



## 8. EKLER

### EK-1 ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmanın amacını, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğunu, ad, soyad, okul numarası gibi kişiyi tanıtıcı bilgilerin yazılmaması gerektiğini ve anketin doldurulma şeklini açıklayan bir metin, onam metni olarak araştırma verilerinin toplanması için geliştirilen anket formunun başına konmuştur.

Sayın katılımcı,

Yenimahalle Çarşı Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Erişkin Yaş Grubu Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Saptanması başlıklı bu araştırma Gözde Alpyıldız tarafından, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırma Yenimahalle Çarşı Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı erişkin yaş grubu (18-60) kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve buna etki eden faktörlerin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla o bölgede yapılacak olan sağlık eğitimi çalışmaları planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 20 sorudan, hemen devamında yapacağınız ölçek ise 39 sorudan oluşmaktadır. 40 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında "diğer" seçeneği mevcutsa bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız. Tablo şeklinde olan sorularda, yanıtınızı her sorunun karşısındaki uygun kutuya çarpı işareti (X) koyarak belirtiniz. Eşleştirme yapılması istenen sorularda yönergeye göre seçeneğin başındaki rakam veya harfi kullanarak eşleştirme yapınız. Ölçek puanının hesaplanabilmesi açısından hiçbir maddeyi boş bırakmamanız önemlidir. Bu nedenle tüm sorulara sizin için uygun cevabı vermeniz beklenmektedir. Anketi ve ölçeği yanıtladığınız için teşekkür ederiz. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıda iletişim bilgileri verilen araştırmacıya ulaşabilirsiniz:

#### **Araştırma Ekibi**

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Gözde Alpyıldız

05370478078

gozdealpyildiz@hotmail.com

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz. Kabul ediyorum.

Kabul ediyorum.

**EK 1: YENİMAHALLE ÇARŞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI  
ERİŞKİN YAŞ GRUBU KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI  
DÜZEYİNİN SAPTANMASI ANKET FORMU**

**S1. Doğum tarihiniz nedir? .....**

(Doğum tarihini hatırlamıyorsa: “Kaç yaşındasınız? .....

**S2. Nerede doğdunuz? (İl / İlçe / Köy) ..... /..... /  
.....**

**S3. Öğrenim düzeyiniz nedir?**

- 1) Okuryazar
- 2) İlkokul terk (... ..sınıftan)
- 3) İlkokul mezunu
- 4) Ortaokul terk (... ..sınıftan)
- 5) Ortaokul mezunu
- 6) Lise terk (... ..sınıftan)
- 7) Lise mezunu
- 8) Yüksekokul (ön lisans) terk (... ..sınıftan)
- 9) Yüksekokul (ön lisans) mezunu
- 10) Üniversite terk (... ..sınıftan)
- 11) Üniversite mezunu
- 12) Bilmiyorum

**S4. Medeni durumunuz nedir?**

- 1) Hiç evlenmemiş
- 2) Hâlen evli, eşi ile birlikte yaşıyor
- 3) Evli, eşinden ayrı yaşıyor
- 4) Eşinden ayrılmış
- 5) Eşi ölmüş
- 6) Diğer (Belirtiniz:.....)

**S5. Çocuğunuz var mı? 0) Yok 1) Var → (S5a. Kaç çocuğunuz var? .....çocuk)**

S6. Hayatınız boyunca en uzun süre yaşadığınız yerleşim yerini ve süresini belirtiniz. Dikkat! Yaşama süresini sormayı unutmayınız.

İl	İlçe	Köy	Süre (Yıl)

**S7. Hanenizde kaç kişiyle birlikte yaşıyorsunuz?**

- 1) Tek başına **DİKKAT! S9'a atlayınız.**
- 2).....kişi ile birlikte

**S8. Hanenizde birlikte yaşadığınız kişilerin yakınlık derecesini belirtiniz.**

- 1) Eşiyle
- 2) Eşi ve çocuklarıyla
- 3) Eşi ve diğer akrabalarıyla
- 4) Eşi, çocukları ve diğer akrabalarıyla
- 5) Diğer (Belirtiniz)

.....

**S9. Bir mesleğiniz var mı? 1) Hayır 2) Evet → (Mesleğiniz nedir?.....)**

**S10. Hâlen gelir getiren herhangi bir iş yapıyor musunuz, bir işte çalışıyor musunuz?**

- 1) Hayır
- 2) Hayır, emekliyim → (Ne iş yapıyordunuz?)
- 3) Evet → (Ne iş yapıyorsunuz?)

**DİKKAT! Soru S10'un yanıtlarında yapılan iş olarak doktor, hemşire, sağlık memuru, aile sağlığı elemanı gibi "sağlıkla ilgili bir iş" belirtilmişse Soru S12'ye atlayınız.**

**S11. Şimdiye kadar hiç herhangi bir sağlık kuruluşunda ya da sağlık ile ilgili bir işte çalıştınız mı?**

- 1) Hayır
- 2) Evet → (Belirtiniz:..... )

**S12. Ailenizde sağlık çalışanı var mı?**

- 1) Hayır 2) Evet → (Kim? ..... Görevi nedir? )

**S13. Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**

- |                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1) Hayır                     | 5) Evet, BAĞ-KUR'luyum      |
| 2) Evet, SSK'lıyım           | 6) Evet, Yeşil Kart'lıyım   |
| 3) Evet, Emekli Sandığı'ndan | 7) Evet, özel sigortam var  |
| 4) Evet, kamu personeliyim   | 8) Diğer (Belirtiniz:.....) |

**S14. Sizce ekonomik durumunuz çevrenizdekilere göre nasıl?**

- 1) Çok iyi
- 2) İyi
- 3) Orta
- 4) Ortanın altı
- 5) Kötü

**S15. Doktor tarafından tanı konulmuş süreğen (kronik) bir hastalığınız var mı?**

**Dikkat! Burada “kalp hastalığı, şeker hastalığı, yüksek tansiyon gibi” şeklinde örnek verilebilir.**

- 1) Hayır 2) Evet → (Ne hastalığınız var?.....)

**S16. Birinci derece yakınlarınızda (anne, baba, kardeş, eş, çocuklar) süreğen (kronik) bir hastalığı olan var mı?**

**Dikkat! Burada “kalp hastalığı, şeker hastalığı, yüksek tansiyon gibi” şeklinde örnek verilebilir.**

- 1) Hayır 2) Evet →

S16a. Kimde?	S16b. Ne hastalığı var?

**S17. Ailenizde bakım gerektiren sağlık sorunu olan bir kişi var mı?**

- 1) Hayır 2) Evet →

S17a. Kimde?	S17b. Ne sorunu var?

**S18. Şu ana kadar 15 gün ya da daha uzun süre hastanede yattınız mı?**

1)Hayır

2) Evet

**DİKKAT! Sağlık personeline Soru S19'u sormayınız; Soru S20'ye**

**S19. Şu ana kadar sağlıkla ilgili konularda herhangi bir eğitim aldınız mı?**

1) Hayır

2) Evet

**S20. Sağlıkla ilgili olarak bilgi almak istediğinizde hangi kaynaklara başvurursunuz? (DİKKAT! Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**

1) Hiçbir yere

2) Doktor, hemşire vb

3) Hastane

4) Eczane

5) Gazete, dergi

6) İnternet

7) TV

8) Ansiklopedi

9) Arkadaş, komşu, diğer hastalar

10)Diğer (Belirtiniz .....)

## EK:2

**YENİMAHALLE ÇARŞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE  
KAYITLI ERİŞKİN YAŞ GRUBU KADINLARDA SAĞLIK  
OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN SAPTANMASI ÖLÇEK  
FORMU**

1. Aşağıdaki cümleler ile ilgili yanıtlarınızı Doğru, Yanlış, Bilmiyorum sütunlarında yer alan kutulara çarpı işareti (X) koyarak belirtiniz.

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum	
Aşırı alkol tüketmek, karaciğer hastalıkları için önemli bir risk faktörüdür.				<i>Madde 1</i>
Kadınlar rahim ağzı kontrolü yaptırmalıdır.				<i>Madde 2</i>
Bir gebe kadının herhangi bir şikâyeti yoksa doğuma kadar doktora gitmesine gerek yoktur.				<i>Madde 3</i>
Kapalı yerlerde sigara içme yasağı, herkesin sağlığının korunması içindir.				<i>Madde 4</i>
Hepatit B hastalığı, hasta kişinin kanıyla temas edince bulaşabilir.				<i>Madde 5</i>

2. Aşağıdaki aşılarından hangileri çocukların, hangileri yaşlıların ve hangileri her ikisinin de yaptırabileceği aşılandıdır? Yanıtınızı, sütunlardaki kutulara çarpı işareti (X) koyarak belirtiniz. Bilmiyorsanız “Bilmiyorum” kutucuğunu işaretleyiniz.

	Çocuklar (0-6 yaş arası)	Yaşlılar (65 yaş ve üstü)	Bilmiyorum	
Grip aşısı				Madde 6
Zatürre aşısı				Madde 7
Hepatit B aşısı				Madde 8
Tetanos aşısı				Madde 9

3. Aşağıda hastanelerde bulunan bazı klinikler ile bazı hastalık gruplarının adları verilmiştir. Hastalık gruplarını ilgili olan klinikle eşleştiriniz ve uygun rakamı, klinik adlarının yanındaki parantez içine yazınız. Parantezlerin içlerine yalnızca tek rakam yazılmalıdır.

1) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	( ) Dermatoloji	Madde 10
2) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	( ) Pediatri	Madde 11
3) İç Hastalıkları	( ) Dâhiliye	Madde 12
4) Deri ve Zührevi Hastalıklar		

4. Aşağıda sağlıkla ilgili bazı kelimeler ve anlamları verilmiştir. Bu kelimeler ile ilgili olan anlamları eşleştiriniz ve uygun rakamı kelimenin yanındaki parantez içine yazınız. Parantezlerin içlerine yalnızca tek rakam yazılmalıdır.

1) Kansızlık	( ) Hemoroit	Madde 13
2) Sarılık	( ) Obezite	Madde 14
3) Şişmanlık	( ) Romatizma	
4) Basur	( ) Tüberküloz	Madde 15
5) Verem	( ) Hepatit	Madde 16
6) Kalp krizi	( ) Anemi	Madde 17
7) Kemik erimesi	( ) Enfarktüs	Madde 18
	( ) Osteoporoz	Madde 19

5. Aşağıda sağlıkla ilgili bazı tıbbi kelimeler ve anlamları verilmiştir. Bu kelimeler ile ilgili olan anlamları eşleştiriniz ve uygun rakamı kelimenin yanındaki parantez içine yazınız. Parantezlerin içlerine yalnızca tek rakam yazılmalıdır.

1) Ağrı kesici	( ) Analjezik	Madde 20
2) İğne	( ) Batın	Madde 21
3) İltihap	( ) Enjeksiyon	Madde 22
4) Karın	( ) Enfeksiyon	Madde 23
5) Bozukluk		

6. Aşağıda sağlıkla ilgili bazı tetkikler ve anlamları verilmiştir. Bu tetkikler ile ilgili olan anlamları eşleştiriniz ve uygun rakamı tetkikin yanındaki parantez içine yazınız. Parantezlerin içlerine yalnızca tek rakam yazılmalıdır.

1) Meme filmi	( ) PAP smear	<i>Madde 24</i>
2) Rahim ağzından sürüntü alma	( ) Kolonoskopi	<i>Madde 25</i>
3) Kamera ile kalınbağırsakların içinin incelenmesi	( ) Gastroskopi (Endoskopi)	<i>Madde 26</i>
4) Kamera ile yemek borusu, mide ve ince bağırsakların incelenmesi	( ) Mamografi	<i>Madde 27</i>
	( ) eMaR (Manyetik Rezonans)	

7. Aşağıda bazı sağlık mesleklerinin adları verilmiştir. Bu meslekler ile ilgili olan anlamları eşleştiriniz ve uygun rakamı kelimenin yanındaki parantez içine yazınız.

1) Sağlıklı veya hasta bireylere uygun beslenme planlarını belirleyen kişi	( ) Ebe	<i>Madde 28</i>
2) Gebeliğin teşhisi, gebe izlemi ve normal doğum yaptırmakla görevli kişi	( ) Fizyoterapist	<i>Madde 29</i>
3) Hastaların ağrı ve fiziksel işlev bozukluklarının ortadan kaldırılması veya işlevlerinin iyileştirilmesi amacıyla gerekli tedavi programını oluşturup uygulayan kişi	( ) Diyetisyen	<i>Madde 30</i>
	( ) Sağlık teknisyeni	

8. Aşağıda bazı hastalıklar ve en sık nasıl bulaştığı belirtilmiştir. İlgili olan hastalığın numarasını karşısındaki bulaşma yolu ile eşleştiriniz ve parantez içine hastalık numarasını yazınız.

1) Menenjit	( ) Hasta hayvanın etine temas edilmesiyle veya etin yenilmesiyle	<i>Madde 31</i>
2) Brusella	( ) Salamura edilmemiş taze peynir tüketilmesiyle	<i>Madde 32</i>
3) Hepatit A	( ) Dışkı ile kirlenmiş içme ve kullanma sularıyla	<i>Madde 33</i>
4) Tetanos	( ) Paslı aletlerle yaralanmayla	<i>Madde 34</i>
5) Şarbon		

9. Diş macunu içinde bulunan ve dişleri koruyan madde hangisidir?

*Madde 35*

- Klor
- Flor
- D vitamini
- Kalsiyum
- Bilmiyorum



**10. Aşağıdakilerden hangisi ciddi tansiyon yüksekliği belirtisi değildir?**

Madde 36

- a) Baş ağrısı
- b) Kulak çınlaması
- c) Karın ağrısı
- d) Ensede ağrı
- e) Bilmiyorum

**11. AIDS hastalığına neden olan HIV virüsü aşağıdaki yollardan hangisi ile bulaşmaz?**

Madde 37

- a) Tokalaşmak
- b) Virüsü taşıyan annenin bebeğini emzirmesi
- c) Virüsü taşıyan kişinin kanı ile temas etmek
- d) Korunmasız cinsel ilişkide bulunmak
- e) Bilmiyorum

**12. Aşağıda verilen maddelerden hangileri hasta hakları açısından yanlıştır?**

Madde 38

- a) Hastalar sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.
- b) Hastalar hekimi seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.
- c) Hastalar tedaviyi durdurma hakkına sahiptir.
- d) Hastalar sağlık personeline şiddet uygulama hakkına sahiptir.
- e) Bilmiyorum

**13. Piknikte kendisini arı soktuğunu söyleyen bir kişi aniden soluk almakta güçlük çektiğini belirterek fenalaşıyor. Bu durumda aşağıdaki telefon numaralarından hangisi aranmalıdır?**

Madde 39

- a) 155
- b) 183
- c) 110
- d) 112
- e) Bilmiyorum

**14. Aşağıdakilerden hangisi erken tanı hizmetlerindedir?**

Madde 40

- a) Aile planlaması hizmetleri
- b) Hastalık taramaları
- c) Sağlık personeli tarafından yapılan ev ziyaretleri
- d) Sağlık personeli tarafından verilen evde bakım hizmetleri
- e) Bilmiyorum

**15. Aşağıdakilerden hangisi içilebilir suyun özelliklerinden değildir?**

Madde 41

- a) Berrak olması
- b) Kokusuz olması
- c) İçinde mikrop olmaması
- d) Kaynak suyu olması
- e) Bilmiyorum

**16. Unutkanlık ve huy değişiklikleri olan 80 yaşındaki bir kişi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

Madde 42

- a) Bu yaş için normaldir
- b) Bu kişide depresyon veya bunama olabilir
- c) Bu kişi nöroloji bölümüne başvurabilir
- d) Bu kişi psikiyatri bölümüne başvurabilir
- e) Bilmiyorum

**17. Çocuğun büyümesinin izlenmesinde önemli hususlardan biri aşağıdakilerden hangisidir?**

Madde 43

- a) Yaşına ve boyuna göre vücut ağırlığının değerlendirilmesi
- b) Kol uzunluğunun boyuna göre değerlendirilmesi
- c) Bacak uzunluğunun değerlendirilmesi
- d) Vücut ağırlığının değerlendirilmesi
- e) Bilmiyorum

**18. Psikolog ve psikiyatristler ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

Madde 44

- a) Aldıkları üniversite eğitimi farklıdır.
- b) Her ikisi de ilaç reçetesi yazabilir.
- c) Her ikisi de ruhsal sorunlarla ilgilenir.
- d) Her ikisi de psikoterapi yapmak için ek eğitim almalıdır.
- e) Bilmiyorum

**19. Doktorunuz kan şekerinizin yüksek olduğundan şüphelendiğinde, yaptırdığınız kan tetkikinin sonuç kâğıdında hangi değere bakılmalıdır?**

- a) Glukoz
- b) Kolesterol
- c) Hemogloblin
- d) Üre
- e) Bilmiyorum

Madde 45

**20. Komşunuz, size omzunda bulunan bir benin son birkaç aydır büyüdüğünü ve bir önceki gün kanadığını anlattı. Komşunuzun sorunuyla ilgilenen tıbbın uzmanlık alanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Ortopedi
- b) Dermatoloji
- c) Nefroloji
- d) Kardiyoloji
- e) Bilmiyorum

Madde 46

**21. Doktoru, Birol Bey'e kızının rahatsızlığı için antibiyotik reçete ediyor. İlacı 10 gün boyunca sabah akşam birer tablet şeklinde kullanmasını söylüyor. İlacını kullanmaya başlayan çocuk birkaç gün içinde iyileşiyor. Bu durumda Birol Bey için en uygun davranış aşağıdakilerden hangisi olacaktır?**

- a) İlacı vermeyi bırakmalıdır
- b) İlacı birkaç gün daha devam edip sonra kesmelidir
- c) İlacı sadece sabahları vermelidir
- d) İlacı 10 gün boyunca sabah akşam kullanmaya devam etmelidir
- e) Bilmiyorum

Madde 47

**22. İki yaşındaki Ahmet günde dört defa sulu şekilde kaka yapmaktadır, ancak kusması yoktur. Ahmet'e aşağıda listelenen meyvelerden hangisinin verilmesi uygun değildir?**

- a) Muz
- b) İncir
- c) Elma
- d) Şeftali
- e) Bilmiyorum

Madde 48

23. Aşağıdakilerden hangisi hamileler için riskli olabilecek bir tetkik değildir?

Madde 49

- a) Şeker yükleme testi
- b) İlaçlı Bilgisayarlı Tomografi (BT)
- c) Röntgen
- d) İlaçlı eMaR (Manyetik Rezonans)
- e) Bilmiyorum

24. Bitkisel ürün ve/veya vitaminlerin kullanımı ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

Madde 50

- a) İstenmeyen etkileri olabilir
- b) Fazlası zehir etkisi yapabilir
- c) Doktora danışılmadan kullanılabilir
- d) Kullanılan başka ilaçlar ile etkileşime girebilir
- e) Bilmiyorum

25. Öğle yemeğinden sonra, saat 15.00 sularında göğsünüzde sol kola yayılan ağrı, midenizde hazımsızlık hissi, soğuk terleme gibi şikâyetleriniz oldu. Bu durumda nereye gidersiniz?

Madde 51

- a) Fizik tedavi
- b) Gastroenteroloji
- c) Nöroloji
- d) Acil servis
- e) Bilmiyorum

26. Kırk yaşındaki bir kişinin ağabey ve babası kalp krizi nedeniyle vefat etmiştir. Bu kişi ile ilgili özelliklerden hangisi kalp krizi riskini azaltır?

Madde 52

- a) Masa başı çalışmak
- b) Hafif egzersiz yapmak
- c) Sigara içmek
- d) Yağlı yemek yemek
- e) Bilmiyorum

27. Eklemlerinde sorun olan bir kişide, doktorun reçete ettiği ilacın ilk dozunu aldıktan 2 saat sonra kaşıntılı döküntü oluyor. Bu durumda bu kişinin nereye başvurması uygun olur?

- a) Eczaneye
- b) İnternete
- c) Hastaneye
- d) En yakın komşuya
- e) Bilmiyorum

Madde 53

28. Ateşi olan bir çocuk 24 Ağustos 2016'da muayene edilmiştir ve bir antibiyotik reçete edilmiştir. Bu çocuğa aşağıda son kullanma tarihleri belirtilen antibiyotiklerden hangisinin verilmesi uygun **değildir**?

- a) SonKullanımTarihi:22.06.2016
- b) SonKullanımTarihi:25.08.2017
- c) SonKullanımTarihi:01.08.2018
- d) SonKullanımTarihi:27.09.2018
- e) Bilmiyorum

Madde 54

29. Gebelik kuşkusu olduğunda sağlık kuruluşuna **ilk olarak** ne zaman başvurulmalıdır?

- a) İlk 3 ay içinde
- b) 3-6 ay arasında
- c) 6 aydan sonra
- d) Karın belirginleşince
- e) Bilmiyorum

Madde 55

30. Aşağıdakilerden hangisi kalp hastalığı riskini belirlemek için kullanılan ölçümdür?

- a) Bel çevresi
- b) Kalça çevresi
- c) Boyun çevresi
- d) Kol çevresi
- e) Bilmiyorum

Madde 56

**31. Doktorunuz size hastalığınızdan dolayı antibiyotik reçete etti ve eczacınız tarafından günde iki kez, birer tablet almanız gerektiği söylendi. Eğer ilk hapınızı saat 07.00'de aldıysanız, bir sonrakinin ne zaman almanız gerekir?**

- a) Saat ..... b) Bilmiyorum

*Madde 57*

**32. Size doktor tarafından yüksek tansiyon tanısı kondu ve bir ilaç reçete edildi. Eczacınız tarafından da sekiz saatte bir, bir tablet almanız gerektiği söylendi. Bu ilacınızın ilk dozunu sabah saat 8.00'de alırsanız aynı gün son dozunuzu ne zaman almanız gerekir?**

- a) Saat ..... b) Bilmiyorum

*Madde 58*

**33. Doktorunuz gün aşırı kullanacağınız idrar söktürücü bir ilaç reçete etti. Bu ilacın ilk dozunu perşembe günü alırsanız ikincisini hangi gün almanız gerekir?**

- a) ..... günü b) Bilmiyorum

*Madde 59*

**34. Ayşe Hanım, bir hastalığından dolayı iki farklı ilaç kullanıyor. Ayşe Hanım düzenli olarak her gün akşam yemeğini saat 7'de yiyor. Doktoru ona, birinci ilacı akşam yemeğinden 1 saat önce ve ikinci ilacı akşam yemeğinden 2 saat sonra alması gerektiğini anlatıyor. Bu durumda Ayşe Hanım, birinci ilacı ve ikinci ilacı günün hangi saatlerinde almalıdır?**

Birinci İlaç ..... b) Bilmiyorum

*Madde 60*

İkinci İlaç ..... b) Bilmiyorum

*Madde 61*

**35. Günde 3 kez alınması gereken bir ilaç kaç saatte bir alınmalıdır?**

- a) ..... saatte bir b) Bilmiyorum

*Madde 62*

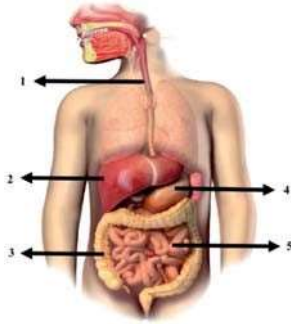
36. Doktoru Ali Bey'e, bir öğünde en az 100 gram protein almasını önerdi. Bir tavuk budunda yaklaşık 20 gram yağ, 30 gram karbonhidrat, 50 gram protein bulunuyor. Bu durumda Ali Bey, bir öğünde kaç adet tavuk budu yemelidir?

Madde 63

- a) ..... adet                      b) Bilmiyorum

37. Şekilde oklarla belirtilen organların yanındaki rakamları, listedeki organ adlarıyla eşleştiriniz.

**Örneğin,** 1'in karşılığı olan organ "yemek borusu"dur ve aşağıda gösterilmiştir. Yaptığınız eşleştirme sonucunda bir organın karşılığı boş (numarasız) kalacaktır.



Yemek Borusu : .....

Mide : .....

Kalın Bağırsak : .....

Karaciğer : .....

İnce Bağırsak : .....

Safra kesesi : .....

Madde 64

Madde 65

Madde 66

Madde 67

38. Aşağıda tedavi yöntemleri ile ilgili bazı resimler ve adları verilmiştir. Bu resimler ile ilgili olan adları ile eşleştiriniz ve uygun harfi kelimenin yanına yazınız.

a)



b)



c)



d)



1) Şurup

.....

2) Kapsül

.....

3) Fitol

.....

4) Tablet

.....

5) Ampul

.....

<i>Madde 68</i>
<i>Madde 69</i>
<i>Madde 70</i>
<i>Madde 71</i>



39. Aşağıda sağlık hizmetlerinden faydalanırken nasıl bir davranış içinde olduğunuzu ölçen bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi kendiniz için değerlendiriniz. Yanıtınızı sütunların altında, uygun kutuya çarpı işareti (X) koyarak belirtiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Her Zaman	
Hastanede rahatsızlığım ile ilgili bölümü kendi başıma bulabilirim.				<i>Madde 1</i>
Doktorun, hastalığım ve kullanmam gereken ilaç ile ilgili anlattıklarını anlayabilirim.				<i>Madde 2</i>
Hasta onay formunu yardım almadan doldurabilirim.				<i>Madde 3</i>
Gerektiğinde durumumla ilgili olarak doktordan ek bilgi isteyebilirim.				<i>Madde 4</i>
Sağlık kuruluşlarında bana verilen kâğıtlarda yazılanları anlayabilirim.				<i>Madde 5</i>
Boy uzunluğuma göre olması gereken vücut ağırlığımı hesaplayabilirim.				<i>Madde 6</i>
Gıdaların üzerindeki kullanımla ilgili talimatları anlayabilirim.				<i>Madde 7</i>
Yaşam tarzımın sağlığım üzerine olan etkilerinin farkındayım.				<i>Madde 8</i>
Kimseden yardım almadan bir hastaneden randevu alabilirim.				<i>Madde 9</i>
Kanser taramaları ilgili olarak ücretsiz tetkik yapılan merkezlerden yararlanabilirim.				<i>Madde 10</i>
İlaç kutusu içinde yer alan tanıtıcı kılavuzu (prospektüsü) her zaman okurum.				<i>Madde 11</i>
Kapalı bir ortamda sigara içen birini uyarırım.				<i>Madde 12</i>
Televizyonda sağlıkla ilgili programlarda verilen bilgilerin doğru olup olmadığını araştırırım.				<i>Madde 13</i>
Asansör kullanmak yerine merdiven kullanmayı tercih ederim.				<i>Madde 14</i>
Arabaya bindiğimde mutlaka emniyet kemerini takarım.				<i>Madde 15</i>
Her gün yarım saat yürüyüş yaparım.				<i>Madde 16</i>

ANKETİ VE ÖLÇEĞİ TAMAMLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

**EK 3:**

**T.C.**  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1775

Konu :


ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

**Toplantı Tarihi** : 17 KASIM 2020 SALI  
**Toplantı No** : 2020/19  
**Proje No** : GO 20/834(Değerlendirme Tarihi: 22.09.2020)  
**Karar No** : 2020/19-05

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu Gözde ALPYNLIZ'ın yüksek lisans tezi olan, GO 20/834 kayıt numaralı "*Yenimahalle Çarşı Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Erşkin Yaş Grubu Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Saptanması*" başlıklı proje önerisi araştırmamızın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydıyla 18 Kasım 2020-18 Kasım 2021 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

- |                              |          |                                   |       |
|------------------------------|----------|-----------------------------------|-------|
| 1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN | (Başkan) | 7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR | (Üye) |
| 2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN  | (Üye)    | 8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTİK   | (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK | (Üye)    | 9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ     | (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER  | (Üye)    | 10. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR     | (Üye) |
| 5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN | (Üye)    | 11. Av. Serap MORALIOĞLU          | (Üye) |
| 6. Doç. Dr. Can Ebru KURT    | (Üye)    |                                   |       |

EK 4:



T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 51381736-604.01.02  
Konu : Araştırma İzni (Prof.Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ)

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**  
(Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

İlgi : a) 23/12/2020 tarihli ve 36198255-1370673 sayılı yazı.  
b) 28/12/2020 tarihli ve 36198255 sayılı yazı.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Öğretim Üyesi olarak görev yapan Prof. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ sorumluluğunda ve Ebe Gözde ALPYILDIZ tarafından yapılmak istenen "Yenimahalle Çarşı Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Erişkin Yaş Grubu Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Saptanması" başlıklı ilgi kayıtlı araştırma izin talebi, Başkanlığımız "AHSHB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından 29/12/2020 tarihinde düzenlenen toplantıda değerlendirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi 5. fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verinin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte aile sağlığı merkezinde gerçekleşecek olan araştırmalar için bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması ile aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması ve araştırmada kullanılan kişilerin kimlik bilgilerini gizli tutulması gerekmektedir.

Bu belge 5079 sayılı Araştırma Kanunu'nun 10. maddesi kapsamında, araştırmada kullanılan kişilerin kimlik bilgilerini gizli tutulması gerekmektedir.

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Toplum Sağlığı Birimi Hacettepe Mah. Talatpaşa Bulv. No:44-A Kat:3 Altındağ/ANKARA  
Telefon: Faks No:  
e-Posta: g.bozcukguzeldemirci@saglik.gov.tr İnternet Adresi:  
http://www.ankaraism.saglik.gov.tr

Bilgi için: Gamze BOZCUK GÜZELDEMİRCİ  
DİŞ TABİBİ  
Telefon No: (0 312) 508 52 93

esastır.

Söz konusu araştırmanın yapılması yukarıda belirtilen ilkelere bağlı kalınması koşulları ile Komisyonumuzca uygun bulunmuştur. Araştırmanın tamamlandığı tarihten sonraki 1 (bir) yıl içerisinde sorumlu araştırmacı tarafından hazırlanan araştırma sonuç raporunun Başkanlığımıza 2 (iki) nüsha halinde sunulması gerekmektedir. Sorumlu Araştırmacı Prof. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ'a tebliğ edilmesi hususunda,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa S. KOTANOĞLU  
Müdür a.  
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys> adresinden 6a58ae49-3ba5-4839-b6f5-2a6fe21ca253 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Toplum Sağlığı  
Birimi Hacettepe Mah. Talatpaşa Bulv. No:44-A Kat:3 Altındağ/ANKARA  
Telefon: Faks No:  
e-Posta: [g.bozcukguzeldemirci@saglik.gov.tr](mailto:g.bozcukguzeldemirci@saglik.gov.tr) İnternet Adresi:  
<http://www.ankaraism.saglik.gov.tr>

Bilgi için: Gamze BOZCUK GÜZELDEMİRCI

DIŞ TABİBİ

Telefon No: (0 312) 508 52 93

**EK 5:****SAĞLIK ALANINDA ÇALIŞANLARIN LİSTESİ**

	Mesleğiniz nedir?	Ne iş yapıyordunuz?	Ne iş yapıyorsunuz?	Sağlık kurumunda çalıştınız mı?	Hangi kurumda çalıştınız?
Sağlık çalışanı			Sağlık memuru		
Sağlık çalışanı	Psikolog		Psikolog	Evet	Özel sağlık kuruluşunda
Sağlık çalışanı	Sağlık teknikeri		Sağlık teknikeri	Evet	
Sağlık çalışanı	Personel		Hastane personeli	Evet	Hastane personeli
Sağlık çalışanı	Hemşire		KVC hemşiresi	Evet	KVC hemşiresi
Sağlık çalışanı	Hemşire		Hemşire	Evet	Üniversite hastanesi, Sağlık bakanlığı hastanesi
Sağlık çalışanı	Hemşire			Evet	Hastane
Sağlık çalışanı	Hemşire			Evet	SSK Kocaeli Hastanesi
Sağlık çalışanı	Eczacı		Serbest	Evet	Hastane
Sağlık çalışanı	Ebe		Memur, ebe	Evet	
Sağlık çalışanı	Personel			Evet	
Sağlık çalışanı	Diyetisyen			Evet	
Sağlık çalışanı	Doktor		Doktor	Evet	Devlet hastanesi, Şehir hastanesi
Sağlık çalışanı	Aktüer, eczane çalışanı		Eczanede çalışıyorum	Evet	Eczane
Sağlık çalışanı	Tıbbi sekreter		Tıbbi sekreter		
Sağlık çalışanı	Sağlık personeli (klinik destek)		Klinik destek personeli		
Sağlık çalışanı	Personel				
Sağlık çalışanı	Att		Acil tıp teknisyeni		
Sağlık çalışanı	Tekniker		Sağlık teknikeri		
Sağlık çalışanı	Personel		Personel		
Sağlık çalışanı	Evde bakım		Hasta taşıma		

Sağlık çalışanı	Ebe	Ebelik		
Sağlık çalışanı	Ebe	Ebelik		
Sağlık çalışanı	Ebe	Ebe		
Sağlık çalışanı	Doktor	Doktor		
Sağlık çalışanı	Hemşire yardımcılığı		Hayır	
Sağlık çalışanı	Ftr		Hayır	
Sağlık çalışanı	Ebe	Kamu personeli, ebe	Hayır	
Sağlık çalışanı	Ebe	Ebe	Hayır	
Sağlık çalışanı	Araştırma görevlisi, psikolog	Ar. Gör.	Hayır	
Sağlık çalışanı			Evet	Hemşirelik okuyorum, staj yaptım
Sağlık çalışanı	Veteriner hekim	Veteriner hekim	Evet	Özel kliniklerde stajyerlik
Sağlık çalışanı			Evet	
Sağlık çalışanı	Hemşire	Hemşire	Evet	Hastane
Sağlık çalışanı	Tıbbi mümessil		Evet	
Sağlık çalışanı	Ebe	Sağlık meslek öğretmeni	Evet	Özel okul
Sağlık çalışanı	Hemşire	Hemşire	Evet	
Sağlık çalışanı	Eczacı		Evet	Eczane
Sağlık çalışanı	Ebe - hemşire	Ebe	Evet	
Sağlık çalışanı	Ebe	Memurum	Evet	Ebe
Sağlık çalışanı	Odyolog	Odyometrist	Evet	İşitme cihazları a.ş.
Sağlık çalışanı	Ebe	Ebe (kamu)	Evet	Dr. Sami Ulus
Sağlık çalışanı		Sağlıkla ilgili bir is	Evet	Hastane
Sağlık çalışanı	Hemşire	Hemşirelik		
Sağlık çalışanı	Estetisyen	Estetisyenlik		
Sağlık çalışanı	Att	Att		
Sağlık çalışanı		Tıbbi sekreter		
Sağlık çalışanı	Hemşire	Hemşire		
Sağlık çalışanı	Biyolog			
Sağlık çalışanı	Hekim	Hekim		

Sağlık çalışanı	Eczane kalfası	Eczane kalfası		
Sağlık çalışanı	Ebe	Hemşirelik		
Sağlık çalışanı	Ebe	Hastanede çalışıyorum		
Sağlık çalışanı	Estetisyen	Estetisyenlik		
Sağlık çalışanı	Ftr	Fizyoterapist		
Sağlık çalışanı	Diyetisyen	Diyetisyenlik		
Sağlık çalışanı	Eczacı	Eczacı		
Sağlık çalışanı		Yaşlı bakımı		
Sağlık çalışanı	Laborant	Tekniker		
Sağlık çalışanı	Personel	Hastane personeli		
Sağlık çalışanı	Doktor	Doktor		
Sağlık çalışanı	Personel	Personel		
Sağlık çalışanı	Doktor	Doktor		
Sağlık çalışanı	Doktor	Asistan hekim		
64	64	64	31	64

## EK 6:

## YENİMAHALLE ÇARŞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI ERİŞKİN YAŞ GRUBU KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN SAPTANMASI

### ORJİNALLIK RAPORU

% <b>15</b> BENZERLİK ENDEKSİ	% <b>12</b> İNTERNET KAYNAKLARI	% <b>5</b> YAYINLAR	% <b>6</b> ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	------------------------------------	------------------------	--------------------------------

### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	Submitted to Ordu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% <b>3</b>
<b>2</b>	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% <b>2</b>
<b>3</b>	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	acikerisim.ikc.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>6</b>	Submitted to Akdeniz University Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>7</b>	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>8</b>	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	% <b>1</b>



## EK 7:



## Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Gözde Alpyıldız  
 Ödev başlığı: YENİMAHALLE ÇARŞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI ERİŞKİ...  
 Gönderi Başlığı: YENİMAHALLE ÇARŞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI ERİŞKİ...  
 Dosya adı: 21.01.2022\_tez\_d\_zeltme-d\_n\_t\_r\_id.docx  
 Dosya boyutu: 482.66K  
 Sayfa sayısı: 101  
 Word count: 19,167  
 Karakter sayısı: 136,183  
 Gönderim Tarihi: 25-Oca-2022 02:53ÖS (UTC+0300)  
 Gönderim Numarası: 1747800142



## 9. ÖZGEÇMİŞ