

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

15-17 YAŞ ARASI ERGENLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Ash İZOĞLU

**Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2017

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

15-17 YAŞ ARASI ERGENLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Ash İZOĞLU

**Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Özcan DOĞAN**

ANKARA

2017

ONAY SAYFASI

15 – 17 Yaş Arası Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı

Aslı İZOĞLU

Bu çalışma 07.06.2017 tarihinde jürimiz tarafından “Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. İsmihan ARTAN
Hacettepe Üniversitesi



Tez Danışmanı: Doç. Dr. Özcan DOĞAN
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Doç. Dr. Zeynep ÇETİN
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Haktan DEMİRCİOĞLU
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Doç. Dr. Arzu YÜKSELEN
Medipol Üniversitesi



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

Tarih 08 Haziran 2017



Prof. Dr. Diclehan Orhan
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) 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.

- o **Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenkle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

- o **Tezimin/Raporumun 07.06.2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

- o **Tezimin/Raporumun 07.06.2020 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

- o **Yazarın Seçimi**

, 07 /06/2017

Ash IZOĞLU (İmza)

Ash İZOĞLU

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 zgn olduğunu, Doç. Dr. zcan DOĞAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



(İmza)

Aşlı İZOĞLU

TEŞEKKÜR

Araştırmamın planlanmasında değerli bilgileriyle katkı sağlayan Sayın Doç. Dr. İlknur YÜKSEL KAPTANOĞLU'na,

Verilerimin analiz aşamasında her soruma sabırla cevap veren ve yardımlarını esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Elif KUÇ SAİLLARD'a,

Tez çalışmam boyunca desteklerini benden esirgemeyen, her daim yanımda hissettiğim, güler yüzleri ile beni motive eden ve bir arada çalışmaktan mutluluk duyduğum Sayın Araş. Gör. Ezgi TAŞTEKİN'e, Sayın Araş. Gör. Ayşe Elif IŞIK USLU'ya, Sayın Araş. Gör. Çiğdem KAYMAZ'a, Sayın Araş. Gör. Şuheda BOZKURT YÜKÇÜ'ye, Sayın Araş. Gör. G. Yağmur DEĞİRMENCİ'ye Sayın Araş. Gör. İbrahim GÜNGÖR'e, Sayın Araş. Gör. Şule ÜNAL'a, Sayın Araş. Gör. Sevda POLAT'a, Sayın Uzm. Sibel ÖZKIZIKLI'ya ve Songül SARIKAYA'ya,

Öğrenim hayatım süresince sevgilerini her daim hissettiğim, maddi ve manevi her türlü desteği sonuna kadar sunan abim Cerrah İZOĞLU'na, yengem Zuhal TEKİN İZOĞLU'na, ablam Asiye Nazlı GÜLER'e, eniştem Tekin GÜLER'e,

Elinden gelen her türlü yardımı bana sunan, zorlu bir süreçte ilgisi, sevgisi ve desteğiyle yanımda olan nişanlım Ufuk Güney TOK'a,

En önemlisi de bugünlere gelmemi sağlayan, her an sonsuz sevgisini ve desteğini hissettiğim canım abim Mehmet İZOĞLU'na,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

İZOĞLU, A. 15-17 Yaş Arasındaki Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2017. Bu çalışmada 15-17 yaş arasındaki ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini ortaya koyan kavramlar ile ilgi neler bildiğini, sağlık hakkında neler deneyimlediklerini ve bu deneyimlerin onlara sağladığı bilgileri ortaya koymak, bu bilgileri üzerinde hangi değişkenlerin rol oynayabileceğine ilişkin hipotezler geliştirmek ve araştırmanın gelecekte sağlık okuryazarlığı ile ilgili araçların geliştirilebilmesi için zemin oluşturması amaçlanmaktadır. Araştırmanın çalışma grubunu 2016-2017 eğitim öğretim yılında Ankara ili Çankaya ilçesinde yer alan 6 lisede öğrenim gören 15-17 yaş arasındaki 24 ergen oluşturmaktadır. Araştırmanın amacı kapsamında nitel veri toplama araçlarından biri olan “yarı yapılandırılmış görüşme formu” kullanılmıştır. Görüşme formu giriş, sağlık, bilgi edinme ve uygulama, hastalık, sağlık kurumu, hasta hakları ve öneri olmak üzere 7 ana temadan oluşmaktadır. Araştırma nitel araştırma deseniyle yürütülmüştür. Araştırma kapsamında veriler, içerik analizi yöntemiyle çözümlenmiştir. Araştırma sonucunda ergenlerin sağlık ile ilgili bilgilerini ve deneyimlerini aktarmakta zorlandığı görülmüştür. Bununla birlikte sağlığa yönelik bilgi ve deneyimlerini sık sık spor yapan, çalışan anneye ya da sağlık alanında çalışan ebeveyne sahip olan, çok sık hastaneye giden ve çevresinde kronik hastalığı olan ergenlerin daha ayrıntılı ifade ettiği görülmüştür. Ailelerin bilinçlendirilmesi, Sağlık Bilgisi ders içeriğinin genişletilmesi ve sağlık personellerinin seminerler düzenlemesi gerektiği önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Okuryazarlığı, Ergenlik Dönemi

ABSTRACT

İZOĞLU, A. Health Literacy in Adolescents Between 15-17 Years, Hacettepe University Institute of Health Sciences Ms.A. Thesis in Child Development and Education, Ankara 2017. In this study, it is aimed to demonstrate what is known about the concepts that reveal the health literacy level of adolescents aged 15-17, what they have experienced about health and informations provided by these experiences, develop hypotheses about which variables can play a role on this topic and establish the basis of the research to develop tools related to health literacy in the future. The research group of the study is composed of 24 adolescents between the ages of 15-17 who study in 6 high schools in Ankara- Çankaya district during the 2016-2017 academic year. A "Semi-Structured Interview Form", one of the qualitative data collection tools, was used in accordance with the purpose of the study. The interview form consists of seven main themes: Introduction, Health, Acquiring and Implementing Information, Illness, Health Institution, Patient Rights and Recommendations. The research was carried out with a qualitative research design. The research data were analyzed by content analysis method. As a result of the research, it has been seen that adolescents have difficulty to convey their health knowledge and experiences. In addition to this, it has been seen that information and experiences about health are expressed more in detail by adolescents who do frequent sports, have working mothers or parents working in the health field, go to the hospital very often and have relatives with chronic illness. It has been suggested that parents should be aware of the issue, expanding the content of the Health Information lesson, and organizing seminars by health personnel.

Key Words: Health, Health Literacy, Adolescence

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xii
GRAFİKLER	xiii
TABLOLAR	xiv
MODELLER	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sağlık Kavramı	5
2.2. Hasta Hakları	6
2.3. Okuryazarlık Kavramı	7
2.3.1. Okuryazarlıkta Kazanılması Gereken Unsurlar	8
2.3.2. Okuryazarlık Türleri	9
2.3.3. Okuryazarlık ve Sağlık İlişkisi	9
2.4. Sağlık Okuryazarlığı	11
2.4.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı	12
2.4.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	13
2.4.3. Sağlık Okuryazarlığında Yeterliliğin Boyutları	14
2.4.4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri/Sınıflandırılması	16
2.4.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi	17
2.4.6. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yetersiz Olduğunu Düşündüren Davranışlar	20
2.4.7. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları	21

2.4.8. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesi	22
2.4.9. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	23
2.5. Sağlıklı Ergen ve Ergenlik Döneminin Gelişimsel Özellikleri	26
2.5.1. Fiziksel Gelişim	26
2.5.2. Psikososyal Gelişim	27
2.6. Eğitim Müfredatında Sağlık	28
2.7.Ergenler ve Sağlık Okuryazarlığı	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Modeli	33
3.2. Araştırmanın Evreni	33
3.3. Araştırmanın Çalışma Grubu	33
3.4. Veri Toplama Aracı	34
3.5. Veri Toplama İşlemi	35
3.6. Verilerin Analizi	36
4. BULGULAR	40
4.1. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular	40
4.2. Bulgulara Yönelik Modeller	42
5. TARTIŞMA	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	87
7. KAYNAKLAR	90
8. EKLER	
EK-1: Etik Kurul İzni	
EK-2: MEB Araştırma İzni	
EK-3: Görüşme Formu	
EK-4: Çocuk Onam Formu	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

GDO	Genetiği Değiştirilmiş Organizma
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
MMSE	Mini-Mental Durum Muayenesi/
REALM	The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
TOFHLA	The Test of Functional/Health Literacy in Adults
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHO	World Health Organization
YSOÖ	Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	Sağlıklı Yaşam ve Sağlık Okuryazarlığı	14
2.2.	Yaşlara Göre Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi	24
3.1.	Nitel Görüşme Süreci Temaları	35
3.2.	Görüşme Süreci Ana Kategorileri	36
3.3.	Sağlık Okuryazarlığı Kodlama Örneği 1	37
3.4.	Sağlık Okuryazarlığı Kodlama Örneği 2	38

GRAFİKLER

Grafik		Sayfa
2.1.	Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeks Ortalamaları ile Kişinin Bitirdiği En Son Eğitim Kurumunun Düzeyinin İlişkisi	10
2.2.	Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksinin Yaş Gruplarıyla İlişkisi	25

TABLÖLAR

Tablo		Sayfa
4.1.	Araştırmaya Katılan Erkek Ergenlerin Demografik Özellikleri	40
4.2.	Araştırmaya Katılan Kadın Ergenlerin Demografik Özellikleri	41

MODELLER

Model	Sayfa
4.1. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Hastalık Tanımı	43
4.2. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Fizyolojik Tanımlamalara İlişkin Kategoriler	45
4.3. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Hastalık Durmunda İlk Başvurdukları Kişi/Yer ile Aldıkları Ebeveyn Desteği	47
4.4. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Hastalık Durumunda Ebeveyn Den Aldıkları İlaç Desteği	49
4.5. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Randevu Alma Süreci	52
4.6. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Sağlık Personeli ile Rahat İletişiminin Koşulları	54
4.7. İletişim Kurarken Sorun Yaşayan Ergenlerin Sundukları Sebepler	56
4.8. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Sağlık Personelinin Verdiği Bilgiyi Anlamada Zorlanma Durumları	58
4.9. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Hasta Hakları ile İlgili İfadeleri	62
4.10. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Bilgiye Ulaşma Yöntemleri	64
4.11. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilebilmesi için Ailelere Yönelik Sundukları Öneriler	67
4.12. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilebilmesi için Okullara Yönelik Sundukları Öneriler	69
4.13. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Sağlık Bilgisi Dersi İçeriğine Yönelik Görüşleri	71
4.14. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilebilmesi için Sağlık Kurumlarına Yönelik Sundukları Öneriler	74

1. GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı bireylerin gerek kendileri gerekse sorumlulukları altında olan bireyler adına uygun kararları verebilme ve uygulayabilmesi, sağlıklı yaşam için gerekli davranışların farkında olması ve bu duruma göre yaşamını yeniden yapılandırabilmesi için gerekli olan bilişsel, sosyal ve iletişimsel becerilere sahip olma gücünü temsil etmektedir (1–3).

Sağlık personeli ile iletişim kurabilme, verilen önerileri anlayabilme ve uygulayabilme, ilaç reçetesini okuyabilme ve anlayabilme, ilaç dozajlarını doğru hesaplayabilme, egzersiz yapmak ve dengeli beslenme gibi sağlıklı yaşam becerilerine sahip olabilme ve uygun bakım ortamını hazırlayabilme gibi birçok önemli unsur sağlık okuryazarlığının sınırları içerisinde yer almaktadır (3–5).

Çok yönlü bir kavram olan sağlık okuryazarlık seviyesinin tespitine yönelik ölçüm araçları olmakla birlikte bireyin sağlık bilgisini anlamasından çok telaffuz ediş biçimine yönelmesi nedeniyle sağlık okuryazarlığı seviyesinin tespiti konusunda yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu nedenle tam olarak beklentileri karşılayabilecek bir ölçüm aracı bulunmamaktadır (6–9).

Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması durumunda bireyin yaşayacağı kaygı düzeyinin yükselmesi ile birlikte verilen bilgileri analiz etmede ve uygun kararı verebilmede sorun yaşanabilmektedir. Her ne kadar yaşanacak sorunlar bireysel olarak gözükse de toplumsal ve ekonomik açıdan da ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Gerekli bilgiyi sağlık personelinden alamayan hasta, yakın çevresine, medyaya ve internet kanallarına başvuracak ve böylelikle bilgi kirliliğine de maruz kalıp gereksiz ilaç kullanımında artışlar yaşanacaktır. Bu durum nedeniyle hastalığın seyrinde meydana gelecek ciddi durumların tedavisi için sağlık giderlerinde de artış meydana gelecektir (10–13).

Günümüzde ise, yoğun ilaç kullanımı, çevrenin kirlenmesi, GDO'lu besinlerin üretimindeki artış ve beslenme düzensizlikleri gibi sebeplerle bir çok sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte teknolojik gelişmeler bilgiye ulaşımı kolaylaştırmak ile birlikte sağlık problemi ile ilgili bilgi kirliliğine sebep olmakta, başka

sağlık problemlerini de beraberinde getirebilmektedir. İşte bu sağlık problemleri insanların yaşam kalitesini düşürmekle birlikte öğrencilerin eğitimlerini de engellemektedir (14). UNESCO’da raporunda belirttiği üzere sağlık eğitimi, bir ülkenin geleceği, insanların ekonomik olarak gelişmesi ve toplum olarak kalkınması için bir yatırım olmaktadır (15). Bu nedenle sağlık eğitiminin büyük bir önem vardır.

Türkiye’de ise İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) tarafından 2001-2005 tarihleri arasında gerçekleştirilen “Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi” projesi ile ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeylerini yeterli seviye ulaştırabilmek amacıyla okullarda eğitim müfredatı içerisine de “Sağlık Bilgisi” dersini yerleştirmiştir. Gerekli niteliklere sahip bir okul sağlık eğitimi programının kriterleri her ne kadar titizlikle oluşturulmuş olsa da bu dersin öğretim ve öğreniminin yetersizliği çalışmalarda göze çarpmaktadır (2,4).

Ergenlik dönemi ve ergen sağlığı incelendiğinde, sağlıklı yaşam kalitesini düşürecek pek çok psikolojik, sosyal ve fizyolojik problemler dönemin özelliği kabul edilerek görmezlikten gelinebilmektedir. Aynı zamanda ergenlik döneminde hastaneye başvurma sıklığının düşüklüğü göz önüne alındığında gelecek süreçte orta çıkabilecek çok daha ciddi sağlık problemlerinin de erken tanı süreci göz ardı edilebilmektedir (17).

Üniversiteyi kazanmadan önce defalarca hastane deneyimi yaşamışsınız. Kronik hastalığı olan ya da sağlıklı yaşam becerileri geliştirememeye bağlı olarak rahatsızlıklar yaşayan yakınlarımız belki de bu deneyimlerimizin başlıca kahramanları olmuştur. Çok küçük yaştan itibaren aşılana doktor korkusu bir yana hastane ortamında hiç bilmediğimiz bir yerde, hiç bilmediğimiz insanlarla, hiç bilmediğimiz işlemlere maruz kalmak korkuların en büyüğü olmuştur. Her birime neden gittiğimizi bilmeden ebevyenlerimizin yanında gider, sıraya girer ve bekleriz. Ama hangi koridorlardan geçtiğimize, neden o birime gittiğimize, nereden sıra aldığımıza, içerde bize ne yapılacağına dair hiç fikrimiz yoktur. İçeride ise, çoğu zaman sadece “Neren ağrıyor?” sorusundan ya da “Şuraya uzan, şurada otur, kolunu aç, üstünü çıkar v.b.” ifadelerden öteye gitmeyen sağlık personeli-hasta iletişimi yaşadığımız sürecin belirsizliğini korumasına sebep olur. Etrafımızda bir de içimizdeki korkuyu besleyen soğuk renklerde ve şişelerdeki malzemeler olur. Sağlığı koruma bizim için verilen

ilaçların kullanımından ibaret olur. Peki bunları anlamak ya da öğrenmek bizim için neyi değiştirdi? Bunları anlamak belki şeker komasına giren yakınımızın nasıl beslenmesi gerektiğini bilmesini ya da yanlış ilaç yazılması sonucu böbreğini kaybeden yakınımızın haklarını aramasını sağlayabilirdi. Bunları anlamak sağlıklı yaşam becerilerini kazanmanın önemini kavratılabildi. Daha da önemlisi bizi boş ve soğuk gözükten hastane ortamında daha kendine güvenen, ne yaptığını bilen ve ona uygun hareket eden bir birey yapabiliirdi. Ancak biz bu bilgileri alamadan üniversiteyi kazanıp başka şehirlere doğru yol alırız. Artık 18 yaşında reşit bir birey olarak ebeveynlerimizden uzakta kendi sağlığımızla ilgili kararları tek başımıza almak zorunda olduğumuz bir sürece gireriz. Hastalık durumunda ise, “Ne yapacağım?” sorusu gündeme gelir. Çoğu zaman bu sorunun cevapsız kalışı bizi erken müdahale sürecini kaçırap kendimizi acil kapısında bulduğumuz bir konuma getirir. Ancak yine de tek başımıza acile başvurmak ve evde sağlığımızı iyileştirecek stratejiler geliştirmek hiç de kolay olmaz. Deneyimlerimizden elde ettiğimiz çıkarımlar sayesinde belki de ikinci kez hastalık ile yüzleştiğimizde ebeveynlerimizi arayıp arkadaşlarımıza danışarak randevu alıp tetkitler yapmak için bilgi toplama sürecine gireriz. Ancak belki önceki yıllarda ebeveyn ve sağlık personeli rehberliğinde yaşarken kolaylıkla öğreneceğimiz bir süreç bizim için karmaşık bir bilgi yumağı haline dönüşür. İşte bu nedenle bu konuda ihtiyaçların ortaya çıkartılıp bireyin reşit olduğunda kendisi ile ilgili sağlıklı kararlar alabilecek ve sağlıklı yaşam becerilerini kazanabilecek sağlık okuryazarlığı seviyesine getirilmesi büyük bir önem taşımaktadır. Bunun için de en başta sağlık okuryazarlığı seviyesinin tespit edecek araçların geliştirilmesi ve ihtiyaca uygun programların oluşturulması gerekir. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığının sadece hasta yönünün değil sağlık personeli yönünün de göz önüne alarak iletişimin “Neren ağrıyor?” sorusundan öteye geçmesi ve danışmanlık hizmetinin sunulması gerekir.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan araştırmalarda yaş, cinsiyet, ırk, dil, medeni durum ve sosyoekonomik durum gibi faktörlerin sağlık okuryazarlığı üzerinde etki eden değişkenler olduğu belirtilmiştir (18–25). Eğitim düzeyi ise, bireylerin sağlık okuryazarlığı üzerinde bu faktörler içerisindeki en güçlü göstergesi olarak vurgulanmıştır (26–28). Sağlık okuryazarlığı hakkındaki araştırmaların çoğunun nicel olduğu ve yetişkinleri kapsadığı (7,16,19,21,30–46) görülmüştür. Bununla birlikte 18

yaş altı çocuklara yönelik yabancı yayınlar incelendiğinde, araştırmalar daha çok nicel (47–50) olduğu bununla birlikte nitel çalışmalara da yer verildiği (51–53) görülmüştür. Türkiye’de ise sağlık hakkında 15-17 yaş arası ergenleri kapsayan bir nitel çalışmaya rastlanmıştır; bu çalışma da ise, 9. sınıfa giden ergenlerin sağlık algılarını çizim ve yazım tekniği ile ortaya konulmuştur (54). Ancak Türkiye’deki çalışmalar incelendiğinde, bu yaş grubu ergenleri kapsayan, sağlık okuryazarlık düzeyini tespit etmeye yönelik nitel ya da nicel bir çalışmaya rastlanılamamıştır. İşte bu sebeple bu alanda yapılacak çalışmalar büyük bir öneme sahiptir. Burada konu hakkında nicel çalışmalar sunarak bu olguyu sadece sayılarla açıklamak olguya ilgili “neden?” sorusuna cevap vermeyecek ve problem çözümünde yönlendirici olmayacaktır (55). Bununla birlikte alan yazın taramasında nicel çalışmalarda yetişkinler ile araştırmalar yürütülüp hep aynı değişkenlerin test edilip sağlık okuryazarlığı üzerinde etkisinin olduğu savunulmaktadır (19–22,24,27,28). Ancak bu etmenler dışında olası değişkenlere yönelik hipotezler sunulmamıştır. Bu kritik dönemi kapsayan hipotezlerin oluşturulabilmesi ve konu hakkında ayrıntılı bilgi sunulabilmesi için ise, nitel araştırmaya gerek vardır.

Bu çalışmada 15-17 yaş arasındaki ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini ortaya koyan kavramlar ile ilgi neler bildiğini, sağlık hakkında neler deneyimlediklerini ve bu deneyimlerin onlara sağladığı bilgileri ortaya koymak, bu bilgileri üzerinde hangi değişkenlerin rol oynayabileceğine ilişkin hipotezler geliştirmek ve araştırmanın gelecekte sağlık okuryazarlığı ile ilgili araçların geliştirilebilmesi için zemin oluşturması amaçlanmaktadır. Araştırmada özellikle Sağlık Bilgisi dersi almış, reşit olmaya yakın ve öz yeterliliğin geliştirilmesi gerektiği düşünülen kritik bir dönem olan 15 ile 17 yaş arasındaki ergenler çalışma grubunu oluşturmuştur. Veri çeşitliliğini elde edebilmek amacıyla Çankaya bölgesinde yer alan farklı başarı seviyesine sahip ve düşük ve yüksek sosyoekonomik seviyedeki bölgeler (56) tercih edilmiştir.

Bu araştırma, Ankara ili Çankaya ilçesindeki devlet okullarında yer alan 15-17 yaş arasındaki ergenlerle sınırlıdır. Çalışma grubunda sosyal güvencesi olanların yer alması ve nitel araştırmanın doğası gereği subjektif veriler sunulması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Sağlık Kavramı

Ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik haline ulaşmak için bir bireyin ya da grubun hedeflerini farkında olabilmesi ve tanımlayabilmesi, ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, çevresi ile başa çıkabilmesi ya da çevresini değiştirebilmesi gerekmektedir. Bu nedenle sağlık, yaşamın amacı değil, günlük hayatın kaynağı olarak görülmeye başlanmıştır. Sağlığın geliştirilmesi sadece sağlık sektörünün sorumluluğundan çıkarak iyilik hali için sağlıklı yaşam tarzlarının ötesine geçmiştir (57).

Sağlık Türk Dil Kurumu tarafından “Vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” olarak tanımlanırken; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise, “fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan tam bir iyilik ve hastalık ya da sakatlık durumunun olmaması hali” olarak tanımlamaktadır (58,59).

Natapoff, sağlığı istenen işleri ve egzersizleri yapabilecek durumda olma; güçlü beden; güzel bir ten; pembe yanaklar; parlak gözler, refah olma, hasta olmama; düzenli yemek yiyebilme; sevinç; iyi hissetme; temiz olma, sağlığı kontrol etme olarak tanımlamaktadır (54).

Bir diğer sağlık tanımına göre ise "anatomik, fizyolojik ve psikolojik bütünlük; iş, aile ve toplumsal rolleri kişisel olarak yerine getirebilme becerisi; fiziksel, biyolojik, psikolojik ve sosyal stresle başa çıkma becerisi olarak tasvir edilmektedir (60).

Sağlık kavramının yetişkenler tarafından nasıl algılandığına yönelik çalışmalar bulunmakla birlikte (61,62) çocukların da sağlık kavramını nasıl algıladıklarına yönelik çalışmalar literatürde önemli bir yere sahiptir (54,63). Çetin ve ark. (54)'ın 9. Sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre, öğrencilerin genellikle sağlığı fiziksel ve psikolojik bir esenlik olarak tanımladıkları görülmüştür; bununla birlikte, sağlık kavramı sosyal açıdan iyi olma hali olarak yeterince vurgulanmamışlardır.

İncelenen tanımlamalar ışığında sağlık kişinin sosyal yaşantısı içerisindeki sorumluluklarını yerine getirebilecek ve sosyal adaptasyon sağlayabilecek beceriyeye sahip olması ve bu beceriyeye yerine getirmeye engel olabilecek herhangi bir fiziksel ve psikolojik bir durumun olmaması hali olarak genellenebilmektedir.

2.2. Hasta Hakları

Hastaların karşılanması gereken gereksinimlerini ifade eden hasta hakları, insan hakları kuramında “sağlık hakkı” olarak da tanımlanmaktadır (64). Sağlık hakkı ya da hasta hakları yasal, moral ve etik standartları ifade etmektedir. Amaç gerek hasta gerekse hasta yakınlarını gerekli olmayan ya da haksız ve yersiz uygulamalar vil tedavilerden korumaktır (65).

1972 yılında yayınlanmış olan Amerikan Hastane Birliği'nin Hasta Hakları Bildirgesi bilinen ilk hasta hakları bildirgesidir. Bu bildirgenin ardından Lizbon'da 1981 yılında bir bildiri yayınlanmıştır. Bu bildirgenin adı ise 1. Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi olup içerisinde yer alan eksiklikler, daha sonra hazırlanan 1994'te Amsterdam Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi ve 1995'te Bali 4. Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi'nin ortaya çıkmasını sağlamıştır.

Hasta hakları konusu ile ilgili dünyadaki bu gelişmeler yoğun bir biçimde devam ederken Türkiye'de bu konu ile ilgili özel bir kanun bulunmamaktadır. Ancak sağlık hakkına yönelik hükümler içeren bir çok yasal düzenleme yer almaktadır (66). Özellikle de Avrupa Birliği sürecinde “Hasta Hakları Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Geniş bir hukuksal metin olan bu yönetmelik Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında yayınlanmıştır (64).

29927 sayılı Resmi Gazete'de 23 Aralık 2016 tarihinde yayımlanan değişiklik ile son halini alan Hasta Hakları Yönetmeliği'nde sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, bilgi isteme, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme, personeli tanıma, seçme ve değiştirme, tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım alma, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma, kayıtları inceleme, kayıtların düzeltilmesini isteme, mahremiyete saygı gösterilmesi ve mahremiyete saygı gösterilmesini talep etme, rıza olmaksızın tıbbi uygulamalara tabi tutulmama,

bilgilerin gizli tutulmasını isteme, tedaviyi reddetme ve durdurma, rıza olmaksızın tıbbi araştırmalarda yer almama, güvenliğin sağlanması, dini vecibelerini yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma, ziyaretçilerin kabul edilmesi, refakatçi bulundurma, müracaat, Őikayet ve dava açma gibi haklara yer verilmektedir (67).

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde hasta haklarına ilginin artması, hasta haklarının önemli hale gelmesi, konuyla ilgili yönetmelik ve yönergeler çıkarılması, Sağlık Bakanlığı bünyesinde hasta hakları ile ilgili birimlerin kurulması nedeniyle konuya verilen önem açıktır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet veren sağlık personelinin hasta hakları yönetmeliğine uygun davranması kadar, bireylerin yönetmelikle belirlenmiş olan hasta hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları ve haklarını kullanma konusunda gerekli duyarlılığı gösteren tutum ve davranış göstermeleri beklenmektedir (66). Bu amaçla sadece yetişkinlik döneminde değil çocuklukluk döneminde de bu hakların benimsetilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır .

2.3. Okuryazarlık Kavramı

İlk çağlardan günümüze kadar okuma ve yazma becerisi en etkili bilgi edinme ve yayma yolu olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle tek bir cümle ile tanımlamak oldukça güç gözükmetedir. Türkçe’de okuryazarlık tek bir terim içerisinde de ele alınabilirken özellikle İngiliz dilindeki alan yazın taramalarında iki farklı terim karşımıza çıkmaktadır. Bunlar: “Okuma-Yazma (*Reading-Writing*)” ve “Okuryazarlık (*Literacy*)” (68).

UNESCO (69), okuryazarlık kavramını temel olarak okuma ve yazma olarak tanımlanmaktadır. Ancak iletişim biçimindeki değişikliklere ve iş yaşamındaki taleplere bağlı olarak daha geniş bir okuryazarlık kavramı gelişti. Okuryazarlık farklı bağlamlarda olan basılı ve yazılı kaynakları okuyabilme, anlayabilme, yorumlayabilme ve aktarabilme yetisine sahip olunmasıdır.

Türk Dil Kurumu ise, okuryazarlığı kişinin okuma yazma bilmesi ya da öğrenim görmüş olması şeklinde tanımlamaktadır (58).

Bir başka tanıma göre okuryazarlık herhangi bir dilin yazınlarını okuyabilme, okunan yazınları algılayabilme ve kavrayabilme becerisine sahip olunmasıdır. Tanımlamalar incelendiğinde okuryazarlığın aslında iletişimin bir parçası olduğu görülmektedir. İletişim kurabilmek için sadece bir dili bilmek ve konuşabilmek değil yeterli seviyede okumayı ve yazmayı da bilmek gerekmektedir (70).

Okuryazarlık becerileri eğitim alıp verme, haberleşme, sosyal yaşam ve de mesleki çalışmalar gibi birçok unsur ile ilişkili olmakla birlikte aslında bir toplumun gelişmişlik göstergelerinden de biridir (71). Bu nedenle okuryazarlık refah düzeyi yüksek yaşam koşullarının ve oldukça gelişmiş sağlık olanaklarının yolunu oluşturmaktadır. Toplumdaki her bireyin özellikle de kadınların çok daha aktif rol almalarını ve çocukları için daha güvenli gelecekler oluşturmalarını sağlamaktadır. Bunlardan en önemlisi de okuryazar anne babaya sahip çocuklar eğitim olanaklarına erişim ve öğrenmede çok daha fazla imkânlarla sahiptir. Bununla birlikte, okuryazar anne babaya sahip çocuklar ise sosyoekonomik imkânsızlıklar yaşayıp ulusal refahı zayıflatabilmektedir (69).

2.3.1. Okuryazarlıkta Kazanılması Gereken Unsurlar

Okuma-yazma bir unvan niteliği taşımakla birlikte olma ya da olmama durumlarını göstermektedir. Bununla birlikte okuryazarlık ise termometreye benzer ve okuma-yazmadaki gibi olma ya da olmama durumundan çok ne derece okuryazar olunduğu söz konusudur. Bu sebeple okuma-yazma sahip olunabilen bir beceriyi (ability) ifade ederken okuryazarlık geliştirilebilir bir yeteneği (skill) ifade etmektedir (68).

Dünyada meydana gelişmeler ile okuma ve yazma eyleminden öteye geçen okuryazarlık kavramı insanların aslında temel gelişim alanıyla ilişkili bir davranış ve üzerinde araştırmalar yapılan bir olgu haline getirmiştir (71). Temelde okuma ve yazma becerisinin kazanımı ile başlayan okuryazarlık yeteneğinin edinilmesine ve geliştirilmesine giden bu yolda kazanılması gereken bazı unsurlar bulunmaktadır. Bunlar (72):

- Gerçekleri görebilme, konuşabilme, ifade edebilme;

- Çevreyi anlamlandırabilme ve bireysel anlamları oluşturabilme;
- Bilgiyi kullanabilme ve yeni düşünceler üretebilme;
- Sistemleri kullanabilme, birleştirebilme ve bunlardan yeni anlamlar ortaya koyabilme;
- Edinilen bilgiyi davranışlara yansıtabilme ve kullanabilme;
- Güncel bilgi ve becerilere sahip olabilmektir.

2.3.2. Okuryazarlık Türleri

UNESCO, iletişim biçimindeki değişikliklere ve iş yaşamındaki taleplere bağlı olarak insanların okuryazarlık becerilerini tanımlayacak tek bir kavram değil çoklu kavramların olduğunu savunmaktadır (69).

İncelenen okuma-yazma ve okuryazarlık kavramları ve teknolojik gelişmeler göz önüne alındığında okuryazarlık basılı(geleneksel) metinleri okuma yeteneğinin dikkate alınması ve geliştirilmesi değil bununla birlikte gerek görsel gerekse elektronik okuryazarlık temelli diğer okuryazarlık becerilerinin de geliştirilmesi büyük bir öneme sahiptir (68). Bu bağlamda medya okuryazarlığı(*ing. media literacy*), bilgi okuryazarlığı(*ing. information literacy*), dijital okuryazarlık(*ing. digital literacy*) ve sağlık okuryazarlığı(*ing. health literacy*) alanlarının da geliştirilmesi yolunda son yıllarda kuramsal olarak yoğun çalışmaların olduğu gözlemlenmektedir (32,73).

Genel olarak görsel okuryazarlık, görsel iletileri anlayabilme ve üretebilme yeteneği; medya okuryazarlığı, medya iletilerini anlayabilme, sorgulayabilme, analiz edebilme ve yeni iletiler üretebilme yeteneği; bilgi okuryazarlığı, hangi bilgiye ihtiyacı olduğunu tespit edebilme, ihtiyaç duyduğu bilgiye ulaşabilme, uygun kullanabilme ve değerlendirebilme yeteneği; dijital okuryazarlık, dijital teknolojiyi ve iletişim araçlarını ihtiyacı olan bilgiyi ulaşma, kullanma ve analiz etmede kullanabilme yeteneği ve sağlık okuryazarlığı ise, sağlıkla ilgili bilgileri okuma, anlama, yorumlama, kullanma ve karar verebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (32,74).

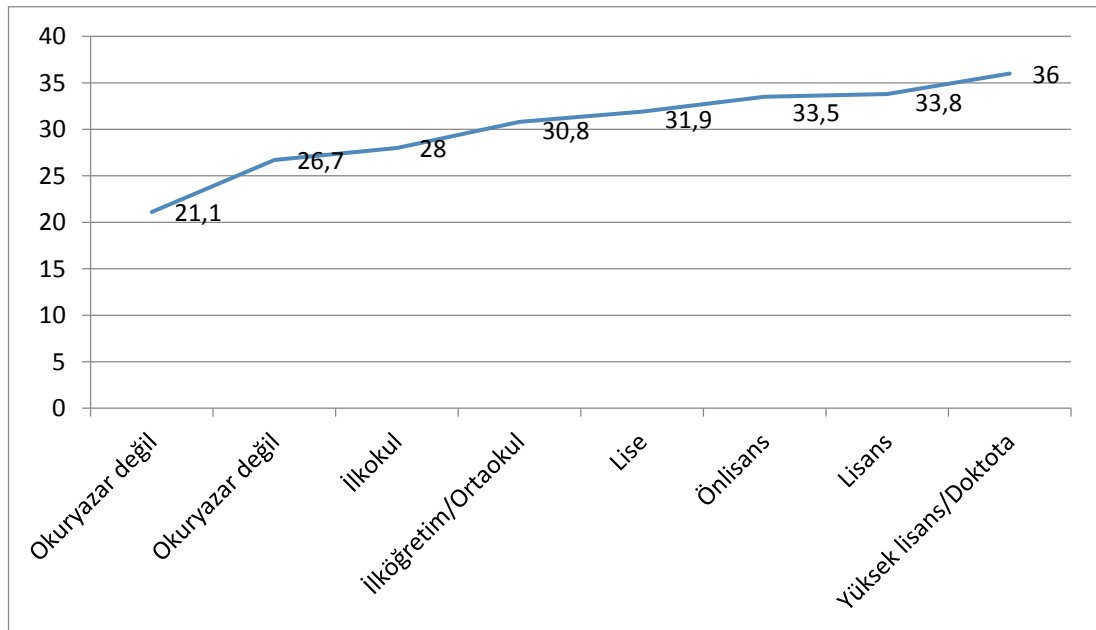
2.3.3.Okuryazarlık ve Sağlık İlişkisi

Okuryazarlık, bir dizi okuma, yazma, temel matematik, konuşma ve anlama becerileri olarak tanımlanır. Okuryazarlık, bireylerin sağlık ile ilgili bilgileri ve

endişeleri anlamasına ve ifade etmesine olanak tanıyan becerileri sağlar. Sağlık okur yazarlığı, bireyin okuma yazma becerileri ve yetenekleri ile sağlık bağlamı arasındaki köprüdür (75).

Okuryazarlık ve sağlık ilişkisi göz önüne alındığında okuryazarlık seviyesinin yetersiz olması bireylerin gerek kişisel gerekse sosyal ve kültürel gelişimini sınırlandırmaktadır. Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı seviyesine de etki ederek bireylerin sağlığını doğrudan etkileyebilmektedir (16).

Düşük eğitim seviyesine sahip bireyler ile birlikte yüksek eğitim seviyesine sahip bireyler için de sağlık okuryazarlığı sorun teşkil etmektedir (2, 26, 27). Ancak etiketler üzerinde, sağlık ile ilgili broşürlerde, tıbbi ilaçlarda veya bilgilendirilme belgelerinde bulunan yazılı bilgiler ile ilgili okuryazarlık becerilerine ihtiyaç duyulmaktadır (75). Bu nedenle bireylerin eğitim düzeyi artış gösterdikçe sağlık okuryazarlığı seviyesinin de yükseliş göstereceği söylenebilir (Grafik 2.1.) (77).



Grafik 2.1. Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamaları ile Kişinin Bitirdiği En Son Eğitim Kurumunun Düzeyinin İlişkisi (Durusu Tanrıöver ve ark. (16)'dan alınmıştır.)

Hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişim göz önüne alındığında sağlık personeli tarafından verilen sözel bilginin hasta tarafından anlaşılması, verilen yazılı

metileri hastanın okuyabilmesi, anlayabilmesi ve değerlendirmesi her iki taraf için de büyük bir önem taşımaktadır. Ancak yapılan araştırmalarda hastaların bu süreçte yaşadığı güçlükler ve bunun yarattığı sonuçlar aslında sağlık okuryazarlığı çalışmalarının önemini gözler önüne sermiştir (16).

2.4. Sağlık Okuryazarlığı

Don Nutbeam (2008) ve Rima E. Rudd (2015) yayımladıkları makalelerde sağlık okuryazarlığını ‘evrimleşen kavram’ olarak tanımlamaktadır. Sağlık okuryazarlığının tarihçesi incelendiğinde ise evrimleşme kavramının yerinde bir tespit olduğu göze çarpmaktadır (2,31).

“Sağlık okuryazarlığı” bir terim olarak ise ilk kez Scott Simonds tarafından 1974 yılında “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” başlıklı makalede yer almıştır. Ancak bu kavram literatürde dikkat çeken bir kavram olamamıştır (80).

Dünyadaki yeni halk sağlığı hareketinin artan beklentilerine karşılayabilmek adına 1986’da Ottawa’da gerçekleştirilen Birinci Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansında sağlığın geliştirilmesi için Ottawa Sözleşmesinde sağlığın teşviki “toplumun, sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırmak ve geliştirmek için etkinleştirilmesi süreci” olarak tanımlanmıştır (57).

Literatürde sağlık okuryazarlığının 1992’de Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi (*National Assessment of Adult Literacy*) araştırmasında dikkat çekmeye başlamıştır (80). Konu olarak ise sağlık okuryazarlığı ilk olarak sağlık giderlerine yönelik araştırmalarda ortaya çıkmıştır. Sağlık giderleri ile okuryazarlık arasındaki ilişkiye yönelik araştırmalar 1997 yılında 22 endüstrileşmiş ulusun yapmış olduğu yetişkinlerde okuryazarlık ile ilgili araştırmaları yayınlaması ile başlamıştır (43).

Sağlık okuryazarlığı kavramının literatürde yer almasından bu yana yaklaşık 40 yılı aşkın bir süre geçmiş olmasına rağmen kavram 1990’lı yılların ortalarından itibaren önem kazanmaya başlamıştır (81).

Kavram günümüzde halen, sağlık hizmetleri ile halk sağlığı alanlarındaki sağlık araştırmacılarının, kanun yapımcıların ve klinisyenlerin ciddi anlamda dikkatini çeken önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (80).

2.4.1.Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

“Sağlık okuryazarlığı” kavramını ilk kez kullanan Scott Simonds “*Health Literacy as a Soial Policy*” makalesinde “okullarda yer alan tüm sınıfların asgari standartları karşılayan sağlık eğitimi” olarak tanımlamıştır (82–85).

Sağlık Eğitimi Terminoloji Ortak Komitesi (Joint Committee on Health Education Terminology) 1990 yılında yapmış olduğu tanıma göre sağlık okuryazarlığı; bireylerin temel sağlık bilgileri ve hizmetlerini elde etme, yorumlama ve anlama ile sağlığı geliştirici yollarla bu hizmetleri ve bilgileri kullanabilme yetisine sahip olma kapasitesidir (86).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanıma göre ise sağlık okuryazarlığı, iyilik halini sürdürmek ve teşvik etmek amacıyla bilgiye ulaşmak, anlamak ve kullanmak için bireylerin yeteneğini ve motivasyonunu belirleyen sosyal ve bilişsel becerileri temsil etmektedir (87).

Bir diğer tanıma göre ise sağlık okuryazarlığı bireylerin iyilik halini sürdürmek ve teşvik etmek amacıyla bilgiye ulaşabilme, anlamayabilme ve kullanabilme yeteneğini içeren beceriler takımıdır (88).

Nutbeam (2) ise sağlık okuryazarlığının “bireylerin iyilik halini teşvik etmek ve sürdürmek için bilgiye erişme, anlama ve kullanma yeteneklerini belirleyen kişisel bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlamaktadır.

IOM 2004’de yayınlamış olduğu önemli bir raporda yapmış olduğu tanıma göre sağlık okuryazarlığı sağlık ile ilgili doğru kararlar almak için gerekli servisleri ve sağlık ile ilgili temel bilgileri anlama, işleme ve edinme potansiyeli düzeyi olarak tanımlamıştır (1).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi Konsorsiyumu (3) yürüttüğü çalışmada yer alan tanımına göre sağlık okuryazarlığı; genel okuryazarlık ile ilişkilidir ve hayat

boyunca yaşam kalitesini sürdürmek veya geliştirmek için sağlık hizmetleri, hastalığın önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili günlük hayatta kararların alınması ve yargılara varılması için sağlık bilgisine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamada insanların bilgisini, motivasyonunu ve yeterliliklerini gerektiren bir kapsama ve çerçeveye sahiptir.

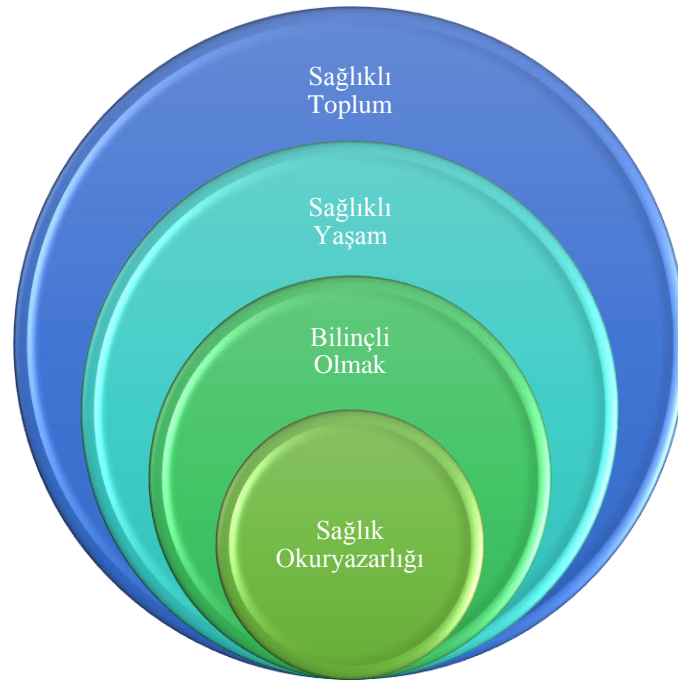
Sağlık okuryazarlığı, yaşamları boyunca insanların yaşam kalitelerini yükseltmek ya da devam ettirmek için sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, günlük yaşamda sağlık ile ilgili kararlar alınabilmesi ve yargıya varılabilmesi için sağlık bilgilerini değerlendirebilme, anlama ve uygulayabilme yeterliliğini ve motivasyonunu içeren bilgi ve okuryazarlıkla ilişkilidir (3–5,57).

2.4.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Gerek tıp gerekse iletişim teknolojileri alanındaki gelişmeler ile birlikte ilerleyen modern tıp bireylerin ihtiyaçlarının daha karmaşık hale gelmesini sağlamıştır (1). Bu gelişmeler tedavi kadar korunma programlarının, hasta ile sağlık personeli arasındaki iletişimin sağlıklı bir biçimde olması ve bireylerin kendileri ve başkaları için karar vermede sağlık ile ilgili bilgilere ulaşabilmenin önemli olduğu gerçeğini ortaya çıkarmıştır (1,18,85).

Hangi yaşta olursa olsun her birey yaşam alanlarının tümünde sağlık ile ilgili konularda gerek kendisi gerekse vasisi olduğu bireyler hakkında uygun kararlar almak ve o konuda bilgi sahibi olmak sorumluluğunu taşımaktadır. Bu nedenle sağlık bakımı ve yönetimi ile ilgili her yaştaki bireyin temel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olması önem arz etmektedir (16,85).

Sağlıklı bir topluma giden yol sağlıklı bir yaşam sürmek ile mümkündür. Sağlıklı bir yaşam ise bilinçli olmaktan geçer. Bilinçli olmanın temeli ise iyi bir sağlık okuryazarlık düzeyi ile mümkündür (Şekil 2.1.) (77).



Şekil 2.1. Sağlıklı Yaşam ve Sağlık Okuryazarlığı (Yıldırım (77)'dan alınmıştır.)

Araştırmalar gösteriyor ki düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler daha kötü bir sağlığı sahip olmakta, otuz gün içinde tekrar eden hastane başvuruları yapmakta, kronik hastalık ile başa çıkmada sorun yaşamakta, sağlık ile ilgili bilgileri hatırlamakta daha çok zorlanmakta, daha fazla yanlış ilaç kullanmakta, önleyici bakım hizmetlerinden daha az yararlanmakta ve buna bağlı olarak tıbbi müdahalelere daha çok maruz kalmakta, gereksiz hastane başvuruları yaparak sağlık hizmetleri harcamalarında artışa sebep olmakta, kanser gibi erken teşhis edilebilen durumlar için erken tarama sıklığında azalmaya böylece yüksek morbidite ve mortalite oranlarına hastalığı ile ilgili daha az bilgi sahibi olmakta ve doktoru ile olan görüşmelere daha az katılmaktadır (30,31,33,76,29,89–96).

2.4.3. Sağlık Okuryazarlığında Yeterliliğin Boyutları

Okuryazarlık bilişsel beceriler ile birlikte toplumsal davranışlarına da getiren çok boyutlu bir olgudur. Bu yüzen belirli beceriler ve yeteneklere sahip olduğu takdirde bir birey sağlık okuryazarlığı yetkinliğine erişebilir. Literatür incelendiğinde bu yetkinliğin altı boyutundan bahsedilmektedir: Operasyonel; interaktif; otonomi; bilgisel; içeriksel; ve kültürel yeterlik (97).

- *Operasyonel yeterlilik*; günlük hayatta bir dilin gerekli düzeyde anlaşılabilmesi ve hayatta en temel sağlık ihtiyaçlarını giderebilmesi için gereken okuma ve yazma becerisine sahip olmayı ve çeşitli araçları, prosedürleri ve teknikleri kullanabilme becerisini ifade etmektedir (2,98).
- *İnteraktif yeterlilik*; günlük faaliyetler içerisinde bireyin öz-yönetimi ile aktif olarak yer alabilme, bilgi edinebilme ve değişen koşullar içerisinde yeni bilgileri uygulayabilme becerilerini içermektedir (2,40). İnteraktif yeterlik gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerilerini ifade etmektedir (40).
- *Otonomi yeterlilik*; Sağlıkla ilgili durumlarda bireyin öz-yönetimi ile karar verip bunların sorumluluğunu üstlenmesinde yer alan kişisel bir güçlenmedir. Otonomi yeterlilik, birey sağlık durumuyla ilgili verilen bilgileri gerek yargılama gerekse kullanma yetisine sahip olmasıdır (97).
- *Bilgisel yeterlilik*; bireyin sağlık konusunda bir bilginin ne zaman gerekli olacağını tespit edebilmesi ve bu bilgiye ulaşabilmesi, değerlendirebilmesi günlük hayatına etkin bir şekilde adapte edebilmesi için gereken çeşitli yetilerdir (99).
- *İçeriksel yeterlilik*; sağlık kurumlarında gerekli bilgiye ulaşmada ve bilgiyi yorumlamada etkileşimin öneminden yola çıkarak bireylerin bu ortamlara hakim olabilme becerisini tanımlamaktadır (97).
- *Kültürel yeterlilik*; bir bireyin adetleri, inançları, etik konuları ve düşüncel biçimleri ışığında sosyal sistem uygulamalarını anlamlandırabilme yetisidir. Çünkü bireyler sağlıkla ilgili konuda karar alması ve uygulamaya dökmesi aşamasında bahsi geçen gerek bireysel gerekse toplumsal özelliklerden etkilenmektedir (32).

Operasyonel yeterlilik, interaktif yeterlilik, otonomi yeterlilik, bilgisel yeterlilik, içeriksel yeterlilik, ve kültürel yeterlilik olmak üzere altı yeterlilik türüne sahip bir bireyin yüksek düzeyde sağlık okuryazarı olduğu sonucuna varılabilmektedir.

2.4.4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri/Sınıflandırılması

Evrimleşen bir kavram olarak görülen sağlık okuryazarlığı ile ilgili farklı tanımlar olmasına bağlı olarak araştırmacıların bu tanımlamalar içerisinde farklı kriterleri göz önüne alması nedeniyle bu kavrama ait sınıflandırmalar da çeşitlilik göstermektedir (2,31,64).

Freebody ve Luke (101), başarı sıralamasında yönelik sağlık okuryazarlığını sınıflandırması olarak değil kavramsal olarak ele almış ve “temel, iletişimsel ve eleştirel” olmak üzere üç gruba ayırmıştır. Günümüzde ise yaygın olarak kullanılmakta olan bu kavramsal sınıflandırma Nutbeam tarafından genişletilmiştir (2).

- *Basit/Fonksiyonel okuryazarlık*; sağlık okuryazarlığının dar tanımlarında olduğu gibi günlük hayatta içerisinde okuma ve yazma becerilerinde temel düzeyde yeterli olma,
- *İletişimsel/interaktif okuryazarlık*; Günlük aktivitelere aktif bir biçimde katılmayı sağlayan bilgi alabilmeye, farklı iletişim formlarından anlamlar türetebilmeye, değişen durumlara yeni bilgileri uyarlayabilmeye imkan veren ve sosyal beceriler ile ilişkili daha gelişmiş bilişsel ve okuma becerilere,
- *Eleştirel okuryazarlık*; bilgileri eleştirel olarak analiz edebilme ve bu bilgileri yaşamdaki olaylar ve durumlar üzerinde daha fazla kontrol sağlayarak uygulayabilme imkân veren ve sosyal beceriler ile ilişkili daha gelişmiş bilişsel becerilere sahip olma şeklinde tanımlanmaktadır (2,102).

Yaygın olarak literatürde karşımıza çıkan bir diğer sınıflandırma ise Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından yapılmıştır (25,100). Amerikan Tıp Enstitüsü sağlık okuryazarlığını, kültürel ve kavramsal bilgi, dinleme, konuşma becerisi, aritmetik beceri, yazma ve okuma becerisi şeklinde altı gruba ayırmıştır (75).

Zarcadoolas ve ark. (103) ise sağlık okuryazarlığını dört boyutta incelemiştir. Bunlardan ilki olan temel okuryazarlık; okuyabilme, yazabilme, konuşabilme ve

rakamsal ifadeleri yorumlayabilme becerilerini ve stratejilerini tanımlamak için kullanılmaktadır. Bilimsel okuryazarlık ise bilimsel düzeylerdeki bazı farkındalıkları içeren teknolojik ve bilimsel yetkinlik düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Vatandaş okuryazarlığı bireylerin kamu sorunların farkında olmasına ve karar alma sürecine dâhil olmasına imkân sağlayan becerileri tanımlarken; kültürel okuryazarlık ise, sağlık ile ilgili bilgileri yorumlayıp ona göre hareket edebilmek için inançları, gelenekleri, dünya görüşünü ve sosyal kimliğini tanıyabilme ve kullanabilme becerisi olarak tanımlanmıştır.

Bir başka araştırmacı Manganello (50) ise, araştırmasında sağlık okuryazarlığını Nutbeam gibi fonksiyonel, interaktif ve eleştirel diye sınıflandırmak ile birlikte medya okuryazarlığını da ekleyerek dört grupta incelemiştir. Freedom ve ark. (2009) sağlık okuryazarlığını kavramsal esas, eleştirel beceri ve sivil oryantasyon olarak üç grupta sınıflandırırken; Von Wagner (2009) ise, sorunların çözülmesi gerektiğinde okuma-yazma ve aritmetik becerileri güvenmek yeteneği şeklinde sınıflandırmıştır (100).

Özetle; sağlık okuryazarlığının okuryazarlık ile ilişkili sınıflandırmalar ile başlanılmak ile birlikte kavramın kompleks bir yapıya sahip olduğu anlaşıldıkça mevcut sınıflandırmalarda da farklılıklar olmuştur.

2.4.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için birçok araç bulunmak ile birlikte en uygun ölçme yöntemi ile ilgili altın bir standart bulunmamaktadır (85,104).

Mevcut sağlık okuryazarlığı ile ilgili araçlar bazı ana kategorilere ayrılmaktadır. Bu kategoriler: kelime tanıma testleri (*Geniş Çaplı Başarı Testi-Revize/Wide Range Achievement Test-Revised WRAT-R*, *Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü/Estimate of Adult Literacy in Medicine-Short Form-REALM-SF*, *İspanyol Yetişkinler için Sağlık Okuryazarlığı Kısa Bir Değerlendirmesi/Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults-SAHLSA-50*, ve *Tıbbi Termonolijiyi Başarılı Okuma Testi/The Medical Terminology Achievement Reading Test-MART*), çoğunlukla eğitim ortamlarında kullanılan okuduğunu anlama

testleri, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı testleri (*Yetişkin Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlık Testi/Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA*, ve *En Yeni Yaşamsal Bulgu/The Newest Vital Sign-NVS*) testleri ve informal testler (25,85,105).

Literatür taraması yapıldığında REALM, TOFHLA, MMSE testlerinin sağlık okuryazarlığını ölçmede kullanılan en aygın testler oldukları görülmektedir (6,7,9,80,85,105–108) Ülkemizde ise yetişkin ya da çocuk olan bireylerde sağlık okuryazarlığını belirlemeye yönelik Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) ölçüm aracı literatür taramasında dikkat çekmektedir (9).

REALM (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü/The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine): REALM sınırlı okuma becerileri olan hastaların belirlenmesinde ve hasta okuma seviyelerinin değerlendirilmesinde hekimlere yardımcı olmak üzere hızlı bir tarama aracı olarak geliştirilmiştir. Bu bilgiler hastanın mevcut becerilerine göre malzeme ve talimatları oluşturmak ya da uyarlamak için de kullanılabilir (6). Davis ve ark. (6) “*Rapid Estimate Of Adult Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument*” araştırmasında ise, REALM’ı düşük okuma seviyeleri olan hastaları belirlemek için halk sağlığı ve birincil basamak bakım ortamlarında kullanılmak üzere bir veya iki dakika da uygulanabilmesi için kısaltarak yeniden tasarlanmıştır. Hasta listede yer alan kelimeleri doğru telaffuz etme sayılarına göre REALM skoru elde etmektedir (6,7).

TOFHLA (Yetişkin Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlık Testi/The Test of Functional/Health Literacy in Adults): Hastanede sıklıkla karşılaşılan malzemeler kullanılarak geliştirilen TOFHLA, yaklaşık 22 dakika süren 50 maddelik okuduğunu anlama ve 17 maddelik sayısal yetenek testinden oluşmaktadır.

TOFHLA’nın uzun zaman alması nedeniyle Baker ve ark. (109), 22 dakikalık 12 dakikalık süreyi düşürerek S-TOFHLA’yı geliştirmiştir (106–108). Chew ve ark. (110) ise, S-TOFHLA’da yer alan soru sayısını bireye beşli likert tipinde üç soruya indirerek bireyin sağlık okuryazarlığı etkili bir biçimde ölçülebileceğini göstermiştir.

MMSE (Mini-Mental Durum Muayenesi/The Mini-Mental State Examination): MMSE bilişsel gerilik olması şüphelenilen kişilerde kullanan en

yaygın tarama testlerinden biridir (8). Fakat özellikle eğitim düzeyi test sonucunu ciddi anlamda etkilemektedir. Bu nedenle test basitleştirilerek ya da kısaltılarak bu etkinin azaltılması sağlanmaya çalışılmaktadır (111).

MMSE zamansal ve mekânsal yönelim, çalışma ve anlık bellek, dikkat ve hesaplama, nesnelere adlandırma, bir cümlenin tekrarı, yönergeyi yerine getirme, anlama ve yazıya dökme, anlama ve sözel olarak ifade etme, planlama ve uygulama gibi birçok bilişsel alanı değerlendirmektedir. Tüm öğelerde her bir doğru cevaba 1, yanlış cevaba ise 0 puan verilerek 0-30 arasında puan elde edilmektedir. Elde edilen puanın düşük olması ise yetersizliği işaret etmektedir (8).

YSOÖ (Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği): Sağlık bilgisi ve ilaç tüketimi (22 soru), organların vücuttaki yerini bilme (1 şekil) ile ilgili sorulardan oluşan ve yetişkin sağlık okuryazarlık yeterliliğini tespit etmeyi amaçlayan YSOÖ, 13 evet-hayır sorusu, 4 boşluk doldurma, 4 çoktan seçmeli ve 2 eşleştirme sorusundan oluşmaktadır. Soru tipine göre ayrı puanlama yapılmaktadır. Bu puanlama kriterlerine göre evet-hayır soruları iki farklı şekilde değerlendirilmektedir. Pozitif anlamlı evet-hayır sorularına 1 puan verilirken negatif anlamlı olanlara 0 puan verilmektedir. Boşluk doldurma tipindeki sorular da evet-hayır soruları gibi iki farklı şekilde değerlendirilmektedir. Doğru yanıt 1, yanlış yanıt ise 0 puan verilmektedir. Çoktan seçmeli sorularda ise, iki ve ikiden fazla doğru yanıt işaretleyenlere 1 puan, hiç bilmeyenlere ya da doğru ile birlikte yanlış yanıt işaretleyenlere 0 puan verilmektedir. Eşleştirme tipindeki sorularda ise ikiden fazla doğru eşleştirenlere 1, diğerlerine 0 puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 23 olup kişinin aldığı puan yükseldikçe sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (9).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili birçok ölçme aracı olmak ile birlikte bu araçların etkili bir biçimde ölçüp ölçmediği tartışma konusudur. Mevcut araçların genellikle telaffuza yönelik olması sebebiyle araçlar başta bireylerin yaşadıkları bölgeye ait dil özelliklerinden ve eğitim düzeyinden gereğinden fazla etkilenmektedir. Bu durum ise, araçların bireylerin sağlık kavramlarını anlama düzeylerini ölçmede yetersiz kalıp kişiye olduğundan daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu gibi yanlış sonuçlara götürebilmektedir. Bu nedenle araçların toplumun sosyal ve kültürel

özelliklerini göz önüne alarak geliştirilmesi araştırmacıları daha objektif sonuçlara götürebilecektir.

2.4.6. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yetersiz Olduğunu Düşündüren Davranışlar

Sağlık okuryazarlığı, sağlık durumu ve sağlıklı davranışların teşviki ile olan ilişkisi büyük bir önem arz etmektedir (88,112). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, konu ile ilgili iletişimi girişimlerinin beklenen sonuçlara ulaşamamasına neden olmaktadır. Bununla birlikte sağlık enformasyonu ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, gerek bireysel gerekse toplumsal ve ekonomik açıdan riskler yaratmaktadır (85).

Safeer ve Keenan (89), yetersiz ve/veya sınırlı sağlık okuryazarlığı becerilerini öngören davranışları belirtmişlerdir:

- Sağlık personelinden yardım istemek,
- Sağlık kuruluşuna gelirken okuryazar birini getirmek
- Randevuların hatırlanmaması
- Bahane üretme (eski sonuçlarımı getirmeyi unuttum)
- İlaç kullanımında uyumsuzluk
- Önerilen müdahalelere uyumsuzluk
- Karar verme sürecini erteleme (“Eve gidince okurum”)
- Çevredeki kişileri gözlemlenme (taklit davranışlar)

Tüm hastalar açık ve anlaşılır bir dille yazılmış tıbbi bilgileri okumayı tercih etmektedir. Hastalar sınırlı miktarda, daha basit kelimelerle ve yavaş konuşularak sunulan tıbbi bilgileri daha iyi anlamaktadırlar. En iyi anlama ve uyum için, hasta eğitim materyalleri ulaşılması istenen grubun okuryazarlık seviyesi göz önünde bulundurularak hazırlanmalı, tercihen resim ve şekiller içermelidir. Hastaların çoğu okuma yazma sorunlarını kabul etmek istemediklerinden sağlık profesyonelleri bu konuda dikkatli olmalıdır (113).

2.4.7. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları

Çok boyutlu ve kompleks bir kavram olan sağlık okuryazarlığı birçok faktörden de etkilenmektedir (88). Yaş, cinsiyet, ırk, dil, medeni durum ve sosyoekonomik durum bu faktörlerden bazılarıdır (18–25). Eğitim düzeyi ise, bireylerin sağlık okuryazarlığı üzerinde bu faktörler içerisindeki en güçlü göstergedir (26–28).

Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler sağlık personeli ile iletişim kurmada ve karar verme sürecinde zorlanmakta ve utanma, korku, güvensizlik gibi duyguları hissetmektedir (41). Bu durum ise hastanın personel ile sağlıklı bir iletişim kurmasını engellemekte ve anlaşılmayan tedavi talimatları ciddi sorunlara neden olabilmektedir. Tıbbi bilgileri hastaların anlayabilecekleri bir biçimde açıklanmaması neticesinde hastanın mevcut sağlık sorunu ile ilgili doğru kararlar alması, uygulaması ve bu dönemdeki kaygı düzeyinin azalması engellenmektedir (10).

Sağlık okuryazarlığının düşük olması durumunda hasta daha sık hastaneye gitmekte ve sağlık sorunları ile ilgili daha fazla sorun yaşamaktadır (10,11,109). Hastanelerdeki acil birimleri ise, daha sık ziyaret edilmekte sağlık giderleri ve sağlık personelinin iş yükü artmaktadır. Bunun sonucunda sağlık personeli hastaya daha az zaman ayırmakta ve bilgi alamayan hasta aynı sürece tekrar girerek bu kısır döngüyü devam ettirmektedir. Bu nedenle sonuçlar her ne kadar bireysel bir durum olarak gözükse de aslında ortaya çıkan sorunların maddi boyutu göz önüne alındığında toplumun geri kalanını da etkilemektedir. Gerekli tedavinin verilememesi ya da yanlış tedavinin uygulanması sonucu ortaya çıkan sağlık giderlerindeki artış toplumsal ve ekonomik açıdan önemli etkilere neden olmaktadır (11,75). Yapılan araştırmalar da gösteriyor ki, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin yıllık sağlık giderleri yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerden fazladır (12,13,88).

Sağlık giderlerinin yanı sıra düşük sağlık okuryazarlığı ile kronik hastalıklarda artış, erken tanılama, sağlıklı bakım ve koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanma oranında azalma arasında ilişki bulunmaktadır (11,27,81,114,115). Örneğin yapılan araştırmalara göre, kronik hastalığa sahip olan bireyler kronik hastalığa sahip olmayan bireylerden daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür (12,116).

Bununla birlikte düşük sağlık okuryazarlığının sigara kullanımı, alkol kullanımında ve hipertansiyon riskinde artış gibi negatif sonuçları bulunmaktadır (44,117,118).

Özetle düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin hem sosyal hem de ekonomik açıdan ciddi sonuçları olmakla birlikte hastalara sunulacak gerçek yaşantılarla yol kat edileceği olasıdır. Süreç içerisinde ise yaşanan iyileşmelerin birey ve toplumsal bazda artıları olacaktır.

2.4.8. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesi

Mevcut sorunlar ve sağlık okuryazarlığına etki eden etmenler göz önüne alındığında yapılacak çalışmalarda sadece hastaya değil sağlık personeli ile politikacılara da görev düşmektedir. Tüm sağlık personelinin konu ile ilgili bilgilendirilmesi için hizmet içi eğitim programları hazırlanması gerekmektedir (86). Bununla birlikte sağlıklı davranışların teşviki ile ilgili erken çocukluk döneminden itibaren çalışmaların başladığı düşünülürse bu süreçte eğitim personeli de büyük bir öneme sahiptir.

Sağlık okuryazarlığının artmasında sağlıklı iletişimin önemi göze çarpmaktadır. Sağlık personeli ile hasta arasında kurulacak sağlıklı iletişim hastanın gerek kendisi gerekse sorumluluğunda olan diğer bireyler adına karar vermesini kolaylaştıracaktır (41,86,119). Bu iletişim esnasında sağlık personellerinin basit ve anlaşılır ifadeler kullanması ise büyük önem arz etmektedir (86).

Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin okuryazarlık seviyelerinin düşük olduğu sonucu göz önüne alındığında hazırlanacak basit ve elektronik bilgilerde basit ve net ifadeler kullanılması, şemalar, tablolar ve resimler ile zenginleştirilmesi anlaşılabilirliğini arttıracaktır (26,28,120).

Gelişen teknoloji ile halkın sağlık ile ilgili başvurduğu bir diğer birim ise medya ve internettir. Bu da sağlık okuryazarlığı ile birlikte medya okuryazarlığının da önemini ortaya çıkarmaktadır. Yeterli sağlık ya da medya okuryazarlığına sahip bireyler verilen bilginin doğruluğunu sorgulayıp kaynak araştırmasına gidebilmektedir. Aksi takdirde hasta verilen bilgiyi sorgulamadan hayatına adapte etmeye çalışıp çok daha ciddi sorunlarla yüzleşebilmektedir. Bu nedenle medya

okuryazarlığı ile ilgili halkın bilgilendirilmesi, medyada yer alan bilgilerin kaynağının belirtilmesi ve halka anlaşılır bir dil ile anlatmak için mevcut durumun basitleştirilmemesi gerekmektedir (85,121).

Sağlık okuryazarlığının iyileşmesini sağlayan uygun ve etkin eğitim materyallerinin oluşturulması, hastalar ile farklı disiplinlerdeki sağlık çalışanlarını (hekim, hemşire, diyetisyen vs.) bir araya getiren yüz yüze görüşme fırsatlarının yaratılması, sağlık okuryazarlık becerilerinin gelişmesine engel olan unsurların durumların araştırılıp uygun müdahalelerin yapılması ve değerlendirilmesi bu çabalar içerisinde yer almaktadır (25).

Türkiye’de konu ile ilgili çalışmaların azlığı göz önüne alındığında çeşitli bölgelerde bazı demografik özellikler dikkate alınarak çalışmaların artırılması, 18 yaş üstü ölçeklerin geliştirilmesi ile birlikte 18 yaş altındaki çocukların da sağlık okuryazarlık seviyelerin tespiti için ölçeklerin geliştirilmesi gerekmektedir.

2.4.9. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

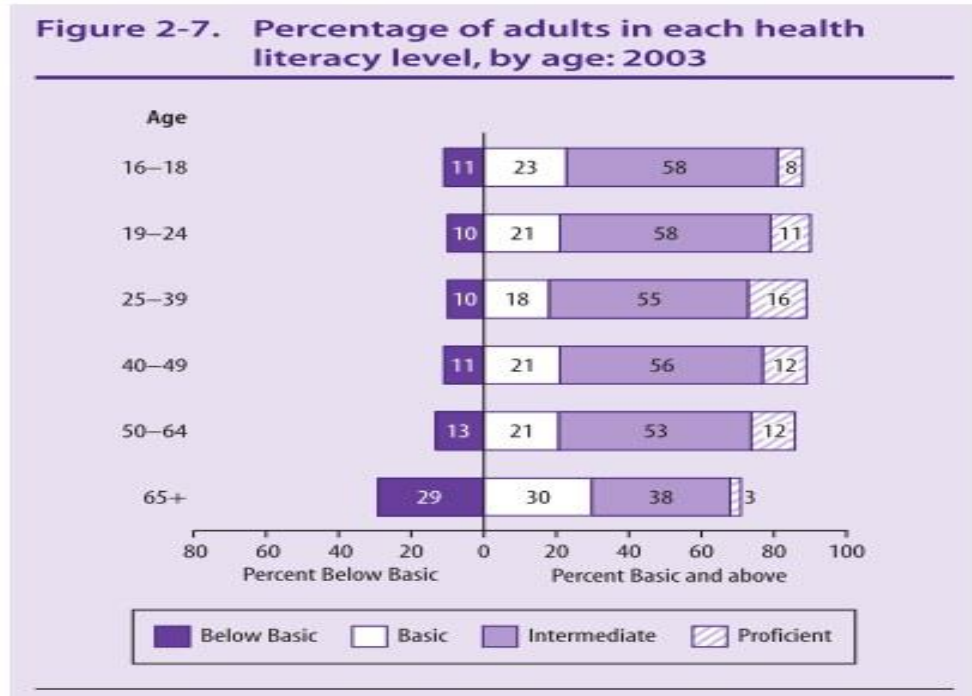
Dünyanın dört bir yanında yapılan araştırmalar sağlığı ve refahı artırma ve sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmada sağlık okuryazarlığının iyi duruma getirilmesinin büyük bir öneme sahip olduğu anlayışı hızla yayılmaktadır (57,76,122). Dünya okuryazarlık ile ilgili ilerleme katsede bu sorun hala çok büyük (69).

UNESCO (69) Dünyadaki yetişkinlerin yaklaşık %16’sının (774 milyon) temel sağlık okuryazarlığı seviyesinden yetersiz olduğunu belirtmektedir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması gösteriyor ki yetişkinlerin %12’si yetersiz, %35’i ise problemlili bir sağlık okuryazarlığına sahiptir (3). Bununla birlikte diğer çalışmalara göz atıldığında çalışmaya katılanların yaklaşık yarısı düşük sağlık okuryazarlığına sahip olmakla birlikte hastanede rahatsızlıkları ile ilgili hangi birime başvuracaklarını bilememektedir (123,124).

2003 yılında Amerika Birleşik Devletleri Eğitim Departmanı tarafından yapılan bir araştırmaya göre; Amerika yaşayan yetişkinlerin %90’ı yeterli düzeyde medikal bilgileri anlama ve okuma kapasitesine sahip değilken Avustralya’da yapılan

araştırmaya göre yetişkinlerin %60'ı düşük seviyede sağlık okuryazarlığına sahiptir (16,121). NAAL raporuna göre, 65 yaş üstü bireyler diğer yaş grupları ile karşılaştırıldıklarında en düşük sağlık okuryazarlık seviyesine sahip grubu oluşturmaktadır (Şekil 2.2.) (121). Bu durum ise bireylerin etkili bir biçimde karar verebilecek potansiyellerinin olmadığını göstermektedir (16).



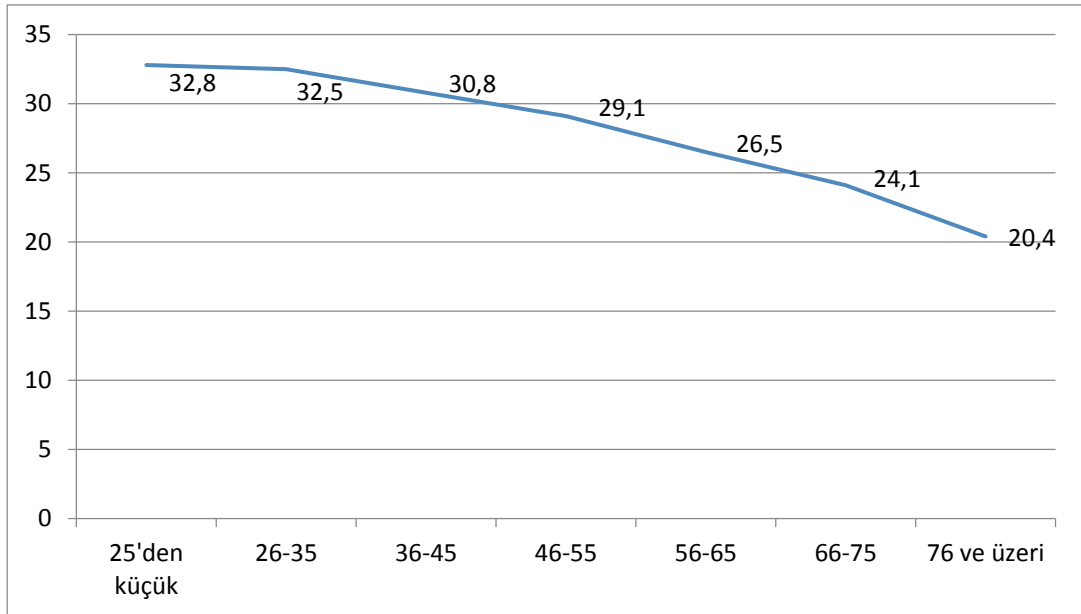
Şekil 2.2. Yaşlara Göre Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi (Kutner ve ark. (121)'dan alınmıştır.)

Yetişkin Kanadalıların %60'ı (16 yaş ve üzeri) sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etmede ve kendi kararlarını vermede yetersizdirler. Düşük seviyede sağlık okuryazarlığı olan bireyler toplumda oldukça yüksek yer tutmaktadır. Kanada'da sağlık okuryazarlığı oldukça düşüktür. İl ve bölgeye göre sağlık okuryazarlığı değişmektedir. Resmi olarak Yukon Territory en yüksek Nunavut ise en düşük sağlık okuryazarlığına sahiptir. Kanada'da farklı nüfusun alt grupları içerisinde özellikle yaşlılar arasında ortalama okuryazarlıkta büyük farklılıklar vardır. Kanadalıların sağlık okuryazarlığı Amerikalılardan daha yüksek seviyededir (32).

Türkiye'deki durum incelendiğinde ise, sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalara 2013 yılı itibariyle başlandığı görülmektedir (9,16,25,85,125) .

Kalkınma Bakanlığı, Onuncu Kalkınma Planına girdi teşkil etmesi amacıyla 2014 yılında hazırlanan Özel İhtisas Komisyonu raporlarından Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik adlı raporda bireylerin koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini kullanma ve dolayısıyla sağlıklı olma yönündeki davranışlarının önünde duran en önemli sorunun sağlığın geliştirilmesi ve sağlık okuryazarlığı alanı olarak değerlendirilmiştir (77).

Durusu Tanrıöver ve ark. (16) yapmış oldukları araştırma sonucuna göre Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede toplumun %64,6'sının "yetersiz" (%24,5) veya "sorunlu" (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, yaklaşık 53 milyonluk Türkiye erişkin nüfusu göz önüne alındığında, yaklaşık 35 milyon kişinin "yetersiz" ve "sorunlu" sağlık okuryazarlığına sahip olduğuna işaret etmektedir. Bununla birlikte cinsiyet ve yaş gruplarına göre genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermiştir (Grafik 2.2).



Grafik 2.2. Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksinin Yaş Gruplarıyla İlişkisi (Durusu Tanrıöver ve ark. (16)'dan alınmıştır.)

Sağlık okuryazarlığının öneminin Özel İhtisas Komisyonu raporlarında yer almasına rağmen Öncelikli Dönüşüm Programlarında yer verilmemiş olması (77) ve özellikle 18 yaş altı grubuna ilişkin araştırmalara literatürde rastlanamıyor olması

sağlık okuryazarlık olgusunun Türkiye açısından henüze yüksek bir politika düzeyinde bir yer işgal etmediğinin göstergesidir.

2.5. Sağlıklı Ergen ve Ergenlik Döneminin Gelişimsel Özellikleri

2.5.1. Fiziksel Gelişim

Ergenlik biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişim açısından değişimleri içeren bir dönemdir. Bu dönemde biyolojik gelişim göz önüne alındığında iskelet sisteminde hızlı bir büyüme olmak ile birlikte cinsel gelişimin olduğu bir dönemdir. Ergenlikten genç erişkinliğe geçişin olduğu bu süreçte psikolojik gelişim bilişsel gelişim ve kimlik gelişimi özellikleriyle karakterizedir (126).

Ergenin fiziksel gelişimi puberte sırasında gözlenen fiziksel değişiklikler iskelet sistemindeki büyüme ile boy ve ağırlıkta hızlı bir artış ile ikincil cins karakteristiklerinin gelişimi, yağ ve kas dokularının dağılımının ve miktarının değişmesi ve dolaşım ve solunum sistemlerindeki değişiklikler olarak özetlenebilir (127).

Ergenlik döneminin ortalama başlama yaşı kızlarda 10 yaş (ortalama 8-13), erkeklerde 12 yaş (ortalama 9-14); süresi ise kızlarda 3-5 yıl, erkeklerde 3-4 yıldır (17). Türkiye’deki araştırmalar incelendiğinde ergenlik dönemi yaş aralığının 12-25 olarak alındığı görülmektedir (128).

Farklı özellikleri ve inceleme kolaylıkları nedeniyle İstanbul Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi kitabında ergenlik dönemi şöyle sınıflandırılmıştır:

1. Erken ergenlik: 11-15 yaşlar arasındaki dönemdir.
2. Orta ergenlik: 14-15 yaşlarından başlayıp, 16-17 yaşlara kadar süren dönemdir.
3. Geç ergenlik: 16-17 yaşlardan başlayıp 20’li yaşlarda sona erer (129).

Ergenlikte biyolojik değişimlerin temel unsurları genç insanın fiziksel görünüşünde ve üreme yeteneğinin kazanılmasındaki değişikliklerdir (130). Erken ergenlik döneminin başlaması ile önemli bir ağırlık artışı görülür. Bu dönemde kızlar ağırlık olarak erkeklerden öndedir. Ancak 14 yaş itibari ile erkekler öne geçer.

Ergenlik döneminin başlangıcında kızlar ve erkekler boy olarak aynıdır ya da kızlar erkeklerden daha uzundur, ancak ortaokul döneminin sonunda birçok erkek boyca kızlara yetişir ve çoğu ise kızları boyca geçer (131).

Sekonder seks karakterlerinin muayenesinde ise, Tanner evrelemesi kullanılmaktadır. Bu evreleme yönteminde kullanılan gelişim parametreleri pubik kıllanma, meme gelişimi, menarş, testiküler ve penil gelişmedir. Evre 1 prepubertal büyüme ve gelişme, Evre 2-4 pubertenin ilerlemesi, Evre 5 ise seksüel matürasyon anlamındadır. Seksüel matürasyon boy, kilo ve hormonal değişikliklerin tamamlanmasıdır. Kızlarda 8, erkeklerde 9 yaştan önce puberte belirtilerinin ortaya çıkmasına puberte prekoks denilmektedir. Bu durum santral veya periferik nedenli olabilmekte, kısa boy ve psikososyal stres gibi komplikasyonlara neden olmaktadır. Tümör, enfeksiyon, sistemik hastalıklar gibi nedenlerle puberte gecikebilir. Gizli kalmış kronik hastalık yönünden uyanık olunmalıdır (17).

Ergenlik dönemi sona ererken ergen bireyselleşmesini tamamlamıştır. Bununla birlikte ergen ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden duygusal anlamda bağımsızlaşmış, yaşlılarıyla yeni ve daha olgun ilişkiler kurmaya hazırdır (129)

2.5.2. Psikososyal Gelişim

Ergenlik dönemi, fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını, kimlik duygusunu ve sosyal üretkenliğini kazandığı zaman sona eren bir dönemdir (126).

Ergenlik dönemi kimi durumlarda puberte ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Ancak ergenlik dönemi puberteden farklı olarak psikososyal gelişimi de içermektedir. Ergenin erişkin ile aynı seviyede düşünmeye başlaması ve erişkin gibi davranması bu psikososyal gelişimlerden bazılarıdır (127).

Erken ergenlik dönemi olarak da nitelendirilen ergenlik döneminin başlangıcında (11-15 yaş) bireylerin iskelet sisteminde meydana gelen hızlı büyüme ile meydana gelen fiziksel değişikliklere uyum çabaları görülmektedir. Bir sonraki aşamada yani orta ergenlik döneminde (15-17 yaş) ise bireyselleşme çabaları gözlemlenmektedir. Bu durum anne-babadan ve diğer sosyal çevreden ayrılarak karşı

cins ve akran ilişkilerine doğru yönelimler görülmektedir. Buna bağlı olarak bu dönemde her sorun ile ilgili başa çıkabileceğine yönelik olan inanç ile risk durumlarını hesap edememeleri çatışmalara yol açabilmektedir. 16-17 yaş civarında başlayan geç ergenlik döneminde ise, kimlik gelişimi ön plana çıkmaktadır. Geçmişte yaşanmış çatışmalar tekrar yaşanır ve bu çatışmalar sonucunda ergen yeni değerler ve roller edinilir. Yapılan sentezler sonucunda kimlik duygusu oluşur (126).

Ergenlik döneminde gerek fiziksel değişimlere uyum sağlama çabası gerekse bağımsızlaşma çabası hem kendisine hem de ailesine yabancılaşma duygusunun ortaya çıkmasına sebebiyet vermektedir. Bununla birlikte erken ya da geç dönemde ergenlik sürecine girmek akranlarıyla benzer olmayan ihtiyaçların ve özelliklerin ortaya çıkmasına ve buna bağlı olarak ergen de içinde bulunduğu sosyal çevreye karşı suçluluk ve utanç duygusunun ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Her ne kadar psikososyal gelişim sürecinde ergen bağımsızlaşmaya çabalasa da bu durum aynı zamanda çaresizlik, yalnızlık, güvensizlik duygularını da beraberinde getirebilmektedir (17).

Riskli durumların az hesaplanmasına bağlı olarak bu dönem riskli davranışların yoğun bir biçimde görüldüğü bir dönemdir. Bu davranışlar direkt olarak ya da indirekt yollarla ergenlerin sağlık ve iyilik hallerini etkileyen ve yaşamlarına olumsuz sonuçlar doğurabilecek davranışlar olarak tanımlanır. Ergenlik döneminde madde kullanımı, şiddet ve güvensiz cinsel ilişki yoğun olarak karşılaşılan ve halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen riskli davranışlar arasındadır. Bununla birlikte psikososyal problemler ve obezite de ergenlik döneminde riskli durumlar olarak görülmeye başlanmıştır (126).

2.6. Eğitim Müfredatında Sağlık

Milli Eğitim Bakanlığı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) tarafından 2001-2005 tarihleri arasında gerçekleştirilen “Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi” projesinde okuldaki etkili sağlık eğitiminin, okul içinde ve çevreleyen toplumda geniş bir etkinlikler yelpazesini içerdiği, bu etkinliklerin çocukları ve gençleri var olan potansiyellerini kullanarak sağlığa ulaştırmak ve eğitimde olduğu kadar sağlıklı yaşamda başarılı olmalarını

sağlamak için planlanması gerektiği ve okul sağlığı programlarının toplum tarafından güçlendirilirse, toplumun sağlığını geliştirilmesine katkı yapacağı belirtilmiştir (14).

Bu doğrultuda atılan adımlardan sağlık konusunda ergenlerin yanlış inanış, tutum ve davranışlarının değiştirilmesi; bunun sonucunda ergenlerin sağlığını koruyabilmesi ve sağlık yaşam becerilerini kazanmış yasal haklarını bilen sağlıklı bireylerin topluma ve ülkeye kazandırılması amacıyla eğitim müfredatı içerisinde de “Sağlık Bilgisi” dersini yerleştirmiştir (132).

Bu amaçla 9. Sınıf düzeyindeki öğrencileri için Sağlık Bilgisi dersi eğitim müfredatı içerisinde yer almaktadır. Öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeylerini arttırmayı amaçlayan program çerçevesinde sağlıklı yaşam becerilerini geliştirmek ile beraber sağlıkla ilgili bilgi edinme ve çözüm üretebilme gibi alt amaçlar yer almaktadır.

MEB (132), Orta Öğretimde Sağlık Bilgisi Dersi Öğretim Programı kitapçığında Sağlık Bilgisi dersi programının amaçlarından bazıları şu şekilde sıralamıştır:

- Sağlıkla ilgili temel kavram ve terimleri kavramaları,
- Sağlıklı olmanın ve sağlıklı bir yaşam sürdürmenin temel insan haklarından biri olduğunun farkına varmaları,
- Yeterli ve dengeli beslenmenin bireyin sağlığının geliştirilmesi ve korunmasındaki önemini kavramaları ve kişisel sağlık durumunu etkileyen olumsuz tutum ve davranışların toplum sağlığını da olumsuz etkileyeceğini, sağlıklı toplumların sağlıklı bireylerden oluştuğunun farkına varmaları,
- Toplumdaki sağlık sorunlarının sosyal ve ekonomik sebeplerini ayırt etmeleri,
- Kendi sağlıkları ile ilgili yaptıkları yanlış davranışlarını fark etmeleri ve düzeltme girişiminde bulunmaları; kendilerinin ve çevrelerinin sağlık şartlarını değerlendirerek daha iyi düzeye getirebilmek için çaba göstermeleri,
- Hastalıkların tedavisinde erken tanının önemini kavramaları, bulaşıcı hastalıklardan korunma yollarını bilerek gerekli önlemleri almaları ve

bununla birlikte koruyucu sağlık hizmetlerinin kişi ve toplum sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini kavramaları,

- Büyüme ve gelişmenin belli evreleri içeren bir süreç olduğunun farkına vararak ergenlik çağında bedenlerinde oluşan fizyolojik ve ruhsal değişikliklere uyum sağlamaları,
- Sağlıkla ilgili edindikleri bilgileri içinde buldukları duruma göre değerlendirmeleri,
- Akıl ve ruh sağlığının birey ve toplum açısından önemini kavramaları,
- Aile planlamasının bireysel yaşam kalitesini yükselttiğinin farkına varmaları,
- Sağlığın ölçülebilir olduğunu ve bu ölçütlere göre toplumların sağlık düzeylerinin karşılaştırılabileceğini fark etmeleri ve sağlıkla ilgili gelişmeleri izlemeleri amaçlanmaktadır.

Alkan ve ark. (133), okullarda verilen sağlık eğitimi ile ilgili durum raporunda gerekli niteliklere sahip bir okul sağlık eğitimi programının kriterleri üzerinde durmuştur. Buna göre okul sağlık öğretim programı okul öncesi dönemde başlayan ve orta öğretimin sonuna kadar süren planlı ve aşamalı bir program olduğu vurgulanmıştır.

Sağlam (134) Orta Öğretimde Sağlık Bilgisi Dersinin Niteliği ve Öğrencilerin Derse İlgileri adlı araştırmasında Sağlık Bilgisi dersinin içeriği ve programı M.E.B. tarafından titiz bir şekilde hazırlandığı ancak öğretmenler ve öğrencilerin büyük çoğunluğu dersin öğretim ve öğreniminin yetersizliğine inandıkları sonucuna ulaşmıştır.

2.7.Ergenler ve Sağlık Okuryazarlığı

Ergenlik dönemi, fiziksel, ruhsal, biyokimyasal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşma süreçleriyle içinde çocuklukla yetişkinliği birbirine bağlayan bir geçiş dönemidir. Bu süreçte, ergen riskli davranışlar sergileyebilmekte ve olumsuz etkilenmelere açık bir hale gelmektedir. Bununla birlikte, bu süreçte uygun yöntem ve tekniklerle ergenlere sunulacak sağlık eğitimi, fiziksel ve psikososyal açıdan hızlı bir

gelişimin olduğu bu dönemi gerek birey gerekse toplum sağlığı açısından bir fırsat dönemi haline getirebilmektedir (102,131).

Bedensel, ruhsal, sosyal ve kişisel inançlar açısından iyilik hali ergenler tarafından farklı biçimlerde ifade edilebilmektedir. Bu nedenle hastalık süreci de farklı biçimlerde tanımlanmaktadır.. Özellikle ergenlerin hastalık tedavi süreci, değerlendirilme aşaması ve hastalığa yaklaşımı çocuk ve erişkinlere göre farklılıklar içermektedir (135).

Ergen yaş grubu ve ergen sağlığı incelendiğinde, birinci basamakta sağlık hizmeti sunumunda göz önünde bulundurulması gereken, döneme özgü birkaç önemli özellik göze batmaktadır:

- Ergenler hastanelere herhangi bir sebeple başvurmadıkça var olan sağlık problemleri, içinde buldukları dönemin pek çok psikolojik, sosyal ve fizyolojik değişiminden biri gibi kabul edilerek genellikle fark edilememektedir.
- Ancak, ergenlerin sağlık kurumlarına başvurma sıklıklarının diğer yaş gruplarına göre oldukça düşük olduğu gözlenmiştir. Ergen birey ciddi bir şikayeti olmadıkça doktora başvurmamakta, genel bir sağlık taramasından geçmemektedir. Dolayısı ile hem ergenlik dönemine özgü, kişinin ileriki yaşamını etkileyebilecek pek çok sağlık sorunu gözden kaçmakta hem de yaşamın erken döneminde başlayan bazı sistemik, kalıtsal ve metabolik hastalıkların erken tanı şansı atlanmaktadır.
- Diğer yandan ergenler, toplum hayatı ile sıkı iletişim içindedirler. Özellikle okul çağında olmaları nedeni ile tüm yaşadıkları, aileleri, arkadaşları ve yakın çevrelerine de yansımaktadır. Bu durum, ergenin sağlık hizmetlerine başvurmasını beklemeden onlara etik kuralları gözeterek yapılandırılacak toplum yönelimli müdahalelerle birinci basamakta ulaşılmasının daha etkin olabileceğini düşündürmektedir (17).

Literatür incelendiğinde özellikle 18 yaşına girmeden önce ergenlerin sağlıklı okuryazarlık düzeylerini gösteren istatistiki bir bilgiye rastlanmamıştır. Ancak yürütülen çalışmalar bulunmaktadır. Bunlardan biri sağlık okuryazarlığı düzeyinin

geliştirilmesi amacıyla Pfizer ve Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfı tarafından 2005 yılında başlayan “Gençlere sağlık projesi” kapsamında 17-25 yaş arası gençler ve 12-17 yaş arası ilköğretim ikinci basamak ile ortaöğretim öğrencilerin sağlık bilgisinin geliştirilmesine yönelik eğitim çalışmaları sürdürmektedir (102,136).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren, çalışma grubu, veri toplama araçları ve verilerin analizi açıklanmıştır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma “Nitel Araştırma” deseniyle yürütülmüştür. Nitel araştırmayı, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel bilgi toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma olarak tanımlamak mümkündür (55).

Bu çalışmada 15-17 yaş arasındaki ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini ortaya koyan kavramlar ile ilgi neler bildiğini, sağlık hakkında neler deneyimlediklerini ve bu deneyimlerin onlara sağladığı bilgileri ortaya koymak, bu bilgileri üzerinde hangi değişkenlerin rol oynayabileceğine ilişkin hipotezler geliştirmek ve araştırmanın gelecekte sağlık okuryazarlığı ile ilgili araçların geliştirilebilmesi için zemin oluşturması amaçlanmaktadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 2016-2017 eğitim öğretim yılında Ankara ili Çankaya ilçesinde yer alan liselerde okuyan 15-17 yaş arasındaki ergenler oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırma çalışma grubu amaçlı örnekleme yöntemlerinden olan amaçlı rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Amaçlı rastgele örnekleme stratejisi, durumların rastgele seçilmesi ihtimalini otomatik olarak ortadan kaldırmaz. Burada amaç belli durumların araştırma için neden seçildiğine dair şüpheleri azaltarak inanırlığı sağlamaktır (137).

Araştırma kapsamında yapılan literatür taraması göz önüne alınarak yüksek düzeyde veri çeşitliliğine ulaşabilmek için çalışma grubu belirlenmiştir. Ankara ili Çankaya ilçesinde yer alan yüksek sosyoekonomik ve düşük sosyoekonomik düzeye

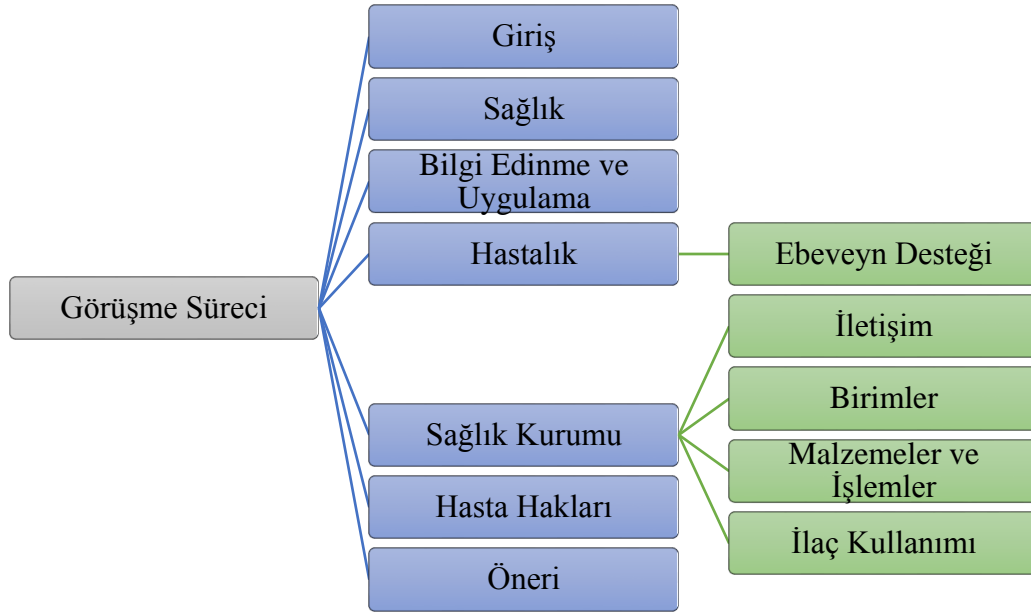
sahip olan bölgelerde yer alan liseler amaçlı rastgele örnekleme yolu ile seçilmiştir (56). Sağlık liselerinde verilen eğitimin sağlık okuryazarlığı ile ilgili elde edilecek sonuçları etkileyeceği düşüncesiyle çalışma grubu seçimi yapılır iken bu liseler çıkarılmıştır.

Geriye kalan 60 liseden iki sosyoekonomik düzeye sahip 6 lise seçilmiştir. Bu liselerden ise, üç akademik seviyede toplam 24 kişi amaçlı rastgele örnekleme yolu ile seçilmiştir. Burada amaç evreni temsil edecek bir istatistiksel sonuç elde etmek değil; bireylerin çeşitliliğini maksimum derecede yansıtmaktır.

3.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmanın amacı kapsamında nitel veri toplama araçlarından biri olan “yarı yapılandırılmış görüşme formu” kullanılmıştır. Yapılandırılmış soru biçimlerinin yer aldığı nicel görüşme yöntemlerine nazaran nitel görüşme yöntemlerinde araştırmaya katılan bireylerin görüşlerini ortaya çıkaran, bununla birlikte deneyimleri ile ilgili daha ayrıntılı ve derin veriler sunan bir veri toplama tekniğidir. Guba ve Lincoln (138), nitel görüşmelerin araştırmacı ve katılımcılara, geçmişi yeniden inşa etme, bugünü yorumlama ve geleceği kestirebilmek üzere zaman içinde ileri ve geri gitme imkanı verdiğini belirtmişlerdir. Bu bağlamda araştırma veri toplama aracı olarak alanyazındaki sınıflandırmalar da dikkate alınarak ve uzman görüşü ile araştırmacı tarafından “Görüşme Formu” hazırlanmıştır (EK-3).

Görüşme formu giriş, sağlık, bilgi edinme ve uygulama, hastalık, sağlık kurumu, hasta hakları ve öneri olmak üzere 7 ana temadan oluşmaktadır. Bununla birlikte hastalık teması içerisinde ebeveyn desteği alt teması bulunurken; sağlık kurumu teması içerisinde ise, iletişim, birimler, malzeme ve işlemler ile ilaç kullanımı alt temaları bulunmaktadır (Şekil 3.1.).



Şekil 3.1. Nitel Görüşme Süreci Temaları

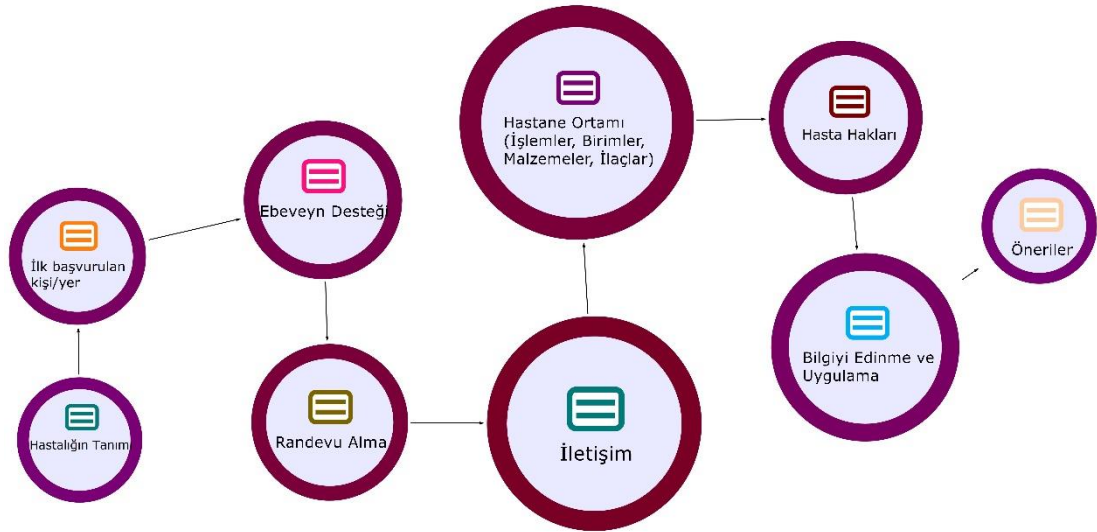
3.5. Veri Toplama İşlemi

Araştırma kapsamında veri toplamak amacıyla ilk olarak Hacettepe Üniversitesi bilim etik kurulunun karar onayı alınmıştır (EK-1). Ardından rastgele seçilmiş olan liseler için Milli Eğitim Bakanlığı'ndan uygulama için gerekli izin yazıları alınmıştır (EK-2). MEB izin yazısı alınmasıyla birlikte liselerde yer alan yetkili kişilerle ön görüşme yapılarak araştırmacının amacı, araştırmanın gerekliliği ve niteliği, katılımın gönüllülük esasına dayandığına dair bilgi verilmiştir. Katılımcılar aynı şekilde görüşme öncesinde bilgilendirilmiş ve araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarına yönelik onam formu imzalatılmıştır (EK-4). Her görüşme öncesinde görüşme formunda yer alan araştırmacının amacı, araştırmanın gerekliliği ve niteliği, katılımın gönüllülük esasına dayandığı, ortalama ne kadar süreceği ve görüşmelerin kayıt altına alınacağı bilgisi verilmiştir. Bununla birlikte katılımcılar görüşmenin herhangi bir yerinde görüşmeden ayrılacakları konusunda da bilgilendirilmiştir.

Uygulamada Çankaya'da yer alan 6 lisede yer alan 15-17 yaş arasındaki ergenler ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Her okulda görüşmenin yapılabileceği sessiz ve görüşmeci ile katılımcı dışında kimsenin bulunmayacağı bir oda ayarlanmıştır. Uzman görüşü kapsamında araştırma planlanırken görüşmenin

yaklaşık 1 saat sürmesi planlanmış ve bilgilendirmeler bu kapsamda yapılmıştır. Ancak görüşmeler en az 20 en fazla 40 dakika sürmüştür.

Görüşme öncesinde yapılan bilgilendirmeler sonrasında görüşmeler katılımcının onayı ile birlikte kayıt altına alınmaya başlanmıştır. Görüşme başlangıcında katılımcıların demografik bilgilerine ulaşmak ile birlikte rahatlamaları amacıyla günlük hayatlarına yönelik sorular yöneltilmiştir. Daha sonrasında ise geçmiş yaşantılarına yönelik açık ve kapalı uçlu sorular yöneltilmiştir. Görüşme sırasında sorulacak soru sıralaması bulunmak ile birlikte katılımcı görüşme esnasında önceden belirlenmiş olan soruların cevaplarını başka soruların yanıtlanması esnasında alınmış ise araştırmacı bu soruları tekrar sormamıştır. Görüşme sürecindeki ilerleme bireylere göre değişmekle birlikte genel olarak sürecin ilerleme biçimi ana kategorilerle birlikte Şekil 3.2’de verilmiştir.



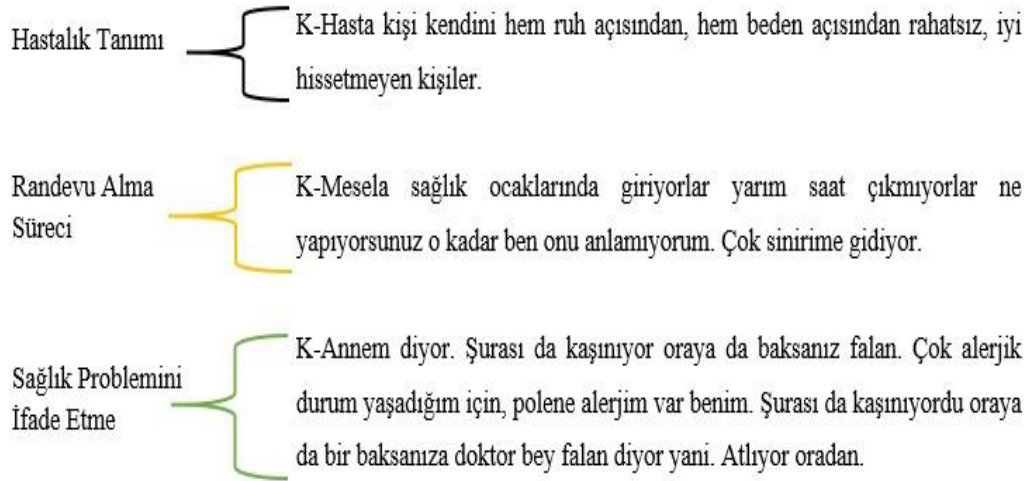
Şekil 3.2. Görüşme Süreci Ana Kategorileri

3.6. Verilerin Analizi

Veri kaybını engellemek amacıyla kayıt altına alınan görüşmeler bilgisayar ortamında yazılı dökümanlar haline getirilmiştir. 24 katılımcıya ait yaklaşık 184 sayfalık bir veri seti elde edilmiştir. Birebir çözümlenen kayıtlar nitel veri analizi programı MaxQDA programı yardımı ile içerik analizi yapılmıştır. Görüşme formu hazırlanma sürecinde incelenen alanyazına dayalı olarak kavramsal çerçevesinde belirlenmiş olan temalar birer şemsiye kategori olarak kullanılmıştır. Bu temalar

altında yer alan sorular alt kategorileri oluşturmuş ve verilen yanıtlar bu kategorilerde yer almıştır.

Kodlama aşamasında ilk olarak yazılı dökümanlar okunarak araştırma kapsamına giren bölümler daha önce belirlenmiş olan şemsiye temalar altına alınmıştır. Çalışma grubundaki benzerlikler ve farklılıklar karşılaştırılıp “neyi temsil ettiği” sorgulanmıştır. Kodlamalar anlamlı bölümlere bazen bir kelime ya da paragraf bazense bir cümle verilerek yapılmıştır. Kodlama örneği Şekil 3.3.’de gösterilmektedir.



Şekil 3.3. Sağlık Okuryazarlığı Kodlama Örneği 1

İkinci aşamada transkripsiyonlarda etiketlenmiş paragraflar, cümleler ve kelimeler tekrar okunarak eldeki verilerden kodlamalar yapılmıştır. Bu kodlamalar ilk aşamada belirtilen temalar altında bağ kurularak verileri yeniden farklı yollarla bir araya getirme işlemlerini içermektedir. Yani yazılı dökümanlar üzerinde işaretlenen temaların altında alt kategoriler oluşturulmuş, aynı kategoriye girebileceği düşünülen veriler birleştirilmiştir. Alt kategorilere yönelik yapılan kodlama örneği Şekil 3.4.’de verilmiştir.

Document System	Count	Code System	Count
Erkek	786	demografik bilgiler	171
erkek1	28	Öneriler	0
erkek2	34	Sağlık Kurumları	24
erkek3	31	Aile	22
erkek4	32	Okul	31
erkek5	28	İlaçlar	15
erkek6	39	Hasta Hakları	24
erkek7	30	İşlemler	46
erkek8	35	Malzemeler	64
erkek9	37	Hastane birimleri	57
erkek10	32	Bilgiyi Edinme ve Uygulama	83
erkek11	28	İletişim	61
erkek12	37	Sağlık Problemini Kim İfade	24
Kadın	395	Randevu Alma	31
kadın1	42	Hastalık Durumunda Ebeveyn	39
kadın2	25	İlk başvuru olan kişi/yer	26
kadın3	36	Kronik Hastalığı Olan Yakın Çevre	24
kadın4	30	Hastalığın Tanımı	0
		Psikolojik	1
		Psikolojik Bozulma	1
		Fizyolojik	0
		Sistemin Bozulması	31
		Yaşamsal faaliyetleri	5
		Ruhen ve bedenen iyilik	3
		Hastalığı tanımlayamayan	3
		Sets	0

Document Browser: Kadın\kadin1	Code	Category
..Soğuk algınlığı	42	A-Pe
..Çok sık	43	K-E
..SGK	44	A-Si
..Ruhen ve	45	K-Ex
..Kronik hastalığı	46	A-Pe
..Baba	47	K-Ha
	48	A-Ru
	49	K-Ve
	50	A-Ki
	51	K-Ba
	52	A-Al
	53	K-Ci
	54	A-Sa
	55	K-De
	56	A-Ba
	57	K-Ex
	58	A-M
	59	K-Ge
	60	A-Te

Şekil 3.4. Sağlık Okuryazarlığı Kodlama Örneği 2

Şekil 3.4. incelendiğinde kodlamanın ilk aşamasında “Hasta kişi kendini hem ruh açısından, hem beden açısından rahatsız, iyi hissetmeyen kişiler” ifadesi hastalık tanımı olarak kodlanmıştır. Ardından bu cümle ruhen ve bedenen iyilik hali olarak alt kategoride değerlendirilmiştir.

Kodlamanın son aşamasında ise önceden belirlenmiş olan temalar merkeze alınarak alt kategoriler sistematik bir şekilde incelenmiştir. Alt kategoriler arasında benzerlik ve farklılıklar tekrar gözden geçirelerek merkez temayı tanımlayıcı bir hikaye oluşturulmuştur.

Bununla birlikte programın sunduğu ‘Model’ oluşturma işlevi sayesinde, temalar ve alt kategorilerinde katılımcıların yanıtlarını görselleştirilmesi sağlanabilmiştir. Burada vurgulanması gereken önemli bir nokta şudur ki, bu tür modeller program tarafından ‘otomatik’ biçimde oluşturulmamaktadır. Programın

katkısı, analizde oluşturulan kategorileri modele taşıyabilmesi ve istenilen bir anda çok hızlı biçimde kategori içeriğini, hatta bu kategoride kodlu metin parçasını orijinal bağlamında görme olanağı sunmasıdır (138).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amacı doğrultusunda görüşmelerden elde edilen verilerin analizleri sonucunda ulaşılan bulgulara ve yorumlara aşağıdaki bölümlerle yer verilmektedir.

- Demografik Bilgiler
- Bulgulara Yönelik Modeller

4.1. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular

Çalışma grubunda yer alan 24 ergene ilişkin demografik bilgiler aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1.'de çalışma grubunda yer alan erkek ergenlerin demografik özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Erkek Ergenlerin Demografik Özellikleri

Kişi	Yaş	Kronik Hastalık	Spor	Hastaneye Başvurma Sıklığı	Anne Çalışma Durumu
E1	15	Var	Bazen	Ender	Çalışmıyor
E2	15	Var	Hiç	Ender	Çalışıyor
E3	17	Var	Hiç	Ender	Çalışmıyor
E4	17	Var	Hiç	Bazen	Çalışmıyor
E5	17	Var	Bazen	Bazen	Çalışmıyor
E6	17	Var	Hiç	Ender	Çalışmıyor
E7	15	Var	Bazen	Ender	Çalışmıyor
E8	16	Var	Hiç	Ender	Çalışmıyor
E9	16	Var	Sık sık	Ender	Çalışıyor
E10	15	Var	Hiç	Ender	Çalışıyor
E11	16	Var	Hiç	Ender	Çalışmıyor
E12	17	Var	Sık sık	Ender	Çalışıyor

Tablo 4.1 incelendiğinde çalışma grubunda yer alan 12 erkek ergenin 4'ü 15, 3'ü 16 ve 5'i 17 yaşında olduğu; 12 erkek ergenin çevresinde kronik hastalığı olan bir yakını olduğu; 7 erkek ergenin hiç spor yapmadığı, 3'ünün bazen spor yaptığı ve 2'sinin sık sık spor yaptığı; 10 ergenin hastaneye başvurma sıklığı ender, 2'sinin ise hastaneye başvurma sıklığının bazen olduğu; 8 erkek ergenin annesinin çalışmadığı görülmektedir. Bununla birlikte çalışma grubunda yer alan tüm ergenlerin babaları çalışmakta ve sağlık güvenceleri vardır.

Tablo 4.2.'de çalışma grubunda yer alan kadın ergenlerin demografik özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Kadın Ergenlerin Demografik Özellikleri

Kişi	Yaş	Kronik Hastalık	Spor	Hastaneye Başvurma Sıklığı	Anne Çalışma Durumu
K1	15	Var	Hiç	Çok Sık	Çalışmıyor
K2	15	Yok	Hiç	Ender	Çalışmıyor
K3	16	Yok	Sık sık	Çok Sık	Çalışıyor
K4	16	Yok	Bazen	Ender	Çalışmıyor
K5	17	Var	Hiç	Bazen	Çalışıyor
K6	17	Var	Hiç	Ender	Çalışmıyor
K7	16	Yok	Bazen	Ender	Çalışmıyor
K8	15	Var	Bazen	Bazen	Çalışmıyor
K9	15	Var	Sık sık	Ender	Çalışmıyor
K10	16	Var	Hiç	Ender	Çalışmıyor
K11	17	Var	Hiç	Ender	Çalışmıyor
K12	17	Yok	Hiç	Ender	Çalışıyor

Tablo 4.2 incelendiğinde çalışma grubunda yer alan 15, 16 ve 17 yaşlarında 4'er kişi olmak üzere toplam 12 kadın ergenin olduğu; 7 kadın ergenin çevresinde kronik hastalığı olan bir yakını olduğu; 7 kadın ergenin hiç spor yapmadığı, 3'ünün bazen spor yaptığı ve 2'sinin sık sık spor yaptığı; 8 ergenin hastaneye başvurma sıklığı ender, 2'sinin hastaneye başvurma sıklığının bazen, 2'sinin ise çok sık olduğu; 9 kadın

ergenin annesinin çalışmadığı görülmektedir. Bununla birlikte çalışma grubunda yer alan tüm ergenlerin babaları çalışmakta ve sağlık güvenceleri vardır.

4.2. Bulgulara Yönelik Modeller

Araştırmaya katılan ergenlerin sağlık okuryazarlığına yönelik görüşlerinden oluşturulan verilerin analizleri sonucunda ulaşılan elde edilen bulgular, modeller şeklinde aşağıdaki bölümlere ile sunulacaktır:

- Hastalığın Tanımı
- İlk Başvurdukları Kişi/Yer ile Aldıkları Ebeveyn Desteği
- Randevu Alma Süreci
- Sağlık Personeli ile İletişim
- Hastane Ortamı
- Hasta Hakları
- Bilgiye Ulaşma Yöntemleri
- Öneriler

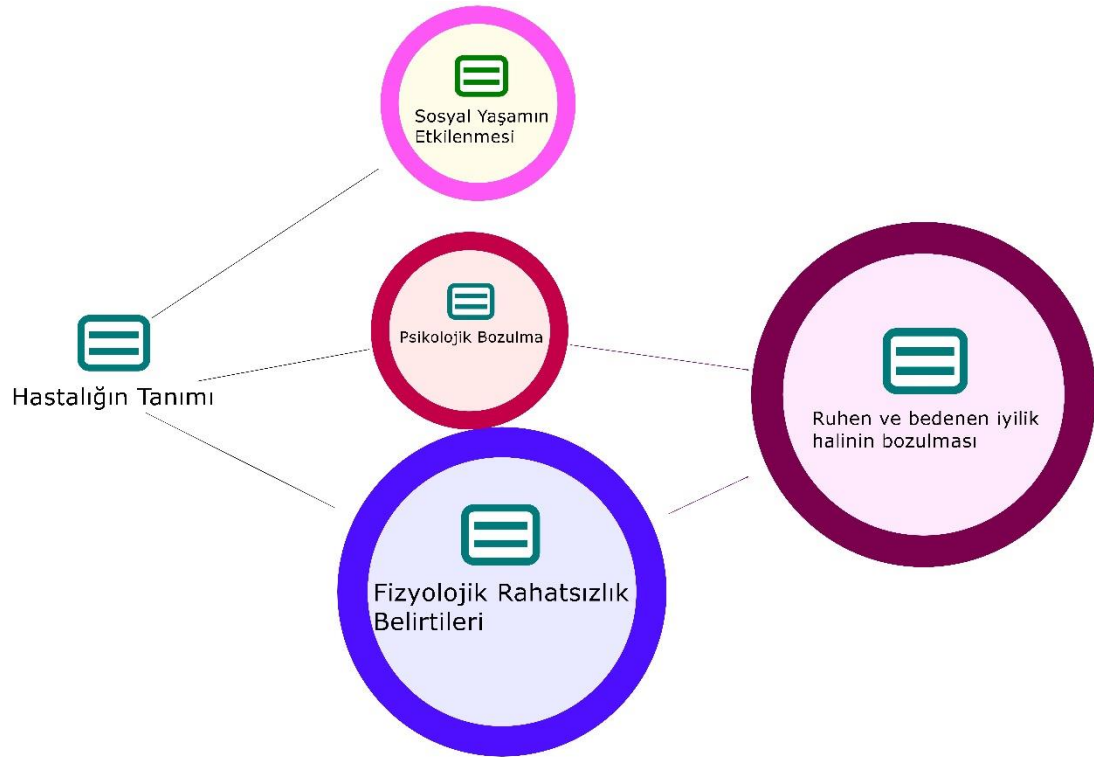
Hastalığın Tanımı

Araştırmaya katılan ergenlerin hastalığın tanımı ile ilgili görüşler incelendiğinde “E2: *Hastalık insanın vücut direncinin düşmesi gibi, mikrop kapması*”, “E9: *Hastalık yani normal olan bir sistemin bozulması gibi geliyor bana. Mesela vücudumuzdaki bir yerimiz falan ağrıdığına veya hastalandığımızda, grip olduğumuzda bunun bence bir sebebi oluyor. Oraya gelen birtakım yanlış bir şeyler o sistemin bozulmasına yol açıyor*”, “K3: *İnsanın vücudunda bulunan canlının vücudunda bulunan olumsuz bir etken*”, “K8: *Vücudumun şey olması yorulması, güçsüz kalması, bakterilerin olması falan*” ifadeler kullandıkları görülmüştür. Bu ifadeler ergenlerin hastalığı daha çok fiziksel durumları göz önüne alarak değerlendirdiklerini göstermektedir.

1 erkek ergenin hastalığı “E8: *İnsanın kendini kötü hissetmesi, yerinde duramaması, ne olacağım ben diye titremesi, üşümesi kendini çok kötü hissetmesi. Psikolojinin bozulması hastalıktır benim için.*” şeklinde ifade ettiği görülmüştür. Bu

ergenin hastalığın fizyolojik belirtilerinin yanı sıra psikolojik bozulmanın da hastalık tanımı içerisinde yer alabileceğini düşündüğü görülmektedir. 3 ergen ise, “K1: Hasta kişi kendini hem ruh açısından, hem beden açısından rahatsız, iyi hissetmeyen kişiler”, “K11: Rahatsızlık, fiziksel olabilir, ruhsal da olabilir ben onun da etkisinin büyük olduğunu düşünüyorum” ve “E11: Ruhi ve bedeni olarak şey tam olarak iyilik halinin olmaması.”, şeklinde ifadeler kullanarak ruhen ve bedenen iyilik halini vurgulamıştır.

1 kadın ergen ise hastalığı “K12: Yani hastalık benim hayatımdaki herhangi bir sosyal faaliyetimi etkiliyorsa, bende oluşan bir şey. Bu benim için bir hastalıktır bence. Bu büyük bir şey de olabilir, küçük bir şey de.” şeklinde ifade etmiştir. Bu ergenin hastalığın sosyal boyutunu da ele alarak ifade ettiği görülmüştür.



Model 4.1. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Hastalık Tanımı

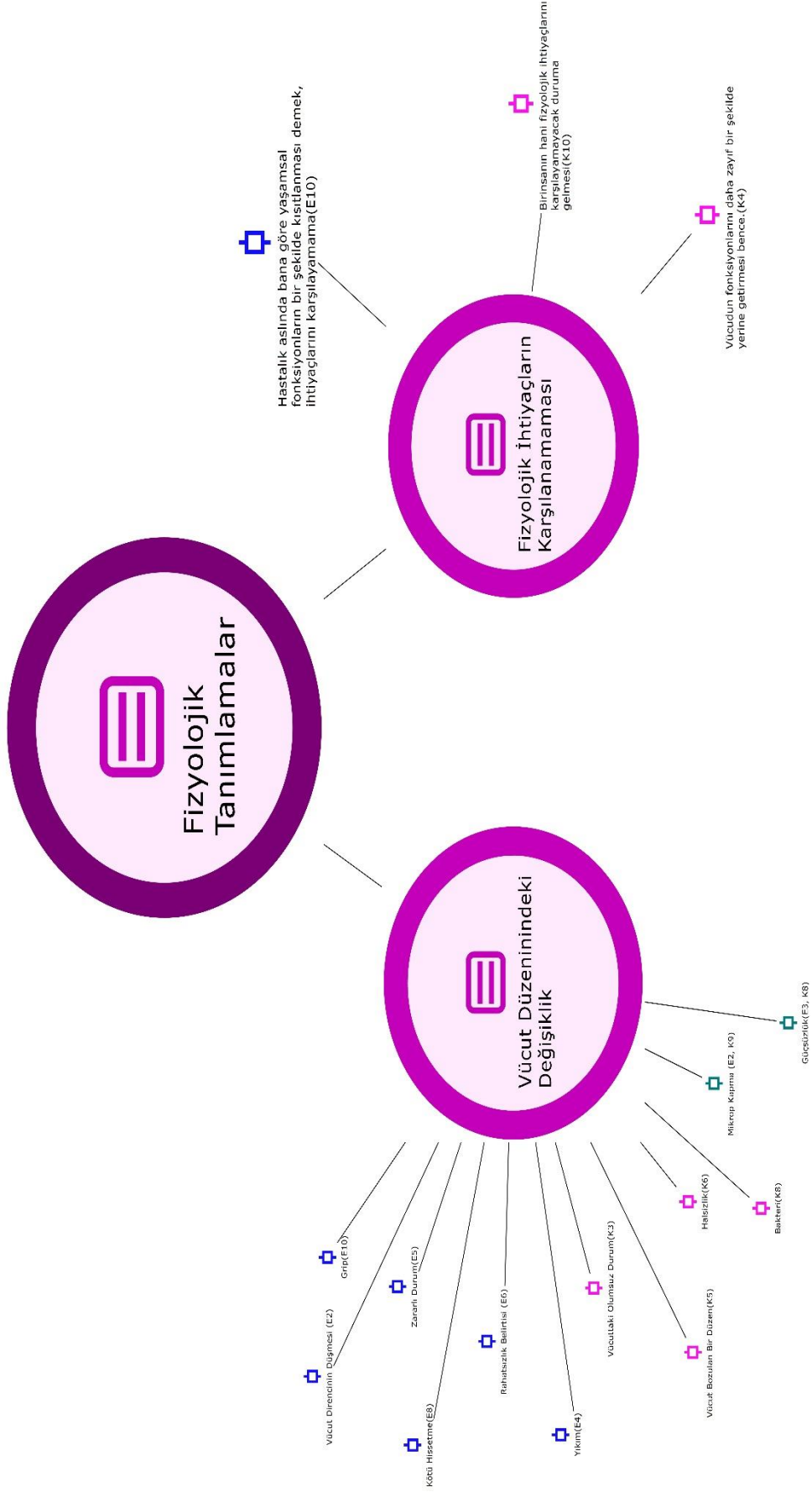
Model 4.1. incelendiğinde araştırmaya katılan ergenlerin hastalık ile ilgili yaptığı tanımlar incelendiğinde fizyolojik rahatsızlık belirtileri, psikolojik bozulma ve sosyal yaşamın etkilenmesi olmak üzere 3 alt kategoriye ayrılmaktadır. Ergenlerin çoğunlukla fizyolojik belirtilerle hastalığı tanımladığı görülmektedir. Bununla birlikte 1 ergen (E8) hastalığın fizyolojik belirtileri ve psikolojik bozulma olarak iki boyutu da

ele alırken 1 ergen (K12) hastalığının sosyal boyutunu da göz önüne aldığı görülmektedir. 3 ergen (K1, K11, E11) ise, hastalığı ruhen ve bedenen iyilik hali olarak ifade edilmiştir.

Genel olarak hastalığı ruhen, bedenen ve sosyal olarak iyilik halinin bozulması tanımından yola çıkılarak bakıldığında hastalık tanımında üç boyutun bir arada ele alınmadığı ancak ruhen ve bedenen olmak üzere iki boyutunun 4 ergen (E8, E11, K1,K11) ergenler tarafından ele alındığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan ve hastalığı tanımlayamayan ergenlerin(3 ergen) “E1: *Bilmem pek hasta olmadığım için*”, “K2: *Yani bilmem ki*” ve “K7: *Hiç düşünemiyorum*” ifadelerini kullandığı görülmüştür. Bu ergenlerin yaş gruplarına dikkat edildiğinde Sağlık Bilgisi dersini almakta olan ya da bir yıl önce almış olan 15 (2 ergen) ve 16 (1 ergen) yaşındaki ergenler oldukları görülmüştür.

Ergenlerin fizyolojik durumları düşünerek yaptıkları tanımlamalar göz önüne alındığında “E2: *Hastalık insanın vücut direncinin düşmesi gibi, mikrop kapması*”, “E3: *Hastalık kelimesinden kötü olmak geliyor aklıma. Her anlamda güçsüzlük geliyor*”, “E10: *Direk aklıma grip geliyor. Her zaman grip*”, “K3: *İnsanın vücudunda bulunan canlının vücudunda bulunan olumsuz bir etken*” ve “K8: *bakterilerin olması falan*” şeklinde ifade ettikleri görülmektedir. Bu ifadelerin vücut düzeninde değişen bir durumu göz önüne aldıkları görülmektedir. “E12: *Hastalık aslında bana göre yaşamsal fonksiyonların bir şekilde kısıtlanması demek, ihtiyaçlarını karşılayamama*”, “K4: *Vücudun fonksiyonlarını daha zayıf bir şekilde yerine getirmesi bence*” ve “K10: *Bir insanın hani fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayamayacak duruma gelmesi vücudunun*” ifadeleri incelendiğinde ise 3 ergenin bir neden sonucunda fizyolojik ihtiyaçların karşılanamaması durumuna gelmesinin hastalık olarak değerlendirdikleri görülmektedir.



Model 4.2. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Fizyolojik Tanımlamalara İlişkin Kategoriler

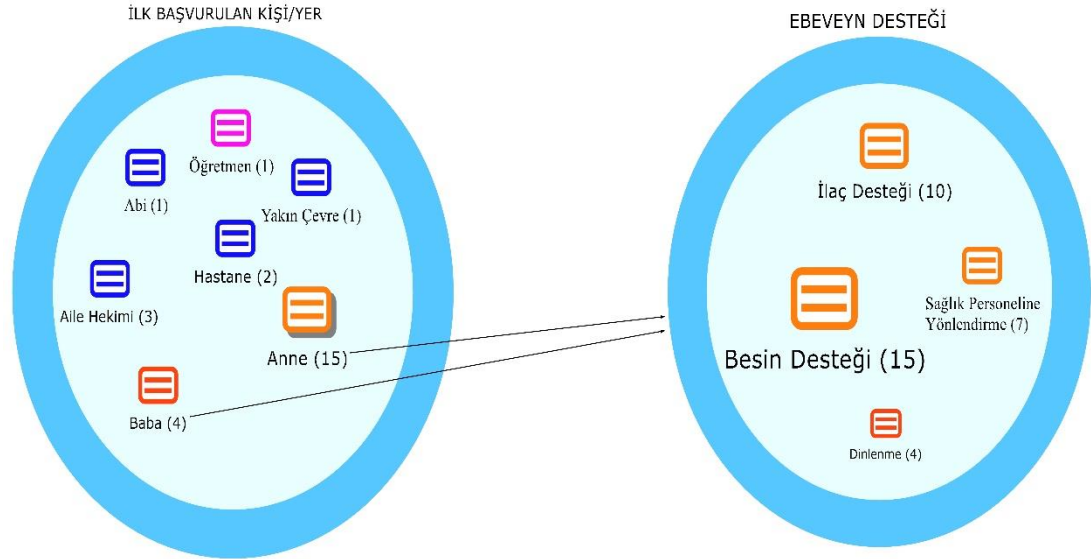
Model 4.2. incelendiğinde hastalık kelimesini fizyolojik unsurları göz önüne alarak tanımlayan ergenlerin çoğunlukla vücudun sisteminin ya da düzenin bozulması sonucu halsizlik, kötü hissetme, zararlı durum, vücut direncinin düşmesi ya da rahatsızlık belirtisi gibi kelimeler ile mikrop kapılması, vücutta bakteri olması, zararlı bir durumun varlığı gibi unsurlar sonucunda vücut düzeninin bozulması ve fonksiyonlarının yerine getirememesi şeklinde ifade edildiği görülmektedir.

İlk Başvurdukları Kişi/Yer ile Aldıkları Ebeveyn Desteği

Araştırmaya katılan ergenlerin hastalandıklarında ilk olarak başvurdukları kişi/yerler ile ilgili görüşlerine bakıldığında “E3:İlk önce annem”, “E6: Annemden, bildiği kadarıyla”, “K8:Annem biliyor çünkü boğazım falan ağrıdığında.” ve “K6: Anneme başvururum. Annemin daha çok bilgisi var Bir yerin ağrıdığı zaman ne yapması gerektiğini ilk önce o çözer” ve “K12: Genelde annem oluyor. Annem her işi hallediyor genelde” gibi ifadeler göz önüne alındığında 15 ergenin ilk olarak annesine başvurduğu görülmektedir. “K1: Daha çok babamdan alıyorum”, “K10: Babama giderdim” ve “K11:Annem ve babama giderim” ifadeleri incelendiğinde 3 kadın ergenin ise babalarına başvurdukları görülmüştür. 3 erkek ergen(E4, E5, E6) ise “E4:Aile hekimine gidiyorum” şeklinde ifade etmişlerdir.

Ergenlerin çoğunlukla annelerine ardından babalarına başvurdukları sonucu çerçevesinde ebeveynlerin hastalık durumunda ev ortamında ebeveynlerden aldıkları destekler incelenmiştir. Ergenler çoğunlukla şu ifadeler kullanmıştır: E5: Nane limon. Ne bilim evde turpun içine bal koyup falan”, “E7: Çorba iç, ihlamur iç, ondan sonra meyve falan sıkıyorlar kendileri”, “E9: mesela kas ağrım oluyor bir yoğurt yerim hani en azından yorgunluğumu alsın falan filan”, “E11: Sonra işte annem nane-limon tarzı bir şeyler falan yapıyor”, “K3: Mesela doğal faktörlerle, bilirsiniz mide ağrısına iyi gelen bitkiler filan var. Onlardan alabilirim küçük sorunları öyle Halletmeye çalışırız” ve “K12: Annem çok dikkat eder. Mesela süttür, yoğurttur her şeyi kendisi yapıyor. Tereyağını bile kendisi yapıyor. Doğal yedirmeye çalışır bizi hani sağlık konusunda.” Bu ifadelerden ebeveynlerinden aldıkları destekler arasında en çok besin desteği olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

“E1: İlaç verilir. Aslında ilaç kullanılması doğal şeylerle aslında insan iyileşebilir de”, “E11: Babam hap veriyor genelde” ve “K7: Mesela ilaç getiriyor. Bazen uyutuyor. Ateşim var mı diye bakıyor” gibi ifadeler incelendiğinde ise ergenlerin ebeveynlerinden aldıkları destekler arasında reçetesiz ilaç kullanımı yani ilaç desteği olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

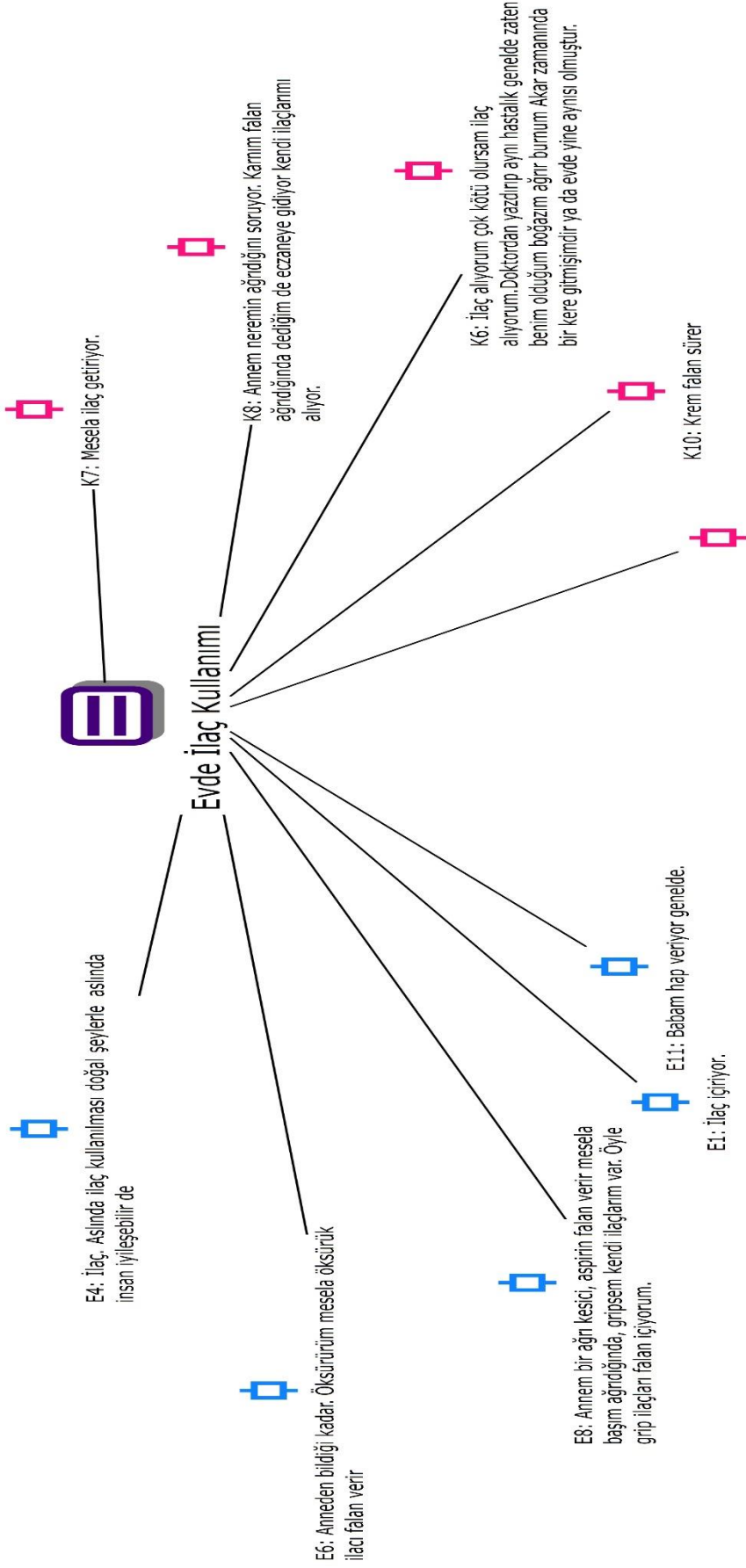


Model 4.3. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Hastalık Durumunda İlk Başvurdukları Kişi/Yer ile Aldıkları Ebeveyn Desteği

Model 4.3. incelendiğinde hastalık durumunda 15 ergenin ilk olarak annelerine başvurdukları görülmektedir. Annelerinden destek almanın dışında babalar ve aile hekimleri de ergenlerin destek almak için başvurdukları kişiler arasında olduğu görülmektedir. Ergenlerin ebeveynlerine başvurmaları durumunda ebeveynlerin çocuklarına sundukları destekler göz önüne alındığında ise çoğunlukla evde besin desteği yapıldığı görülmektedir. Besin desteğinin yanı sıra ergenlerin ebeveynlerinden doktor kontrolünde olmayan reçetesiz ilaç desteği aldıklarını da ifade ettikleri görülmektedir.

“E8: Annem bir ağrı kesici, aspirin falan verir mesela başım ağrıdığımda, gripsem kendi ilaçlarım var. Öyle grip ilaçları falan içeriyorum. Genelde evde oluyor. Mesela başım ağrır işten geliyorum ya da maç yapıyorum terlerim başıma vurur, eve gelirim, bir ilaç içerim terlerim geçer hemen yani o kadar” ve “K8: Annem neremin ağrıdığını soruyor. Karnım falan ağrıdığımda dediğim de eczaneye gidiyor kendisi

ilaçlarımı alıyor” ifadelerinden semptomlara göre, “K2: Eğer çok hafifse ilaç falan veriyorlar öyle. Genelde evde oluyor zaten. Önceden de kullanılıyordu. Hasta olduğumuz zamanlarda kullanılan ilaçlar yani” ifadesinden geçmiş deneyimlere göre ve “K2: Eğer çok ağrım olduğunda direkt hastaneye gidiyoruz zaten. Eğer çok hafifse ilaç falan veriyorlar öyle”, “K6: İlaç alıyorum çok kötü olursam ilaç alıyorum” ifadesinden ise hastalığın şiddetine göre ebeveynlerin ilaç desteği sağladığı görülmektedir. Bununla birlikte ergenlerin demografik bilgilerine göre incelendiğinde çalışan anneye sahip ergenlerin ebeveynlerinden ilaç desteği almadığı, ilaç desteği alan tüm ergenlerin (8 ergen) çalışmayan anneye sahip olduğu görülmüştür.



Model 4.4. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Hastalık Durumunda Ebeveynlerden Aldıkları İlaç Desteği

Model 4.4. incelendiğinde ergenler her iki cinsiyette de besin desteğinden sonra çoğunlukla ebeveynlerinden aldıkları ilaç desteğinin doktor kontrolü dışında verildiğini belirtmişlerdir. Ergenler özellikle hastalığın şiddeti, semptomları ya da geçmiş deneyimlerine göre ebeveynlerinin ilaç tercihinde bulduklarını ifade etmişlerdir.

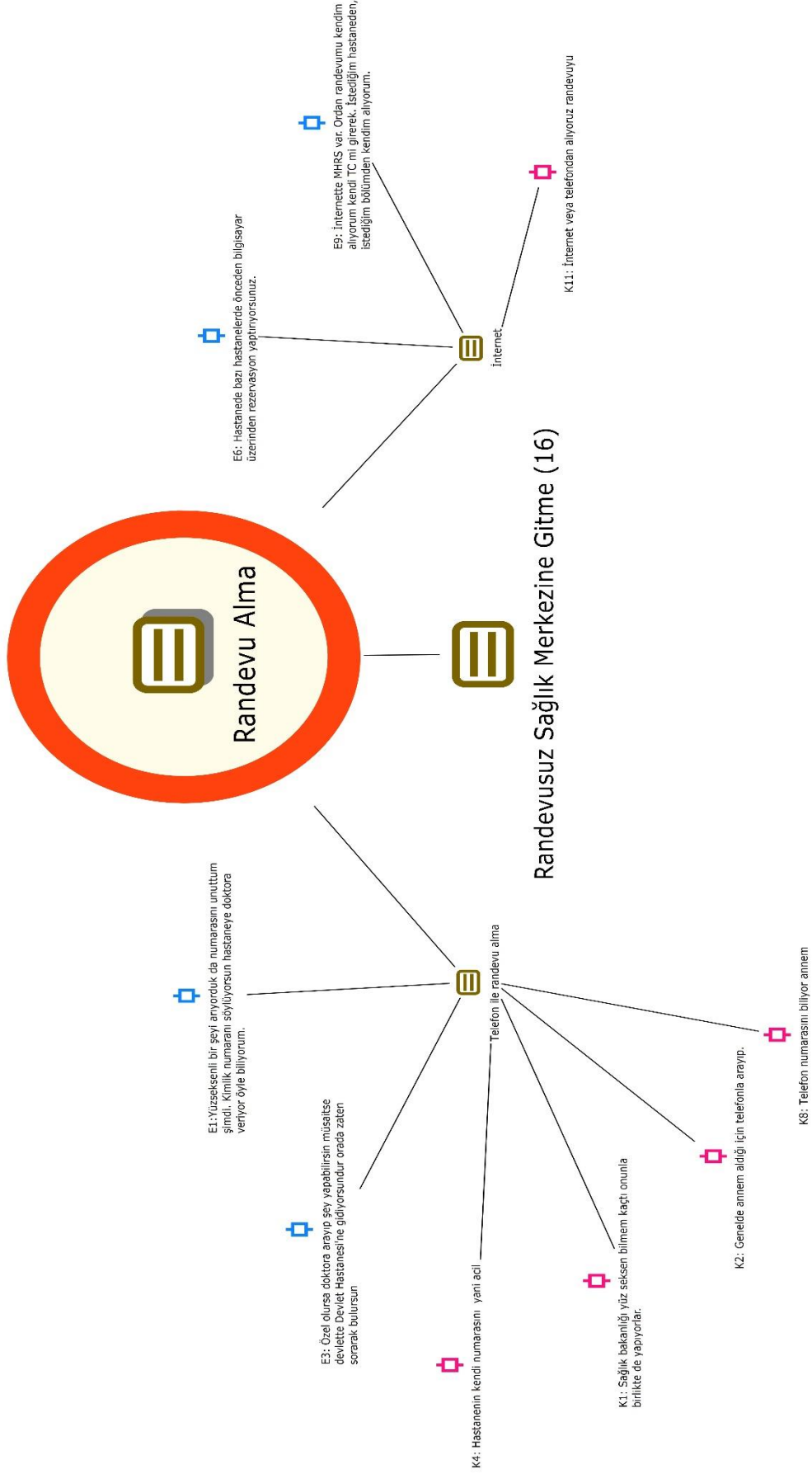
Randevu Alma Süreci

“E4: Nasıl desem, benim rahatsızlığım söylüyoruz önce. Doktor uygunsa sıraya giriyoruz”, “E10: Randevu fazla almıyoruz. Gidiyoruz yani”, “E11: Böyle, ee genellikle acile gidiyorum işte” ve “K8: Yok direkt doktora. Sağlık ocağına gitmiyorum. Direkt hastaneye gidiyorum” gibi ifadeler incelendiğinde ergenlerin çoğunluğunun(16 ergen) randevu almadan sağlık merkezine gitmeyi tercih ettikleri görülmektedir.

Randevu alma durumunda ise, ergenlerin *“E6: Hastanede bazı hastanelerde önceden bilgisayar üzerinden rezervasyon yaptırıyorsunuz”, “E9: İnternette MHRS var. Oradan randevumu kendim alıyorum, kendi TC mi girerek. İstedğim hastaneden, istediğim bölümden kendim alıyorum”, “K9: Randevu sistemi genelde telefondan alınıyor diye biliyorum ya da internetten” ve “K11: İnternet veya telefondan alıyoruz randevuyu”* gibi görüşler belirttiği görülmektedir. Bu görüşlerden internet yoluyla randevu alındığı ile ilgili farkındalıkları olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İnternette randevu alınması ile ilgili *“E9: İnternette MHRS var. Oradan randevumu kendim alıyorum, kendi TC mi girerek. İstedğim hastaneden, istediğim bölümden kendim alıyorum”* ifadesi incelendiğinde Merkezi Hekim Randevu Sistemi ile ilgili ayrıntılı bir tanımlama yaptığı görülmektedir. 9 numaralı erkek ergenin demografik özellikleri göz önüne alındığında ise, profesyonel olarak spor ile uğraşan, çevresinde kronik hastalığı olan yakının olduğu ve çalışan bir annesi olduğu görülmektedir.

Randevu alma sürecini anlatan ergenlerin *“K11: Genelde telefondan alıyoruz, bu şekilde”* gibi ifadelerinden yola çıkarak 11 ergenin telefon ile randevu alındığı ile ilgili farkındalıkları olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

“E1: Yüz seksenli bir şeyi arıyorduk da numarasını unuttum şimdi. Kimlik numaranı söylüyorsun hastaneye doktora veriyor öyle biliyorum” ve “K1: Sağlık bakanlığı yüz seksen bilmem kaçtı onunla birlikte de yapıyorlar” şeklinde görüşlerini belirten 2 ergenin 182 numarası ile ilgili farkındalıkları olduğu görülmektedir. Bununla birlikte kalan 9 ergen ise, *“K2: Genelde annem aldığı için telefonla arayıp”, “K11: Genelde annem arar. İnternette de bakıyoruz. İnternet veya telefonda alıyoruz randevuyu”* ve *“E2: Annemde kayıtlı numaralar”* gibi ifadelerden randevu alınan numara ile ilgili bilgisinin olmadığı ve bunun nedeni olarak ise annelerin numara ile ilgili bilgilendirme yapmadığı sonucuna ulaşılmıştır.



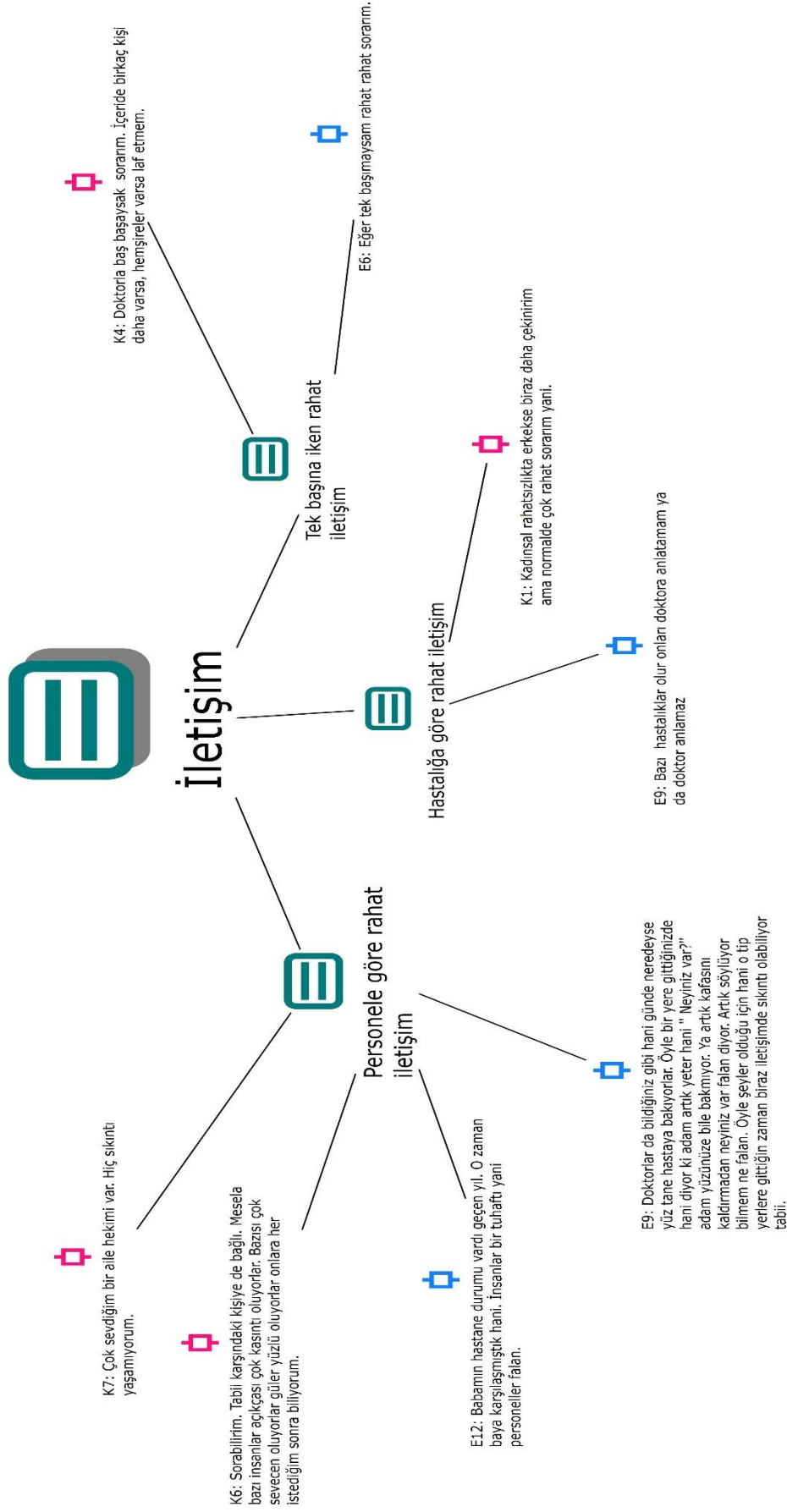
Model 4.5. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Randevu Alma Süreci

Model 4.5. incelendiğinde araştırmaya katılan ergenler hastalanmaları durumunda çoğunlukla randevu almadan sağlık kurumuna gitmeyi (16 ergen) tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Bunun dışında ise, ergenlerin randevu alma sürecinde tercih ettikleri diğer yöntemler arasında ise telefon ile randevu almak ve online randevu sistemini kullanarak randevu almak olarak ifade ettikleri belirtilmiştir.

Sağlık Personeli ile İletişim

K1: Annem diyor. Şurası da kaşınıyor oraya da baksanız falan”, “K2: Genelde annem anlatıyor ama bana soruyorlar çoğunlukla”, “K7: Evet derdimi annemle anlatıyoruz” ve “K8: Ben anlatınca ağlıyorum, anlatamıyorum” ifadeleri incelendiğinde hastanede sağlık personeli ile iletişim kurarken anneden destek alındığı görülmüştür. Anneden destek alan 4 ergenin demografik özellikleri göz önüne alındığında cinsiyetlerinin kadın olduğu ve annelerinin çalışmadığı görülmektedir. Geriye kalan 20 ergen ise sağlık personeli ile iletişim kurarken herhangi bir ebeveyn desteği almadığını belirtmiştir.

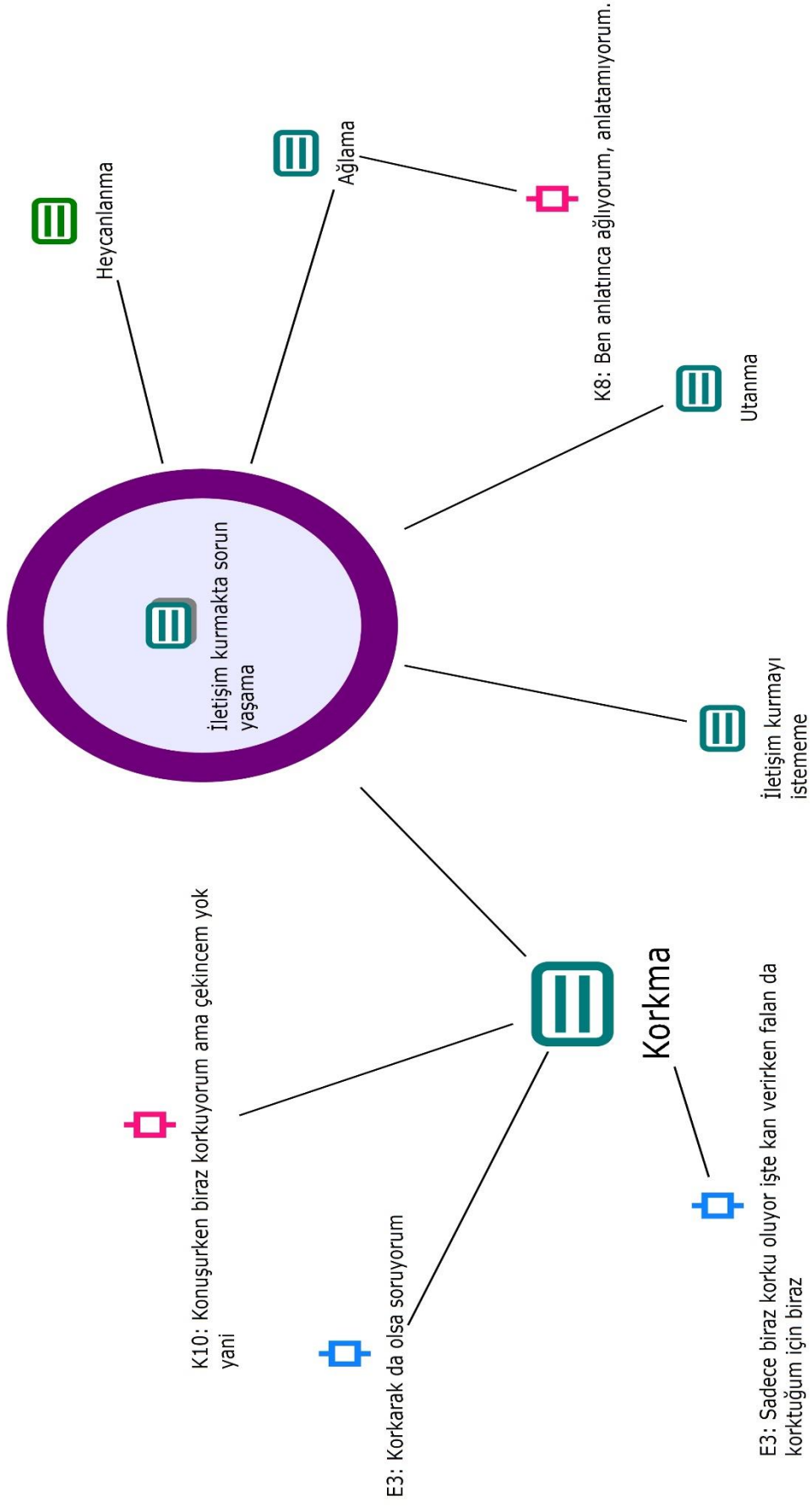
Ergenlerin sağlık personeli ile iletişim kurma süreçleri ile ilgili ifadeleri incelenmiştir. Ergenlerin *“K7: Hiç sıkıntı yaşamıyorum. Çünkü çok sevdiğim bir aile hekimi” ve “E12: Ya şimdi aslında gittiğiniz yere de biraz bağlı hani çok fazla insana verenler var. Bir insan doktorlar da bildiğiniz gibi, hani günde neredeyse yüz tane hastaya verenler. Öyle bir yere gittiğinizde diyor ki adam artık yeter hani " Neyiniz var?" adam yüzünüze bile bakmıyor. Ya artık kafasını kaldırmadan neyiniz var falan diyor. Artık söyleniyor bilmem ne falan. Öyle şeyler olduğu için hani o tip yerlere gittiğin zaman biraz iletişimde sıkıntı olabiliyor tabii” ifadeleri incelendiğinde personele göre, “K1: Kadınsal rahatsızlıkta erkekse biraz daha çekinirim ama normalde çok rahat sorarım yan” ve “E9: Bazı takım hastalıklar olur onları doktora anlatamam ya da doktor anlamaz” ifadelerinden hastalığa göre, “K4: Doktorla baş başaysak sorarım. İçeride birkaç kişi daha varsa hemşireler varsa laf etmem.” ve “E6: Eğer tek başımaymam rahat rahat sorarım” ifadelerinden baş başa olup/olmama durumuna göre iletişim rahat olup/olmama durumlarının değişkenlik gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.*



Model 4.6. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Sağlık Personeli ile Rahat İletişiminin Koşulları

Model 4.6.'da araştırmaya katılan ergenlerin sağlık personeli ile rahat iletişiminin koşulları görülmektedir. Buna göre, araştırmaya katılan ergenler hastane ortamında kurdukları iletişimin “personelerle, hastalığa ya da yalnız olup/olmama durumuna” göre değişkenlik gösterdiğini belirtmişlerdir.

Ergenlerin sağlık personeli iletişim kurarken “E3: korkarak da olsa soruyorum. Sadece biraz korku oluyor işte. Kan verirken falan da korktuğum için biraz” ve “K10: Konuşurken biraz korkuyorum ama ekincem yok yani, soruyorum” gibi ifadelerinden korku hissettikleri anlaşılmaktadır. Bu ergenlerin demografik özellikleri incelendiğinde hastaneye gitme sıklıklarının ender olduğu ve çalışmayan anneleri olduğu görülmektedir. “E8: Ben fazla konuşmam sormam da yani. Soğuk biriyimdir” ve “K2: Yok, hiç soramam konuşmam Utangacım galiba biraz” ifadelerinden iletişim kurmayı mizaç özelliklerinden dolayı tercih etmediği sonucuna ulaşılmıştır.



Model 4.7. İletişim Kurarken Sorun Yaşayan Ergenlerin Sundukları Sebepler

Model 4.7. incelendiğinde araştırmaya katılan ve iletişim kurarken sorun yaşayan ergenlerin çoğunlukla korktuklarını, korkuyu takiben ise utanma, isteksizlik, ağlama ya da heyecanlanma gibi sebeplerden dolayı sağlık durumu ile ilgili iletişim kuramadıklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte, her iki cinsiyette de iletişim kurma ile ilgili problem yaşamadığı görülmektedir.

Ergenler sağlık personelinin verdiği bilgiyi anlama ile ilgili “E4: Tabi o mesleki terim kullanırsa anlayamıyorum”, “E5: Yani biraz zor terimler olduğu için bazen sıkıntı çekiyorum”, “E10: O ilaç kısmında falan bir şey diyor ya da şu hastalığın var gibi bunu doktorca söylüyor. Türkçesini istiyoruz tabi ki”, “E11: Genellikle oluyor. Gittiğim her doktorda şey oluyor şimdi tıp istiyorum sonuçta hepsine tıpla ilgili bir şeyler falan soruyorum”, “K5: O zaman çok fazla anlamadığım kelimeleri internetten araştırarak bakabiliyorum. Anlamak o kadar problem olmuyor”, “K9: Genelde ya genelde bilimsel terimler kullandığı için zor oluyor ama genelde aynı hastalık olduğu için anlıyorum” ve “K11: Bazen oluyor. Anlamadığım zaman da daha açık bir şekilde hani daha basit bir şekilde anlatmasını istiyorum” gibi görüşler belirtmiştir. Bu görüşler incelendiğinde ergenler mesleki terimler içeren konuşmaları anlamakta zorlandıkları ancak sağlık personeline tekrar sordukları ya da internetten araştırma yoluna gittiklerini ifade etmişlerdir.



Verilen bilgiyi anlamada zorlanma



K10: Yazısını okumakta çok zorlanıyorum



E4: Mesleki terim kullanırsa anlamıyorum



K9: Genelde bilimsel terimler kullandığı için zor oluyor ama aynı hastalık olduğu için anlıyorum



E10: O ilaç kısmında falan bir şey diyor şu hastalığın var bunu doktorca söylüyor Türkçesini istiyoruz tabii ki



K5: Anlamakta zorlanıyorum.O zaman çok fazla anlamadığım kelimeleri İnternette araştırarak bakabiliyorum.



K11: Bazen oluyor. Anlamadığım zaman da daha açık bir şekilde hani daha basit bir şekilde anlatmasını istiyorum

Model 4.8. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Sağlık Personelinin Verdiği Bilgiyi Anlamada Zorlanma Durumları

Model 4.8.'de araştırmaya katılan ve sağlık personelinin veridiği bilgiyi anlamakta zorluk çeken ergenlerin görüşleri ele alınmıştır. Buna göre, sağlık personeli ile iletişim kurarken verilen bilgiyi anlamada zorlanan ergenlerin (10 ergen) mesleki terimler içeren konuşmaları anlamakta zorlandıklarını ifade ettikleri görülmektedir.

Hastane Ortamı

“E9:Mesela kalp hastalıklarında kardiyolojiye gidebilirim. İ hastalıklarında dâhiliye, deri ve zührevi hastalıklarda dermatoloji gidebilirim. Bunun yanında da ufak tefek hastalıklarda da ocuk hastalıkları uzmanına gidebilirim” ve *“E12: Onkolojiye de gitmiştim. Onun dışında işte kardiyolojiye falan gidiyorum işte kalp için oraya gitmiştik”* ifadeleri incelendiğinde hastane ortamında kardiyoloji, dâhiliye, dermatoloji gibi birimleri bildiği sonucuna ulaşılmaktadır. 9 ve 12 numaralı erkek ergenin demografik özellikleri incelendiğinde ise, sık sık spor yaptığı ve çalışan ebeveyne sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte araştırmaya katılan ergenlerin hastane ortamına gittiklerinde karşılaştıkları ve hangi hastalık durumunda gittiklerini belirttikleri hastane birimleri verilmiştir. Buna göre ergenlerin çoğunlukla kardiyoloji anabilim dalını (11 ergen) bildikleri görülmektedir.

“K11:Okulda aldığımız biyoloji dersleri de yardımcı oluyor açıkçası”, “K12: Biyoloji dersinden biliyorum. Nöroloji genelde sinirsel hastalıklar, kardiyoloji kalple ilgili” ve *“E10: Ha nefro. Oradan ıkariyorsun. Yani aslında sağlık biyoloji gibi derslerdeki terimler Latince olduğu için evrensel dile yansımış. Genelde Türkçeye evirmiyorlar o tarz şeyleri, bence iyi de oluyor aslında”* incelendiğinde ergenlerin hastane deneyimleri üzerinden yola çıkarak hastane birimleri ile ilgili görüşlerini ifade ederken ergenlerden 3’ü (K11, K12 ve E10) Biyoloji dersinden elde ettikleri bilgilerden yola çıkarak hastanedeki birimler ve sağlık ile ilgili konularda fikir yürütebildiklerini ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan ergenlerden çok sık hastaneye başvuranların(2 ergen) hastane ortamlarında gözlemlerini daha ayrıntılı ifade etmişlerdir. Bu iki ergenin demografik bilgileri incelendiğinde her ikisinin de cinsiyetinin kadın olduğu aynı zamanda çalışma grubunda sağlık ile ilgili alanda uğraşı olan ebevyne sahip iki kişi olduğu da görülmüştür. Aşağıda bu kişilere yönelik ifadeler verilmiştir:

“K1:Nörolojiyi biliyorum beyinle ilgili, kardiyolojiyi biliyorum kalple ilgili ondan sonra bir şey daha vardı endo endo endo endokrinoloji, o da tiroitle hormonla ilgili diye biliyorum. Bir de babam hastanede çalıştığı için bayağı biliyordum da. Bir şey daha var cildiye var ciltle ilgili, dâhiliye var iç hastalıklarıyla ilgili. Bir de göz var.Şey stetoskop o da böyle kalp sesi dinliyorlar. Solunum cihazı, şok cihazı, ateş ölçer ondan sonra bir şeyler daha vardı. Röntgen aleti, tomografi aleti, MR aleti”

“K3: Kan aldirmaya hepimiz gitmiştir çoğumuz gitmişizdir. İlk başta zaten batikon falan hijyenik bir madde olması gerekiyor orayı temizlemek için, onun dışında yara bantları. Tüpler vardı hatırladığım kadarıyla farklı farklı incelenmek üzere dolduruluyor. Kültür alınan kaplar vardı. Onun dışında idrar ya da şey kültürü veriyorsunuz, boğaz kültürü. Bunlar sonra laboratuvarlarda inceleniyor. Hani şey yapmak istemem ama hani bazı ilaçları bir şeye göre almanız gerekir. Etken maddesine göre filan alıyorsunuz. Belli bir sıklıkta ya da belli bir aralıkta almanız gerekir. Zaten ilk başta ben direkt şey yapmıyorum(alımıyorum). Özel bir durum varsa böyle devamlı kullanmam gereken bir ilaç mesela işte anemin vardır, bunu belirli sıklıklarla kullanmam gerekir. Tabii ki bu durumda doktora başvururum. Ya da işte atıyorum Parol gibi ağrı kesiciler ya da Nurofen bunları almada anneme danışırım. Kendim de alabilirim Ama bunu devamlı kullanacaksan birine danışmam gerekir. Annem sağlık meslek lisesinde öğretmen. O da yüksek lisans yapıyor. O yüzden ilgiliyim biraz. Yüksek lisansı farmakoloji üzerine yapıyordu.”

Hastane ortamı ile ilgili deneyimlerini aktaran ergenler içerisinde ayrıntılı bir biçimde gözlemlerini sunan 4 ergenden 3’ünün (K3, E9 ve E12) demografik bilgileri göz önüne alındığında bu ergenlerin sık sık spor yaptıkları ve çalışan anneye sahip oldukları görülmektedir.

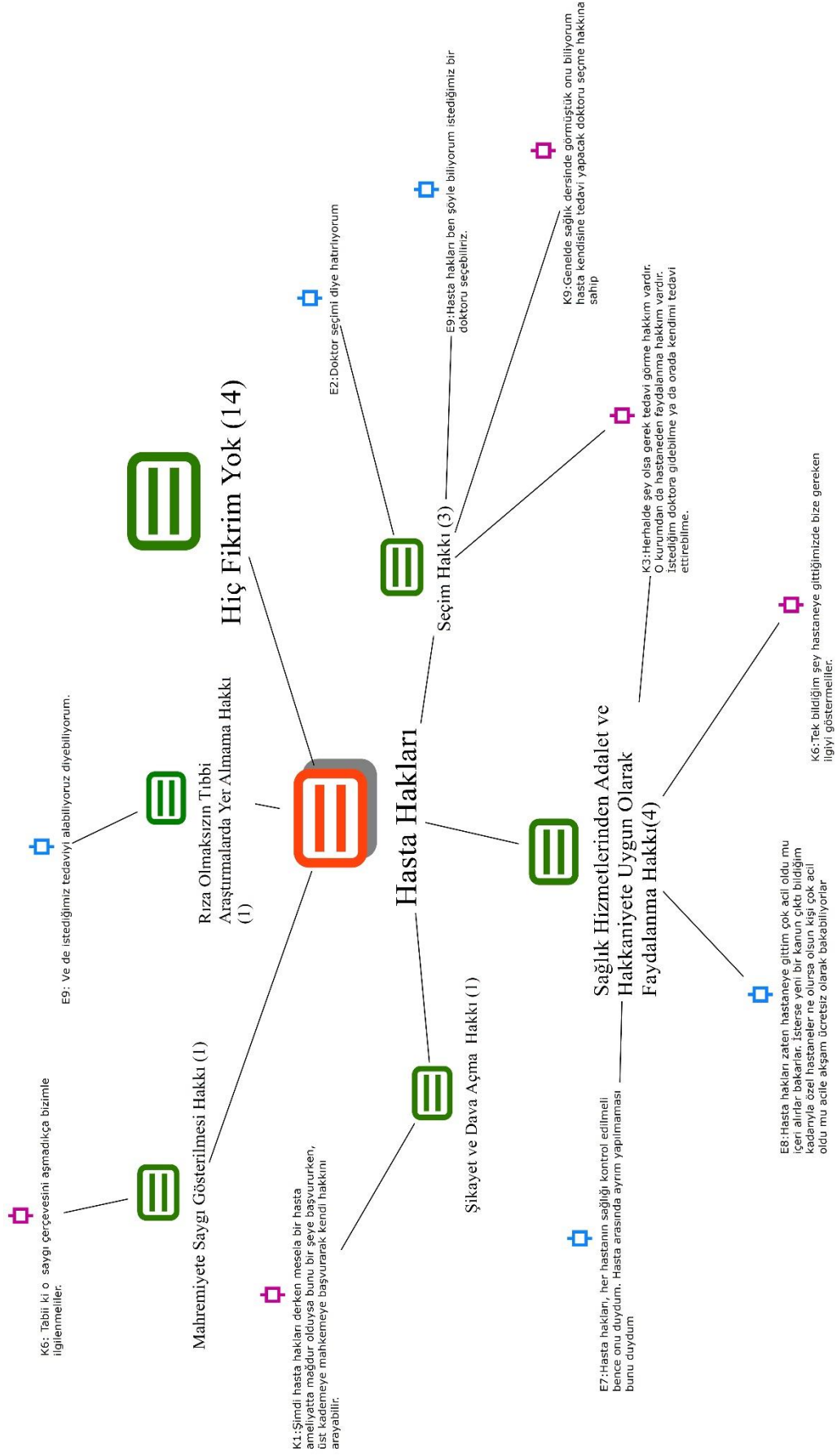
Hasta Hakları

Araştırmaya katılan ergenlerin hasta haklarıyla ilgili görüşleri incelendiğinde 4 ergenin “E7: Hasta hakları, her hastanın sağlığı kontrol edilmeli bence onu duydum. Hasta arasında ayırım yapılmaması, bunu duydum”, “E8: Hasta hakları zaten hastaneye gittim çok acil oldu mu içeri alırlar bakarlar”, “K3: Herhalde şey olsa gerek tedavi görme hakkım vardır. O kurumdan da hastaneden faydalanma hakkım

vardır” ve “K6: Tek bildiğim şey hastaneye gittiğimizde bize gereken ilgiyi göstermeliler” ifadeleri incelendiğinde haklarına yönelik tam adı bildirememekle birlikte sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun faydalanma haklarına yönelik farkındalıkları olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

“E2: Doktor seçimi diye hatırlıyorum”, “E9: Hasta hakları ben şöyle biliyorum istediğimiz bir doktoru seçebiliriz. Ben böyle biliyorum. Ve de istediğimiz tedaviyi alabiliyoruz diyebiliyorum” ve “K9: Genelde sağlık dersinde görmüştük onu biliyorum hasta kendisine tedavi yapacak doktoru seçme hakkına sahip böyle şeyleri biliyorum” ifadelerinden yola çıkarak 3 ergenin hasta olarak seçim hakları olduğunu bildikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Hasta hakları ile ilgili hiç fikrim yok diyen ergenlerin(14 ergen) 8’i hasta hakları diye bir kavramı hiç duymadıkları belirtmişlerdir. Bununla birlikte 6 ergen ise hasta hakları kavramını daha önce duyduğunu ya da gördüğünü ancak konu ile ilgili hiç bir şey bilmediğini ifade etmiştir. Bu ergenlerin görüşleri incelendiğinde ise 3 ergen *“K12: Duydum. Panolara asıyorlar genelde. Hastanelerde görüyorum. Açıkçası okumadım”, “E6: Okumadım bilmiyorum ama herhangi bir sıkıntı yaşamadım o konuda” ve “E12: Genelde hastane duvarlarında asılıdır fakat insan ne kadar biliyor o konuda bir fikrim yok. Daha doğrusu ne kadar uygulanıyor onu da bilmiyorum hani ülkemizde. Ya insan biraz zorda kaldığı zaman onları kullanma ihtiyacı duyuyor”* gibi ifadelerde bulunarak daha önceki süreçlerde panolarda hasta haklarına yönelik bilgilendirme yazıları gördükleri ancak okumadıklarını; 1 ergen ise *“K11: 9.sınıfta sağlık bilgisi dersimiz vardı sanırım hasta haklarını gördük ama şu an aklıma gelmiyor. Âmâ her hangi bir haksızlıkla karşılaşsam sanırım hani savunabilirim hasta olarak belki”* şeklinde yorumunu belirterek sağlık dersi kapsamında gördüklerini ancak hatırlamadığını ifade etmiştir.



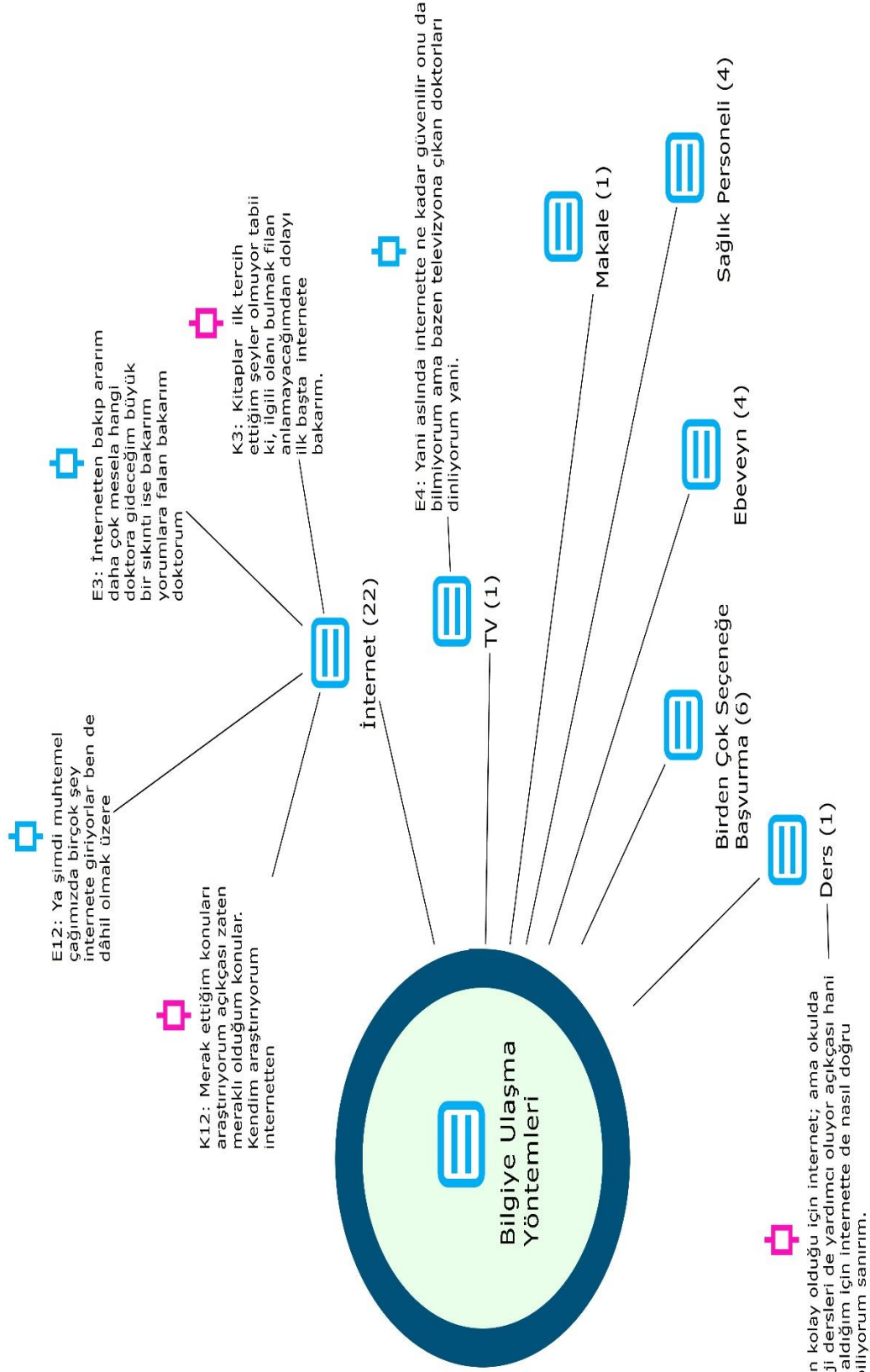
Model 4. 9. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Hasta Hakları ile İlgili İfadeleri

Model 4.9. incelendiğinde araştırmaya katılan ergenlerin çoğunluğu hasta hakları hakkında bilgilerini olmadığını (14 ergen) belirtmiştir. Bununla birlikte hasta hakları ile ilgili ergenler tarafından seçim hakkı (4 ergen) ve sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkı (4 ergen) ile ilgili görüş bildirdiği görülmektedir.

Bilgiye Ulaşma Yöntemleri

“K3: Kitaplar ilk tercih ettiğim şeyler olmuyor tabii ki, ilgili olanı bulmak filan anlamayacağımdan dolayı ilk başta internete bakarım”, “K12: Merak ettiğim konuları araştırıyorum açıkçası, zaten meraklı olduğum konular. Kendim araştırıyorum internetten”, “E3: İnternette bakıp ararım daha çok mesela hangi doktora gideceğim büyük bir sıkıntı ise bakarım yorumlara falan bakarım doktorum” ve “E12: Ya şimdi muhtemel çağımızda birçok şey internete giriyorlar ben de dâhil olmak üzere” gibi ifadeler incelendiğinde ergenlerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için çoğunlukla interneti tercih ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte *“E4: Yani aslında internette ne kadar güvenilir onu da bilmiyorum ama bazen televizyona çıkan doktorları dinliyorum yani”* ifadesinden televizyonunda bilgi edinme yolu olarak kullanıldığını göstermektedir.

Bilgi edinme yolları arasında *“E9: Onun dışında bunun dışında daha çok ne bileyim bilgili tanıdıklarım var doktor tanıdıklarım var. Onlarla da sohbet ettiğim oluyor. Onlardan öğreniyorum doğruyu yanlışını yani böyle besleniyorum falan filan. Onlar da bana bunun doğru bunun yanlış olduğunu açıkça anlatıyorlar”, “K3: Yazan kişinin adı değil de mesela bunun işte başka bir internet yazısıyla aratırım. Ya da bu konuyla ilgilenen doktor eğer hani tanıdığın varsa ona sorarım ya da anneme sorarım”, “K8: İnternete sonra giderim hastanedeki doktora falan sorarım” ve “K11: Ya örneğin; internette bulduğum bir bilgiyi sadece olabilir şeklinde alırım. Kesin bende bu var diyemem, onun için doktora giderim”* ifadeleri incelendiğinde sağlık personellerinin de yer aldığı ancak internetten edinilen bilgiye olan şüphenin 4 ergeni sağlık personeline danışma yoluna ittiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle bu ergenler aynı zamanda bilgi ulaşmak için birden fazla seçeneğe başvurmaktadır.



Model 4.10. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Bilgiye Ulaşma Yöntemleri

Model 4.10. incelendiğinde araştırmaya katılan ergenlerin sağlık ile ilgili konularda bilgi edinmede başvurdukları ilk yol internet aracılığıyla bilgi edinme (22 ergen)'dir. Daha sonra ise, birden çok seçeneğe başvurma (ergen 6), ebeveyne danışma (4 ergen) ve sağlık personeline danışma (6 ergen) ergenlerin sağlık ile ilgili konularda bilgi edinmede başvurdukları yollardandır.

Öneriler

Araştırmaya katılan ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilebilmesi için ailelere yönelik önerileri incelendiğinde “E6: Aileler de çocukları için yaşıyorlar. Ben evleneceğim ben de çocuğum için yaşayacağım. Onlar hakkında nasıl daha çok şey yapabilirim, ilaç değil de mesela nasıl söyleyeyim. Öğrenmeleri gerekiyor aslında”, “E11: Yani şimdi öncelikle eğitim aile ile başlıyor. Aileye bir eğitim verilmesi gerekiyor bence”, “K5: Aslında yapabilirler. Yeterli bilgiyi olabilseler onlar da çocuklarına aktarabilirler. Zaten eğitmek ve öğretmek için” ve “K10: Dediğim gibi hani böyle seminerleri konferansları falan takip etseler, özellikle babam zaten takip etse. Bizi de götürseler bu konuda bilgilenebiliriz bence” gibi görüşler belirttikleri görülmektedir. Her iki cinsiyette de ergenlerin ailelerini sağlık ile ilgili konularda yetersiz bulduğu ve ailelerin de bilinçlendirilmesi gerektiğini düşünmektedirler.

Araştırmaya katılan ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilebilmesi için ailelere yönelik verdikleri önerilerden bazıları aşağıda verilmiştir:

“E9: Başta ailemiz bu konuda bir defa kendisi bilgili olması gerekiyor. Eve bir yiyecek alırken bunu da çocuğa nasıl yedirmesi nasıl içirmesi gerektiğini bilmesi gerekiyor. Yemeği yaparken hani ne kadar şeker kattı ne kadar tuz kattı bunlar vücudumuz için fazlalık şeyler bunların da iyi olup olmadığını bilmemiz gerekiyor ve kararında olması gerekiyor. Çocuklarını bu konuda yanlış yaptıklarında uyarmaları gerekiyor bence ailelerin büyük önemi var.”

“E12: Aile anlamında yani o da küçüklükten başlıyor aslında. Hani düşük bir seviyede işte hastaneye gittiğinde şu yapılır hastanede şu işlemler olur. Neden yapılacağı falan gibisinden bir alt yapı oluşturulursa”

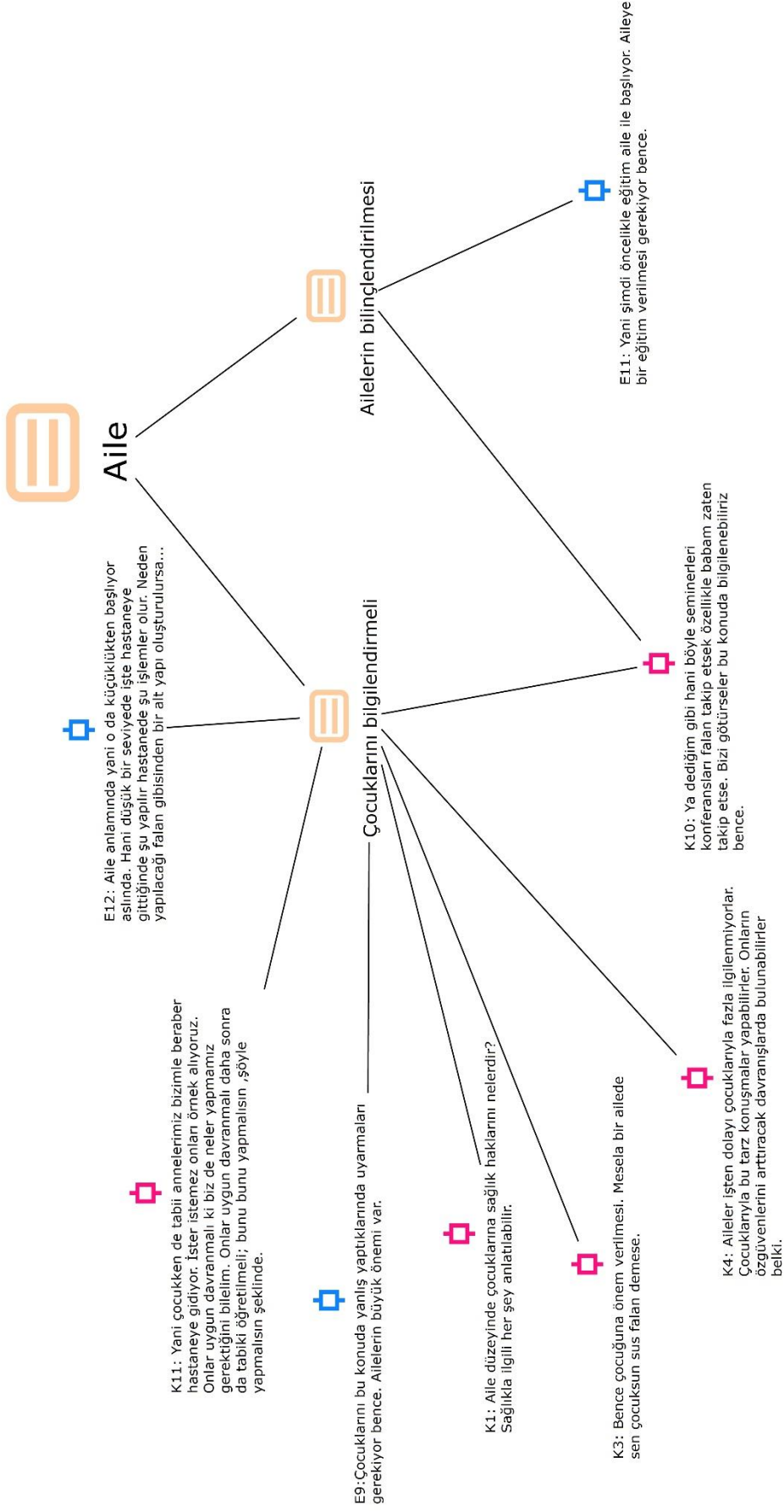
“K1: Aile çocuk düzeyinde çocuklarına sağlık haklarını nelerdir? Sağlıkla ilgili her şey anlatabilir.”

“K4: Aileler işten dolayı çocuklarıyla fazla ilgilenmiyorlar. Çocuklarıyla bu tarz konuşmalar yapabilirler. Onların özgüvenlerini arttıracak davranışlarda bulunabilirler belki.”

“K9: Genelde aileler çocuklarla konuşmaktan utanıyor veya çocuklar konuşmakta utanıyor. Konuşması lazım”

“K11: Yani çocukken de tabii annelerimiz bizimle beraber hastaneye gidiyor. İster istemez onları örnek alıyoruz. Onlar uygun davranmalı ki biz de neler yapmamız gerektiğini bilelim. Onlar uygun davranmalı daha sonra da tabiki öğretilmeli; bunu bunu yapmalısın ,şöyle yapmalısın şeklinde.”

Bu görüşler incelendiğinde ailelerin çocuklarını susturmak ya da yaş olarak küçük görmek yerine sağlık ile ilgili konularda teşvik edici konuşmalar yapıp bilgilerini aktarmaları gerektiği ve sağlık kurumlarında yaptıkları işlemleri çocuklarına da açıklamaları gerektiği ifade edilmiştir. Bu nedenle ergenlerin ebeveynleri tarafından bilgilendirilmesi gerektiği önerisini sundukları sonucuna ulaşılmıştır.

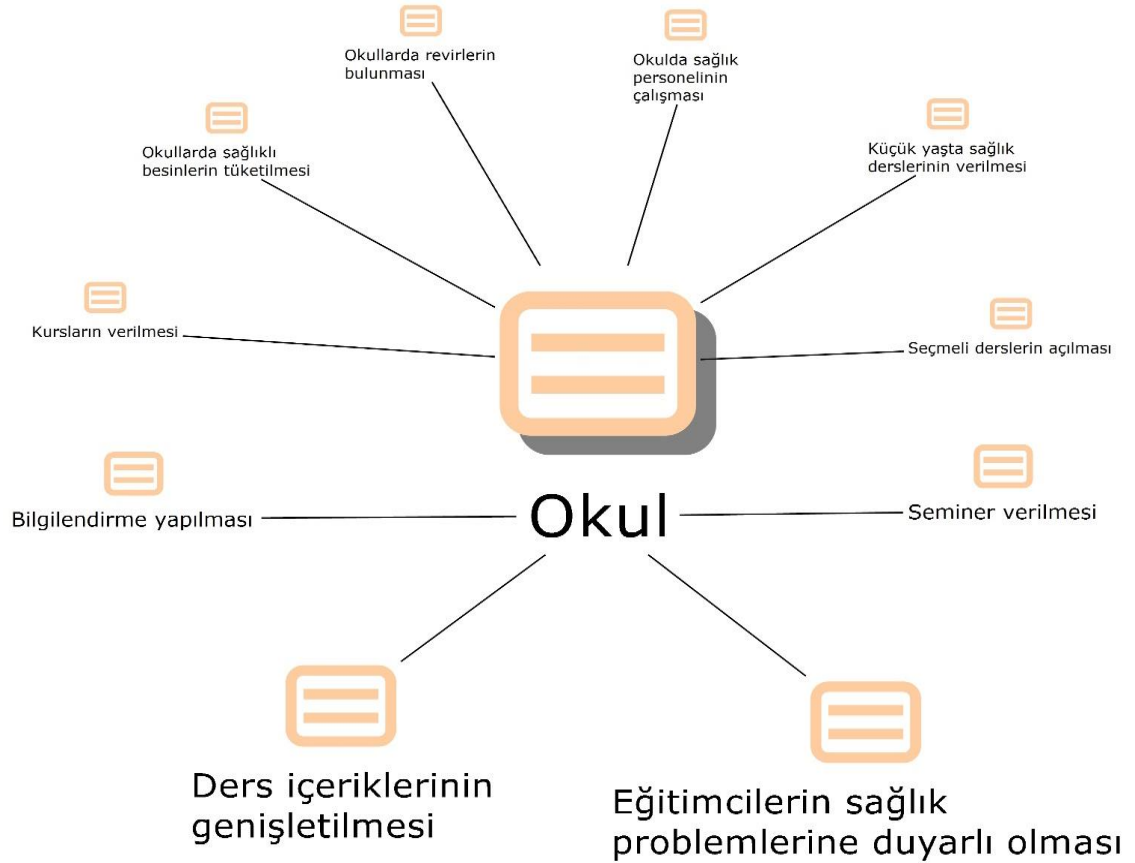


Model 4.11. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilebilmesi için Ailelere Yönelik Sundukları Öneriler

Model 4.11. incelendiğinde araştırmaya katılan ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilebilmesi için çoğunlukla çocuklarını bilgilendirme (13 ergen) önerisi sundukları görülmektedir. Bununla birlikte ailelerin kendilerini bilinçlendirme yoluna gitmesi (7 ergen) de ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirebilmesi için sundukları öneriler arasındadır.

Araştırmaya katılan ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilebilmesi için okullara yönelik verdikleri öneriler incelendiğinde “E9: Öğretmenler ne bileyim okullarındaki kantinlerini daha sağlıklı yiyecekler gelmesi için teklifte bulunmalı. Bunun yanında çocuklara ara ara öğütler verebilirler. Ben bunda böyle düşünüyorum” ve “E11: Onun dışında aileden sonra okul geliyor. Okullarda öğretmenlerin de bence bilgi vermesi lazım veya rehberlik servisinin bir seminer falan düzenleyip bunları öğretmesi lazım bize” gibi ifadelerden okullarda eğitimcilerin bilgilendirme yapmaları, “K1: Okullara revir yapabilirler. Okullara revir yaparlarsa bence daha çok bilgili olur insanlar” ifadesinden okullarda revirlerin yapılması, “E12: Aslında bunun ilkokul düzeyine indirip de tam anlamıyla bir matematik gibi bir Türkçe gibi işlense hem küçüklükten böyle bir bilinç kazanmış oluruz” ifadesinden küçük yaştan itibaren sağlık derslerinin müfredatta yer alması, “K10: Mesela sizin gibi bu konuda bilgili olan insanlar okula gelip konferans verebilir. Seminerler düzenleyebilir ve hani şehir içinde bir seminer falan olduğunda bu konuda okul bizi bununla ilgili bilgilendirebilir. Çocuklar seminer var gibi” ifadesinden seminerlerin verilmesi gerektiği gibi önerilerin sunulduğu görülmektedir.

“K3: Ben yine şeyden bahsedeceğim. Devlet okullarında çok fazla öğretmen var. Çok fazla öğrenci var, çok demeyeyim de az sayıda öğretmen bulunuyor. Yani herkes öğrencisiyle yeteri kadar ilgilenemiyor. Bu konuda öğretmen benim hakkımda daha çok bilgi bilse daha iyi tavsiyeler vererek beni daha iyi noktalara getirebilir”, “K4: Öğrencilerle konuşma yapılabilir. Hani istediğiniz şeyleri sorabilirsiniz, siz de bilgi alın onlardan(sağlık personelinin), beklemeyin der gibi konuşma yapabilirler” ve “E7: Daha çok bilgilendirmeli öğretmenleri, daha detaylı, öğrencilerle tek tek daha iyi iletişim kurmalılar” ifadeleri dikkate alındığında öğretmenlerin sağlık ile ilgili konularda öğrencileri ile yeterince ilgilenmedikleri ve bilgilendirmedikleri bu nedenle öğretmenlerin daha duyarlı olması sunulan öneriler arasındadır.



Model 4.12. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilebilmesi için Okullara Yönelik Sundukları Öneriler

Model 4.12. incelendiğinde araştırmaya katılan ergenler sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilebilmesi için okullara çoğunlukla ders içeriklerinin genişletilmesi (7 ergen) ve eğitimcilerin sağlık problemlerine duyarlı olması (6 ergen) önerisi sunmuşlardır. Bununla birlikte seminerler verilmesi (3 ergen), bilgilendirme yapılması (3 ergen) ve seçmeli derslerin müfredata yerleştirilmesi (2 ergen) sunulan öneriler arasındadır.

Araştırmaya katılan ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilebilmesi için okulda yapılabilecek çalışmalar ile ilgili görüşleri incelendiğinde aşağıda verilen benzer ifadelerden de anlaşılacağı üzere en çok Sağlık Bilgisi dersi içeriğinin yetersiz görüldüğü ve de genişletilmesi önerisinin sunulduğu sonucuna ulaşılmıştır:

“K5: Sağlık dersi diye bir ders gördüğümüzü biliyorum. Bu derse önem verebilirler mesela. Sağlık dersinde bizim haklarımız da gösterilebilir ve hani bunu gerçekten biyoloji hocası ya da fen bilgisi hocası değil de gerçekten sağlıkla uğraşan biri yapmalı.”

“K11: Okulda ders olarak işleniyor ama demek ki çok etkili olmuyor. Daha etkili olabilecek neler yapılabilir? Aktif olarak kullanılabilir bilgi.”

“E5: Bir de şöyle bir şey var verilen dersler yeterli değil. Mesela trafik ilk yardım veriyorlar, ben onu ilkokul 4 de de gördüm. Aynısı yani, birazcık derslerin abartılması lazım yani çocuk dersi değil artık lise bu yani saçma.”

“E6: Aslında burada sağlık dersi var da ben yeterince iyi olduğunu düşünmüyorum pek. Yani kitap üzerinde bence yeterince bir bilgi yok. Klasik bildiğimiz şeyler anlatılıyor mesela buralarda. Trafik dersi var mesela. Onlarda da bildiğimiz şeyleri anlatıyorlar zaten fazla içeriğe girmeden. Kısa anlatıyorlar. Daha fazla bilgi olabilir”

“E10: Ya sağlık bilgisi dersimiz var zaten 9.sınıfta hani orada korucu sağlık hizmetleri vardı onu hatırlıyorum. İlk dönemin ilk konusuydu herhalde. Baya önceydi. O yani kitaplarda olanları bize anlatıyorlar nasılsa, kitaplar genişletilebilir.”

“E12: Ya öncelikle her şeyin başı eğitim. Çok klasik bir şey ama öyle gerçekten de. Biz ilk sağlık eğitimini ilkokulda falan aldığımızı hatırlamıyorum. İlk kez 9. sınıfta lise 'de almıştık. Ondan sonra da bir daha almadık ki. O da hani çok yüzeysel bir şeydi. Bir kitap var ha ne kadar işleniyor işlenmiyor. Sırf ders olduğu için görülüyordu.”



Okul



E5: Bir de şöyle bir şey var verilen dersler yeterli değil. Mesela trafik ilk yardım veriyolar, ben onu ilkokul 4 de de gördüm. Aynıysa yani, birazcık derslerin abartılması lazım yani çocuk dersti değil artık lise bu yani sağma.



K5: Sağlık dersi diye bir ders gördüğümüzü biliyorum. Bu derse önem verilirler mesela. Sağlık dersinde bizim haklarımız da gösterilebilir ve hani bunu gerçekten biyoloji hocası ya da fen bilgisi hocası değil de gerçekten sağlıkla uğraşan biri yapmalı.



Ders içeriklerinin genişletilmesi



E6: Aslında burada sağlık dersi var da ben yeterince iyi olduğunu düşünmüyorum pek. Yani kitap üzerinde bence yeterince bir bilgi yok.



K11: Okulda ders olarak işleniyor ama demek ki çok etkili olmuyor. Daha etkili olabilecek neler yapılabilir? Aktif olarak kullanılabilir.



E12: Ya öncelikle her şeyin başı eğitim. Çok klasik bir şey ama böyle gerçekten de. Biz ilk sağlık eğitimini ilkokulda falan aldığımızı hatırlamıyorum. İlk kez 9. sınıfta lise 'de almıştık. Ondan sonra da bir daha almadık ki. O da hani çok yüzeysel bir şeydi. Bir kitap var ha ne kadar işleniyor işlenmiyor. Sırf ders olduğu için görülmüyordu.



E10: Ya sağlık bilgisi dersimiz var zaten 9. sınıfta hani orada korucu sağlık hizmetleri vardı onu hatırlıyorum. İlk dönemin ilk konusuydu herhalde. Baya önceydi. O yani kitaplarda olanları bize anlatıyorlar nasılsa, kitaplar genişletilebilir.

Model 4.13. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Sağlık Bilgisi Dersi İçeriğine Yönelik Görüşleri

Model 4.13.'de araştırmaya katılan ergenlerin sağlık bilgisi dersi içeriğine yönelik görüşleri verilmiştir. Buna göre, ders kitaplarında yeterince bilgi olmadığı ya da işleniş biçiminde aksaklıklar olduğu ergenler tarafından ifade edilmiştir.

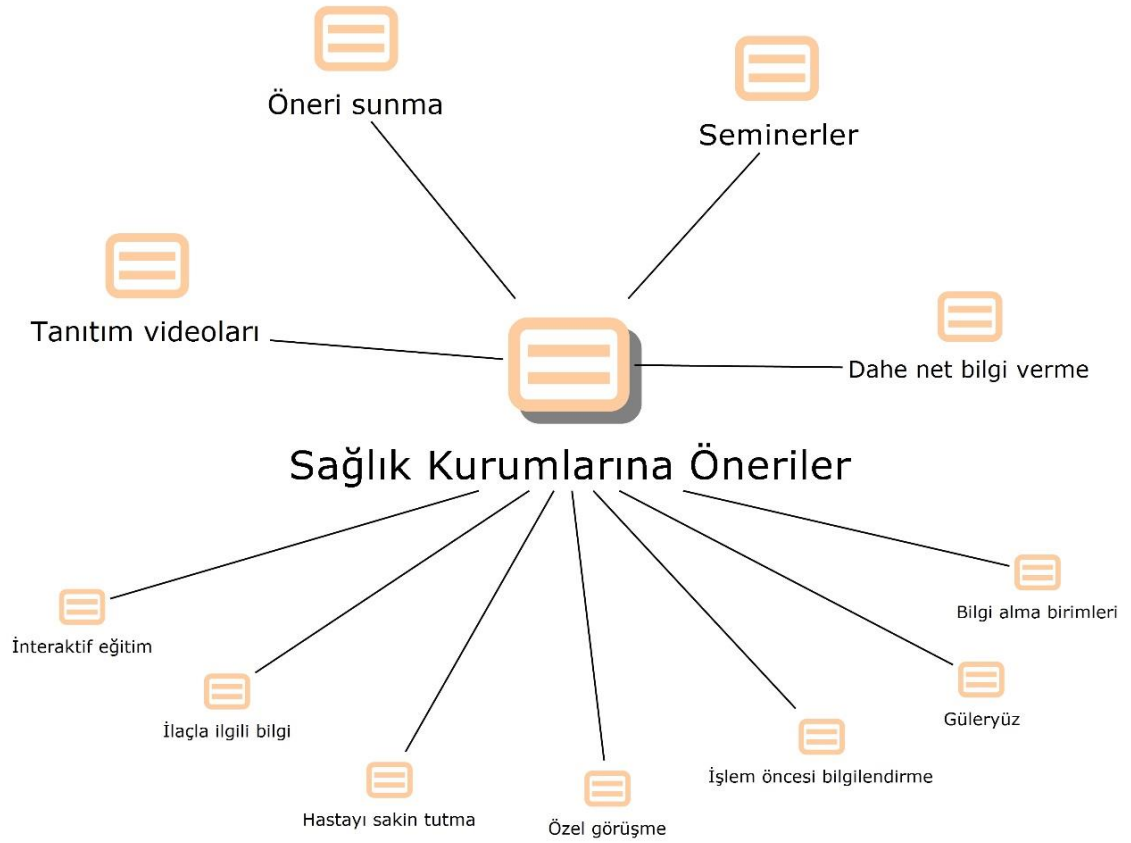
Araştırmaya katılan ergenlerden biri okuryazarlığının geliştirilebilmesi için sağlık kurumlarına yönelik öneri olarak “K3: *Yani bence bir kere şöyle bir şey olmalı, bizim konumuzla çok alakalı mı bilemedim şuan ama bildiğiniz üzere zaten insanlar hastaneye giderken daha büyük hastanelere gitme gereği duyuyorlar. Buralarda yığılma oluyor. Tek çocuklar için değil herkes için bakım ya da tedavi hizmetleri çok daha zorlaşıyor. Özellikle çocuklar için. Bence birazcık daha böyle bilgilendirilerek hastanelerdeki yoğunluk azaltılırsa hem bu çocuklar hem de diğer insanlar için daha faydalı olacaktır, bu birincisi. İkincisi ve bazı bölümler dediğiniz gibi bilim dalları da ayrılıyor. Ortopediye gidiyorsun. Bunların çoğu mesela yetişkinlere özel hizmet veriyor. Açıyorum Mesela işte çok basit bir şey psikiyatristler psikiyatrlar Gazi Hastanesi'nde vardı. Hatırladığım kadarıyla. Burası mesela hep büyüklere özel bir şey veriyor çocuk doktorları çok fazla bulunmuyor. Çocuk dalına da ayrıca Büyüklerden ayrı bölümler yapabilirler. Bazı bölümde ekstradan doktorlar yetiştirilebilir. Yani aklıma şu anda öyle geliyor” diye belirtmiştir. Hastane koşullarının verimli sağlık hizmeti alma açısından yetersizliğini ve çocuk birimlerindeki personellerin azlığını eleştirmektedir. Buna çözüm önerisi olarak sağlık personelinin bilgilendirmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Demografik özellikleri incelendiğinde bu ergenin sık sık spor yaptığı, çalışan bir anneye sahip olduğu ve çok sık hastaneye gittiği görülmektedir.*

Araştırmaya katılan ergenlerin sağlık kurumlarına yönelik verdikleri bazı öneriler dikkate alındığında şunları belirtmişlerdir: “E6: *Eczane direkt veriyor sorsa mesela senin rahatsızlığın ne onlar da mesela bilse mesela bunda yan etki var dese biz belki şüpheleneceğiz mesela başka doktora gideceğiz mesela*”, “E12: *İşte tanıyı koyuyor ondan sonra bu bu yapılacak şu şu yapılacak deyip gönderiyor. Şu gün gelin diyor hani biz ne yapılacağını bilmiyoruz. Bir de o terimler baya sıkıntılı olabiliyor. Ondan dolayı biraz daha sabırlı bir şekilde açıklamaları iyi olabilir. Sağlık personelleri aslında yani çok fazla onların da yapabileceği şey yok da, sonuçta biz oraya gittiğimizde işlem başlamadan önce belki bazı şeyleri söyleyebilirler. Şöyle*

şöyle bir şey yapma hakkınız var mesela”, “K4: Şimdi şöyle çok hastası olan doktorlar şey yapıyorlar Şu ilaçları kullan hani hastalığın hakkında bir bilgi vermiyorlar. Genelde şunu şöyle yapmalısın diye. Hani hangi hareketlerin yapmam gerekir hangi davranışları sergileme gerekir onunla ilgili bilgi vermiyorlar. Hani ilgilenmiyorlar fazla.”, “K8: Ne yaptıklarını hiç bilmiyoruz. Hastanede bir şey oluyor, bu bundan gitmiş ölmüş falan diyorlar” ve “K12: Yapılan işlemle ilgili önceden bize bilgi verilseydi daha iyi olabilirdi. Böyle uzunca nutuk gibi değil de daha kısa öz işimize yarayacak bilgileri verebilirler.” Araştırmaya katılan farklı demografik özelliklere sahip ergenlerin sağlık okuryazarlığının geliştirilebilmesi için sağlık kurumlarında hastanede yürütülen süreçler ile ilgili bilgi sahibi olmadıklarını ve bu konuda sağlık personellerinin önceden bilgilendirme yapmaları ve öneriler sunmaları gerektiği ergenler tarafından ifade edilmiştir.

Araştırmaya katılan ergenlerden okuryazarlığının geliştirilebilmesi için sağlık kurumlarına yönelik önerileri incelendiğinde sağlık personelinin bilgilendirmesi dışında ergenlerin “K5: O zaman hastanelerde broşürler pek fazla sıkıntı oluyor. Çünkü okuma oranı düşük. Belli sayıda okunur. Okullar bile zaten on ikinci sınıfa gelmiş Okuma yazmayı bilmeyen insanlarımız var. Video daha iyi” ve “K9: Genelde bu okulda anlatamazsınız Gençlere dinlemezler önemsemezler başlarına bir şey Gelmedikçe önemsemezler” gibi yorumları dikkat çekmektedir. Bu yorumlardan dikkat çekmek için tanıtıcı video filmleri kullanılması önerildiği sonucuna ulaşılmıştır.

“K8: Evet başvuru okullar için daha iyi olabilir. Kardeşimin okullarına ambulans gelmiş onun içini falan göstermişler”, “E9: Ondan sonra sağlık personelleri de seminer düzenleyerek insanlara okullarda küçük yaştan itibaren öğretmeleri gerekiyor bu konuyu” ve “E10: Okullara gelebilirler duyuru yapabilirler mesela, konferans salonumuz büyük baya tüm okulu alabiliyor. Tüm okulu çağırıp konuşma yapabilirler bunun gibi” yorumlar incelendiğinde sağlık personellerinin okul ziyaretleri gerçekleştirmeleri ve seminerler vermeleri gerektiğine yönelik öneriler sunulduğu sonucuna ulaşılmıştır.



Model 4.14. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilebilmesi için Sağlık Kurumlarına Yönelik Sundukları Öneriler

Model 4.14.'de araştırmaya katılan ergenlerin sağlık okuryazarlığının geliştirilebilmesi için sağlık kurumlarına yönelik önerileri verilmiştir. Buna göre, sağlık kurumlarında seminerler verilmesi (5 ergen), sağlık personelinin gelen hastalara öneriler sunması (4 ergen), sağlık personelinin daha net bilgilendirme yapması (4 ergen) ve sağlık kurumlarında tanıtım videolarının yer alması (3 ergen) gibi öneriler sundukları görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Ergenlik dönemi ile ilgili sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalar yürütmek sağlık okuryazarlığını artırmak için tasarlanmış sağlık eğitiminin niteliğinin iyileştirilmesi ve bu dönem çocuklarının sağlık okuryazarlığı seviyesinin tespitinde uygulanabilecek ölçeklerin geliştirilmesi için kullanılacak veriler sağlamaktadır. 15-17 yaş arasındaki ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeylerini inceleyen bu araştırmada, elde edilen veriler nitel yöntemleri ile analiz edilmiştir. Bu bölümde yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular alanyazın bilgileri çerçevesinde tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan ergenlerin hastalığı daha çok fiziksel boyutu göz önüne alarak değerlendirdikleri görülmektedir. Ergenler hastalığı fizyolojik belirtiler ile tanımlarken vücudun sisteminin ya da düzenin bozulması gibi ifadelerini kullanmaktadırlar. Aslında hastalık kavramı sağlıkçılar ve toplumun diğer üyeleri için değişkenlik göstermektedir. Sağlık personelleri özellikle de hekimler hastalığı “Doku ve hücrelerde normal dışı yapısal ve işlevsel (fonksiyonel) değişikliklerin doğurduğu hal” olarak tanımlarken toplumdaki diğer üyelerin tanımları ise, kültürel yapılarına göre değişkenlik göstermektedir (139). Araştırmaya katılan ergenlerin vücut sisteminin bozulması ile vücuttaki işleyişteki sorunları vurguladığı düşünülmele birlikte bu durumun doğurduğu sonuçlar olarak halsizlik, kötü hissetme, vücut direncinin düşmesi ya da rahatsızlık belirtisi gibi yine fizyolojik durumu ifade eden belirtiler sunmuşlardır. Ancak hastalık sadece bedene yönelik normal dışı değişiklikleri kapsamamaktadır. Küreselleşme ile artık hastalık kavramı psikolojik ya da toplumsal boyutlarıyla da ele alınması gereken bir kavram haline gelmiştir.

Küreselleşen dünya düzeninde hastalık kavramı incelendiğinde araştırmaya katılan 3 ergenin hastalığı ruhen ve bedenen iyilik halini bozulması olarak değerlendirdiği görülmüştür. Ergenlerin bu tanımı Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık tanımından yola çıkarak yaptıkları düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı şu şekilde tanımlamıştır: “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir (16).” Hastalık da en genel tanımı ile bu üç unsurdan en az birinin iyilik halinin bozulması olarak tanımlanabilir. Ancak araştırmaya katılan ergenler hastalık tanımında üç boyutu birden değerlendirmemiş,

ruhen ve bedenen olmak üzere iki boyutunu göz önüne almışlardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde de belirttiği üzere günümüzde sağlığın psikolojik boyutu da artık tanınmaya başlanmıştır (16). Ancak hastalığın aynı zamanda sosyal bir boyutunun da olduğu bilinmektedir. Hastalığın sosyal boyutu ele alındığında ise, araştırmaya katılan sadece bir ergenin insanın hayatındaki sosyal faaliyetleri katılımını etkileyecek her türlü unsuru hastalık olarak tanımladığı görülmektedir. Bu tanım aynı zamanda sosyal bilimciler hastalık tanımı ile de örtüşmektedir. Sosyal bilimcilere göre hastalık kişinin kendisinden beklenen sosyal rolü yapamamasıdır (139). Ancak yine de ergenler için hastalığın sosyal boyutu hala göz önüne alınması gereken önemli bir unsur olarak görülmemektedir. Çetin ve ark. (54)'ın 9. Sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre de, öğrencilerin genellikle sağlığı fiziksel ve psikolojik bir esenlik olarak tanımladıkları; bununla birlikte, sağlık kavramı sosyal açıdan iyi olma hali olarak yeterince vurgulamadıkları görülmüştür.

Araştırmaya katılan ve hastalığı tanımlayamayan 3 ergenin yaş gruplarına dikkat edildiğinde 15 ve 16 yaşlarında oldukları görülmüştür. Sağlık Bilgisi dersinin 15 yaşında olan 9. sınıf öğrencilerine verilmektedir. Bu dersi almakta olan öğrencilerin hastalık ile ilgili daha çok bilgi verebilmeleri beklenirken en çok bu dersi almakta olan öğrencilerin tanımlama yapmakta zorlandığı görülmüştür. Brown ve ark. (53)'nın erken ergenlik dönemindeki ergenlerin sağlık ve sağlık okuryazarlığı algılarına yönelik yaptığı araştırmasında sağlıkla ilgili öğretilen şeyleri takip etme ve motivasyon, yaşla birlikte azaldığı; 9 ve 10 yaşlarındaki çocuklar 13 yaşındaki çocuklara göre sağlık hakkında öğretilenleri daha çok takip etmeye ve öğrenmeye ilgi duyduğu sonucuna ulaşmıştır. Brown ve arkadaşlarının yürüttüğü araştırma ile karşılaştırıldığında 15-17 yaş arası ergenlerde de Sağlık Bilgisi dersini almakta olan 15 yaşındakilerin sağlıkla ilgili bilgileri 17 yaşındakilere göre daha çok öğrenmiş ve konu ile ilgili daha çok yorum yapabilen bireyler olması beklenirken tam tersi bir durumun ortaya çıktığı görülmektedir. Hastalık ile ilgili en çok 15 yaşındaki bireyler görüş sunamazken 17 yaşındaki bireylerin tamamının görüş sunduğu görülmüştür. Bu durum ergenlerin görüşleri çerçevesinde değerlendirildiğinde, görüşmenin başlangıcında çoğunun belirttiği üzere ortaokuldan liseye geçiş ile adaptasyon problemi yaşamaları, öneriler ile ilgili görüşler alınırken çoğunun Sağlık Bilgisi

dersinin uygulanışında eksiklikler olduğunu belirtmesi ve sağlık ile ilgili bilgileri daha çok Biyoloji dersinden edindikleri bilgilerle yorumlamaları yaş artışının sağlıkla ilgili yorum yeteneklerinin güçlenmesine katkı sağladığı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan ergenlerin hastalandıklarında ilk olarak başvurdukları kişi/yerler ile ilgili görüşlerine bakıldığında 15 ergenin ilk olarak annesine, 3 kadın ergenin ise babalarına başvurduğu görülmektedir. 3 erkek ergen ise ilk olarak aile hekimine başvurdukları belirtmiştir. Araştırmaya katılan ve ilk olarak anneye başvuran ergenlerin çoğunun da annesinin çalışmadığı görülmüştür. Elbette babaların iş hayatında daha çok yer alması nedeniyle ergenlerin anneyi daha çok tercih ettikleri düşünülebilir. Ancak çalışan anneye sahip ergenlerinde çoğunluğu ilk olarak anneye başvurduğunu bildirmiştir. Burada dikkat çeken bir unsur ergenlerin birinin annem ve babama giderim dediği, diğerlerinin ise sadece anneyi hastalık konusunda yardım alınabilecek kişi olarak gördüğüdür. Aslında geleneksel anlayışa göre kadının temel ve birincil görevi annelik ve çocuk bakımındır. Yani çocuğu yetiştirme görevi ve sorumluluğu anne tarafından üstlenilmektedir (140). Araştırma grubunda da geleneksel anlayışla annenin çocuğun sağlığı ile ilgili konularda daha çok ilgilendiği görülmektedir. Araştırmaya katılan ergenler hastalık durumunda anneden sonra ise en çok babaya ve aile hekimine gideceklerini belirtmişlerdir. Brown ve ark. (53) da erken ergenlik dönemindeki ergenlerin sağlık ve sağlık okuryazarlığı algılarına yönelik yaptığı araştırmasında sağlık konusunda önemli bir sorun durumunda ilk önce nereye gidecekleri sorulduğunda, neredeyse eşit sayıda katılımcı ebeveynleri ve sağlık personelinin (%31 ve %29) rapor etmiştir (53). Ancak dikkat çeken bir durum olarak, Brown ve arkadaşları daha küçük bir yaş grubu olan erken ergenlik döneminde yapmış olmalarına rağmen ebeveyn ve sağlık personeline başvuranların sayısının ortalama olarak birbirine yakın iken daha büyük ve daha bağımsız olarak beklenen bir yaş grubu olan 15-17 yaş grubu ergenlerin alındığı bu çalışmada ebeveyn ve sağlık personeli arasında ciddi bir fark bulunmaktadır. Ergenlerin görüşme esnasında yorumlarına dayanarak yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesinin göstergeleri de olan ebeveynlerin evde ilaç desteği sağlamaları ve sağlık kurumlarının yoğunluğunun sağlık personelinin çok daha az tercih edilmesine neden olduğu düşünülebilir.

Ergenlerin çoğunlukla annelerine başvurdukları göz önüne alındığında ebeveynlerin hastalık durumunda ev ortamında hastalık ile baş edebilmek için ebeveynlerden aldıkları destekler incelenmiştir. Ebeveynlerin çoğunlukla evde besin desteği ile hastalık ile başatmaya çalıştığı görülmüştür. Araz ve ark. (62)'nin yapmış olduğu araştırma sonuçlarına göre de hastalıkla başa çıkmak ya da iyilik halini korumak amacıyla yaptıkları sağlık davranışlarından beslenmeye dikkat etmek ilk sırada yer almaktadır. Bu araştırmanın bulguları da yapılan çalışma ile örtüşmektedir. Besin desteğinin yanı sıra araştırmaya katılan ergenlerin ebeveynlerinden doktor kontrolünde olmayan reçetesiz ilaç desteği aldıkları görülmektedir. Araştırmalar gösteriyor ki düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler daha fazla yanlış ilaç kullanmakta, önleyici bakım hizmetlerinden daha az yararlanmakta ve gereksiz hastane başvuruları yaparak sağlık hizmetleri harcamalarında artışa sebep olmaktadır (30,31,33,76,29,89-96). Yani bu çalışmada da ergenlerin evde aldıkları ilaç desteği düşük sağlık okuryazarlığının göstergelerinden biri olduğu düşünülebilir. Bu durumun sonucunda ergenlerin sağlığında ciddi bozulmalar olabilmekle birlikte aslında toplumsal ve ekonomik açıdan da problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu konu ile ilgili Pinar (141) araştırmasında kişilerin akılcı olmayan ilaç kullanımları, reçetesiz ilaç kullanımı ve gereğinden fazla ilaç reçete edilmesi sonucu Türkiye'de gereğinden fazla ilaç tüketimi yapılmakta olduğunu belirtmiştir.

İlaç desteğini alan ergenler ebeveynlerinden hastalığın semptomlarına, şiddetine göre ya da geçmiş deneyimlere göre aldıklarını; bununla birlikte ilaç desteği alan tüm ergenlerin çalışmayan anneye sahip olduğu görülmüştür. Çalışma grubunda çoğu annenin ev hanımı olduğu bilinmektedir. Annelerin çalışma hayatında yer alması sağlık okuryazarlık seviyesini etkileyen bir değişken olabileceği düşünülebilir. Toci ve ark. (95)'da 18 yaş üstü yetişkinlerde yapmış olduğu araştırmasında bu çalışma ile benzer bir biçimde sağlık okuryazarlığının eğitim düzeyi ve işsiz olmama durumu ile pozitif bir ilişki gösterdiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan ergenlerin randevu alma süreci ile ilgili görüşleri alınırken ergenlerin çoğunluğu randevu almadan sağlık merkezine yani acil birimlerine gitmeyi tercih ettiklerini belirtmiştir. Başvuru seçenekleri ile ilgili karmaşa yaşayan bir birey hastalık durumunda acil birimlerine başvurarak problemi çözmeye çalışabilmektedir. Berkman ve ark. ile Nielsen-Bohlman ve ark. (11,75), sağlık okuryazarlığının düşük olması durumunda hastanelerdeki acil birimleri daha sık ziyaret edilmekte sağlık giderleri ve sağlık personelinin iş yükü artmaktadır. Bu nedenle sonuçlar her ne kadar bireysel bir durum olarak gözükse de aslında ortaya çıkan sorunların maddi boyutu göz önüne alındığında toplumun geri kalanını da etkilemektedir.

Randevu alma durumunda ise, ergenler telefon ya da online randevu sistemini kullanarak randevu almaktadır. Ancak aranan numara bilgi verememişlerdir. Bununla birlikte bazı ergenlerin Alo 182 ile ilgili farkındalıkları bulunmaktadır. Annelerin randevu aldığı ve çocuklarını bu konuyla ilgili bilgilendirmedikleri için ergenlerin de numarayı bilmedikleri ergenler tarafından ifade edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüklüğünün bir göstergesi de ergenlerin sağlık kurumlarına kendi başına başvurabilmesi veya nereye başvurabileceğini bilmesidir (53,142). Dağdevire ve Şimşek (142) araştırmasında 13-20 yaş arasındaki ergenlerin sağlığı geliştirme davranışları ve ilişkili faktörleri incelemiştir. Araştırmaya göre sağlıklı yaşam becerileri davranışları ile kendi başına doktora gidebilme arasında ilişkili bulunmuştur. Dağdevire ve Şimşek'in araştırması ile benzer şekilde bu çalışmada da ergenlerin sağlık davranışlarının yetersizliği kendi başına doktora gidebilme ya da başvuru yapabilme süreçlerini etkilediği söylenebilir. Bununla birlikte internetten randevu alma süreci ile ilgili ise sadece bir ergenin sürece hakim olduğu görülmüştür. Bu ergenin demografik bilgileri incelendiğinde profesyonel olarak spor ile uğraştığı, çevresinde kronik hastalığı olan yakının olduğu ve çalışan bir annesi olduğu görülmüştür. Annenin çalışıp çalışmama durumunun annenin sağlık okuryazarlığı seviyesi üzerinde bir etmen olduğu düşünülebilir (95). Bununla birlikte çalışan annenin çocuğuna ayırabildiği vaktin sınırlı olmasına bağlı olarak çocuklarının daha bağımsız olabilmesi, çevrede kronik hastalığı olan ergenlerin sağlık davranışlarını daha çok gözleme imkânı olması ve sık sık spor yapmanın ergenin sağlığa yönelik bilgilere daha çok ilgi duymasını sağlaması gibi unsurlar bu demografik özelliklere

sahip ergenlerin sađlık okuryazarlık düzeylerinin daha iyi olabileceđi ihtimalini dűşündürebilir.

Araştırmaya katılan ergenlerin çoğunluğunun hastanede sağlık problemini kendisinin ifade etmektedir. Ancak ergenlerin hastane ortamında kurdukları iletişimin “personelerle, hastalığa ya da yalnız olup olmama durumuna” göre değişkenlik gösterdiği de belirtilmiştir. Ergenlerin çoğunluğu hastalığını ebeveynlerden destek almadan ifade ettiğini dile getirirken mizaç özelliklerinden kaynaklı olduğunu dűřünerek iletişim kurmayı tercih etmeyenlerin de olduğu görűlműřtür. Bununla birlikte iletişim kurarken sorun yaşayan ergenlerin çoğunlukla korktuklarını, korkuyu takiben ise utanma, isteksizlik, ağlama ya da heyecanlanma gibi sebeplerden dolayı sağlık durumu ile ilgili iletişim kurmayı tercih etmemektedirler. Dűřük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler sağlık personeli ile iletişim kurmada ve karar verme sürecinde zorlanmakta; utanma, korku, güvensizlik gibi duyguları hissetmektedir (41). Melton ve ark. (23) astım hastası Afrika kökenli Amerikalı hastalarda yapmış olduğu nitel araştırmasında basılı materyalleri okuma ve anlama ile ilgili sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin, sağlıkçılarla ile iletişim kurmada ve hastalıklarını öğrenmede farklı stratejilere üretebildikleri sonucuna ulaşmıştır. Guo ve ark. (34)’nın oral sağlık okuryazarlık ile ilgili yaptığı araştırma sonuçlarına göre diř hekimi-hasta iletişimi ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu araştırmaların bulguları ile bu çalışmadaki sonuçlar kıyaslandığında ergenlerin dűřük sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olmaları nedeniyle iletişim kurmakta problem yaşadığı söylenebilir. Bununla birlikte araştırmaya katılan ergenlerin sağlık personeline göre iletişim kurdukları belirtilmiştir. Anlamadıkları konularda sağlık personeline tekrar sordukları ve sağlık personelinin de daha basit ifadelerle açıkladığını ya da internetten araştırma yoluna gittikleri ifade edilmiştir. Burada aslında sağlık personelinin olumlu tutumunun ergenlerin sağlık ile ilgili iletişim kurmada ve sağlıkla ilgili bilgileri öğrenmede önemli bir yanı olduğu görűlmektedir. Naik ve ark. (143) da çok tanılı yaşlı insanlarda sağlık personelinin destekleyici konuşması ile gerek dűřük gerekse yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip bireylerin daha aktif bir iletişim kurma yoluna gittiklerini belirtmiştir. Bu araştırmanın bulguları da yapılan çalışmadaki gibi sağlık personelinin iletişim kurmakta önemli bir etken olduğu sonucu ile örtűşmektedir.

Araştırmaya katılan ergenler sağlık personeli ile iletişim kurarken verilen bilgiyi anlamada genellikle sıkıntı yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Ancak bazı ergenler özellikle mesleki terimler içeren konuşmaları anlamakta zorlandıklarını belirtmişlerdir. Bu araştırmayı destekler biçimde Brown ve ark. (53) da erken ergenlik dönemindeki ergenlerin sağlık ve sağlık okuryazarlığı algılarına yönelik yaptığı araştırmasında katılımcıların çoğunluğu sağlık personelinin duyduklarının çoğunun anlaşıldığı, ancak neredeyse %25'inin ise anlamakta zorlandığı belirtilmiştir. Aynı şekilde Gray (51)'in 11-19 yaş arası ergenlerin internetteki sağlık araştırmalarını incelemek amacıyla yaptığı nitel araştırmada ergenlerin internette yer alan temel sağlık terimleri ile ilgili dili anlamakta ve internet üzerinden sağlıkla ilgili semptomlarını açıklamakta yaşanan zorluklardan yakındıklarını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan ergenlerin hastane ortamına yönelik gözlemleri incelendiğinde hastane birimleri içerisinde çoğunlukla kardiyoloji anabilim dalını bilmişlerdir. Hastane ortamı ile ilgili deneyimlerini aktaran ergenler içerisinde çoğunluğunun hastanede birimlerin uzmanlık alanlarını ve hastanedeki gözlemlerini aktarmada sorun yaşadıkları görülmüştür. Araştırmalar gösteriyor ki, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler hastanede rahatsızlıkları ile ilgili hangi birime başvuracaklarını bilememektedir (123,124). Nakayama ve ark. (124) da 20-70 yaş arasındaki 1054 Japon ile yapmış olduğu araştırmasında araştırmaya katılanların %51'inin hastalandıklarında nereden profesyonel yardım alacağını bilmekte zorlandıklarını belirtmiştir. Ayrıntılı bir biçimde gözlemlerini sunan ergenlerden ise 3'ünün demografik bilgileri göz önüne alındığında bu ergenlerin sık sık spor yaptıkları ve çalışan anneye sahip oldukları görülmektedir. Aynı şekilde çok sık hastaneye başvuranların hastane ortamlarında gözlemlerinin de daha ayrıntılı olduğu görülmüştür. Bu iki ergenin demografik bilgileri incelendiğinde ise her ikisinin de cinsiyetinin kadın olduğu aynı zamanda çalışma grubunda sağlık ile ilgili alanda uğraşı olan anneye sahip iki kişi olduğu da görülmüştür. Dağdevire ve Şimşek (142), çoklu regresyon analizinde, annenin okuryazar olması, öğrencinin sağlıklı olması, hastalandığı zaman kendi başına doktora gitmesi, okul dışında sosyal etkinliklere katılması ve iç dış kontrol denetim odağının sağlıklı yaşam biçimi davranışıyla ilişkili faktörler olduğu saptanmıştır. Bu araştırmanın bulguların yapılan çalışma ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Hastane ile ilgili gözlemlerini aktarırken bazı ergenlerin ise Biyoloji dersinden elde ettikleri bilgilerden yola çıkarak hastanedeki birimler ve sağlık ile ilgili konularda fikir yürütebildiklerini görülmüştür. Biyoloji dersi kapsamında beyin ile ilgili konuların işlenişinde öğrencilerin nöron kavramını duyması nöroloji bölümü ile ilgili farkındalık düzeylerini arttırdığı düşünülebilir. Yani sağlıkla ilgili temel kavramların öğreniminin ergenlerin hangi birime başvuracağını bilme sürecinde de etkisi olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte Sağlık Bilgisi dersinden bu bilgilerin elde edilmemesi bu dersin içeriğinde ya da uygulamada eksikliklerin olabileceği ihtimalini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan çoğu ergen hasta hakları ile ilgili görüş belirtmemiştir. Bununla birlikte görüş belirtmeyenlerin çoğunluğunun hasta hakları kavramını ilk kez duydukları görülürken, diğerlerinin hasta hakları kavramını Sağlık Bilgisi dersi kapsamında ya da hastane panolarında gördükleri ancak konu ile ilgili hiç bir şey hatırlamadıkları görülmüştür. Melton ve ark. (23) astım hastası Afrika kökenli Amerikalı hastalarda yapmış olduğu nitel araştırmasında basılı materyalleri okuma ve anlama ile ilgili sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin, sağlık sistemi içinde ayrımcılıkları deneyimlemeleri durumunda bu durumların üstesinde gelmede farklı stratejilere üretebildikleri sonucuna ulaşmıştır. Bu nedenle sağlık okuryazarlık düzeyinin kişinin haklarını bilme ve herhangi bir hak ihlalinde kendini savunabilme gibi durumlarda önemli bir faktör olacağı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan 4 ergenin hasta haklarına yönelik tam adı bildirmemekle birlikte sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun faydalanma haklarına 3 ergenin ise hasta olarak seçim hakları olduğuna yönelik farkındalıkları olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Zengin ve ark. (65) 2006-2011 yılları arasında Hasta Hakları Birimi'ne yapılan sözlü ve yazılı başvuru kayıtları incelenmesine yönelik araştırmasında hastanede en çok başvuru ve orada çözülen başvuru içeriğinin "Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı" kapsamında olduğu saptanmıştır. Zengin ve arkadaşlarının yaptığı araştırmadan yola çıkarak bu çalışmada da ergenlerin en çok maruz kaldıkları sorunlardan yola çıkarak sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun faydalanma hakkını bildikleri söylenebilir.

Araştırmaya katılan ergenlerin büyük bir çoğunluğunun sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için çoğunlukla interneti tercih ettiği görülmüştür. Bilgi edinme yolları arasında bir diğer yollar ise sırasıyla ebeveyne danışma, sağlık personeline danışma, okuldaki dersler, televizyon ve makalelerdir. Ancak sağlık personeli dışında diğer yollara başvuran ergenlerin elde ettikleri bilgilere güvenle ilgili sorun yaşamaktadır. Bu sorunlar onları sağlık personeline danışmaya itmektedir. Safeer ve Keenan (89), yetersiz ve/veya sınırlı sağlık okuryazarlığı becerilerini öngören davranışlarını içerisinde sıklıkla sağlık personelinden yardım isteme davranışı da bulunmaktadır. Bununla birlikte teknolojik gelişmeler, telefonun çok küçük yaşta kullanılmaya başlanması ve internetin yaygınlaşması bilgiye ulaşabilirliği kolaylaştırabilmektedir. Bu nedenle ergenlerin bilgiye en rahat ulaşım yolunu kullanmaları da doğal bir durumdur. Brown ve ark. (53)'ün erken ergenlik dönemindeki ergenlerin sağlık ve sağlık okuryazarlığı algılarına yönelik yaptığı araştırmasında ise, 12-13 yaş dönemindeki ergenler okulu sağlıkla ilgili bilginin alınabileceği önemli bir birim olarak görmekle birlikte küçük yaş gruplarına göre bu yaş grubu ergenler sağlıkla ilgili bilgiye ilk başvuruyu yeri olarak interneti daha çok kullanmakta olduğu görülmüştür. James ve ark. (144), Afrika kökenli Amerikalı kadınlarla yapmış olduğu sağlık okuryazarlığı ve kilo problemine yönelik çalışmasında düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireylerle karşılaştırıldığında, yeterli sağlık okuryazarlığı olanların, televizyondan edindikleri bilgilere güvenmemelerine rağmen internetten edinilen bilgilere güvenmesi daha olası olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu araştırmaların bulguları da yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir. Ancak bu durum beraberinde bilgi kirliliğini ve kişilerin medya okuryazarlık düzeyi kavramlarını da beraberinde getirmektedir. Özellikle düşük sağlık okuryazarlığına sahip ergenlerin internetten elde ettikleri bilgileri yorumlarda yaşayacağı sorunlar daha sık hastaneye gitmesine ve sağlık sorunları ile ilgili daha fazla sorun yaşamasına sebep olabilmektedir (10,11,109).

Araştırmaya katılan ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilebilmesi için ailelere yönelik önerileri incelendiğinde her iki cinsiyette de ergenlerin ailelerini sağlık ile ilgili konularda yetersiz bulduğu ve ailelerin de bilinçlendirilmesi gerektiğini düşünmektedirler. Ailelerin çocuklarını susturmak yerine sağlık ile ilgili konularda teşvik edici konuşmalar yapıp bilgilerini aktarmaları gerektiği ve sağlık kurumlarında

yaptıkları işlemleri çocuklarına da açıklamaları gerektiği ifade edilmiştir. Bu bulgular değerlendirildiğinde ailelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olmasının sağlıkla ilgili konuları anlama ve çocuklarını bilgilendirme aşamasında yetersiz kalmasına sebep olabileceği düşünülebilir. Bu konuda Cha ve Besse (145) araştırmasında düşük sağlık okuryazarlığı olan ebeveynlerin bebekleri ile ilgili uygun olmayan sağlık davranışları sergilediklerini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilebilmesi için okullara yönelik önerileri incelendiğinde okullarda eğitimcilerin bilgilendirme yapmaları, okullarda revirlerin yapılması, seminerlerin verilmesi ve küçük yaştan itibaren sağlık derslerinin müfredatta yer alması gerektiği gibi öneriler sunulmuştur. Küçük yaştan itibaren sağlık derslerinin müfredatta yer alması gerektiği önerisi göz önüne alındığında Alkan ve ark. (133)'da okullarda verilen sağlık eğitimi ile ilgili durum raporunda gerekli niteliklere sahip bir okul sağlık eğitimi programı okul öncesi dönemde başlayan ve orta öğretimin sonuna kadar süren planlı ve aşamalı bir program olduğu vurgulanmıştır.

Bununla birlikte araştırmaya katılan ergenler öğretmenlerin sağlık ile ilgili konularda öğrencileri ile yeterince ilgilenmedikleri ve bilgilendirmedikleri bu nedenle öğretmenlerin daha duyarlı olması gerektiği görüşünü savunmuştur. Yılmazel (146) de araştırmasında ilk ve orta kademesinde görev yapan 580 öğretmenlerin hastalık farkındalığı ve kontrolüne göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınırlı (2.12 ± 1.82) olduğunu saptanmıştır. Yılmazel'in araştırması da aslında ergenlerin eğitimcilerle yönelik görüşlerini desteklemektedir.

Ergenler Sağlık Bilgisi dersi içeriğini yetersiz görmesi ve genişletilmesi gerektiği konusunda çoğunlukla hemfikirdirler. Özellikle derslerin uygulamaya dönük olmaması Sağlık Bilgisi dersinin etkililiğinin artırılmasında önemli bir engel olduğu düşünülmektedir. Sağlam (134) Orta Öğretimde Sağlık Bilgisi Dersinin Niteliği ve Öğrencilerin Derse İlgileri adlı araştırmasında Sağlık Bilgisi dersinin içeriği ve programı M.E.B. tarafından titiz bir şekilde hazırlandığı ancak öğretmenler ve öğrencilerin büyük çoğunluğu dersin öğretim ve öğreniminin yetersizliğine inandıkları sonucuna ulaşmıştır. Şahin ve Özata (14) Türkiye'deki sağlık eğitiminin Finlandiya, Amerika (New Jersey ve Massachusetts), Kanada (Saskatchewan) sağlık eğitimleriyle

karşılaştırılmasında Türkiye’de ilköğretim programlarının sağlık eğitimi açısından geliştirilmeye ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir. Ayrıca mevcut kazanımlar bir tek bilişsel düzeyde kalmamalı, duyuşsal ve psiko-motor kazanımlarla zenginleştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Ha ve Lopez (147) Ezcacılık bölümü 1. Sınıf öğrencilerinde temel sağlık okuryazarlık becerilerinin kazandırılması ve sınırlı sağlık okuryazarlığı risk faktörlerinin tanımlanabilmesi için yapmış olduğu vaka-temelli uygulamaya dönük çalışmada çalışma öncesi ve sonrası öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulmuştur. Bu araştırmalarda uygulamaya dönük eğitimin sağlık okuryazarlık düzeyini arttıracığı ve eğitim içeriğinin geliştirilmesine yönelik bulgular, yapılan çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan ergenlerin sağlık kurumlarına yönelik verdikleri öneriler göz önüne alındığında sağlık okuryazarlığının geliştirilebilmesi için seminer vermeleri, gelen hastalara öneri sunmaları, daha net bilgilendirme yapmaları ve sağlık kurumlarında tanıtım videolarının yer alması gibi öneriler sundukları görülmektedir. Sık sık spor yaptığı, çalışan bir anneye sahip olduğu ve çok sık hastaneye gittiği bilinen bir ergenin düşük sağlık okuryazarlığı göstergelerinden biri olan gereksiz hastane başvurularına değinerek verimli sağlık hizmeti alma açısından çocuk birimlerindeki personellerin yetersiz kaldığını bildirmektedir. Bu görüşler değerlendirildiğinde ergenlerin sağlık personelinden bilgi almaya istekli oldukları ve bu bilgilerin onların sağlık okuryazarlığı seviyelerini yükselteceğine inandıkları söylenebilir. Aynı şekilde Brown ve ark. (53)’ün erken ergenlik dönemindeki ergenlerin sağlık ve sağlık okuryazarlığı algılarına yönelik yaptığı araştırmasında katılımcıların %40’dan fazlasının sağlık hakkında öğrenmeye ilgi duyduklarını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan farklı demografik özelliklere sahip ergenlerin sağlık okuryazarlığının geliştirilebilmesi için sağlık kurumlarında hastanede yürütülen süreçler ile ilgili bilgi sahibi olamadıklarını ve bu konuda sağlık personellerinin bilgi vermediğini, önceden bilgilendirme yapmaları ve öneriler sunmaları gerektiği ergenler tarafından ifade edilmiştir. Düşük sağlık okuryazarlık göstergelerinden biri de sıklıkla sağlık personeline danışma gereği duymaktır (112). Sağlık personeli ile ilgili ergenlerin görüşleri incelendiğinde aslında hastanedeki yoğunluğun sağlık personelinin hasta ile ilgilenme durumunu etkilediği bildirilmiştir. Ancak bu durumun

sağlık personeli bakış açısıyla değerlendirilmesinde yarar vardır. Örneğin, Arda ve ark. (148) yaptığı nitel araştırmada ise hemşirelerin %58'i hasta ya da refakatçilerinin “eğitim düzeyleri düşük olduğu için onlarla konuşsam da anlamazlar” önermesine katıldıklarını ifade ederken, hekimlerde bu oran %65,1 bulunmuştur. Bu nedenle hastanedeki gereksiz yoğunluğun azaltılmasının sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkili olduğu; sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişilerin ise sağlık personeli ile daha iyi iletişim yürüteceği düşünülebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada 15-17 yaş arasındaki ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini ortaya koyan kavramlar ile ilgi neler bildiğini, sağlık hakkında neler deneyimlediklerini ve bu deneyimlerin onlara sağladığı bilgileri ortaya koymak, bu bilgileri üzerinde hangi değişkenlerin rol oynayabileceğine ilişkin hipotezler geliştirmek ve araştırmanın gelecekte sağlık okuryazarlığı ile ilgili araçların geliştirilebilmesi için zemin oluşturması amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda ergenlerin ifadeleri içerik analizi yöntemi ile incelenmiştir.

Ergenlerin hastalığın tanımında sırasıyla fizyolojik ve psikolojik etmenleri göz önüne aldığı, sosyal boyutu göz ardı ettiği görülmektedir. Bu nedenle özellikle MEB, Orta Öğretimde Sağlık Bilgisi Dersi Öğretim Programı kitapçığında Sağlık Bilgisi dersi programının “Sağlıkla ilgili temel kavram ve terimleri kavramaları” ve “Toplumdaki sağlık sorunlarının sosyal ve ekonomik sebeplerini ayırt etmeleri” amaçları ile ilgili uygulamalara daha çok ağırlık verilebilir.

Ergenlerin hastalık durumunda ebeveynlerinden reçetesiz ilaç kullanımının yoğun olduğu görülmüştür. Tartışmada da belirtildiği üzere gereksiz ilaç kullanımını sağlık okuryazarlık düşüklüğünün en önemli göstergelerinden biri olduğu göz önüne alındığında aileler ve çocukları ile ilgili sağlık seminerlerinin verilebilir. Eczanelerde de doktor kontrolünde olmayan gereksiz ilaç kullanımının sonuçları üzerine bilgilendirme broşürlerine, afişlerine ya da kamu spotlarına yer verilebilir. Eczacılar reçetesiz ilaç satışı yapmadan önce her hastayı gereksiz ilaç kullanımının sonuçları üzerine bilgilendirebilir.

Randevu alma sürecinde ergenlerin randevu almadan sağlık kurumuna gitmeyi tercih ettikleri ve çoğunun randevu almayı bilmediği görülmüştür. Bu durumun da düşük sağlık okuryazarlığı göstergelerinden biri olduğu belirtilmiştir. Hastanelerdeki hasta yoğunluğunun önlenmesi adına yasal önlemlerin alınması, projelendirilmesi ve hayata geçirilmesi önerilmektedir. Ayrıca Orta Öğretimde Sağlık Bilgisi Dersi Öğretim Programı içerisinde sağlık kurumuna başvurma süreçlerine ilişkin amaçların eklenmesi ve bu amacın özellikle de derslerde uygulamalı olarak işlenmesi önerilmektedir.

Ergenlerin sağlık personeli ile kendileri sağlık personeline, hastalığa ya da yalnız olup/olmam durumuna göre iletişim kurdukları ancak bazılarının korku, utanma, heyecanlanma gibi durumlar nedeniyle iletişim kurarken sorun yaşadıkları belirtilmiştir. Sağlık Bilgisi dersi kapsamında sağlık personeli ile iletişim kurma becerisini geliştirebilmek için drama çalışmalarına yer verilebilir.

Hastane birimleri, işlemleri, malzemeleri ve ilaçları gibi hastane ortamına yönelik gözlemlerini aktarmakta sorun yaşadıkları görülmüştür. Sağlık alanında çalışan ebeveyne sahip ve sık sık hastaneye giden ergenlerin hastane ortamı ile ilgili ayrıntılı bilgiler sundukları görülmüştür. Orta ğretimde öğrencilere hastane ortamı ile ilgili geziler düzenlenebilir ya da sağlık personelleri çeşitli materyaller ile okul ziyaretleri gerçekleştirerek seminerler düzenleyebilir.

Ergenlerin çoğunun hasta haklarını bilmediği ya da tam olarak ifade edemediği görülmüştür. Orta ğretimde Sağlık Bilgisi Dersi ğretim Programı içerisine hasta haklarına yönelik amaçların da eklenmesi ve bu hakların nasıl benimsetilmesi gerektiği hakkında araştırmalar yapılması önerilmektedir. Ayrıca sağlık kurumlarında hasta hakları hakkında kamu spotları gösterilebilir.

Ergenlerin en çok internet aracılığıyla sağlık hakkında bilgi edinmeye çalıştığı görülmüştür. Bu amaçla sağlık ile ilgili medya okuryazarlığına yönelik çalışmaların yapılabilir.

Ergenlerin aileler ile ilgili en çok ailelerin bilinçlendirilmesi nerisi sunulmuştur. Bu neriler dikkate alınarak yetişkinlerde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik araştırmaların yapılması ve bu araştırmalar içerisine ebeveynlerin sağlık ile ilgili konularda çocuklarını bilgilendirebilmesine yönelik davranışların da kazandırılması eklenebilir.

Ergenler okullara yönelik öneriler sunarken Sağlık Bilgisi ders içeriğinin yetersiz olduğu ve genişletilmesi konusunda hemfikir oldukları görülmüştür. Bu nedenle ders içeriğinin amaçları ve içeriği kadar uygulama süreci hakkında da araştırmalar yapılabilir. Bu araştırmalardan derse yönelik eksiklikler ve dersin etkililiğini sınırlayan etmenler belirlenebilir.

Ergenlerin sağlık kurumlarına yönelik sundukları öneriler arasında ise, sağlık okuryazarlığının geliştirilebilmesi için seminer vermeleri, gelen hastalara neri sunmaları, daha net bilgilendirme yapmaları ve sağlık kurumlarında tanıtım

videolarının yer almaktadır. Genel olarak ifadeler ele alındığında ergenlerin özellikle sağlık personeli tarafından bilgilendirmeye ihtiyaç duydukları görülmektedir. Bu nedenle okulların bağlı oldukları aile sağlığı merkezlerinde yer alan sağlık personellerince düzenli olarak seminer düzenlenmesi ve bu seminerlerin öğrenciler üzerindeki etkileri üzerine araştırmalar yapılması önerilmektedir.

Çalışma kapsamında uzman görüşü ve görüşme süresinin uzunluğu göz önüne alınarak sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından hastalık durumu, baş etme stratejileri ve hastane ortamı ele alınmıştır. İleride yapılacak olan çalışmalarda vücutta yer alan organlar ve yerleri, sağlık ile ilgili temel kavramlar, gelişimsel sağlık okuryazarlığı ve benzeri kavramlar incelenebilir.

Genel olarak değerlendirildiğinde; sağlığa yönelik bilgi ve deneyimlerini sık sık spor yapan, çalışan anneye ya da sağlık alanında çalışan ebeveyne sahip olan, çok sık hastaneye giden ve çevresinde kronik hastalığı olan ergenlerin daha ayrıntılı ifade ettiği görülmüştür. İleride yapılacak araştırma hipotezleri içerisinde bu değişkenler de eklenerek nicel çalışmalar yürütülüp aralarındaki ilişki incelenebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig D a. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy of Sciences; 2004.
2. Nutbeam D. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promot Int* [Internet]. 2000;15(3):259–67. Available from: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259>
3. HLS-EU Consortium. Comparative Report Of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU [Internet]. 2012. 359 p. Available from: <http://www.health-literacy.eu>.
4. Helitzer D, Hollis C. Addressing the “Other” Health Literacy Competencies, Knowledge, Dispositions, and Oral/Aural Communication: Development of TALKDOC, an Intervention Assessment Tool. *NIH J Heal Commun*. 2012;17(3):160–75.
5. Dodson S, Beauchamp A, Batterham RW, Osborne RH. Information sheet 1: What is health literacy. In *Ophelia Toolkit: A step-by-step guide for identifying and responding to health literacy needs within local communities* [Internet]. *Ophelia Toolkit*. 2017. 2-5 p. Available from: <https://www.appd.org/meetings/2012SpringPres/WS25Slides5.pdf>
6. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid Estimate of Adult Literacy In Medicine: A Shortened Screening Instrument. *Fam Med*. 1993;25(6):391–5.
7. Dumenci L, Matsuyama RK, Kuhn L, Perera RA, Siminoff LA. On the Validity of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scale as a Measure of Health Literacy. *Natl Institutes Med* [Internet]. 2008;7(2):134–143. Available from: <http://doi.org/10.1080/19312458.2013.789839>.

8. Kochhann R, Varela JS, Lisboa CSDM, Chaves MLF. The Mini Mental State Examination Review of Cutoff Points Adjusted For Schooling in a large Southern Brazilian Sample. *Dement Neuropsychol.* 2010;4(1):35–41.
9. Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı leği'nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg.* 2014;17(3):165–70.
10. Baker DW, Gazmararian JA, Williams M V, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional Health Literacy and The Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. *Am J Public Health* [Internet]. 2002;92(8):1278–83. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1447230&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
11. Berkman ND, DeWalt D a, Pignone MP, Sheridan SL, Lohr KN, Lux L, et al. Literacy and Health Outcomes. Summary, Evidence Report/Technology Assessment No. 87. AHRQ Publ No 04-E007-1 [Internet]. 2004;(87). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9643516
12. Bass SB, Gallo R, Crookes DM, Berger T. *Your Resource Guide to Health Literacy.* Pennsylvania: Pennsylvania Department of Health; 2008.
13. Weiss BD, Palmer R. Relationship Between Health Care Costs and Very Low Literacy Skills in a Medically Needy and Indigent Medicaid Population. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2004;17(1):44–7. Available from: <http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.17.1.44>
14. şahin İ, zata E. Türkiye'deki Sağlık Eğitiminin Finlandiya, Amerika (New Jersey ve Massachusetts), Kanada (Saskatchewan) Sağlık Eğitimleriyle Karşılaştırılması. *Sak Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg* [Internet]. 2009;17(1):606–23. Available from: file:///C:/Users/user/Downloads/Turkiye_deki_Saglik_Egitiminin_Finlandiy.pdf
15. UNESCO. *Global Education Monitoring Report.* 2015.

16. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Ankara; 2014.
17. Ünalın PC, Apaydın Kaya Ç, Akgün T, Yıkılın H, İşgör A. Birinci Basamakta Ergen Sağlığına Yaklaşım. Turkish Clin J Med Sci [Internet]. 2007;27(4):567–76. Available from: <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-birinci-basamakta-ergen-sagligina-yaklasim-48233.html>
18. Australian Bureau of Statistics. Health literacy. Adult Lit Life Ski Surv [Internet]. 2009;(4233):8–11. Available from: [http://www.ausstats.abs.gov.au/ausstats/subscriber.nsf/LookupAttach/4102.OPublication30.06.093/\\$File/41020_Healthliteracy.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/ausstats/subscriber.nsf/LookupAttach/4102.OPublication30.06.093/$File/41020_Healthliteracy.pdf)
19. Cho YI, Lee S-YD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization Amongst The Elderly. Soc Sci Med [Internet]. 2008;66(8):1809–16. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953608000166>
20. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian J a, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The Prevalence of Limited Health Literacy. J Gen Intern Med [Internet]. 2005;20(2):175–84. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1490053&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
21. Wizowski L, Harper T, Hutchings T. Writing Health Information for Patients and Families. Hamilton Health Sciences; 2014.
22. Morris NS, MacLean CD, Littenberg B. Change in Health Literacy Over 2 Years in Older Adults With Diabetes. Diabetes Educ [Internet]. 2013;39(5):638–46. Available from: <http://tde.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0145721713496871>

23. Melton C, Graff C, Holmes GN, Brown L, Bailey J. Health Literacy and Asthma Management among African-American Adults: An Interpretative Phenomenological Analysis. *J Asthma Off J Assoc Care Asthma* [Internet]. 2014;51(7):703–13. Available from: <http://ezproxy.cul.columbia.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=24654706&site=ehost-live&scope=site>
24. Öztürk Z, Atilla EA, Koç E. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri ve Sağlık Okur Yazarlıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *TSA*. 2015;19(2):263–84.
25. Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık Okur - Yazarlığı. *TAF Prev Med Bull*. 2014;13(4):321–6.
26. Weiss BD, Hart G, McGee DL, D'Estelle S. Health Status of Illiterate Adults: Relation between Literacy and Health Status among Persons with Low Literacy Skills. *J Am Board Fam Pract* [Internet]. 1992;5(3):257–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1580173>
27. Weiss BD. Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand (Manual For Clinicians, Second Edition). *Am Med Assoc Found Am Med Assoc*. 2007;62 p.
28. Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, Harris TB, Mehta KM, Simonsick EM, et al. Limited Literacy and Mortality in the Elderly: The Health, Aging, and Body Composition Study. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):806–12.
29. Dewalt D a, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and Health Outcomes: A Systematic Review Of The Literature. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2004;19(12):1228–39. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1492599&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
30. Bohanny W, Wu S-FV, Liu C-Y, Yeh S-H, Tsay S-L, Wang T-J. Health Literacy, Self-Efficacy, and Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *J Am Assoc Nurse Pract* [Internet]. 2013;25(9):495–502. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1745-7599.12017>

31. Chen AMH, Yehle KS, Plake KS, Murawski MM, Mason HL. Health Literacy and Self-Care of Patients with Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2012;26(6):446–51.
32. Çimen Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Ve Sağlık Algısı İlişkisi. Ege Üniversitesi; 2015.
33. Estacio EV, McKinley RK, Saidy-Khan S, Karic T, Clark L, Kurth J. Health literacy: Why It Matters to South Asian Men With Diabetes. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2015;16:214–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24661786>
34. Guo Y, Logan HL, Dodd VJ, Muller KE, Marks JG, Riley JL. Health literacy: A pathway to better oral health. *Am J Public Health*. 2014;104(7):85–92.
35. Griffey RT, Kennedy SK, McGownan L, Goodman M, Kaphingst KA. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Acad Emerg Med*. 2014;21(10):1109–15.
36. Jacobs RJ, Caballero J, Ownby RL, Kane MN. Development of a culturally appropriate computer-delivered tailored internet-based health literacy intervention for spanish-dominant hispanics living with HIV. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2014;14:103.
37. Lee JY, Divaris K, DeWalt DA, Baker AD, Gizlice Z, Rozier RG, et al. Caregivers' health literacy and gaps in children's medicaid enrollment: Findings from the Carolina Oral Health Literacy study. *PLoS One*. 2014;9(10).
38. Lassetter JH, Clark L, Morgan SE, Brown LB, Vanservellen G, Duncan K, et al. Health Literacy and Obesity Among Native Hawaiian and Pacific Islanders in the United States. *Public Health Nurs*. 2015;32(1):15–23.
39. Leung AYM, Cheung MKT, Chi I. Supplementing vitamin D through sunlight: Associating health literacy with sunlight exposure behavior. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2015;60(1):134–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2014.10.005>
40. Levin-Zamir D, Peterburg Y. Health Literacy in health Systems: Perspectives on Patient Self-Management in Israel. *Health Promot Int*. 2001;16(1):87–94.

41. Mckinney J, Kurtz-rossi S. Family Health and Literacy: A Guide to Easy-to-Read Health Education Materials and Web Sites for Families. MetLife Foundation; 2006.
42. Naghibi Sistani MM, Montazeri A, Yazdani R, Murtomaa H. New oral health literacy instrument for public health: development and pilot testing. *J Investig Clin Dent*. 2014;5(4):313–21.
43. Murray TS, Kirsch IS, Jenkins LB, Lynn B. Adult literacy in OECD countries: Technical report on the First International Adult Literacy Survey (NCES 98-053). National Center for Education Statistics. Washington, DC; 1998.
44. Williams M V, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease. 1998;158:166–72.
45. Wehmeyer MMH, Corwin CL, Guthmiller JM, Lee JY. The Impact of oral Health Literacy on Periodontal Health Status. *J Public Health Dent*. 2014;74(7):80–7.
46. Toçi E, Burazeri G, Kamberi H, Jerliu N, Sørensen K, Brand H. Socio-economic correlates of functional health literacy among patients of primary health care in Kosovo. *Public Health*. 2014;128(9):842–8.
47. Warsh J, Chari R, Badaczewski A, Hossain J, Sharif I. Can the Newest Vital Sign be used to assess health literacy in children and adolescents? *Clin Pediatr (Phila)* [Internet]. 2014;53(2):141–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24065737>
48. Department of Child and Adolescent Health and Development WHO. The Second decade : Improving Adolescent Health and Development [Internet]. World Health Organization. 2001. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/64320>
49. 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. *J Adolesc* [Internet]. 2014;37(7):1143–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.08.001>

50. Manganello JA. Health Literacy and Adolescents: A Framework and Agenda for Future Research. *Health Educ Res.* 2008;23(5):840–7.
51. Gray NJ, Klein JD, Noyce PR, Sesselberg TS, Cantrill JA. The Internet: A window on adolescent health literacy. *J Adolesc Heal.* 2005;37(3).
52. Burns JR, Rapee RM. Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *J Adolesc.* 2006;29(2):225–39.
53. Brown SL, Teufel JA, Birch DA. Early adolescents perceptions of health and health literacy. *J Sch Health.* 2007;77(1):7–15.
54. Çetin G, Özarslan M, Işık E, Eser H. Students ' Views About Health Concept by Drawing And Writing Technique. *Energy Educ Sci Technol Part B Soc Educ Stud.* 2012;(Special Issue):311–6.
55. Yıldırım A. Nitel Araştırma Yöntemlerinin Temel Özellikleri Ye Eğitim Araştırmalarındaki Yeri ve Önemi: Qualitative Research Methods. *Eğitim ve Bilim.* Ankara; 1999.
56. Yüceşahin MM, Tuysuz S. Ankara Kentinde Sosyo-mekânsal Farklılaşmanın Örüntüleri: Ampirik Bir Analiz. *Coğrafi Bilim Derg.* 2011;9(2):159–88.
57. WHO. Health Literacy: The Solid Facts [Internet]. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2013. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
58. TDK. Türk Dil Kurumu: Türkçe Sözlük. Türk Dil Kurumu Yayınları. 2016.
59. Gold RS, Miner KR. Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. *J Sch Health* [Internet]. 2002;72(1):3–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2002.tb06501.x>
60. The Association of Faculties of Medicine of Canada. AFMC Primer on Population Health: A Virtual Textbook on Public Health Concepts for Clinicians [Internet]. AFMC. 2017 [cited 2017 Mar 3]. Available from: http://phprimer.afmc.ca/Part1-TheoryThinkingAboutHealth/ConceptsOfHealthAndIllness/DefinitionsOfHealth#Defn_of_health

61. Aslan D, Boztas G, Kilic E, Ozturk I, Erkan K, Gunbey L, et al. Thoughts of Women Who Are Registered in A Sports Center About “Health/Illness” Concept And Factors Which Influence Their Health Seeking Behavior. *Erciyes Univ Saglik Bilim Derg.* 2004;13(2):30–8.
62. Araz A, Harlak H, G. M. Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *TSK Koruyucu Hekim Bülteni.* 2007;6(2):112–22.
63. Wang W. Mainland Chinese Students’ Concept of Health. *Asia Pacific J Public Heal.* 2004;16(2):89–94.
64. Bostan S. Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Derg.* 2007;10(1):1–18.
65. Zengin A, Erbaycu AE, Mertoğlu A, Yazıcı E, Çetinalp H. Türkiye’de Hasta Hakları Uygulaması: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nin Beş Yıllık Deneyimi. *İzmir Göğüs Hastan Derg.* 2013;27(2):105–18.
66. Erbil N. Developing Scale of Patient ’ Rights Using Attitude. *Uluslararası İnsan Bilim Derg.* 2009;6(1):825–38.
67. Sağlık Bakanlığı. Hasta Hakları Yönetmeliği. 2016.
68. Kurudayıoğlu M, Tüzel S. 21.Yüzyıl Okuryazarlık Türleri, Değişen Metin Algısı ve Türkçe Eğitimi. *TÜBAR-XXVIII-/2010-Güz.* 2010;283–98.
69. UNESCO. he GlobalLiteracy Challenge, A Profile of Youth and Adult Literacy at the Mid-Point of the United Nations Literacy Decade 2003 – 2012 [Internet]. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Paris; 2008. Available from: <http://www.unesco.org/education/GAW2009/TheGlobalLiteracyChallenge.pdf> %5Cn<http://www.unesco.org/new/en/education/themes/education-building-blocks/literacy/the-global-literacy-challenge-at-the-un/>
70. Uğurlu Z. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2011.

71. Aşıcı M. Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık. Değerler Eğitimi Derg. 2009;7(17):9–26.
72. Önal İ. Tarihsel Değişim Sürecinde Yaşam Boyu Öğrenme ve Okuryazarlık : Türkiye} Deneyimi. Bilgi Dünyası. 2010;11(1):101–21.
73. Zarcadoolas SC. Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action. San Francisco, CA: The New England Journal of Medicine; 2007. 757-758 p.
74. Wen JR, Shih WL. Exploring the Information Literacy Competence Standards for Elementary and High School Teachers. Comput Educ. 2008;50(3):787–806.
75. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Hamlin B, Kindig DA. Health Literacy: A Prescription to End Confusion [Internet]. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, D.C.; 2004. Available from: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10883#toc
76. Gebhard RD, Goske MJ, Salisbury SR, Leopard a. C, Hater DM. Improving Health Literacy: Use of an Informational Brochure Improves Parents' Understanding of Their Child's Fluoroscopic Examination. Am J Roentgenol [Internet]. 2015;204(1):W95–103. Available from: <http://www.ajronline.org/doi/abs/10.2214/AJR.14.12573>
77. Yıldırım HH. Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye Resmin Neresinde? Ne Yapmalı? Ankara; 2015.
78. Rudd RE. The Evolving Concept of Health Literacy: New Directions for Health Literacy Studies. J Commun Healthc [Internet]. 2015;8(1):7–9. Available from: <http://doi.org/10.1179/1753806815Z.000000000105>
79. Nutbeam D. The Evolving Concept of Health Literacy. Soc Sci Med [Internet]. 2008;67(12):2072–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
80. Egbert N, Nanna KM. Health Literacy: Challenges and Strategies. OJIN Online J Issues Nurs [Internet]. 2009;14(3):1–9. Available from: <http://doi.org/10.3912/OJIN.Vol14No03Man01>

81. Kanj M, Mitic W. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap. 7th Glob Conf Heal Promot [Internet]. 2009;(October):26–30. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
82. Parker RM, Ratzan SC, Lurie N. Health literacy: A Policy Challenge for Advancing High-Quality Health Care. *Health Aff.* 2003;22(4):147–53.
83. Ratzan SC. Health Literacy: Communication for the Public Good. *Health Promot Int.* 2001;16(2):207–14.
84. Peerson A, Saunders M. Health Literacy Revisited: What Do We Mean And Why Does It Matter? *Health Promot Int* [Internet]. 2009;24(3):285–96. Available from: <http://www.heapro.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/heapro/dap014>
85. Sezgin D. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *İletişim Derg.* 2013;3:73–92.
86. The Joint Commission. What Did the Doctor Say?: Improving Health Literacy to Protect Patient Safety. *Jt Comm Public Policy Initiat* [Internet]. 2007;1–64. Available from: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/improving_health_literacy.pdf
87. WHO. Health Promotion Glossary. [Internet]. Vol. 13, Health Promotion International. Geneva: World Health Organization; 1998. 349-364 p. Available from: http://heapro.oxfordjournals.org/content/13/4/349.short%5Cnhttp://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
88. AMA. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs [Internet]. Vol. 281, American Medical Association. 1999. Available from: <http://doi.org/10.1001/jama.306.10.1158>
89. Safeer RS, Keenan J. Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *Am Fam Physician.* 2005;72(3):463–8.
90. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review. *Int J Public Health* [Internet]. 2009;54(5):313–24. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00038-009-0058-2>

91. Peterson PN, Shetterly SM, Clarke CL, Bekelman DB, Chan PS, Allen LA, et al. Health Literacy and Outcomes Among Patients With Heart Failure. *Jama*. 2013;305(16):1695–701.
92. Bailey SC, Brega AG, Crutchfield TM, Elasy T, Herr H, Kaphingst K, et al. Update on Health Literacy and Diabetes. *Diabetes Educ* [Internet]. 2015;581–604. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24947871>
93. Haun JN, Patel NR, French DD, Campbell RR, Bradham DD, Lapcevic WA. Association Between Health Literacy and Medical Care Costs in an Integrated Healthcare System: A Regional Population Based Study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015;15:249–60. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4482196&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
94. Davey J, Holden CA, Smith BJ. The Correlates of Chronic Disease-Related Health Literacy And Its Components Among Men: A Systematic Review. *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(1):589. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/589>
95. Toci E, Burazeri G, Jerliu N, Sørensen K, Ramadani N, Hysa B, et al. Health Literacy, Self-Perceived Health and Self-Reported Chronic Morbidity among Older People in Kosovo. *Health Promot Int*. 2014;30(3):1–8.
96. Li JJ, Appleton SL, Wittert G a, Vakulin A, McEvoy RD, Antic N a, et al. The Relationship between Functional Health Literacy and Obstructive Sleep Apnea and its Related Risk Factors and Comorbidities in a Population Cohort of Men. *Sleep*. 2014;37(3):571–8.
97. Mancuso JM. Health Literacy: A Concept/Dimensional Analysis. *Nurs Heal Sci*. 2008;10(3):248–55.
98. Kerka S. Health Literacy beyond Basic Skills. ERIC Development Team. 2003.
99. Burnham E, Peterson EB. Health Information Literacy : A Library Case Study. 2005;53(3):422–33.

100. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health* [Internet]. 2012;12(1):80. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
101. Freebody P, Luke A. Literacies programs: Debates and demands in cultural context. *Prospect An Aust J TESOL* [Internet]. 1990;5(3):7–16. Available from: <http://eprints.qut.edu.au/49099/1/DOC090312.pdf>
102. Çiler Erbağ G. Sağlıkın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi*. 2015;3:1–14.
103. Zarcadoolas C. Understanding Health Literacy: An Expanded Model. *Health Promot Int* [Internet]. 2005;20(2):195–203. Available from: <http://www.heapro.oupjournals.org/cgi/doi/10.1093/heapro/dah609>
104. Parker R. Health Literacy: A Challenge for American Patients and their Health Care Providers. *Health Promot Int* [Internet]. 2000;15(4):277–83. Available from: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/4/277.abstract>
105. Peiravian F, Rasekh HR, Jahani Hashemi H, Mohammadi N, Jafari N, Fardi K. Drug Literacy in Iran: the Experience of Using “The Single Item Health Literacy Screening (SILS) Tool”. *Iran J Pharm Res IJPR* [Internet]. 2014;13(Suppl):217–24. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3977073&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
106. Baker DW, Williams M V, Parker RM, Gazmararian J a, Nurss J. Development of a Brief Test to Measure Functional Health Literacy. *Patient Educ Couns* [Internet]. 1999;38(1):33–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14528569>
107. Baker DW. The Meaning and The Measure Of Health Literacy. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2006;21(8):878–83. Available from: <http://link.springer.com/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>

108. Singh R, Coyne LS, Wallace LS. Brief Screening Items to Identify Spanish-Speaking Adults with Limited Health Literacy and Numeracy Skills. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015;15(1):374. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/374>
109. Baker DW, Parker RM, Williams M V, Clark WS. Health Literacy and The Risk of Hospital Admission. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1998;13(12):791–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1497036&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
110. Chew LD, Bradley K a., Boyko EJ. Brief Questions to Identify Patients with Inadequate Health Literacy. *Fam Med*. 2004;36(8):588–94.
111. Castro-Costa É, Fuzikawa C, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Norms for the Mini-Mental State Examination: Adjustment Of The Cut-Off Point in Population-Based Studies (Evidences from The Bambui Health Aging Study). *Arq Neuropsiquiatr*. 2008;66(4):932.
112. Flegg AT. Inequality of Income, Illiteracy and Medical Care As Determinants of Infant Mortality in Underdeveloped Countries. *Popul Stud (NY)* [Internet]. 1982;36(3):441–58. Available from: <http://doi.org/10.2307/2174055>
113. Üçpınar E. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılma Çalışması. Ankara Üniversitesi; 2014.
114. Pippens JR, Algeria M, Haas JS. Association between Language Proficiency and the Quality of Primary Care Among a National Sample of Insured Latinos. *Med Care*. 2007;45(11):1020–1025.
115. Lindau ST, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Bennett CL, Garcia P. The Association of Health Literacy with Cervical Cancer Prevention Knowledge and Health Behaviors in a Multiethnic Cohort of Women. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002;186(5):938–43. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937802456876>

116. Cohen B, Vittinghoff E, Whooley M. Association of sHealth Literacy on Health Status and Health Service Utilization Amongst The Elderly.(from the Heart and Soul Study). *Am J Cardiol* [Internet]. 2008;101(4):462–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2669655&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
117. Arnold CL, Davis TC, Berkel HJ, Jackson RH, Nandy I, London S. Smoking Status, Reading Level, And Knowledge Of Tobacco Effects Among Low-Income Pregnant Women. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2001;32(4):313–20. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743500908156>
118. Hawthorne G, G. H. Preteenage Drug Use in Australia: The Key Predictors and School-Based Drug Education. *J Adolesc Heal* [Internet]. 1997;20(5):384–95. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed4&NEWS=N&AN=1997157703%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=9168386>
119. Matthews T, Sewell J. Executive Summary: Excerpt from CSG’s State Official’s Guide to Health Literacy. The Council of State Governments; 2002.
120. Parvanta C, Nelson DE, Parvanta S a., Harner RN. Essentials of Public Health Communication [Internet]. *Essentials of Public Health Communication*; 2011. 416 p. Available from: <http://books.google.com/books?id=cyCSPtVfNHQC&pgis=1>
121. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America’s Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–483).U.S.Department of Education. Washington,DC: National Center for Education Statistics; 2006.
122. Paasche-Orlow MK, Wilson E a H, McCormack L. The Evolving Field of Health Literacy Research. *J Health Commun.* 2010;15 Suppl 2(December 2014):5–8.

123. Morrison AK, Brousseau DC, Brazauskas R, Levas MN. Health Literacy Affects Likelihood of Radiology Testing in the Pediatric Emergency Department. *J Pediatr* [Internet]. 2015;166(4):1037–41.e1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25596100>
124. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, et al. Comprehensive Health Literacy in Japan Is Lower Than In Europe: A Validated Japanese-Language Assessment of Health Literacy. *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(1):505. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/505>
125. Bilir N. Sağlık Okur-Yazarlığı. *Turkish J Public Heal*. 2013;12(1):61–8.
126. Derman O. Ergenlerde psikososyal gelişim. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*. 2008;63:19–21.
127. Ercan O. Adolesanın Fiziksel Gelişimi. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*. 2008;(63):13–8.
128. Harlak H, Dereboy Ç, Okyay P, Eskin M, Dereboy F, Demir Kaynak H. Ergen ve Ruhsal Sorunları Durum Saptama Çalışması. Aydın; 2007.
129. Set T, Dağdeviren N, Aktürk Z. Ergenlerde Cinsellik. *Genel Tıp Derg* [Internet]. 2006;16(3):137–141. Available from: <http://geneltip.org/upload/sayi/49/GTD-00372.pdf>
130. İşmen Gazioğlu AE. Hayatın İlk Çeyreği: 0-18 Yaş Gelişimi. İstanbul: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2013.
131. Santrock JW. Yaşam Boyu Gelişim. 13. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.
132. MEB. Ortaöğretim Sağlık Bilgisi Dersi Öğretim Programı. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı Meslekî ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü; 2012.
133. Çıldır Pelitoglu F, Özgür S. Development of Health Education Attitude Scale for Primary School Teachers. *Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Mat Eğitimi Derg* [Internet]. 2013;7(1):32–56. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814006296>

134. Sağlam N. Orta Öğretimde Sağlık Bilgisi Dersinin Niteliği ve Öğrencilerin Derse İlgileri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg 1. 1996;12:201–6.
135. Çakın Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği Dr. Türk Psikiyatı Derg 2007; 2007;18(4):353–63.
136. Toplum Gönüllüleri Vakfı. Gençlere Sağlık: Sağlık Okuryazarlığı Projesi 2012 Ocak-Haziran Ara Rapor [Internet]. 2012. Available from: <https://tr.scribd.com/document/99700598/Genclere-Saglik-2012-Ocak-Haziran-Ara-Rapor>
137. Patton MQ. Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri. 3. Baskı. Bütün M, Demir SB, editors. Ankara: PEGEM Akademi; 2014.
138. Kuş Saillard E. Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. Turk Psikiyatri Derg. 2010;21(1):14–24.
139. Fişek N. Sağlık Yönetimi. In: Modern Yönetim Semineri. Ankara: Türk-İş Yayınları; 1982.
140. Çakır Ö. Türkiye’de Kadının Çalışma Yaşamından Dışlanması. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2008;31:25–47.
141. Neslihan P. Ülkemizde İlaç Harcamaları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2012;19(1):59–65.
142. Dağdevire Z, Şimşek Z. Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler. Vol. 12, TAF Preventive Medicine Bulletin. Geneva: WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development; 2013. 135-142 p.
143. Naik AD, Street RL, Castillo D, Abraham NS. Health literacy and decision making styles for complex antithrombotic therapy among older multimorbid adults. Patient Educ Couns [Internet]. 2011;85(3):499–504. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.12.015>

144. James DCS, Harville C, Efunbumi O, Martin MY. Health literacy issues surrounding weight management among African American women: A mixed methods study. *J Hum Nutr Diet*. 2015;28(s2):41–9.
145. Cha E, Besse JL. Low parent health literacy is associated with “obesogenic” infant care behaviours. *Evid Based Nurs [Internet]*. 2015;18(2):46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25079221>
146. Yılmazel G. Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı Ve Kontrolü Arasındaki İlişki. Erciyes Üniversitesi; 2011.
147. Ha H, Lopez T. Developing health literacy knowledge and skills through case-based learning. *Am J Pharm Educ [Internet]*. 2014;78(1):17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24558285>
148. Arda H, Ertem M, Baran G, Durgun Y. Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri. *İÜFN Hem Derg*. 2007;15(59):68–74.

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Sayı : 35853172/ 431 - 668

08 Mart 2016

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakülteniz Çocuk Gelişimi Bölümü öğretim üyelerinden **Doç. Dr. Özcan DOĞAN** danışmanlığında **Arş. Gör. Aslı İZOĞLU** tarafından yürütülen “**15-17 Yaş Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı**” başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **08 Mart 2016** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Rahime M. NOHUTCU
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK-2: MEB Araştırma İzni

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 14588481-605.99-E.4927115
Konu : Araştırma İzni

03.05.2016

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİNE
(Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı)


İlgi: a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 2012/13 nolu Genelgesi.
b) 22/04/2016 tarihli ve 938 sayılı yazınız.

Fakülteniz Çocuk Gelişimi Bölümü Arş. Gör. Aslı İZOĞLU'nun "15-17 Yaş Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı" konulu tez kapsamında uygulama talebi Müdürlüğümüzce uygun görülmüş ve uygulamanın yapılacağı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bilgi verilmiştir.

Görüşme formunun (5 sayfa) araştırmacı tarafından uygulama yapılacak sayıda çoğaltılması ve çalışmanın bitiminde bir örneğinin (cd ortamında) Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme (1) Şubesine gönderilmesini arz ederim.

Ali GÜNGÖR
Müdür a.
Şube Müdürü

Güvenli Elektronik İmza:
Aşiri İle Aynıdır

03.05.2016

Ali GÜNGÖR
Şef

Konya yolu Başkent Öğretmen Evi arkası Beşevler ANKARA
e-posta: ıstatistik06@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için
Tel: (0 312) 221 02 17/135

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 17d7-88f9-35c9-896e-4b1c kodu ile teyit edilebilir.

EK-3: Görüşme Formu**Görüşme Yönergesi**

Merhaba ben Aslı İzöglü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümünde görev yapıyorum. Yüksek lisans tezim kapsamında gençlerin sağlık okuryazarlığı ile ilgili görüşlerine yönelik bir araştırma yürütüyorum. Öncelikle değerli vaktinizi bu görüşmeye ayırdığınız için teşekkür ederim. Araştırma kapsamında ailenizin onayı ile bu konu hakkında sizin deneyimlerinizi ve düşüncelerinizi dinlemek istiyorum. Bu görüşmenin, gençlerin sağlık okuryazarlığı ile ilgili düşüncelerini anlamamız konusunda katkısı olacağını düşünüyorum. Görüşme sizin izniniz ile sürdürülecek ve bu nedenle dilediğiniz zaman konuyu değiştirebilir ya da görüşmeyi kesebilirsiniz. Görüşme süresince söylediğiniz her şey gizli kalacak ve bilimsel amaçlarla isminiz belirtilmeden kullanılacaktır. Görüşmemiz yaklaşık 1-2 saat sürecektir. Görüşlerinizi takip edebilmek ve atlamamak için izin verirseniz görüşmemizi kayıt altına almak ve notlar tutmak istiyorum.

TEMA	SORULAR
1. Giriş: Yaşam Öyküsü	1) Yaşınız kaç? 2) Nerelisiniz? 3) Nerede yaşıyorsunuz? 4) Bu zamana kadar hangi okullara gittiniz? 5) Katıldığınız sosyal faaliyetler var mı? Varsa nelerdir? 6) Arkadaşlar ile ilişkileriniz nasıl? 7) Nerede yaşıyorsunuz? 8) Kimlerle yaşıyorsunuz?
2. Sağlık	1) Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendiriyorsunuz? (Sağlık hizmetlerini kullanım sıklığı/genel sağlık durumu) 2) Sağlık güvenceniz var mı?

<p>3. Bilgi Edinme ve Uygulama</p>	<p>1) Sağlık ile ilgili bilgileri (yazılı, sosyal medya, televizyon ve radyo) nereden ediniyorsunuz?</p> <p>2) Bu bilgileri kullanıyor musunuz?</p> <p>3) Bu bilgilere güveniyor musunuz?</p> <p>4) Aldığınız bilgileri uygularken nasıl bir yol izliyorsunuz?</p>
<p>4. Hastalık</p>	<p>1) Sizce hastalık nedir?</p> <p>2) Çevrenizde hasta bireyler var mı?</p> <p>3) Siz hiç hasta oldunuz mu?</p> <p>4) Sağlık ile ilgili konularda kimlerden destek alıyorsunuz?</p>
<p>4.1. Ebeveyn Desteği</p>	<p>1) Hastalanmanız durumunda aileniz neler yapıyor?</p> <p>2) Hastalık durumunda ev ortamında nelere başvuruyorsunuz?</p>
<p>5. Sağlık Kurumu</p>	<p>1) Hastaneden randevu alırken nasıl bir yol izlersiniz?</p> <p>2) Sağlık kurumuna başvurunuzda ne tür durumlarla karşılaşıyorsunuz?</p>
<p>5.1. İletişim</p>	<p>1) Hastaneye başvurduğunuzda sağlık personeline sağlık sorununuzu siz mi anlatıyorsunuz?</p> <p>2) Şikayetinizi anlatırken ne tür bir yol izliyorsunuz?</p> <p>3) Doktor/hemşire' ye sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşamışınız?</p> <p>4) Doktora/hemşireye sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz?</p>
<p>5.2. Birimler</p>	<p>1) Hastanede her hastalık için bulunan birimler var. Siz bu birimler hakkında neler</p>

	biliyorsunuz? (Kardiyoloji, Nöroloji, Genel Pediatri, Endokrinoloji, Ortopedi v.b.)
5.3. Malzeme ve İşlemler	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hastanede tedavi ya da muayene esnasında karşılaştığınız malzemeler nelerdir? 2) Hastanede tedavi ya da muayene esnasında hangi işlemler ile karşılaşıyorsunuz?
5.4. İlaçların Kullanımı	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hiç ilaç kullandınız mı? 2) Hangi ilaçları kullandınız? 3) Bu ilaçları kullanmanızı kimler önerdi? 4) Bir ilacın kullanım sıklığını kime/neye göre belirlersiniz?
6. Hasta Hakları	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sağlık hizmeti alırken hasta haklarınızın neler olduğunu biliyor musunuz?
7. Öneri	<ol style="list-style-type: none"> 1) Eğitimcilere konuyla ilgili ne gibi öneriler verilebilir? 2) Ailelere konuyla ilgili ne gibi öneriler verilebilir? 3) Sağlık personeline konuyla ilgili ne gibi öneriler verilebilir?

EK-4: Çocuk Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümünde görev yapmaktayım. Yüksek lisans tezim kapsamında gençlerin sağlık okuryazarlığı ile ilgili görüşlerine yönelik bir araştırma yürütüyorum. Öncelikle değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür ederim. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Onay vermeden önce sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa sormaktan çekinmemelisiniz. Araştırma süresince katılımcılar araştırmadan ayrılma hakkına sahiptir. Araştırmadan ayrılmanın herhangi bir sorumluluğu ya da yaptırımı olmamaktadır. Görüşmeler ses kaydına alınacaktır. Bu araştırma kapsamında alınan bilgiler araştırma kapsamı dışında kullanılmayacaktır. Araştırmacıların isimleri araştırmada kullanılmayacaktır, herhangi bir yerde kesinlikle geçmeyecektir.

Bu araştırma için Hacettepe üniversitesi Etik Komisyon Başkanlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır. Sorulacak sorular Ek 1'de yer alan formda belirtilmiştir. Çalışma bittikten sonra araştırmacıya telefon ya da e-posta ile ulaşılarak soru sorulabilir ya da sonuçlar hakkında bilgi alınabilir.

Sözü edilen araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizi belirten bölümü, araştırmaya katılmayı kabul etmiyorsanız araştırmaya katılmayı kabul etmediğinizi belirten bölümü işaretlemeniz gerekmektedir. İşbirliğiniz ve katılımınız için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Özcan DOĞAN

Arş. Gör. Aslı İZOĞLU

Hacettepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Çocuk Gelişimi Bölümü

Lütfen aşağıdakilerden birini işaretleyin:

- “15-17 Yaş Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı” konulu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.
- “15-17 Yaş Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı” konulu araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum.

Tarih:

- **Katılımcı ;**

Adı, soyadı :

Adres :

Tel (*İsteğe bağlı*):

İmza:

- **Araştırmacı ;**

Adı, soyadı: Arş. Gör. Aslı İZOĞLU

Adres: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Binası, Çocuk Gelişimi Bölümü 6. Kat. Sıhhiye/Ankara

Tel: 546 264 80 34

E-posta: izogluasli@gmail.com

İmza:

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Aslı İZOĞLU

Doğum yeri ve tarihi: 10.09.1989 / VİRANŞEHİR

Uyruğu: T.C.

İletişim adresi ve telefonu: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Çocuk Gelişimi Bölümü 6. Kat Sıhhiye,
Ankara/TÜRKİYE, +90 312 305 15 26

II- Eğitimi

2014- – Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Eğitimi

2008-2013 – Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü, Lisans Eğitimi

III- Mesleki Deneyimi

11/2014 – Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü/Ankara, Araştırma Görevlisi

09/2013 – 11/2014 Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Çocuk Gelişimi Bölümü / Kırşehir, Araştırma Görevlisi

IV- Bilimsel Faaliyetleri

İzoğlu, A. (Nisan 2016). Erken Müdahalede Ebeveyn Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Önemi [Poster]. Uluslararası Katılımlı 3.Ulusal Disiplinlerarası Erken Çocuklukta Müdahale Kongresi (UDEMKO2016), Eskişehir.

Taştekin E, Bozkurt Yükçü Ş, İzoğlu A, Güngör İ, Işık Uslu AE, Demircioğlu H. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çokkültürlü Eğitime Yönelik Tutumlarının ve Algılarının İncelenmesi. Hacettepe Univ Grad Sch Educ Sci J Educ Res. 2016;2(1)