



T.C.

SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK
OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ

İREM MALATYALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ
ANA BİLİM DALI

SIVAS-2018

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK
OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ

İREM MALATYALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ
ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ENİS BAHA BİÇER

SİVAS-2018

“ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Sağlık Yönetimi** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Dr.Öğr.Üyesi Mehmet GÜNER _____

Üye Dr.Öğr.Üyesi Yılmaz DAŞLI _____

Üye (Danışman) Dr.Öğr.Üyesi Enis Baha BİÇER _____

ONAY

Bu tez çalışması, tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

İrem MALATYALI

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Enis Baha BİÇER

2018, 104 sayfa

Sağlık okuryazarlığı kavramı, kişinin kendi sağlığı ile ilgili gerekli bilgileri toplaması, topladığı bilgileri anlaması, değerlendirmesi ve uygun karara ulaşabilmesi ile ilgilidir. Kişiler mevcut sağlık düzeyini ve mevcut sağlık politikalarını değerlendirerek en uygun maliyette ve kalitede sağlık kararları verebilirler. Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesini amaçlayan bu çalışma birey ve toplum sağlığı açısından oldukça büyük bir öneme sahiptir.

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemektir. Araştırmanın evreni 16.02.2018 - 30.03.2018 tarihleri arasında, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde öğrenim gören tüm öğrencilerden oluşturmuştur (N:55.452). Araştırmada tabakalı örneklem seçim yöntemiyle 870 üniversite öğrencisi örnekleme dâhil edilmiştir. Veriler Şubat-Mart 2018 tarihlerinde toplanmıştır. Çalışma bu tarihlerde üniversitede öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 1.003 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. IBM SPSS 22.00 programından yararlanarak veriler analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Spearman Korelasyon Katsayısı ve Frekans testleri kullanılmıştır.

Üniversite öğrencilerinin % 62,8'i yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Kadın katılımcıların sağlık okuryazarlığı algıları erkeklere kıyasla daha yüksek çıkmıştır. Yaş, cinsiyet, ailenin gelir durumu, anne ve baba eğitim durumu, medeni durumun sağlık okuryazarlık düzeylerinde etkili olduğu görülmüştür. Üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili konularla yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu söylenebilir. Sonuç olarak, üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyinin daha da geliştirilebilmesi için eğitim seminerlerinin düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: sağlık, okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, üniversite öğrencileri

ABSTRACT
DETERMINATION OF HEALTH LITERACY LEVELS OF
UNIVERSITY STUDENTS

Master's Thesis

Department of Health Management

Advisor: Associate Professor Enis Baha BİÇER

2018, 104 pages

The concept of health literacy concerns the collection, interpretation, evaluation and ultimately the right decision of the person's concerned about his or her health.. Persons can make health care decisions at the most cost-effective and quality level by assessing current health status and current health policies. This study, aiming to determine the level of health literacy of university students, has a considerable precaution in terms of individual and community health.

This descriptive and cross-sectional study aims to determine the health literacy level of the intended university students. The universe of the research was formed from 16.02.2018 - 30.03.2018 by all the students studying at Sivas Cumhuriyet University (N: 55452). 870 university students were sampled by stratified sample selection method in the study. The data were collected from February to March 2018. The study was conducted with 1003 students who were studying at universities on this date and who agreed to participate in the research. Data were analyzed using the IBM SPSS 22.00 program. Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Spearman Correlation Coefficient and frequency tests were used in the evaluation of the data.

62.8% of university students have sufficient and excellent health literacy level. Female participants' perceptions of health literacy were higher than men. It was found that age, family income, mother education status, father education status, marital status were effective in health literacy levels. It can be said that university students have sufficient knowledge about health related issues. As a result, the organization of training seminars may be proposed to further improve the health literacy level of university students.

Key words: health, literacy, health literacy, university students

TEŞEKKÜR

Öncelikle üniversite hayatım boyunca bana daima kapısını açan, değerli bilgi ve birikimini esirgemeyen, hep daha iyiye teşvik eden, karamsarlığa düştüğüm zamanlarda beni motive eden, hiçbir sorumu cevapsız bırakmayan, hep destek olan, her gün yeni bir şeyler öğrendiğim, öğrencisi olmaktan hep gurur duyduğum ve kendime örnek aldığım çok değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Enis Baha BİÇER'e teşekkürü bir borç bilirim.

Her ihtiyaç duyduğumda yanlarına koşabildiğim, benden manevi desteklerini hiç esirgemeyen tez süresi boyunca bana hep yardım eden çok değerli dostlarım Burak SAYAR ve Mustafa ORHAN'a,

Araştırma yaparken karşılaştığım sorunlarda benden yardımını esirgemeyen sevgili hocalarım Arş.Gör.Nurperihan TOSUN, Arş.Gör.Didem GÜLTEKİN BENLİ'ye, araştırmada verilerin analizinde bana yardımcı olan Öğr.Gör. Ecem DEMİR'e,

Araştırmanın uygulamasının yapıldığı Cumhuriyet Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrencilere ve yardımcı olan hocalarıma,

Hayatım boyunca maddi manevi desteklerini hiç esirgemeyen, büyük fedakârlıklarla beni bu günlere getiren, sevgi ve desteklerini hep yanımda hissettiğim sevgili aileme sonsuz teşekkür ederim.

TABLolar / ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Sağlığın Belirleyicileri.....	4
Tablo 1: Bilgi Okuryazarlığı AŞamaları	9
Tablo 2: Elektronik Okuryazarlık Yaklaşımına Karşı Önceki Yaklaşımlar	13
Şekil 2: Okuryazarlık Oranlarını Etkileyen Faktör ve Koşullar	14
Tablo 3: Sağlıktaki Talepler İle Okuryazarlık Becerisi	15
Şekil 3: Sağlık Okuryazarlığı Paydaşları	20
Tablo 4: Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	22
Tablo 5: Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modelleri	24
Şekil 4: Sağlık Okuryazarlığı ve Etkileşim İçinde Bulunduğu Alanlar.....	29
Tablo 6: Sağlık Okuryazarlığı için Sonuç Düzeyleri.....	32
Tablo 7: Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışına ve Sağlığa Etkisi	33
Tablo 8: Tabakalı Örnekleme Dağılımı.....	41
Tablo 9: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	43
Tablo 10: Katılımcıların TSOY-32 Normal Dağılım Testi Sonuçları	46
Tablo 11: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler.....	47
Tablo 12: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler.....	47
Şekil 5: Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Yüzdelik Oranları.....	48
Tablo 13: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları	49
Tablo 14: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Medeni Duruma Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları	51
Tablo 15: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları	53
Tablo 16: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Yaş Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları	54
Tablo 17: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Anne Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları	56
Tablo 18: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Baba Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları	60
Tablo 19: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Aile Aylık Gelir Durumu Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları.....	63
Tablo 20: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Sosyal Güvence Durumu Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları	66

Tablo 21: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Ailenin Yaşadığı Yer Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları	67
Tablo 22: TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Spearman's rho Korelasyon Analiz Sonuçları.....	68
Tablo 23: TSOY-32 Güvenilirlik Analizi.....	75

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ALA	: American Library Association
AMA	: American Medical Association
EU	: Avrupa Birliği
HALS	: Health Activities Literacy Scale
NVS	: Newest Vital Sign
REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy in Adults
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32
TTB	: Türk Tabipler Birliği
WHO	: World Health Organization
YSOÖ	: Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlık Ölçeği

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
TABLolar / ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR.....	viii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. SAĞLIK VE OKURYAZARLIK KAVRAMLARI.....	3
2.1.1. Sağlık Kavramı.....	3
2.1.2. Sağlık Durumunu Etkileyen Etmenler	4
2.1.2.1.Çevre.....	5
2.1.2.1.1.Biyolojik Çevre.....	5
2.1.2.1.2.Fiziksel Çevre	5
2.1.2.1.3. Sosyal Çevre	5
2.1.2.2.Davranış.....	5
2.1.2.3. Kalıtım.....	6
2.1.2.4. Sağlık Hizmetleri.....	6
2.1.3. Okuryazarlık Kavramı.....	6
2.1.4. Okuryazarlık Türleri.....	7
2.1.4.1.Görsel Okuryazarlık	8
2.1.4.2.Bilgi Okuryazarlığı	8
2.1.4.3. Medya Okuryazarlığı.....	10
2.1.4.4. E-Okuryazarlık	11
2.1.5. Okuryazarlık Oranlarını Etkileyen Faktör ve Koşullar	12
2.1.6. Okuryazarlık ve Sağlık İlişkisi.....	13
2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	16
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Kavramı	16
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	21
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	22

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modelleri	23
2.2.5. Sağlık Okuryazarlığı Potansiyel Etki Alanları	27
2.2.6. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	28
2.2.6.1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	28
2.2.6.2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı.....	29
2.2.6.3. Kritik Sağlık Okuryazarlığı	29
2.2.7. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışlarına ve Sağlığa Etkisi.....	31
2.2.8. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi	32
2.2.8.1. Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults =TOFHLA)	33
2.2.8.2. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine=REALM)	33
2.2.8.3. Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (Health Activities Literacy Scale =HALS)	34
2.2.8.4. Son Yasam Bulguları Ölçeği (The Newest Vital Sign=NVS).....	34
2.2.9. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar	34
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3.1. Araştırmanın Tipi.....	38
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	38
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	38
3.4. Veri Toplama Araçları	40
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	41
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	42
4.BULGULAR.....	42
4.1. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Kişisel Özellikleri.....	42
4.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)	45
5.TARTIŞMA	75
5.1.Üniversite Öğrencilerinin Tanımlayıcı Özellikleri	75
5.2.Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine İlişkin Verilerin Tartışılması	75
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
6.1.SONUÇLAR.....	78
6.2. ÖNERİLER.....	79
7.KAYNAKLAR	81

EKLER.....	86
EK-1 ANKET FORMU	86
EK-2 İZİN TALEP FORMU	88
EK-3 ETİK KURUL RAPORU.....	89
ÖZGEÇMİŞ	91

1.GİRİŞ

Bu bölümde konunun önemine değinilerek problemin tanımı yapılmış, araştırmanın amacı ortaya konarak araştırmanın hipotezlerine yer verilmiştir.

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde bireyin bilgi ve potansiyelini geliştirmede, hedeflerine ulaşmada, sosyal ve iş hayatındaki fonksiyonları devam ettirmede oldukça önemli bir faktör olan okuryazarlık problem çözerken yeteri kadar okuma, yazma, konuşma ve bilgiyi değerlendirme becerisi olarak tanımlanabilir. Okuryazarlık özetle yaşamın her alanında etkili bir beceridir (Barton ve Hamilton, 2012; Peerson ve Saunders, 2009).

Okuryazarlık kavramı, sadece okuma yazma becerisi değil aynı zamanda özel alanlar için bilgi düzeyi tanımlaması yapmak için kullanılmaktadır. Bu alanlar içinde en önemli okuryazarlık düzeylerinden birisi olan sağlık okuryazarlığı literatürde, doğru sağlık kararları alabilmek için kişilerin sağlık, bilgi ve hizmetlerini edinme, kavrama ve yorumlayabilme becerisi olarak tanımlanabilir (Peerson ve Saunders, 2009). Öğrenim düzeyleri yakınlık gösteren bireylerin okuma, yazma, algılama ve değerlendirme becerileri farklılık gösterebilmektedir. Bundan dolayı kişileri değerlendirirken asıl göz önünde bulundurulması gereken eğitim durumu değil sağlık okuryazarlığı durumu olması gerektiği vurgulanmaktadır (Berkman ve ark., 2010).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi artması yaşam kalitesinin ve etkin sağlık hizmeti kullanımının artmasını sağlarken sağlık hizmet maliyetlerinde düşüşe neden olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, etkin kaynak kullanımını, sağlık hizmeti alanında kalite koşullarının gelişimini, bireyin kendi sağlığı ve toplum sağlığı ile ilgili doğru karar verebilmesine olanak sağlar. Sağlık okuryazarlığı bilgi ulaşımında kaynaklara doğru ve daha hızlı ulaşılabilmesi hususunda destek sağlar ve sağlık hizmeti etkin kullanabilme yeteneğini artırır. Sağlık okuryazarlığı etkin sağlık hizmeti hususunda hizmet alan ile veren için çok önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmeti sunucuları için, iletişim ve klinik becerilere sahip olmasında, sağlık hizmeti tüketicileri için ise, hizmet sunumu esnasında anlaşılabilir olma ve karar alma noktasında dahil olabilmesi için oldukça önemli bir kavramdır. Yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık durumlarını değerlendirmede yanlış tutumların oluşmasını ve hastalanma riskini artırır ve dolayısıyla sağlık hizmet maliyetlerinin ve zaman kaybının artışına sebep olur. Sağlık okuryazarlık düzeyinin artışı ise bireylerin yaşam kalitesini artırmasının yanı sıra sağlık hizmetlerinin etkin

kullanımını sağlar, sağlık hizmet maliyetleri ve zaman konusunda tasarruf sağlar. Sağlık hizmetlerinin kalitesinde yukarı yönlü bir ivme kazanmasında yardımcı olur (Sönmez, 2009).

Her ülkenin bireylerinin sağlık okuryazarlığının artırılması Sağlıklı İnsan (Healthy People) 2020 hedeflerinde yer almaktadır (www.healthypeople.gov.tr).

Sağlık maliyetlerini, toplumu ve dolaylı olarak birçok faktörle etkileşim halinde olan sağlık okuryazarlığının gelişimi ülkeler için oldukça önemli bir faktör haline gelmiştir. Örneğin ABD’de bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini artırmak için müfredata sağlık okuryazarlığını artıracak dersler koyulmuş ve sağlık okuryazarlık düzeyini belirleyecek ölçüm araçlarının geliştirilmesi sağlanmıştır (Kickbusch, 2001).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma ile toplumun önemli bir kesimi olan üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bireylerin demografik özelliklerinin sağlık okuryazarlık durumu ile ilişkisi saptanmak istenmektedir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₀:Öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri yeterlidir.

H₁:Öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₂:Öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₃:Öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₄:Öğrencilerin anne eğitim durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyleri anlamlı farklılık göstermektedir

H₅:Öğrencilerin baba eğitim durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

H₆:Öğrencilerin aile gelir durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı farklılık vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Araştırmanın genel bilgiler bölümünde ilk olarak sağlık ve okuryazarlık kavramlarına değinilmiş daha sonra ise sağlık okuryazarlığı kavramı açıklanmıştır.

2.1. SAĞLIK VE OKURYAZARLIK KAVRAMLARI

Bu bölümde sağlık ve okuryazarlık kavramları açıklanmış, tanımları yapılmış, sağlık ve okuryazarlığı etkileyen faktörler üzerinde durulmuş ve son olarak sağlık ve okuryazarlık arasındaki ilişkiye yer verilmiştir.

2.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, sürekli değişim ve gelişim gösteren çok boyutlu bir kavramdır. Sağlık her birey için farklı anlamlara gelebilmektedir. Literatürde birçok farklı sağlık tanımına rastlanılabilir. Tarihsel süreç içerisinde sağlık kavramının tanımlanması sürekli olarak değişim geçirmiştir. Günümüzde ise kabul gören en genel tanım Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanımdır. Bu tanıma göre; *“sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik içinde oluş”* olarak tanımlanmıştır. Sağlık kavramını temel insan haklarından biri olarak değerlendiren Ottawa Sözleşmesi huzur, yeterli kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynak kullanımını içeren bazı ön şartlara vurgu yapmaktadır. Tanım olarak ise, *“birey veya grubun bir taraftan arzularını tanımlayıp gerçekleştirmeye ve gereksinimlerini karşılamaya, diğer taraftan çevresini etkileyebilmeye ve onunla baş edebilecek yeteneğe sahip olması”* şeklinde belirtilmiştir (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011).

Backett ve Davidson (1992)'a göre *“sağlık ve iyi olmanın tanımı uzun yıllar devam etmiş olan kültürlerin sonunda oluşan değer ile ilgilidir”* demişlerdir. Türk Tabipler Birliği'ne göre ise, *İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin ortadan kaldırılması ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavilerinin sağlanması, bedensel ve/veya ruhsal yetenekleri azalmış olanların rehabilite edilmesi için sağlanan hizmetler”* olarak tanımlanmaktadır (TTB, 2005).

2.1.2. Sağlık Durumunu Etkileyen Etmenler

Sağlığı etkileyen faktörler birden fazla ve interaktiftir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi esasen, sadece sağlık davranışları ve yaşam tarzı gibi kişisel davranışlarla ilgili değildir. Ayrıca gelir ve sosyal statü, eğitim, istihdam, çalışma koşulları, uygun sağlık hizmetlerine erişim ve fiziksel çevre gibi faktörlerle de ilgilidir. Bunlar bir araya geldiğinde sağlık üzerinde bireylere etki eden farklı yaşam koşullarını oluşturur (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011). Sağlık durumunu etkileyen faktörleri 4 temel başlık altında toplanabilmektedir, Şekil 1'de bu faktörler gösterilmiştir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012).

- Çevre
- Davranış (Yaşam Biçimi)
- Kalıtım
- Sağlık Hizmetleri

Şekil 1: Sağlığın belirleyicileri



Kaynak: Kavuncubaşı, Ş. Yıldırım, S. (2012). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Bu faktörlerin sağlık durumunu etkileyiş düzeyi oldukça değişken olmakla birlikte genel itibari ile sağlığı en çok etkileyen faktör çevre olup bunu yaşam tarzı, kalıtım ve Sağlık hizmetleri takip etmektedir. Bu 4 temel faktör ise nüfus, kültürel sistemler, doğa

ve doğal kaynaklar, ekonomik ve politik sistemler gibi faktörlerden etkilenmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012).

2.1.2.1.Çevre

Bütün canlı organizmalar bir çevre içinde yaşamlarını devam ettirmektedirler. Toplumun içinde yaşadığı doğal çevre ve sosyal faktörler ise bu çevreyi oluşturmaktadır olduğundan dolayı çevre sağlığı hem doğrudan hem dolaylı olarak etkilenmektedir. (Kısa, 2002).

2.1.2.1.1.Biyolojik Çevre

Biyolojik Çevre bünyesinde bitkiler, hayvanlar, mikroorganizmalar, vektörler ve besinleri barındırmaktadır. Biyolojik çevre faktörlerinden olan mikroorganizmalar kolera, çocuk felci, verem gibi birçok hastalığa neden olabilirken, vektörler hastalık yapan mikroorganizmaları vücuda sokabilen eklem bacaklılardır (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işık, 2015).

2.1.2.1.2.Fiziksel Çevre

Fiziksel çevreyi oluşturan unsurlar; iklim, toprak yapısı, hava kirliliği, atıklar, su kaynakları gibi faktörlerdir. Doğrudan temas halinde olduğumuz fiziksel çevre insan sağlığını önemli ölçüde etkilemekte ve değiştirmektedir. İklim koşullarında meydana gelen değişiklikler, tehlikeli atıklar gibi faktörlerin tetiklediği çevre kirliliği, yaşama tutunmak için muhtaç olduğumuz su kaynakları insan sağlığı üzerine doğrudan etki yapmaktadır (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işık, 2015; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012)

2.1.2.1.3. Sosyal Çevre

Yaşlanma, eğitim düzeyi, yoksulluk, nüfus hareketleri gibi faktörler insan sağlığı üzerinde doğrudan etki yaratmaktadır. Sosyal faktörler doğrudan sağlığın etkileyicisi olduğu gibi sağlığın bozulması da sosyal çevre üzerinde etkili bir faktördür (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012). Bu yüzden bireylerin sağlıkları ve yaşamlarını devam ettirmeleri üzerine sosyal çevre doğrudan etkilidir.

2.1.2.2.Davranış

Toplumda yaşayan bireylerin hayata bakış açısına bağlı olarak oluşturduğu tutumlar, değerler, alışkanlıklar, davranışlar yaşam tarzını oluşturmaktadır. Sigara kullanımı,

alkol tüketimi, araç kullanırken aşırı hız ve dikkatsizlik, kişisel hijyen, sağlığı etkileyen birimlere karşı yaklaşım ve değerlendirme bireylerin sağlık düzeyini etkilemektedir. Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonu sağlık düzeyi ile doğrudan ilişkilidir (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işık, 2015; Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011)

2.1.2.3. Kalıtım

Bireylerin yaratılışı ile birlikte sahip olduğu biyolojik yapısı hastalıklara olan duyarlılığını etkileyebilir. Kalıtımla birlikte sadece doğuştan gelen hastalıklar değil aynı zamanda bireyde ileri yaşlarda ortaya çıkabilecek olan kanser, artrit, diyabet gibi hastalıklar için de bir etken durumundadır (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işık, 2015).

2.1.2.4. Sağlık Hizmetleri

Sağlık Hizmetleri, toplumun sağlığının korunması, gerektiğinde tedavi ve rehabilitasyonu için yapılan faaliyetlerin tümüdür (Akdur, 2003).

Sağlık hizmetleri çevre ve kamu ajansları tarafından sunulan toplum sağlığı hizmetlerini içermektedir (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işık, 2015). Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında 'yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sunumu' maddesinin varlığı, sağlık hizmetlerinin sağlık üzerinde etkisine örnek olarak verilebilir.

2.1.3. Okuryazarlık Kavramı

Okuryazarlık genel kültür ile beraber insanların günlük yaşamlarında kullandıkları yazı dili üzerinde gelişen bir olgudur. Bu yüzden kişilerin günlük hayatlarında ki davranışları, tutumları, değerleri ve sosyal hayatları üzerinde ki etkisi oldukça yüksektir (Barton ve Hamilton, 2012).

Okuryazarlık kendini bilen insanların gelişim sürecinde kullanılan bir araçtır. Freire gerçek okuryazarlığı "concientizaçao" dediği çalışmalarında kişinin farkındalığı olarak tanıtır ve insanın özgürlüğü ile aynı anlama geldiğini savunur (Cody, 2013). Okuryazarlık için bireyin kendi bilgisi ve potansiyelinin farkında olup bunu geliştirmede amaçlarını gerçekleştirmede, günlük yaşamında ki problemlerin çözümünde yeterli düzeyde okuma, yazma, anlama ve bilgiyi işleme yeteneği olarak da tanımlanabilmektedir (Berkman ve ark., 2010).

UNESCO' ya göre ise okuryazarlık; “*değişik türdeki yazılı kaynakları bir araya getirme, tanımlama, anlama, yorumlama, iletişim kurma ve hesap yapma yeteneği*” dir. (www.unesdoc.unesco.org.tr, 10 Şubat 2018’de erişildi.)

Ülkemizde genellikle temel okuma ve yazma yeteneği olarak görülen okuryazarlığı, bu anlamda değerlendirirsek, kişinin gelişmesi ile toplumun gelişmesi arasında ki ilişkiyi anlamamızı daha kolay bir hale getirir (Aşıcı, 2009).

Okuryazarlık, çok değişken bir kavram olmasına rağmen, daha çok kişinin kendi duygularını, fikirlerini ve beklentilerini konuşarak ve yazarak güzel bir şekilde ifade etmesi, başkalarını da dinleyerek doğru bir iletişim kurması ve bütün bunları yaparken kendisinin bilgi ve becerilerinin farkında olması, sosyal ve kültürel alanda bu bilgileri kullanması anlamındadır. Okuryazarlık becerisine sahip olan kişilerin, kendi duygu, kültür ve bilgilerini geliştirirken, yaratıcı ve derin değerlere sahip olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, okuryazar kişilerin kendini geliştirdiği kadar içinde yaşadığı toplumun problemlerinin çözümüne ve ilerlemesine katkıda bulunacağına inanılmaktadır (Güneş, 1997).

2.1.4. Okuryazarlık Türleri

Okuryazarlık kavramının sürekli olarak biçim değiştirdiği günümüzde, artık tek bir alanla sınırlı olan beceriler yetmemekte bunun yanında bireylerin uğraşılan konularda okuryazar olmaları da beklenmektedir. Çünkü okuryazar olan bireylerin o uğraştıkları konuyu farklı boyutlarla değerlendirdiği, anlamlandığı, kavramları bütünleştirip tutum ve davranışlarına yansıtırları varsayılmaktadır (Karakuş ve Usta, 2014).

Okuma-yazma ve okuryazarlık kavramlarını ele aldığımızda şunu söylenebilir; günümüzde öğrenciler geleneksel metinleri okuma becerilerinin yanında görsel ve elektronik okuryazarlık esaslı diğer okuryazarlık becerilerini de geliştirmesi oldukça büyük bir öneme sahiptir. Bireylerin toplumsal birikimlerden yararlanmaları, bilgiyi kullanmayı öğrenmeleri ve bu bilgiyi işlemeleri, değiştirmeleri ancak okuryazarlık ile başarılabilir. Burada bilginin en doğru şekilde anlaşılması kadar, elde edilen bilgiler üzerinde yeni okuryazarlık türlerinin ortaya çıkması en önemli faktörlerden biridir. Farklı işlevleriyle okuryazarlık kavramı giderek çeşitlenip zenginleşmektedir. Toplumun gelişen ve değişen şartlarına bağlı olarak okuryazarlık kavramına yeni türlerin ortaya çıkacağı, bilgi ve becerilerin hem bireylere hem de topluma önemli katkısının bulunacağı bir gerçektir (Önal, 2010).

Okuryazarlık geniş kapsamda düşünüldüğünde birçok çeşidi söz konusudur. Günümüzde en çok kullanılan okuryazarlık türlerini şöyle sıralayabiliriz (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010):

- Görsel olarak okuryazarlık
- Bilgi okuryazarlığı
- Medya okuryazarlığı
- E-okuryazarlık

Bu başlıklar açıklanacak olursa şöyle açıklayabiliriz:

2.1.4.1.Görsel Okuryazarlık

Görsel okuryazarlık bir resmin, bir fotoğraf karesinin ya da bir grafik gibi görsel unsurların anlaşılması, yorumlanması ve kullanılması becerisidir. Bunların yanı sıra bireyde düşünme, öğrenme, kendini ifade etme gibi becerilerinde gelişimini içinde barındırır (Braden ve Hortin, 1982).

Petterson (1993) görsel okuryazarlığı şöyle tanımlamıştır; bilgiyi, davranışı, yeteneklerin öğrenilip öğretilbildiği ve görsel becerilerimizi geliştirip artırmayı sağlayan bir süreç olarak tanımlanabilir. John Debes (1968) ise; insanın görerek, gördüklerini ilişkilendirme, bütünleştirme ve anlamlandırma yetisi olarak tanımlamıştır.

Çeşitli tanımları olan görsel okuryazarlık bireylerin bilgiye ulaşma, kavrama, ayrıntıları fark edebilme, bilgileri düzgün analiz edip bilinçli bir üretici ya da tüketici olabilmek için görsellerin doğru okunup yazılması gerektirmektedir. Görsel okuryazarlığa görsel öğrenme, düşünme ve iletişimin birleşimi de diyebiliriz (www.gorselokuryazarlik.com, 11 Mart 2018'de erişildi).

2.1.4.2.Bilgi Okuryazarlığı

Bilgi okuryazarlığı yaşam boyu öğrenmenin başlangıcıdır. İnsan öğrenmeye bilgi ile başlar. Yaşam boyu öğrenen birey olmak için bilgi okuryazarı olmak gerekir. Amerikan Kütüphane Derneği (The American Library Association-ALA) bilgi okuryazarlığını, gerekli olan bilgiyi elde etme, farketme, arayıp bulma ve etkili bir şekilde değerlendirme olarak tanımlamıştır (www.ala.org, 3 Nisan 2018'de erişildi).

Zurkowski'ye göre ise bilgi okuryazarı olan birey, günlük yaşamlarında karşılaştıkları sorunları çözme ve çözüm üretmek için ihtiyacı olan bilgiye nasıl etkin ulaşabileceğini bilen bireydir (Eisenberg, Lowe ve Spitzer, 2004).

Bilgi okuryazarlığı bütün okuryazarlık türlerinin anlaşılabilmesi için gerekli içeriğine sahiptir diyebiliriz. Bilgiyi, bilimi anlayabilmemiz için bilgi okuryazarlığı aşamalarına hakim olmamız gerekmektedir. Bu aşamalar Sheehy (2001), Eisenberg ve Berkowitz (1998)'e göre şöyledir;

Tablo 1:Bilgi Okuryazarlığı Aşamaları

Sheehy'e (2001) göre:
<ol style="list-style-type: none">1) Bilgiyi doğru tanımlamak2) Bilgiyi toplamak ve biriktirmek3) Bilgiyi düzenlemek4) Bilginin analiz edilip değerlendirilmesi5) Bilgiyi yorumlamak ve sunmak6) Bilgiyi ileterek işbirliğini sağlamak
Eisenberg ve Berkowitz (1988) göre:
<ol style="list-style-type: none">1) Bilgi ihtiyacını tanımlamak2) Bilgiyi aramak3) Bilgi kaynaklarını bulmak4) Bilgi kaynaklarını doğru kullanmak5) Bilgiyi doğru iletmek6) Bilgiyi değerlendirmek

Kaynak: Aldemir, A. (<http://kaynak.unak.org.tr/bildiri/unak03/u03-29.pdf>) Erişim

Tarihi: 04. 03. 2018

Günümüzde bilgi okuryazarlığının önemine değinecek olursak şöyle sıralayabiliriz (Yüksel, 2011);

- Yeni bir bilginin ortaya çıkması için bilgi okuryazarlığı zorunludur

- Yaşam boyu öğrenmenin temelidir
- Değişim ile baş edebilmeyi sağlar
- Bir konuyla ilgili öngörü kazandırır
- Gerek kişisel, gerek mesleki açıdan gelişime yardımcı olur
- Nitelikli insan gücünün ve toplumların oluşmasını sağlar
- Mevcut bilgiyi ve beceriyi geliştirir

Bilgi okuryazarlığı becerilerinin geliştirilebilmesi için bilgi okuryazarlığı eğitimlerinin yapılması gereklidir. Bu eğitimlerin yüzeysel değil daha derinden işlenilmesi gerekmektedir. Bu eğitimlere katılmayan bireylerde bilgi eksikliği, bilgiye nasıl ulaşacağını bilmeme, bilgiye ulaşamama kaygısı gibi durumlar görülmektedir (Wurman ve ark., 2001).

2.1.4.3. Medya Okuryazarlığı

Günlük yaşantımızın artık vazgeçilmez bir parçası haline gelen telefonlar, bilgisayarlar, internet, video oynatıcılar, televizyon kısaca tüm dijital teknolojiler medya ismi altında toplanır (Binark ve Bek, 2007). Bu medya ve medyadan ulaşan mesajlar kişilerin davranışlarını, değerlerini, inanç ve tutumlarını her yönüyle etkilemesi medya ve okuryazarlık kavramlarının bütünleşmesini sağlamıştır (Önal, 2007).

Avrupa birliği : *“Medya okuryazarlığı hem çağdaş yaşamımızın önemli bir parçası olan ve her gün karşı karşıya kaldığımız görüntülerin, seslerin ve mesajların gücüne ulaşmak, analiz etmek ve değerlendirmek hem de kişisel olarak ulaşılabildiğimiz medyada yetenekli bir şekilde iletişime geçmektir”* şeklinde tanımlanmaktadır (Eu, 2007).

Thoman’a (2003) göre medya okuryazarlığı *“her gün televizyon, radyo, bilgisayarlar, gazeteler, dergiler ve elbette reklâmlar aracılığıyla aldığımız yüzlerce hatta binlerce sözlü ve görsel sembolü yorumlama ve bunlardan kişisel anlam çıkarma yeteneğidir.”*

Medya okuryazarlığı ile ilgili tanımların sayısını artırmak mümkündür. Bütün tanımlardan yola çıkılarak ortak bir tanım yapılacak olursa: *“Medya okuryazarlığı çeşitli biçimlerde mesajlara ulaşma, analiz etme, değerlendirme ve iletme yeteneğidir.”* (Aufderheide, 1993). Tanımlarda medya okuryazarlığı ile ilgili şunlar vurgulanmıştır:

- Medya ile ilgili özgür kararlar almak ve eleştirel düşünme yetisine sahip olmak
- Medya kişilerle toplumlar arasında bir farkındalık yaratır
- Yarattığı farkındalıklardan biri de kültürümüzü ve toplumumuzu daha iyi anlamamız.
- Medya içeriğinin giderek önemszenmesi ve geliştirilmesi
- Etkili ve güzel medya mesajları üretme becerisi
- Medya mesajlarını eleştirerek analiz edip faydalı stratejiler geliştirme

Medya bireylerin eleştirel düşünme, problemlere uygun çözüm yolları arama, verileri doğru kullanma gibi yeteneklerin gelişmesine fırsat verir (İnceoğlu, 2005).

2.1.4.4. E-Okuryazarlık

Okuryazarlık sadece harflerin ve kelimelerin nasıl çözüleceğini ve yazılacağını öğrenmek değil, belirli toplumların, kültürlerin, değerlerin ve süreçlerin üstesinden gelme meselesini olduğunu varsayar. Tüm dünyada online iletişimin yayılması bugün okuryazarlığı yeniden şekillendirmektedir (Eisenstein, 1979). Sanayileşen dünyada neredeyse tüm akademik ve profesyonel yazılar şimdi bilgisayar kullanımını artırmış ve muhtemelen bir on yıl sonra neredeyse tüm akademik ve profesyonel yazılar bilgisayarlarda gerçekleşecek (Shetzer ve Warschauer, 2000).

Elektronik okuryazarlık yaklaşımı sadece bir okuryazarlık değil, ortama ve amaca bağlı olarak pek çok okuryazarlık olduğunu varsaymaktadır. Her ne kadar online okuma ve yazma, baskıda okuma ve yazmayla yakın ilişkili gibi görünse de bunlar teorik ve pratik olarak farklıdır. Elektronik okuryazarlık kısaca bilgisayar aracılığıyla nasıl etkili iletişim kurulacağını öğrenmektir. İletişim ortamında çeviri yapmaktan daha fazlasını, etkileşim ve iş birliği yollarını içerir (Shetzer ve Warschauer, 2000).

Tablo 2: Elektronik Okuryazarlık Yaklaşımına Karşı Önceki Yaklaşımlar

Önceki Yaklaşımlar		Elektronik Okuryazarlık Yaklaşımı
İletişim	Konuşma ve dinlemeye dayanarak	Bilgisayar aracılığı ile iletişim
Yapı	Doğrusal yazılı metinlere	Ayrıca hiper metinler içerir.

	dayanır. Medya içermez. Bireysel yazıya odaklanma eğilimindedir.	Metinleri ve diğer medyayı birleştirir. Güçlü iş birliğine odaklanma
Okuma & Araştırma	Basılı kaynaklarla sınırlıdır. Doğrusal metinlere odaklanır. Medya içermez. Okuma becerilerini eleştirel değerlendirme becerilerinden ayırma eğilimindedir. Kütüphane arama becerilerine odaklanır.	Çevrimiçi kaynakları içerir. Ayrıca hiper metinleri diğer ortamlarla birleştirir. Okumak için merkezi değerlendirme olarak eleştirel değerlendirme. Çevrimiçi kaynakları arama ve gezinme içerir.
Öğrenme Paradigması	Genellikle müfredata dayalı öğrenme paradigmasına dayanır.	Özerk öğrenmeye vurgu yaparak etkileşimli öğrenme paradigmasına dayanır.

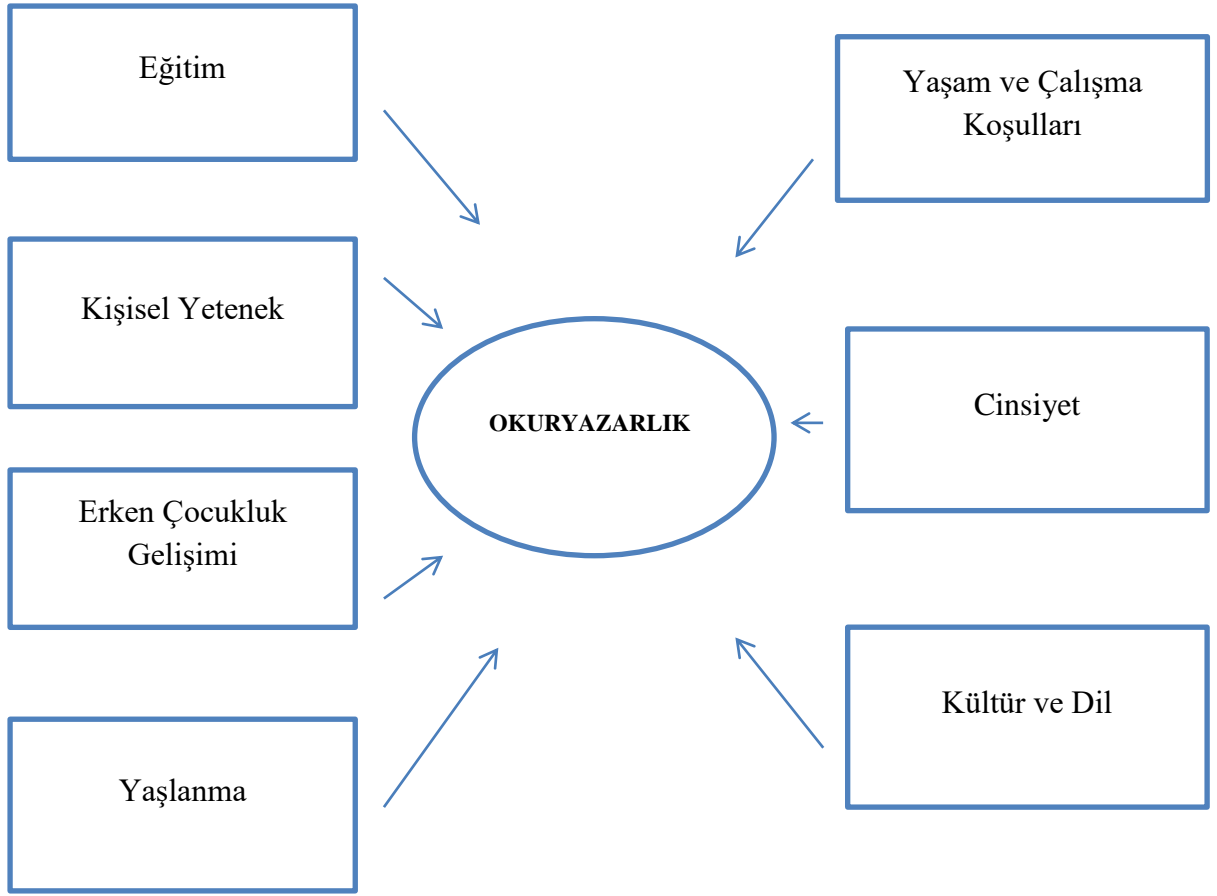
Kaynak: Shetzer, H. Warschauer, M. (2000). An electronic literacy approach to network-based language teaching. Network-based language teaching: Concepts and practice. New York: Cambridge University Press.

Elektronik iletişim faydalar getirmesinin yanında olumsuzluklarda getirmiştir. Bilgisayar aracılığıyla yapılan iletişim arttıkça yüz yüze konuşmayı sınırlandırır. Irk, cinsiyet, handicap, aksan ve statü gibi sosyal ipuçlarını azaltır (Sproull ve Kiesler, 1991). Fakat bu iletişim aynı zamanda bireylerin kendi zamanlarına hızlarına katkıda bulunmalarına izin verir. Eğer iyi niyetli olarak kullanılırsa verimli fikir alışverişini sağlar, eğer kötü niyetli olarak kullanılırsa düşmanlıklara yol açılabilir (Shetzer ve Warschauer, 2000).

2.1.5. Okuryazarlık Oranlarını Etkileyen Faktör ve Koşullar

Bir kişinin okuryazarlık seviyesi, birçok faktör ve koşuldan etkilenir; okuryazarlığın bu belirleyicileri Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi literatüründe genel olarak belirtilen sağlığın belirleyicilerine benzerdir ve şöyle özetlenebilir:

Şekil 2:Okuryazarlık Oranlarını Etkileyen Faktör ve Koşullar



Kaynak: Kanj, M. Mitic, W. (2009) Health literacy and health behaviour. World Health Organization, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf

2.1.6. Okuryazarlık ve Sağlık İlişkisi

Okuryazarlık bireylerin sadece okul, iş veya hayatlarında ki başarıyı değil. Toplumların gelişmişlik düzeyleri üzerinde de oldukça önemli bir etkendir (Aşıcı, 2009). Yetersiz okuryazarlık ulusal bir sorun yaratır diyebiliriz. Zayıf okuryazarlık bireylerin kültüre, sosyal, kişisel gelişimlerini etkilemesinin yanında bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyine de engel oluşturur ve bireylerin sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011; Parker ve ark, 1995).

Okuryazarlık seviyesi sağlık hizmetleri alanında oldukça büyük bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin yapılan tedavilerin daha iyi sonuçlar vermesi için hasta katılımı oldukça önemlidir. Hastaların kendi durumları ile ilgili yazılı veya sözlü

bilgileri anlayabilmesi, tanı ve tedavi sürecine aktif katılımı hayati bir öneme sahiptir. Sağlık personeline hastalığını, sıkıntısını anlatırken yerinde ve doğru soruları sorabilmeleri, sağlık personeline doğru anamnez verebilmesi bireye doğru tedavinin yapılabilmesi için oldukça önemlidir (Parker ve ark, 1995).

Okuryazarlık yıllarca çeşitli hastalıkların önüne geçilmesinde, sağlığın geliştirilmesi ve kalitenin artmasında gerekli bir kavram olmuştur. Anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi, mortalite oranlarının düşürülmesi, bulaşıcı hastalıklara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için çalışmalar uzun yıllardır devam etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu hedeflere ulaşabilmek için sağlık eğitimi, bilgi ve becerisini geliştirilebilmesi için okuryazarlık bir araç olarak kullanılmaya devam etmektedir (Nutbeam, 2000).

Bir bireyin sağlık okuryazarlık durumundan bahsedebilmek için o kişinin okuryazarlık düzeyinin bilinmesi gerekmektedir. Yetersiz okuryazarlık düzeyine sahip bireylerin, iyi bir sağlık okuryazarlık düzeyinin olması beklenemez. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin arttırılabilmesi için öncelikle okuryazarlık düzeyini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılması gereklidir (Sezgin, 2011).

Tablo 3: Sağlıktaki Talepler İle Okuryazarlık Becerisi

Sağlık İçin Gerekli Becerilerin Örnekleri	
Sağlıkla İlgili Hedef	Örnek Görevler ve Gerekli Beceriler
Sağlığı Korumak, Teşvik Etmek ve Hastalığı Önlemek	<ul style="list-style-type: none">Fiziksel aktivite için rehberleri okuyun ve izleyinGıda ve ürün etiketlerini temel alarak okuma, anlama ve karar vermeHava kalitesi raporlarını anlamlandırmak ve gerektiğinde davranışları değiştirmekİnternette ya da süreli yayınlarda ve kitaplarda sağlık bilgilerini bulmak
Sağlık bilgilerini anlama, yorumlama ve analiz etme	<ul style="list-style-type: none">Reçeteli ilaçlar için reklamlarda risk faktörlerini analiz ederBir gazete makalesinin hava kalitesi üzerindeki sağlık etkilerini belirlemeHangi sağlık web sitelerinin doğru bilgiler içerdiğini belirleme

	<ul style="list-style-type: none"> • Oy vermek için sağlıkla ilgili girişimlerin sonuçlarını anlamak
Sağlık bilgilerini çeşitli yaşam olayları ve durumları üzerinde uygulayın.	<ul style="list-style-type: none"> • Daha yaşlı bir yaşta fiziksel aktivitenin artırılması için kılavuzları belirlemek ve benimsemek • Çocuk bakımı veya yaşlı bakımı ile ilgili sağlık bilgilerini okuyup uygulamak • İş yerinde güvenlik önlemlerini okuyup yorumlar; bir sağlık planı seç
Sağlık sistemi navigasyon	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık sigortası kaydını veya geri ödeme formlarını doldurun • Basılı hasta haklarını ve sorumluluklarını anlar • Yoğun bir hastane veya klinik merkez gibi karmaşık bir ortamda yolunuzu bulmak
Sağlık profesyonelleri ve işçilerle karşılaşmalara aktif olarak katılın	<ul style="list-style-type: none"> • Açıklama istemek • Sorular sor • Alınan bilgiye göre uygun kararlar vermek • Kronik bir hastalığı yönetmek için uygun bir rejimi tartışmak ve geliştirmek için bakım sağlayıcılarla bir partner olarak çalışmak
anlamak ve vermek	<ul style="list-style-type: none"> • Gerekli bilgilendirilmiş onam belgelerini prosedürlerden önce veya araştırma çalışmalarına katılmayı anlamak
hakları anlamak ve savunmak	<ul style="list-style-type: none"> • İşçiyi temel alan güvenlik ekipmanı savunucusu • Hasta hakları belgelerine dayanan bilgiye erişim talep etmek • Tıbbi kayıtların gizlilik yasasına göre kullanımını

Kaynak: Nielsen-Bohlman, I. Panzer, AM. Kinding, DA. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington. DC: National Academies Press.

Bir iş yerinde çalışmak için sağlık okuryazarlığı becerileri gereklidir. Bu beceriler okuma, yazma, matematik, konuşma, dinleme, teknoloji kullanma, ağ kurma ve retorik beceriler, istekler, savunuculuk ve şikayetler ile ilişkilidir. Tablo 3’de Sağlık için gerekli beceriler ve zorluk hissini sağlamak için bazı örnekler sunar. Sunulan örneklerin çoğu yetenekleri vurgulamaktadır. Bireylerin okuma yazma ve iletişim kurma becerileri de sağlığa katkıda bulunur. Bir sağlık hizmeti sağlayıcısı bir hastanın konuşmasında ki ortak kelimeleri anlayıp anlamadığını dikkate alabilmelidir. Bir medya geliştiricisi, tüketicilerin mesajını anlayabilmek için şekillendirme becerilerine ihtiyaç duyar. Üreticiler ürün etiketleri tasarlamak için beceriye ihtiyaç duyarlar. Eğitimciler,

öğrencileri sağlıkla ilgili konularda bilgilendirmek ve sağlık mesajlarını fen, dil ve matematik müfredatına dahil etmek için beceriye ihtiyaç duyarlar. Yukarıdaki örnek, en eğitilmiş tüketici için bile net bilgi eksikliğinin yarattığı karışıklık düzeyini temsil etmektedir.

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Araştırmanın bu kısmında sağlık okuryazarlığı kavramı ayrıntılı bir şekilde incelenerek bu kavramın önemine, sağlık okuryazarlığının kavramsal modellerine, potansiyel etki alanlarına, sağlık okuryazarlığı düzeylerine, değerlendirilmesine ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan bazı çalışmalara yer verilmiştir.

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Kavramı

İnsanoğlu varolduğu günden bugüne kadar sağlık alanında birçok değişim ve dönüşüm yaşanmıştır. Birçok hastalığın tanı ve tedavisi bulunmuş, birçoğu ile ilgili gelişmeler yaşanmış, ilerleyişi yavaşlatılmıştır. Bireylerin yaşamlarını daha sağlıklı bir şekilde devam ettirmeleri, hasta olduklarında sağlık bilgisine nasıl doğru bir şekilde ulaşacakları, bilgileri anlamaları ve bu bilgiye uygun davranmaları giderek önem kazanmış ve bu alan ile ilgili yapılan çalışmalarla da sağlık okuryazarlığı kavramı ortaya çıkmıştır. Sağlık okuryazarlığı bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder. Bireylerin motivasyonunu ve yeteneklerini belirleyen iyi bir sağlığı korumak ve geliştirmek için bilgiye erişmeyi, anlamayı ve kullanmayı sağlar (Nutbeam, 1998).

Günümüzde çeşitli sağlık okuryazarlığı tanımları bulunmaktadır. Bunlardan bazıları:

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) göre sağlık okuryazarlığı, *“Sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal becerileridir.”* şeklinde tanımlamıştır (Nutbeam, 1998).

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde *“Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder.”* olarak ifade edilir (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011).

Tıp Enstitüsü sağlık okuryazarlığı, “*Bireylerin uygun sağlık kararlarını almada ihtiyaç duydukları sağlıkla ilgili temel bilgileri okuyabilme, anlayabilme, işleme ve davranışa geçirebilme yeteneği*” olarak tanımlanır (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Amerikan Tıp Birliği (AMA) ise; “*Sağlık hizmetleri çevresindeki işlevler için temel okuma ve gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesidir.*” şeklinde açıklamıştır (American Medical Association, 1999).

Sorensen ve arkadaşları yapılan tanımları incelemiş ve şöyle ifade etmişlerdir; “*Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir.*” şeklinde tanımlamışlardır (Sorensen ve ark., 2012).

Sağlık okuryazarlığı sağlığı geliştirme faaliyetleri ile bilgi ve uygulama arasında kavramsal bir çerçevedir (Ratzan, 2001).

Sağlık okuryazarlığı için birçok tanım bulunmaktadır, bu tanımlardan hareketle sağlık okuryazarlığını: Bireylerin yaşamları süresince sağlıkla ilgili kavramları, bilgileri doğru anlaması, kendi sağlığını tehdit edecek bir durumla karşılaştığında gerekli önlemleri alabilmesi, hekimle doğru iletişim kurabilmesi, sağlığını sürekli olarak koruyabilmesi ve geliştirebilmesi potansiyeline sahip olması olarak tanımlayabiliriz.

Sağlığı geliştirme girişimleri planlanırken sağlık okuryazarlığının neden önemli olduğunu belirlemeye yardımcı olan altı genel tema şu şekildedir (Kanji ve Mitic, 2009):

1)İnsanları etkiler: Yetersiz okuryazarlık gelişmemiş ülkelerde fazla olduğu kadar gelişmiş ülkelerde de oldukça yaygındır. Dünyada bazı istisnalar hariç kadınların erkeklere oranla yetersiz okuryazarlık düzeyinin fazla olduğu görülür.

2)Kötü sağlık sonuçları: Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi vardır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı artan ölüm oranlarını da beraberinde getirmektedir.

3)Artan Kronik Hastalık Oranları: Dünyada toplam hastalık yükünün yaklaşık yarısını (%47) kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Kronik hastalıkların öz yönetiminde sağlık okuryazarlığı oldukça büyük bir öneme sahiptir.

4)Sağlık Bakım Maliyetleri: Yetersiz sağlık okuryazarlığı yıllık %3 ile %5 arasında ek maliyete yol açmaktadır.

5)Sağlık Bilgisi Talepleri: Hedef kitle ile sağlık materyallerinin okuma seviyeleri arasında uyumsuzluk bulunmaktadır. Mesleki ve teknik dilin kullanımını sağlıkla ilgili kaynakların kullanımını gereksiz yere zorlaştırmaktadır.

6)Eşitlik: Yetersiz sağlık okuryazarlığı genellikle bir kişinin kendi sağlığını etkin bir şekilde yönetemediği, sağlık hizmetlerine etkin bir şekilde erişemediği ve kendine sunulan bilgileri anlayamadığı anlamına gelir. Sağlık eşitsizliklerini azaltmak kötü sağlık sonuçlarına sahip olan bireylerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için oldukça önemli bir araçtır.

Sağlık okuryazarlığı, sosyal ve bireysel faktörlerin ortak bir fonksiyonudur. Bireylerin sağlık okuryazarlığı becerileri ve kapasiteleri, eğitim, kültür ve dil aracılığıyla sağlanır. Aynı şekilde, bireylerin sağlıkla etkileşim içinde olan kişilerin iletişim ve değerlendirme becerilerinin yanı sıra, medyanın, pazar ve devlet kurumlarının sağlık bilgileri izleyicilere uygun bir şekilde sunabilmeleri de önemlidir (Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kinding, 2004).

QGHL (2011)' e göre; sağlık okuryazarlığı bireyler için okuryazarlık yeteneğine sahip olmak temel sağlık ve bilgi sistemlerini işlemek, anlamak ve uygun sağlık kararları vermek için gereklidir.

Sağlık okuryazarlığı bireysel ve sistemik faktörlere bağlı olup bu faktörler;

- Sağlık konularında meslek ve meslek bilgisi
- Kültür
- Sağlık ve halk sağlığı sistemlerinin talepleri

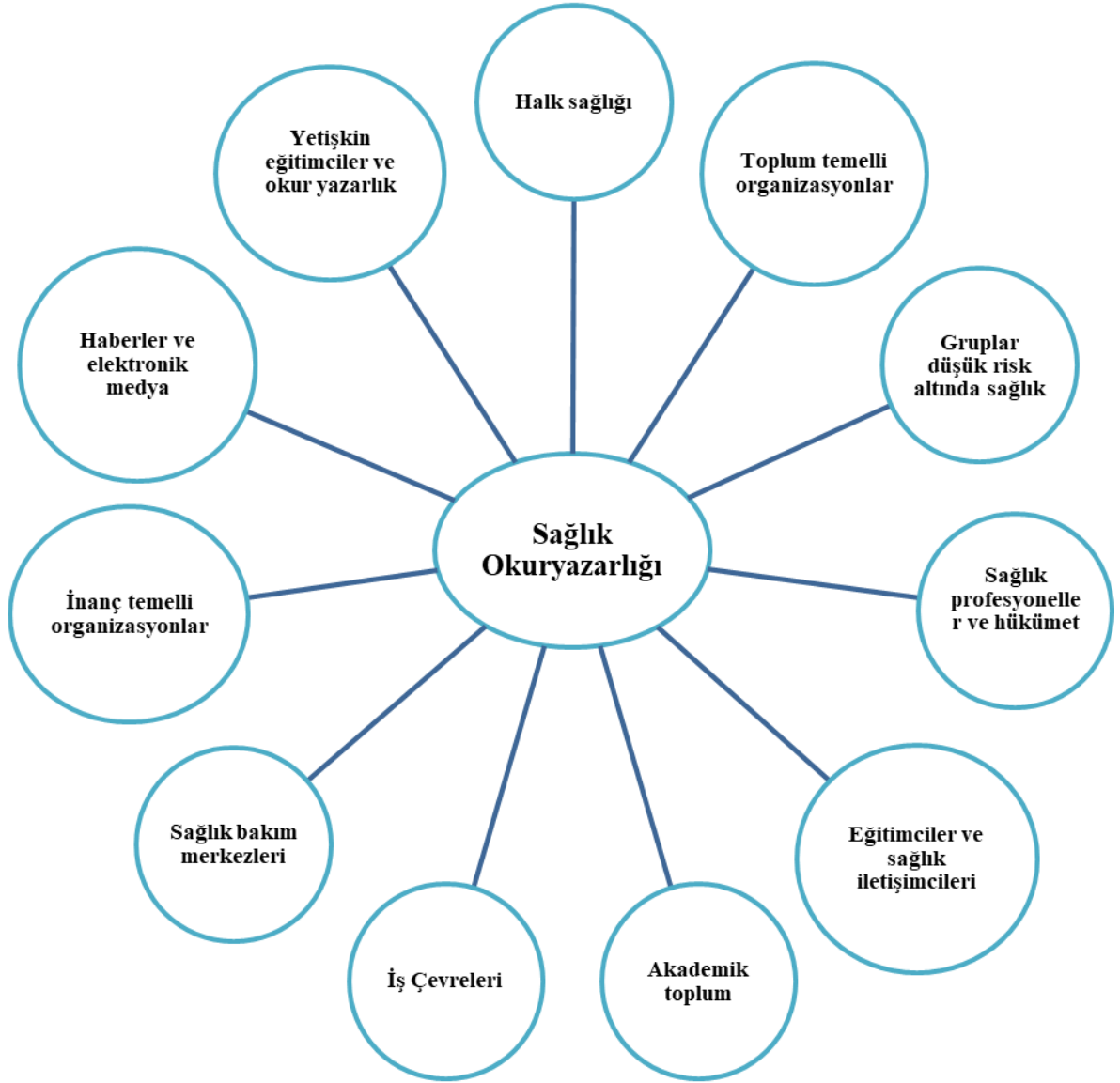
Sağlık okuryazarlığı insanların şu yeteneğini de etkiler:

- Karmaşık formları doldurma da dahil olmak üzere sağlık bakım sistemini anlama ve hizmetlerden yararlanma
- Kişisel bilgileri sağlık çalışanlarına doğru iletmek
- Öz bakım yapabilme ve kronik hastalıklarda kendine bakabilme
- Olasılık ve risk gibi matematiksel kavramları anlama

Sağlık okuryazarlığı, sayısalılaştırma becerilerini içerir. Örneğin, hesaplama, kolesterol, kan şekeri düzeyleri lme, ilaçları, primleri, ücretleri ve doğru beslenmeyi anlamak için sayısal beceriler de gereklidir. Sağlık planları veya reçeteli ilaç kapsama oranını hesaplamak ve karşılaştırmak için sayısal beceri ve yorumlama, ilişkilendirme becerisi gerektirir (QGHL, 2011).

Sağlık okuryazarlığı inisiyatifleri günlük yaşamına dayandırılmalıdır. Sağlık okuryazarlığı, sağlık sektöründe yalnızca bireylerin veya politika yapıcıların veya profesyonellerin sorumluluğunda değildir, birden çok paydaşın dahil olması gerekir. Bunlar aşağıda şekil 3’de gösterilmiştir (PHABC, 2012). Sağlık okuryazarlığı bireyi ve toplumu ilgilendiren önemli bir konu olduğu için birçok paydaşı bulunmaktadır. Yetişkin eğitimcilerden, halk sağlığı, akademik toplum ve sağlık bakım merkezlerine kadar birçok paydaşı vardır.

Şekil 3: Sağlık Okuryazarlığı Paydaşları



Kaynak: Public Health Association of British Columbia (2012).An intersectoral approach for improving health literacy for Canada.

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı sağlık bilgilerine erişim, anlama ve kullanma becerisidir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri kişisel ve sistem faktörleri olarak iki ayrı grupta toplanabilir. Bir kişi, çevresi ve sağlık sistemi arasındaki etkileşimden ortaya çıkar.



Tablo 4: Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Kişisel faktörler (Beceri ve yetenekler, çevre)	Sistem faktörleri (Talepler ve karmaşıklık)
<ul style="list-style-type: none">• okuryazarlık becerileri• akıl yürütme gibi bilişsel beceriler ve hafıza• öğrenmek ve kendini yönetmek için motivasyon• fiziksel ve duygusal sağlık• sağlık sistemi ile ilgili deneyim• sağlık hakkında bilgi ve sağlık durumu• dil yeterliliği, kültürel inançlar sağlıkla ilgili uygulamalar• sosyal ve topluluk destekleri• eğitim ve ebeveyn eğitimi• doğum yeri (Kanada veya göçmen olarak doğmuş)	<ul style="list-style-type: none">• sağlık hizmeti sağlayıcılarının iletişimi beceriler (diyalog hızı, jargonun kapsamı, görsel araçların kullanımı, etkileşim derecesi)• sağlık üzerine zaman baskısı bakım sağlayıcıları• erişilebilirlik ve karmaşık sağlık bilgisi• fiziksel ayar (gürültü, gizlilik, kesintiler, boşluk)• sistem talepleri ve beklentileri (öz yönetim ile ortaklık aktif ve bilinçli hastalar)

Kaynak: Wizowski, L. Harper, T. Hutchings, T. (2014). Writing health information for patients and families. Hamilton Health Sciences.

Tablo 4’te Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler kişisel ve sistem olarak iki başlık altında sınıflandırılmıştır. Bireyi doğrudan etkileyen, bireyin beceri ve yetenekleri ile ilgili olan kısım kişisel faktörler içerisinde değerlendirilirken, sistem ile ilgili talepler, beklentiler, karmaşıklıklar ise sistem faktörleri içerisinde değerlendirilmiştir. Bunların hepsi sağlık okuryazarlık düzeyinin tek bir faktörden değil, birçok faktörden etkilendiğini göstermektedir.

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı kavramı kişinin kendi sağlığı ile ilgili doğru karar verebilmesi, sağlığıyla ilgili gerekli tedavi, tahlilleri anlaması, sağlık politikalarını kavraması hem maliyeti hem de kişinin kendi sağlığı açısından oldukça büyük bir öneme sahiptir. Ayrıca sadece hastalar için değil aynı zamanda sağlık kuruluşları açısından da okuryazarlık ve sağlık bakım maliyetleri arasındaki ilişkinin daha doğru anlaşılması çok önemlidir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı önemli maliyet etkilerine sahip olabilmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi olan bireylerin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi olan bireylere göre hastaneleri özellikle acil servisleri gereksiz yere meşgul ettiği, hasta yatış sürelerini arttırdığı, gereksiz tahlillere ve gereksiz masraflara yol açtığı bilinmektedir. Bu da hem iş gücü kaybı hem maliyet açısından sıkıntı yaratmaktadır (Baker ve ark., 1998).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması hasta ve hekimin arasında ki iletişimi de olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyler genelde hekimle iletişim konusunda geri planda kalmayı tercih ediyor ve konuşmaktan kaçınıyorlar, tedavi ve karar verme sürecine katılmayıp bunun tedavilerini olumsuz yönde etkileyebileceğini, bir yararının olmadığını belirtiyorlar (Yılmaz, Çolak ve Ersoy, 2009).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin yaşam sürelerini ve kalitesini artırmaktadır. Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına erişebilmelerini ve bu kaynaklardan etkili bir biçimde yararlanmalarını sağlamaktadır. Okuryazarlık düzeyinin düşük olması durumunda bireyler kültürel ve sosyal açıdan yeterli gelişimi gösteremez ve bu durumdan olumsuz etkilenmektedirler (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2012).

Sağlık Okuryazarlığı sağlıklı yaşam ve ulaşılabilir sağlık hizmetlerini etkin kullanmak sadece kişisel değil toplum sağlığı açısından da oldukça önemlidir. Toplumun büyük bir kısmının yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olması ülkenin sosyal sermayesinin ve sosyal yardımın da gelişmesine katkı sağlayacaktır. Sağlık okuryazarlığın geliştirilmesi ve sağlıklı bir yaşam biçiminin benimsenmesine sağlık hizmetlerinden etkin yararlanabilmeye yardımcı olur (Nutbeam, 2000).

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modelleri

Aşağıda verilen Tablo 5’te değişik yazarlar tarafından belirlenen kavramsal modellerin sağlık okuryazarlığın boyutları, kökenleri ve sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5: Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modelleri

Referans	Boyutları	Kökenleri	Sonuçları
Nutbeam (2000)	<ul style="list-style-type: none"> - İşlevsel sağlık okuryazarlığı - İnteraktif sağlık okuryazarlığı - Kritik sağlık okuryazarlığı 	Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi eylemleri (eğitim, sosyal seferberlik, savunuculuk)	<p>Bireysel faydalar</p> <ul style="list-style-type: none"> -Geliştirilmiş risk bilgisi -Öngörülen eylemlere uygunluk. Bilgiye bağımsız olarak hareket etme kapasitesinin artırılması -Geliştirilmiş motivasyon ve kendine güven -Sıkıntıya karşı geliştirilmiş bireysel dayanıklılık <p>Topluluk / sosyal faydalar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Halk sağlığı programlarına katılımın artması - Sosyal normları etkileme ve sosyal gruplarla etkileşim kurma kapasitesi geliştirildi. - Sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri üzerinde harekete geçme kapasitesi - toplumun güçlendirilmesini iyileştirmek
Lee et al (2004)	-Hastalık ve öz bakım bilgisi	-Sosyal, ekonomik durum	-Sağlık durumu -Acil Bakım

	<ul style="list-style-type: none"> -Sağlık riski davranışı -Önleyici bakım ve hekim ziyaretleri -Tıbbi ilaçlarla uygunluk 	<ul style="list-style-type: none"> -Cinsiyet -Etnik Köken -Sağlık Sigortası kapsamı - Hastalık şiddeti - Gelir tutarsızlığı - Topluluğun etnik bileşimi 	<ul style="list-style-type: none"> - Hastaneye yatma
Institute of Medicine (2004) (Nielsen-Bohlman, 2004)	<ul style="list-style-type: none"> -Kültürel ve kavramsal bilgi - Dinleme -Konuşuyorum -Aritmetik beceriler -Yazma Becerileri -Okuma Becerileri 	<ul style="list-style-type: none"> - Eğitim, kültür ve dil -Kişilerin sağlık için etkileşimde bulunduğu kişilerin iletişim ve değerlendirme becerileri -Medyanın, pazarın ve devlet kurumlarının sağlık bilgilerini uygun bir şekilde sunma yeteneği 	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık sonuçları ve maliyetleri
Zarcadoolas (2005)	<ul style="list-style-type: none"> -Temel okuryazarlık -Bilim okuryazarlığı -Toplumsal okuryazarlık -Kültürel okuryazarlık 	<ul style="list-style-type: none"> -Sağlık durumu -Demografik, sosyo politik, psikososyal ve kültürel faktörler 	<ul style="list-style-type: none"> -Yeni durumlara bilgi uygulama yeteneği - Sağlık, tıp, bilimsel bilgi ve kültürel inançlarla ilgili kamusal ve özel diyaloglara katılma yeteneği
Speros (2005)	<ul style="list-style-type: none"> -Okuma aritmetik becerileri - Anlama -Karar vermede sağlık bilgilerini kullanma kapasitesi -Sağlık tüketici rolünde başarılı çalışma 	<ul style="list-style-type: none"> -Okuryazarlık -Sağlıkla ilgili deneyim 	<ul style="list-style-type: none"> -Geliştirilmiş kendi kendini rapor eden sağlık durumu -Düşük sağlık maliyetleri -Artan sağlık bilgisi -Daha kısa hastanede yatış -Sağlık hizmetlerinin daha az kullanılması
Baker (2006)	<ul style="list-style-type: none"> -Sağlık ile ilgili baskı okuryazarlığı -Sağlıkla ilgili sözlü okuryazarlık 	<ul style="list-style-type: none"> -Sağlıklı okuma akıcılığı -Sağlıkla ilgili kelime bilgisi -Sağlık konseptlerine aşinalık 	<ul style="list-style-type: none"> - Yeni bilginin kazanılması - Daha olumlu tutumlar -Geçmiş öz-yeterlik Pozitif sağlık davranışları - Daha iyi sağlık sonuçları

		-Sağlık ortamında yazılı ve sözlü mesajların karmaşıklığı ve zorluğu	
Paashe- Orlow & Wolf (2007)	-Dinleme -Sözel akıcılık -Bellek aralığı -Navigasyon.	-Sosyoekonomik statü Mesleği -Uygulama durumu Gelir -Sosyal Destek -Kültür ve dil -Eğitim -Yaş -İrk / etnik -Vizyon, işitme, sözel yetenek, hafıza ve akıl yürütme gibi kişisel yeterlikler	- Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım (hastaların navigasyon becerileri, öz-etkililik ve algılanan engellerden ve sistemin karmaşıklığı, akut bakım oryantasyonu ve kademeli doğum modelinden etkilenir) -Hastalık / hizmet sağlayıcı etkileşimleri (hastanın hasta bilgisini, inançlarını ve karar verme süreçlerine katılımını ve hizmet sağlayıcıların iletişim becerilerini, öğretim yeteneğini, zamanı ve hasta merkezli bakımı etkilemelerini etkiledi) -Öz bakım (hasta motivasyonu, problem çözme, öz yeterlik, bilgi / beceri ve destek teknolojileri, kitle iletişim araçları, sağlık eğitimi ve kaynakları)
Kickbusch & Maag (2008)	-Temel -İnteraktif -Kritik	-Sağlık sistemi -Kültür / ev ve toplum -İş -Siyaset -Market -Eğitim sistemi	-Sağlık sonuçları ve maliyetleri
Mancuso (2008)	-Kapasite - Anlama -İletişim	-Operasyonel yeterlilik -İnteraktif yeterlilik -Özerklik yeterliliği -Bilgilendirme komitesi - İçeriksel yetkinlik - Kültürel yeterlilik	-Sağlık masrafları - Hastalık ve tedavi bilgisi - Öz yönetim becerileri -Kronik şartlara dikkat etme yeteneği -Uyuma -Tıbbi veya ilaç tedavisi hataları -Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım.

			<ul style="list-style-type: none"> -Acil servis ve yatarak kabul gibi pahalı hizmetlerin kullanımı. -Sağlıklı tanıtım davranışlarını önleme ve tarama -Sağlık durumu, fiziksel hastalık veya hastalık, hastalık veya bozulma algısı olarak tanımlanır.
Manganello (2008)	<ul style="list-style-type: none"> -İşlevsel sağlık okuryazarlığı -İnteraktif sağlık okuryazarlığı -Kritik sağlık okuryazarlığı -Medya Okuryazarlığı 	<ul style="list-style-type: none"> -Bireysel özellikler (yaş, ırk, cinsiyet, kültürel arka plan, bilişsel ve fiziksel yetenekler, sosyal beceriler) -Medya kullanımı -Akran ve ebeveyn etkileri -Kitle iletişim araçları, eğitim sistemi ve sağlık sistemi 	<ul style="list-style-type: none"> - Sağlık davranışı - Sağlık masrafları - Sağlık hizmeti kullanımı
Freedman (2009)	<ul style="list-style-type: none"> -Kavramsal temeller -Eleştirel beceriler -Sivil oryantasyon 	<ul style="list-style-type: none"> -Sosyal, çevresel ve politik güçler 	<ul style="list-style-type: none"> -Toplumun daha acil sağlık sorununun bir kısmını çözme. -Sosyal adaletsizlikleri hafifletmek
Von Wagner et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> Problemleri çözmek için gerekli olduğunda okuryazarlık ve matematik becerilere güvenme becerisi 	<ul style="list-style-type: none"> -Epidemiyolojik veya yapısal belirleyiciler - Bireysel etkiler -Okuma ve aritmetik beceriler -Dış etkiler 	<ul style="list-style-type: none"> - Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım - Hasta sağlayıcı etkileşimi - Sağlık ve hastalık yönetimi

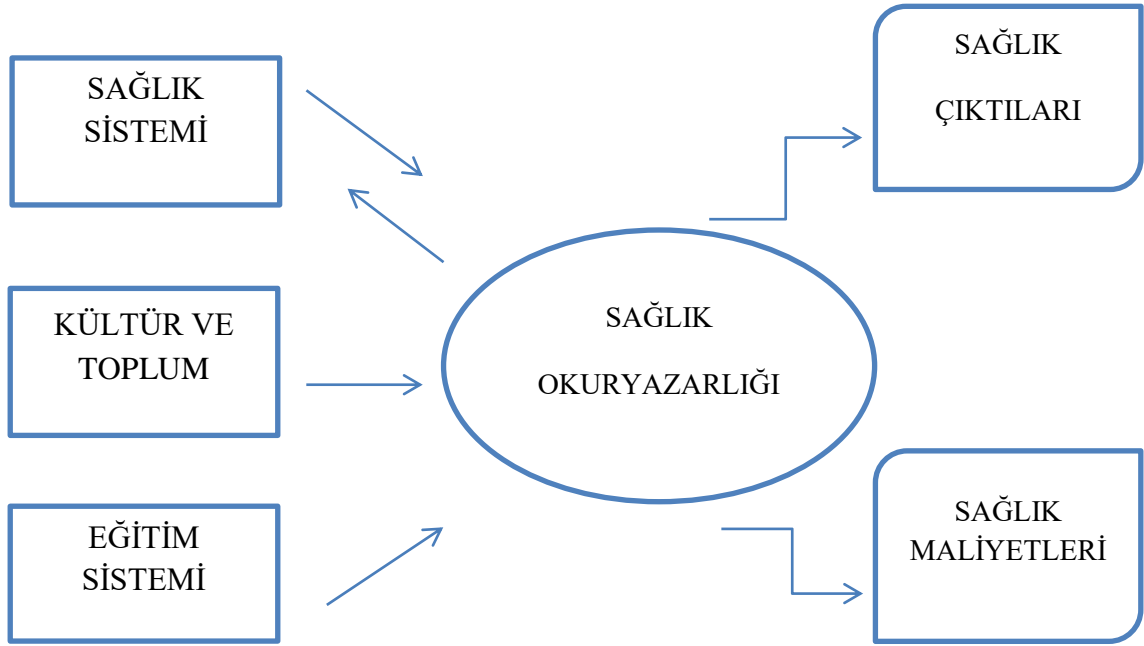
Kaynak: Sorensen, K. Vanden Broucke, S. Pelikan, J. Fullam, J. Doyle, G. Slonska, Z. Kondilis, B. Stoffels, V. Osborne, RH. Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire. BMC Public Health.

Öncüler için, çoğu yazar genel okuryazarlık, bireysel özellikler, hastalık ve sağlık sistemi ile ilgili önceki deneyim gibi daha proksimal faktörlerin yanı sıra demografik, psiko-sosyal ve kültürel faktörlere de atıfta bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olan sosyolojik ve sosyal faktörler arasında sosyoekonomik statü, meslek, istihdam, gelir, sosyal destek, kültür ve dilde bulunmaktadır (Paasche-Orlow, 2007).

2.2.5. Sağlık Okuryazarlığı Potansiyel Etki Alanları

Sağlık okuryazarlığının sürekli etkileşim içinde bulunduğu alanlar vardır. Sağlık sistemi, kültür, eğitim, sağlık çıktıları ve maliyetleri sağlık okuryazarlığı ile doğrudan etkileşim içindedir.

Şekil 4: Sağlık Okuryazarlığı ve Etkileşim İçinde Bulunduğu Alanlar



Kaynak: Nielsen-Bohlman, I. Panzer, AM. Kinding, DA. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington. DC: National Academies Press.

Bu çerçeve, bireylerin eğitim sistemleri, sağlık sistemleri, kültürel ve sosyal faktörlerle etkileşimde bulunmalarına bağlı olarak sağlık okuryazarlığı üzerindeki potansiyel etkisini göstermektedir ve bu faktörlerin nihai olarak sağlık çıktılarına ve maliyetlerine katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Bireylerin sağlık alanında ki becerileri, sağlık sistemini, eğitim sistemini, evde, iş yerinde, geniş sosyal ve kültürel toplumda ki iletişim sayesinde etkilenmektedir. Sağlık okuryazarlığını tek yönlü olarak düşünmeyip eğitim sistemi, sağlık sistemi, toplum ve kültürü için bir fırsat ve sorumluluk olarak düşünüp sağlık çıktıları ve maliyetleri üzerine odaklanılması gereken önemli bir faktör olarak görmeliyiz. Sağlıkta okuryazarlık çeşitli okuma ve yazmanın ötesinde, sayısallaştırma, dinleme, konuşma, kültürel ve kavramsal bilgiye dayanmaktadır (Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kinding, 2004).

2.2.6. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Sağlık alanında son zamanlarda hastaların da kendi sağlık süreçleri hakkında bilgi sahibi olması ve sürece dahil olması oldukça önemli hale gelmiştir. Bu süreç için planlama yapanlar, karar merkezleri, eğitimciler toplumun sağlık sorunlarının belirlenmesi yoluna koyulması için plan ve program yapılması amacıyla istatistik ve sosyal bilim alanlarından da yardım alarak çeşitli ölçümler geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı bilişsel öğrenme, tecrübe ve bireyler arası sosyal becerilerin aracılığı ile birlikte ilerler (Ishikawa, 2008; Nutbeam, 2000).

Nutbeam'a göre sağlık okuryazarlığı üç farklı düzeyde incelenmektedir;



2.2.6.1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı temel okuma, yazma yeteneği ve sağlık bilgilerini anlama sağlık hizmetlerinden etkin yararlanma becerisidir. Bu okuryazarlık sağlık politikalarını, faydalarını, risklerini, sağlık sisteminin sürecini ve nasıl oluştuğu ile ilgili bilgiye dayanan eğitim çıktılarını göstermektedir. Hem sözel hem sayısal bilgi ve becerileri kavrayabilme olarak da ifade edilmektedir. Buna şöyle örnek verilebilir bir hastanın hastaneye gittiğinde kendisine verilen onam formlarını, eğitici broşürleri, sözel bilgileri, ilaçları nasıl kullanacağını ve randevu prosedürünü anlama yeteneğidir. Bunların geliştirilmesi kişiye bireysel ve toplumsal olarak oldukça yarar sağlamaktadır (Nutbeam, 2000; Rudd ve ark., 2004; Betz ve ark., 2008).

Fonksiyonel okuryazarlık yetersiz olduğu zaman sağlıkla ilgili sözel ya da yazılı bilgi ve belgeleri anlamada sorunlar yaşanır. Bu sorunlar sağlık sisteminin düzenini bozar ve etkin bir şekilde kullanılmasını engeller. Fonksiyonel okuryazarlığın düşük olması durumunda hasta hastaneye başvurduğunda gereksiz yatışlar, tedaviler olduğu için ek maliyet getiren sorunlar ortaya çıkar (Carthey-Goulard, 2009).

2.2.6.2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin kendi sağlıklarını koruyacak ve güçlendirecek faaliyette bulunmaları çeşitli aktiviteler, doğru besinler seçme, egzersiz ve spor faaliyetleri ile sağlıklarını geliştirme bilinci ve becerisini kapsamaktadır (Nielsen-Bohlman, 2004).

İnteraktif sağlık okuryazarlığı bireyin kendini gerçekleştirme bireysel ve sosyal becerilerini geliştirmesi üzerinde durmaktadır. Bu okuryazarlık türü kişinin kendini tanıması, kişisel beceri ve yetenekleri eğitim ile birlikte daha ileriye taşıyabilmesi, motivasyon ve kendine güven duygularının geliştirilmesi için oldukça önemli bir yere sahiptir (Nutbeam, 2000).

İnteraktif okuryazarlık, kişilerin günlük yaşamlarında kullandıkları kişisel becerileri ve bilgileri ile günlük yaşamlarında daha etkili faaliyet göstermelerini sağlar. Kişilerin kendilerinin farkına varması neyi, ne kadar ve nasıl yapması gerektiğini bilmesi, doğru kararlar vererek değişen toplum şartlarına ayak uydurabilmesi, yeni bilgileri hızlı kavrayabilmesini kapsamaktadır (Tones, 2002).

2.2.6.3. Kritik Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin kendi sağlığını tanımlaması, analiz etmesi, toplum sağlığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olması, araştırması, sağlığı etkileyen faktörleri ve politikaları takip etmesi, sağlık haberlerini izlemesi sorunların çözüm sürecine katılmasını içerir (Nielsen-Bohlman, 2004).

Kritik sağlık okuryazarlığı bireylerin daha çok analiz etme, eleştirel düşünebilme yeteneklerine vurgu yapılmaktadır. Gelişmiş okuryazarlık becerisi ile bilgiyi elde etme, günlük hayatta bu bilgiyi doğru kullanıp analiz edebilme yeni bilgileri değişen koşullara uyarlayarak uygulama düzeyidir (Nutbeam, 2000).

Kritik sağlık okuryazarlığında sadece bireysel çıkarlar değil, toplumsal çıkarlarda göz önünde bulundurulmaktadır. Sağlık eğitimi ile hem bireysel hem de sosyal ve politik gelişmelere katkı sağlanmalıdır. Eleştirel düşünme ve analiz etme yetenekleri geliştirilerek desteklenmelidir (Nutbeam, 2000).

Nutbeam sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve sonuçlarını (faydalarını) özetlemiştir. Tablo 6'da okuryazarlık düzeyinin fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, interaktif sağlık okuryazarlığından, kritik sağlık okuryazarlığına kadar öneminin arttığını ileri

sürmektedir. Sağlık okuryazarlığı, özerklik ve kişisel güçlendirmeye yardımcı olur, böylece bireyler ve toplumlar için faydalar sağlar.

Tablo 6: Sağlık Okuryazarlığı için Sonuç Düzeyleri

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Eğitim Hedefi	İçerik	Bireysel Faydalar	Topluluk ve Sosyal Faydalar
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı: temel okuma ve yazma anlama ve takip etme becerileri basit sağlık mesajları	Fiili bilgilerin sağlıklı ilgili aktarımı, sağlık sağlayıcılarıyla iletişim, sağlık hizmetlerinin uygun kullanımı	Geliştirilmiş sağlık bilgisi riskler ve sağlık hizmetleri reçete ile uyumları	Artan katılım, sağlık programları (tarama, aşılama)
İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı: Daha gelişmiş okuryazarlık, bilişsel ve kişilerarası sağlık yönetimi becerisi profesyonellerle ortaklık	Destekleyici bir ortamda beceri geliştirme fırsatları	Harekete geçme kapasitesinin arttırılması, bağımsız olarak geliştirmek motivasyon ve kendine güven	Etkilemek için geliştirilmiş kapasite sosyal normlar ve etkileşim sosyal gruplar
Kritik Sağlık Okuryazarlığı: Bilgiyi analiz etme yeteneği eleştirel olarak, farkındalığı arttırmak, ve eyleme katılmak	Sosyal bilgiler ve ekonomik belirleyicileri sağlık ve fırsatlar politika ve / veya örgütsel değişim	Geliştirilmiş birey sosyal uyum ve ekonomik sıkıntı, kişisel güçlenme	Harekete geçme kapasitesinin arttırılması sosyal ve ekonomik sağlığın belirleyicileri, gelişmiş topluluk güçlenme

Kaynak: Keleher, H. Hagger, V. (2007). HealthLiteracy in PrimaryHealthCare. Aust J Prim Health, 24–30.

2.2.7. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışlarına ve Sağlığa Etkisi

Sağlık okuryazarlığına sahip bireyler 3 faktörde sağlık sonuçlarına önemli etki etmektedir. Bunlar sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık alıcısı ve sunucusu arasındaki etkileşim, ve özbakımdır (Paasche-Orlow ve Wolf 2007).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireyler yaşamlarında birçok sıkıntı yaşamaktadır. Hastaneye geldiklerinde hekimle iletişim kurmakta zorlandıkları hekimin söylediklerini anlayamadıkları bu yüzden tedavi sürecinden uzakta kaldıklarını hastanede ki formları doldururken çoğu zaman neye imza attıklarını bilmemeleri ve hekime anlamadım diyemedikleri çekindikleri çoğu zaman sessiz kaldıkları belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler sağlık kontrollerini takip etme konusunda da oldukça sıkıntı yaşamaktadır. Kontrole ne zaman geleceğini, hekimin tavsiye ettiği ilaçları hangi dozda ve ne kadar süreyle kullanacağını bu süreci nasıl takip edeceklerini bilmemektedirler (Özdenk ve ark., 2015).

Okuryazarlık düzeyi düşük olan bireyler iş yaşamında ya da günlük fonksiyonlarını yerine getirmede zorluk çekmesinin yanı sıra kendi sağlık düzeyleri hakkında da sorunlar yaşayabilmektedir (Berkman ve ark., 2004; IOM, 2004) . Aşağıdaki Tablo 7’de sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin sağlık sonuçlarına etkisi verilmiştir.

Tablo 7: Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışına ve Sağlığa Etkisi Üzerine Yapılan Çalışmalar ve Sonuçları

Baker ve ark 1998, Baker ve ark 2002, Safeer ve Keenan 2005, Cho ve ark 2008	Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerde sıklıkla ve uzun sürede hastanede yatma gözlemlenmiştir.
Scott ve ark 2002, Fortenberry ve ark 2001	Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireyler koruyucu sağlık hizmetinden yararlanma konusunda daha çekimser davrandıkları gözlemlenmektedir.
Baker ve ark 1997, Kalichman ve Rompa 2000, Kim 2009	Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısının paralel olduğu bildirilmiştir.
Baker ve ark 2004	Sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olan düzeyi düşük olan bireylerde acil servis

	kullanma sıklığı da artış göstermektedir.
Williams ve ark 1998, Schillinger ve ark 2002, Powel ve ark 2007	Tip2 diyabete sahip olan Hastalarda yetersiz glisemik kontrol, hastalık hakkında yetersiz bilgi ve diyabet komplikasyonları ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmaktadır.
Baker 2007	Sağlık hizmetlerinin kullanımını, yetersiz sağlık okuryazarlığı olumsuz yönde etkilemektedir.
Mbaezue ve ark 2010	Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde kan şekeri test sonuçlarını kaydetme eğilimi daha düşüktür.
Wolf ve ark 2005, Kim 2009	Sağlık okuryazarlığı düşük bireyler fiziksel ve ruhsal sağlıklarının daha kötü olduğu gözlemlenmektedir.
Kim 2009	Sağlık okuryazarlığı yetersiz bireylerde kronik rahatsızlık görülme riski fazladır.
Kaufman 2001	Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireyler bebeklerini daha kısa bir süre emzirdiği belirtilmektedir.
Davis ve ark 2006, Kripalani ve ark 2006	Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerde ilaç prospektüsü, reçeteyi anlamada ve uygulamada hataların fazla olduğu görülmektedir.

Kaynak: Filiz, E. (2015). Sağlık Okuryazarlığının Gebelik Ve Sağlık Algısı İle İlişkisi. Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

2.2.8. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Sağlık okuryazarlık düzeyini değerlendirmek için kullanılan ölçekler uygulayan kişinin amacına göre okuryazarlığın hangi boyutlarda değerlendirileceğine göre farklılık göstermektedir (Sorensen ve ark, 2013). Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi için yurt dışında çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçekler:

- Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults =TOFHLA)
- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine=REALM)
- Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (Health Activities Literacy Scale=HALS)
- Son Yasam Bulguları Ölçeği (The Newest Vital Sign=NVS)

2.2.8.1.Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults =TOFHLA)

Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA) sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek için en fazla kullanılan testler arasındadır. Bu test kişinin sayısal ve sözel anlama yetilerini ölçmeye dayanmaktadır. TOFHLA genel olarak araştırmalarda İspanyolca ve İngilizce olarak yer almaktadır. Bu test iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde tanılar, reçete, ilaç uygulamaları ve sağlık ile ilgili soruları içerir. İkinci bölümde ise bireylere küçük paragraflar oluşturularak tıbbi bilgiler verilir ve bireyin paragrafa uygun kelimeleri seçeneklerden seçmesi beklenir. TOFHLA önemli yapan özelliklerinden biri de bireylerin sağlıkla ilgili metinleri ve sayısal verileri anlamlandırıp ölçebilmesidir (Kamberi ve ark., 2013; Parker ve ark., 1995).

TOFHLA ölçeğinde puanlama şu şekilde gerçekleşmektedir;

Puanlama 0 ile 100 arasındadır. Yüksek puanlar iyi okuryazarlık düzeyi gösterirken 60'dan düşük puanlar yetersiz okuryazarlık düzeyini göstermektedir. Test 22dk gibi bir zaman diliminde bitirilmesi gerektiği için bireye zaman yönetimi yapmasının önemini hatırlatırken aynı zamanda baskı ve streste yaratmaktadır. Bu yüzden TOFHLA kısa versiyonu olan S-TOFHLA hazırlanmıştır. S-THOFLA yaklaşık 10dk sürmektedir. Puanlaması ise 0-59 puan arası yetersiz, 60-74 puan düşük, 75-100 puan arası ise yüksek sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir (Mancuso, 2009; Weiss, ve ark., 2005; Parker ve ark., 1995).

2.2.8.2. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine=REALM)

REALM ölçeği sağlık okuryazarlık düzeyini ölçen güvenilir bir testtir. İngilizce ve İspanyolca kullanımları da mevcuttur. Test 66 tane tıbbi kelimenin tanınması ve

telaffuzu ile değerlendirilir. Soruların zorluk derecesi giderek artarak devam etmektedir. Doğru telaffuz edilen her kelime için bireye 1 puan verilir. Yaklaşık 3dk süren bu test zaman açısından da oldukça avantaj sağlamaktadır. Puanlaması şöyle yapılır: 61-66 kelimeyi doğru telaffuz edenler yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip, 45-60 kelime düşük sağlık okuryazarlık düzeyi, 0-44 kelime arası ise yetersiz sağlık okuryazarlığı göstergesidir. Fakat REALM ölçeği anlama ile sayısal veriyi ölçme konusunda eksik kalmıştır (Davis ve ark., 1993; Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kinding, 2004).

2.2.8.3. Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (Health Activities Literacy Scale =HALS)

HALS testi sağlıkla ilişki içinde olan beş alandan oluşur. Bunlar; sağlığın teşviki ve korunması, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımı ve hizmetlere erişimdir. Bu ölçek ile sayısal veri, düzyazı ve metinleri içeren sorulardan oluşmaktadır. Beş bölümden oluşan ölçek 0-500 puan arasında değerlendirilmektedir. Fakat bu ölçeğin uygulanması yaklaşık bir saat sürdüğü için kullanımı pratik değildir bu yüzden yapılan çalışmalarda çok fazla kullanılmamaktadır (Welch, VanGeest ve Caskey, 2011; Baker, 2006).

2.2.8.4. Son Yasam Bulguları Ölçeği (The Newest Vital Sign=NVS)

NVS düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyleri belirlemede kullanılan hızlı ve güvenilir bir testtir. İspanyolca ve İngilizce kullanımları mevcuttur. NVS testi okumayı anlamayı ve matematiksel yeteneği ölçmektedir. Katılımcıların bir dondurma kutusunun besin etiketlerini okuyup anlamasını ve yorumlayarak 6 tane soruyu cevaplaması istenir. Her doğru cevabına bir puan verilerek sağlık okuryazarlık düzeyi belirlenir. Dördün altında ki puanlar düşük sağlık okuryazarlığını göstermektedir (Driessnack ve ark., 2014; Betz ve ark., 2008; Mancuso, 2009; Bosworth, 2010; Welch, VanGeest ve Caskey, 2011).

2.2.9. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar

Üçpınar (2014) Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin uyarılama çalışması için Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalara uygulamıştır. Ölçek 450 bireye ulaştırılmış, kullanılabilir durumda olan 351 form kullanılmıştır. Veri toplama formunu;

sosyodemografik özelliklere ilişkin sorular ve Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (YİSOT) oluşturmuştur.

Araştırma sonucunda grubun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile, öğrenim durumu, hane mevcudu, meslek, çalışma durumu, ekonomik durumu, yaşanan yer, okuduğunu anlama ve bilgisayar kullanma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Cinsiyet, medeni durum, sigara kullanma durumu, genel sağlık durumu, tanısı konmuş hastalık durumu, hastaneye başvuru sıklığı ve yatış öyküsü ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Tanrıöver ve arkadaşları (2014) Türkiye Sağlık Okuryazarlığını Araştırmak için bir çalışma yapmıştır. Bu çalışma için Türkiye İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırılması 1 (İBBS-1) dikkate alınarak, Türkiye'yi temsilen örnekleme dahil edilen 12 bölgedeki 23 ilde rastgele seçilmiş 4.924 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Sonuç olarak, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçekleri temel alınarak gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması toplumun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzey iyileştirilebilecek faktörler olarak sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri olarak ön plana çıkmaktadır.

Durmaz (2016) Sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı konusuna ilişkin farkındalık ve bilgi düzeyini tespit üzere yaptığı çalışmada, Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde ve Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapan ve ankete katılmayı kabul eden toplam 514 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Sekiz sorudan oluşan ankette, öncelikle "sağlık çalışanlarına sağlık okuryazarlığı kavramını biliyor musunuz?" diye sorulmuştur. Sağlık okuryazarlığı kavramını bildiğini belirten çalışanlara; "sağlık okuryazarlığı kavramını ilk defa nereden duydukları, sağlık okuryazarlığı kavramının kimin için olduğu, sağlık okuryazarlığı temel kavramlarını bilip bilmedikleri" soruları sorulmuştur.. "Göreviniz sırasında sağlık okuryazarlığını değerlendiriyor musunuz? ve kaynaklar konusunda tavsiyelerde bulunuyor musunuz?" sorularına da cevap aranmıştır.

Yapılmış olan anket çalışmalarında başta hekimler olmak üzere hemen hemen her grup sağlık çalışanının sağlık okuryazarlığı kavramı konusunda yeterli bilgiye sahip

olmadığı gözlemlenmiştir. İki farklı ildeki sağlık çalışanlarının bu konuda farkındalık ve bilgi düzeyleri benzer oranda düşük olduğu görülmüştür.

Sezer (2012) yetişkin bireyler için sağlık okuryazarlığı ölçeği geliştirmek ve sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişkiyi incelemek istemiştir. Araştırma evrenini İstanbul Fatih Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-65 yaş arası, okuryazar ve çalışmaya katılmaya gönüllü bireyler oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeksizin tüm bireylere ulaşmak hedeflenmiştir. 381 kişiye ulaşılmıştır. Yetişkin Sağlık okuryazarlığı ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği aynı anda uygulanmıştır. Araştırmanın verileri demografik anket formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) ile toplanmıştır.

Araştırma sonucunda Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık puanının da arttığı saptandı. YSOÖ ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve ölçeğin tüm alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulundu. Tüm bu sonuçlar YSOÖ' nin güvenilir ve geçerli olduğunu, sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki olduğunu göstermiştir.

Türkoğlu (2016) Isparta ilinde yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve özbakım düzeyini belirlemek ve sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi belirlemek için bir çalışma gerçekleştirmiştir. Araştırmada iki ölçek kullanılmıştır. Bunlardan ilki “Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı”, ikincisi ise “Öz Bakım Gücü” ölçekleridir. Araştırmaya Isparta merkezde yaşayan 18-65 yaş arası çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 620 kişi katılmıştır.

Araştırma sonucunda sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü düzeyi arasında pozitif ve anlamlı yönde bir ilişki bulunmuştur. Bireylerin meslekleri, yaşı, çocuk sayıları kullanılan iki değişken de etkili olduğu görülmüştür. Bağımsız değişkenlere ise sağlık okuryazarlığında eğitim, öz bakım gücünde ise cinsiyet eklenmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyi alternatif tıbbi kullanan kişilerde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Filiz (2015) çalışmasının amacı gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığının sağlık algısı ile ilişkisinin belirlenmesidir. Araştırmaya Konya ili merkezinde yaşayan yaşları 20-29 arası son trimesterde olan primer gebeler ile aynı yaş grubunda hiç gebelik geçirmemiş evli kadınlar yer

almaktadır. Çalışmaya sağlıkla ilgili eğitim alan, ikiz gebelik geçiren, tehlikeli gebelik işaretleri gösteren, kronik hastalığı olan bireyler dahil edilmemiştir. Bu araştırmada kullanılan veri toplama araçları Demografik ve Kişisel Sağlık Bilgileri Formu, Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Formu, Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği (Newest Vital Sign, NVS), Halk Sağlığı Okuryazarlık Ölçeği (Public Health Literacy Knowledge Scale) ve Sağlık Algısı Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda sağlık okuryazarlık düzeyi öğrenim ve sosyo-demografik özellikler ile ilişkili, gebelerin ve gebe olmayanlarında sağlık okuryazarlık düzeyi düşüktür. Koruyucu sağlık davranışları sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir. Gebelik döneminde sağlığı koruyucu ve geliştirici çalışmalar yeterince yapılmamaktadır ve sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı da ilişkili bulunmuştur.

Ölmez ve Barkan (2015) yaptığı araştırma ile Ankara'da devlet hastanelerine başvuran bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi ve hasta hekim ilişkisinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Çalışmaya son 6 ay içinde Ankara'da ki devlet hastanelerinden sağlık hizmeti alan bireyler katılmıştır. Örneklem seçimine gidilmeyip çalışmayı kabul eden 400 kişiye anket uygulanmıştır. Anket demografik özellikler, sağlık okuryazarlığını ve hasta hekim ilişkisini değerlendirmeye yönelik maddeler başlığında 3 bölümden ve 39 sorudan oluşmaktadır.

Çalışmanın sonucuna göre Ankara devlet hastanelerinden sağlık hizmeti alan bireyler hasta ve hekim ilişkisini olumlu değerlendirmişlerdir. Yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlık düzeylerinin düştüğü saptanmıştır. Erkekler kadınlara göre sağlık okuryazarlık durumunu daha olumlu görmüşlerdir.

Akcilek (2017) çalışmasında üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlık düzeyi ile yaşam kalitesinin belirlenmesi ve bunların arasındaki ilişkinin incelemiştir. Araştırma İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi ve Hukuk Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. Örneklem seçimine gidilmemiş fakültelerde ki tüm öğrencilere ulaşmak hedeflenmiştir. 869 öğrenciye ulaşılmış, 830 tane kullanılabilir anket analize dahil edilmiştir. Ölçek konu ile ilgili tanımlayıcı sorulardan, The European Health Literacy Survey (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi) ve SF-12 Ölçeği'nden (Kısa form-12) oluşmaktadır.

Araştırma sonucunda tüm öğrencilerin %47'sinin sınırlı (sorunlu) sağlık okuryazarı olduğu ve öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı puanının eğitim gördükleri

alan ve cinsiyete göre istatistiksel olarak önemli farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Sağlık Bilimleri ve Sosyal Bilimler alanındaki öğrenciler için sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur.

Yılmazel (2014) Çorum il merkezindeki ilköğretim öğretmenlerinde sağlık okuryazarlık düzeyi ile hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü arasında ki ilişkiyi belirlemek için bir araştırma yapmıştır. Çalışmada il merkezinde ki devlet okullarında görev yapan 580 öğretmenden oluşmaktadır. Ulaşılan 500 öğretmen çalışma kapsamında değerlendirilmiştir. Çalışmada Son Yasam Bulguları Ölçeği ile hipertansiyon sağlık okuryazarlığının tahmin edilmesinde Kan Basıncı Kavram Testi kullanılmıştır,

Araştırma sonucunda hastalık farkındalığı ve kontrolüne göre sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bulunmuş, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin sınırlı, hipertansiyona ilişkin bilgi, tutum ve farkındalıklarının düşük olduğu gözlemlenmiştir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu kısmında araştırmada kullanılan gereç ve yöntemlere değinilerek araştırma ile ilgili bilgiler sunulmuştur.

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi yönelik tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi merkez ve ilçelerde bulunan 4 enstitü, 16 fakülte, 3 yüksekokul ve 14 meslek yüksekokulunda yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni 16.02.2017 - 30.03.2018 tarihleri arasında, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde merkez kampüsünde ve ilçelerde öğrenim gören tüm öğrencilerden oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem seçiminde ise tabakalı örneklem yöntemi kullanılmış dağıtılan ve toplanan anketler Tablo 8'de verilmiştir.

Bu çalışmada $\alpha = 0,01$ $d = 0,50$ $s = 5,76$ $Tt = 2,58$ alınarak $n = Nt^2 \cdot T^2 / (N-1) d^2 + t^2 \cdot T^2$ formülü kullanılarak, 55452 bireyden örnekleme 870 bireyin alınmasına karar verilmiştir. Hangi fakülteden, yüksekokuldan, meslek yüksekokulundan ve enstitüden kaç kişi alınacağına ise; $\text{Örnekleme Sayısı/Evren Sayısı} = A, A$. (Uygulanacak Fakülte, Yüksekokul, Enstitü) öğrenci sayısı formülü ile karar verilmiştir.

Tablo 8: Tabakalı Örneklem Dağılımı

ANKETLER				
		Öğrenci Sayısı	Dağıtılan Anket Sayısı	Geri Dönen Anket Sayısı
1.	Eğitim Bilimleri Enstitüsü	386	15	10
2.	Fen Bilimleri Enstitüsü	1.068	20	20
3.	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	642	20	15
4.	Sosyal Bilimler Enstitüsü	2.769	55	44
5.	Diş Hekimliği Fakültesi	482	15	10
6.	Eczacılık Fakültesi	265	15	10
7.	Edebiyat Fakültesi	7208	130	120
8.	Eğitim Fakültesi	3258	65	60
9.	Fen Fakültesi	942	20	20
10.	Güzel Sanatlar Fakültesi	269	15	10
11.	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	5.615	100	90
12.	İlahiyat Fakültesi	1.988	40	35
13.	İletişim Fakültesi	971	25	20
14.	Mimarlık Fakültesi	329	15	10
15.	Mühendislik Fakültesi	5.623	100	90
16.	Sağlık Bilimleri Fakültesi	1.696	35	30
17.	Teknoloji Fakültesi	846	20	15
18.	Tıp Fakültesi	1.384	25	25
19.	Turizm Fakültesi	402	15	10
20.	Veteriner Fakültesi	367	15	10
21.	Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	532	15	10
22.	Suşehri Sağlık Yüksekokulu	674	15	14
23.	Zara Veysel Dursun Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu	487	15	10
24.	Cumhuriyet Meslek Yüksekokulu	3.404	60	55
25.	Gemerek Meslek Yüksekokulu	502	15	10
26.	Gürün Meslek Yüksekokulu	404	15	10
27.	Hafık Kamer Örnek Meslek Yüksekokulu	384	15	10
28.	İmranlı Meslek Yüksekokulu	81	15	10
29.	Kangal Meslek Yüksekokulu	679	20	15
30.	Koyulhisar Meslek Yüksekokulu	158	15	10
31.	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	3.034	55	50
32.	Sivas Meslek Yüksekokulu	4.967	90	80

33.	Su�ehri Timur Karabal Meslek Yüksekokulu	568	15	10
34.	�arkı�la A�ık Veysel Meslek Yüksekokulu	1.100	30	20
35.	Yıldızeli Meslek Yüksekokulu	802	30	15
36.	Zara Ahmet �uhadaroğlu Meslek Yüksekokulu	559	20	10
37.	Divriği Nuri Demirağ Meslek Yüksekokulu	607	15	10
GENEL TOPLAM		55.452	1.215	1.003

Anketin geri dönüş oranı 1003/1215 %82,6'dır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılacaktır. Anket formu 2 bölümden oluşmaktadır.

1)Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların sosyo-demografik ve tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik olup ilgili literatürden faydalanarak hazırlanan 10 sorudan oluşmaktadır.

2)Türkiye Sağlık Okuryazarlık  l ği-32

Pınar Okyay, Filiz Abacıgil, Hacer Harlak tarafından 2016 yılında HLS-EU çalışmasından temel alınarak geliştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı  l ği-32 (TSOY-32)'dir. Sağlık Bakanlığı tarafından geçerliliği güvenilirliği test edilmiş ve yayınlanmıştır. TSOY-32 iki temel boyutta (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi), dört faktör (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) altında toplanmıştır.

 l ğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için a ağdaki formül kullanılmıştır.

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

Bu formülde, indeks, kişiye  zg n hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandırığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50'de en yüksek sağlık okuryazarlığını

göstermektedir. Yine, HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

Matris bileşenleri için indeks puanı hesaplaması ilgili soruların en az %80'inin cevaplandığı durumlar için yapılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünden yazılı izin (EK-2) alınmış ve veri toplama formlarının uygulanması araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Veriler, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların sözel onamları alınarak yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formu ile toplanmıştır. Anketin uygulanması 16.02.2018- 30.03.2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS paket programı kullanılmıştır. Demografik özellikler ve sorulara yönelik düşünceler ile bölümlendirilmiş sorular arasında karşılaştırılması için öncelikle normal dağılımı test eden Kolmogorov-Smirnov ve ShapiroWilk testleri uygulanmıştır. Verilerin normal dağılıma uymadığı tespit edilmiş ve non-parametrik testlerle analiz yapılmıştır. Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Spearman Korelasyon Katsayısı, Frekans testleri ile karşılaştırmalar yapılmıştır. İstatistik paket programından yararlanarak veriler analiz edilmiştir. Veriler tablolarda aritmetik ortalama \pm standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilmiş güven aralığı %95 olarak belirlenmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınarak (EK-3), Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü'nden yazılı izin alınmış ve veriler, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların sözel onamları alınarak yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formu yolu ile toplanmıştır.

4.BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde araştırma geliştirilmiş olan ölçme araçlarından elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular ve yorumlar sunulmuştur.

4.1. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Kişisel Özellikleri

Tablo 9: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Cinsiyet	Sayı	Yüzde(%)
Kadın	504	50,2
Erkek	499	49,8
Toplam	1003	100,0
Yaş	Sayı	Yüzde(%)
17-20	449	44,8
21-23	364	36,3
24-26	108	10,8
27+	82	8,2
Toplam	1003	100,0
Medeni Durum	Sayı	Yüzde(%)
Evli	68	6,8
Bekar	935	93,2
Toplam	1003	100,0
Ailenin Yaşadığı Yer	Sayı	Yüzde(%)
Köy	115	11,5
İlçe	260	25,9
İl	628	62,6
Toplam	1003	100,0
Anne Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde(%)
Okuryazar Değil	88	8,8
Okuryazar	73	7,3
İlkokul	400	39,9
Ortaokul	198	19,7
Lise	158	15,8
Ön Lisans	24	2,4
Lisans	55	5,5
Lisansüstü	7	,7

Toplam	1003	100,0
Baba Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde(%)
Okuryazar Değil	18	1,8
Okuryazar	42	4,2
İlkokul	282	28,1
Ortaokul	223	22,2
Lise	259	25,8
Ön Lisans	51	5,1
Lisans	111	11,1
Lisansüstü	17	1,7
Toplam	1003	100,0
Kronik hastalığınız var mı?	Sayı	Yüzde(%)
Var	79	7,9
Yok	924	92,1
Toplam	1003	100,0
Öğrencisi olduğunuz okul?	Sayı	Yüzde(%)
Diş Hekimliği	10	1,0
Eczacılık	10	1,0
Edebiyat	120	12,0
Eğitim	60	6,0
Fen	20	2,0
Güzel Sanatlar	10	1,0
İktisadi İdari Bilimler	90	9,0
İlahiyat	35	3,5
İletişim	20	2,0
Mimarlık	10	1,0
Mühendislik	90	9,0
Sağlık Bilimleri	30	3,0
Teknoloji	15	1,5
Tıp	25	2,5
Turizm	10	1,0
Veteriner	10	1,0
Beden Eğitimi ve Spor YO	10	1,0
Şuşehri Sağlık YO	14	1,4
Zara Veysel Dursun YO	10	1,0
Cumhuriyet MYO	55	5,5
Gemerek MYO	10	1,0
Gürün MYO	10	1,0
Hafik Kamer MYO	10	1,0
İmranlı MYO	10	1,0
Kangal MYO	15	1,5
Koyulhisar MYO	10	1,0
Sağlık Hizmetleri MYO	50	5,0
Sivas MYO	80	8,0
Şuşehri Timur Karabal MYO	10	1,0
Şarkışla Aşık Veysel MYO	20	2,0
Yıldızeli MYO	15	1,5
Zara Ahmet Çuhadaroğlu MYO	10	1,0
Divriği Nuri Demirdağ MYO	10	1,0
Eğitim Bilimleri Enstitüsü	10	1,0
Fen Bilimleri Enstitüsü	20	2,0
Sağlık Bilimleri Enstitüsü	15	1,5
Sosyal Bilimler Enstitüsü	44	4,4
Toplam	1003	100,0
Sosyal güvence durumunuz?	Sayı	Yüzde(%)

Yok	158	15,8
SGK	754	75,2
Diğer	91	9,1
Toplam	1003	100,0
Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?		
	Sayı	Yüzde(%)
Gelir giderden az	258	25,7
Gelir gidere denk	568	56,6
Gelir giderden fazla	177	17,6
Toplam	1003	100,0

Araştırmaya katılan kişilerin demografik dağılımları incelendiğinde; %50,2' si kadın, %49,8' i erkektir. Deneklerin %44,8' i 17-20 yaş, %36,3' ü 21-23 yaş, %10,8' i 24-26 yaş, %8,2' si 27 yaş ve üzeridir. Katılımcıların %6,8' i evli, %93,2' si bekar, ankete katılanların ailelerinin %11,5' i köyde, %25,9' u ilçede, %62,6'sı ise ilde yaşamaktadır. Anne eğitim durumları incelendiğinde %8,8' i okuryazar değil, %7,3' ü okuryazar, %39,9' u ilkokul, %19,7' si ortaokul, %15,8' i lise, %2,4' ü ön lisans, %5,5' i lisans, %0,7' si lisansüstü olarak belirlenmiştir. Baba eğitim durumu incelendiğinde ise %1,8'nin okuryazar değil, %4,2'nin okuryazar, %28,1'nin ilkokul, %22,2'nin ortaokul, %25,8'nin lise, %5,1'nin ön lisans, %11,1'nin lisans, %1,7'nin lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcıların %7,9' u kronik hastalığa sahipken, %92,1' i kronik hastalığa sahip değildir.

Katılımcıların bölüm dağılımları incelendiğinde %1' i Diş Hekimliği, %1' i Eczacılık, %12' si Edebiyat, %6' sı Eğitim, %2' si Fen, %1' i Güzel Sanatlar, %9' u İktisadi İdari Bilimler, %3,5'i İlahiyat, %2' si İletişim, %1' i Mimarlık, %9' u Mühendislik, %3' ü Sağlık Bilimleri, %1,5' i Teknoloji, %2,5' i Tıp, %1' i Turizm, %1' i Veteriner, %1' i Beden Eğitimi ve Spor YO., %1,4' ü Suşehri Sağlık YO, %1' i Zara Veysel Dursun YO, %5,5' i Cumhuriyet MYO, %1' i Gemerek MYO, %1' i Gürün MYO, %1' i Hafık Kamer MYO, %1' i İmranlı MYO, %1,5' i Kangal MYO, %1' i Koyulhisar MYO, %5' i Sağlık Hizmetleri MYO, %8' i Sivas MYO, %1' i Suşehri Timur Karabal MYO, %2' si Şarkışla Aşık Veysel MYO, %1,5' i Yıldızeli MYO, %1' i Zara Ahmet Çuhadaroğlu MYO, %1' i Divriği MYO, %1' i Eğitim Bilimleri Enstitüsü, %2' si Fen Bilimleri Enstitüsü, %1,5' i Sağlık bilimleri Enstitüsü, %4,4' ü Sosyal Bilimler Enstitüsünde eğitim görmektedir.

Yine katılımcıların %15,8' i sosyal güvencesi olmadığı, %75,2' si SGK, %9,1' i diğer olarak sosyal güvencesi belirlenmiştir. Ailenin aylık gelirin giderlerle oranı

incelendiğinde de %25,7' si gelir giderden az, %56,6' sı gelir gidere denk, %17,6' sı gelir giderden fazladır.

4.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

Tablo 10: Katılımcıların TSOY-32 Normal Dağılım Testi Sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tedavi ve Hizmet	,046	522	,009	,984	522	,000
Bilgiye Ulaşma	,121	522	,000	,937	522	,000
Bilgiyi Anlama	,121	522	,000	,950	522	,000
Bilgiyi Değerlendirme	,107	522	,000	,972	522	,000
Bilgiyi Kullanma/uygulama	,131	522	,000	,926	522	,000
Hastalıklardan Korunma	,070	522	,000	,982	522	,000
Bilgiye Ulaşma	,107	522	,000	,953	522	,000
Bilgiyi Anlama	,129	522	,000	,946	522	,000
Bilgiyi Değerlendirme	,090	522	,000	,961	522	,000
Bilgiyi Kullanma/uygulama	,124	522	,000	,962	522	,000
Sağlıkla İlgili Bilye Ulaşma	,062	522	,000	,970	522	,000
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	,073	522	,000	,970	522	,000
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	,070	522	,000	,981	522	,000
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma	,064	522	,000	,977	522	,000
TSOY-32 Genel Ölçek	,047	522	,009	,986	522	,000

A. Lilliefors Significance Correction

Yapılan normal dağılımız analizi sonucunda Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 ve alt boyutların normal dağılımdan gelmediği tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Analize parametrik olmayan testlerle devam edilmiştir.

Tablo 11: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler

Boyut	Ortalama Puan	%95 Güven Aralığı	
Genel	35,77	35,10	36,44
Tedavi ve Hizmet	36,74	36,09	37,39
Bilgiye Ulaşma	38,42	37,70	39,14
Bilgiyi Anlama	36,54	35,74	37,33
Bilgiyi Değerlendirme	32,69	31,87	33,51
Bilgiyi Kullanma/Uygulama	39,30	38,57	40,02
Hastalıklardan Korunma ve Sağlıkın Geliştirilmesi	34,80	34,05	35,56
Bilgiye Ulaşma	35,92	35,10	36,75
Bilgiyi Anlama	36,44	35,63	37,26
Bilgiyi Değerlendirme	34,01	33,11	34,92
Bilgiyi Kullanma/Uygulama	32,83	31,91	33,76
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	37,17	36,48	37,87
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	36,49	35,75	37,23
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	33,35	32,57	34,13

TSOY-32 Ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmede, genel sağlık okuryazarlığı puanı 35,77 (%95 GA: 35,10-36,44) olarak bulunmuştur.

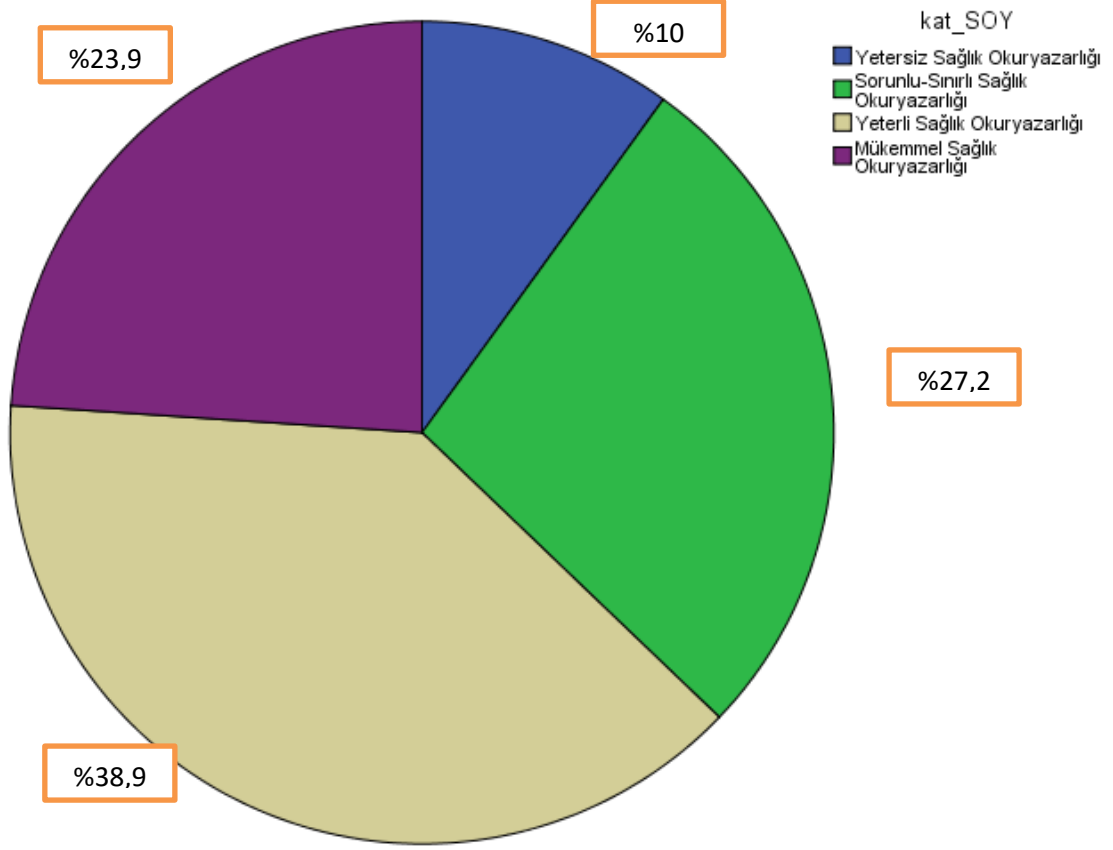
“Tedavi ve Hizmet” boyutunun genel puanı, ölçeğin genel puanından yüksekken, “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” boyutunun genel puanı, ölçeğin genel puanından düşüktür, “Sağlıkla ilgili Bilgiye Ulaşma” boyutunun puanı en yüksek, “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme” boyutunun puanı en düşüktür.

Tablo 12: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler

Boyut	Sağlık Okuryazarlığı Sıklığı							
	Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Genel	52	10,0	142	27,2	203	38,9	125	23,9
Tedavi ve Hizmet	51	7,6	157	23,3	307	45,5	160	23,7
Bilgiye Ulaşma	115	12,8	86	9,6	452	50,5	242	27,0
Bilgiyi Anlama	164	18,9	90	10,4	421	48,4	194	22,3
Bilgiyi Değerlendirme	267	33,0	111	13,7	335	41,4	97	12,0
Bilgiyi Kullanma/Uygulama	101	11,0	68	7,4	455	49,6	294	32,0
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	108	16,6	178	27,4	227	35,0	136	21,0
Bilgiye Ulaşma	191	22,6	99	11,7	381	45,1	173	20,5
Bilgiyi Anlama	175	20,2	121	14,0	380	43,9	190	21,9
Bilgiyi Değerlendirme	240	30,3	109	13,7	304	38,3	140	17,7
Bilgiyi Kullanma/Uygulama	265	31,2	114	13,4	335	39,4	136	16,0
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	87	11,2	148	19,0	364	46,7	180	23,1
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	108	13,8	164	21,0	327	41,9	181	23,2
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	168	24,5	163	23,7	254	37,0	102	14,8
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	102	12,8	158	19,9	377	47,4	158	19,9

Genel çalışma grubunun %62,8'i yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipken, bu durum “Tedavi ve Hizmet” boyutunda %69,2, “Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi” boyutunda %56'dır. Aynı değerlendirme için, “Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma” boyutu en yüksek ve “Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu en düşük oranlara sahiptir.

Şekil 5: Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Yüzdeler Oranları



Tablo 13: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları

	Cinsiyet	N	Sıra Ortalamaları	U	p
Tedavi ve Hizmet	Kadın	350	346,91	53756,0	0,217
	Erkek	325	328,40		
Tedavi ve Hizmet Bilgiye Ulaşma	Kadın	462	474,95	87574,0	0,001*
	Erkek	433	419,25		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama	Kadın	447	458,10	83989,5	0,005*
	Erkek	422	410,53		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme	Kadın	412	404,47	81563,5	0,898
	Erkek	398	406,57		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Kadın	469	464,33	103023,0	0,568
	Erkek	449	454,45		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Kadın	332	329,35	51176,5	0,545
	Erkek	317	320,44		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiye	Kadın	431	438,27	82203,0	0,053
	Erkek	413	406,04		

Ulaşma					
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama	Kadın	444	451,27	85796,0	0,031*
	Erkek	422	414,81		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Değerlendirme	Kadın	398	395,09	77844,5	0,812
	Erkek	395	398,93		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Kadın	439	425,98	90005,5	0,953
	Erkek	411	424,99		
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Kadın	407	410,86	67213,0	0,007*
	Erkek	372	367,18		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Kadın	407	408,53	68568,5	0,019*
	Erkek	373	370,83		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Kadın	346	342,74	58558,00	0,867
	Erkek	341	345,28		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Kadın	414	397,94	78843,5	0,994
	Erkek	381	398,06		
TSOY-32 Genel	Kadın	277	264,97	32970,5	0,576
	Erkek	245	257,57		

*p<0,05

Tablo 13’de araştırmaya katılanların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarına ait algıların cinsiyet değişkenine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algılarının cinsiyet değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=87574,0; p<0,05). Kadınların (Sıra Ortalamaları=474,95) tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algıları erkeklere (Sıra Ortalamaları=419,25) göre daha yüksektir.

Tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama algılarının cinsiyet değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=83989,5; p<0,05). Kadınların (Sıra Ortalamaları=458,10) tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama algıları erkeklere (Sıra Ortalamaları=410,53) göre daha yüksektir.

Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama algılarının cinsiyet değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=85796,0; p<0,05). Kadınların (Sıra Ortalamaları=451,27) hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bilgiyi anlama algıları erkeklere (Sıra Ortalamaları=414,81) göre daha yüksektir.

Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama algılarının cinsiyet değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=67213,0; p<0,05). Kadınların (Sıra

Ortalamaları=410,86) sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bilgiyi anlama algıları erkeklere (Sıra Ortalamaları=367,18) göre daha yüksektir.

Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama algılarının cinsiyet değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=68568,5; p<0,05). Kadınların (Sıra Ortalamaları=408,53) sağlıkla ilgili bilgiyi anlama algıları erkeklere (Sıra Ortalamaları=370,83) göre daha yüksektir.

Katılımcıların tsoy-32 ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin cinsiyet değişkenine göre farklılıklarına ait analiz sonuçları algılarının cinsiyet değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=32970,5; p<0,05). Kadınların (Sıra Ortalamaları=264,97) TSOY-32 Genel algıları erkeklere (Sıra Ortalamaları=257,57) göre daha yüksektir.

Tablo 14: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Medeni Duruma Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları

	Medeni Durum	N	Sıra Ortalamaları	U	p
Tedavi ve Hizmet	Evli	39	260,40	9375,5	0,010*
	Bekar	636	342,76		
Tedavi ve Hizmet Bilgiye Ulaşma	Evli	59	355,10	19181,0	0,004*
	Bekar	836	454,56		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama	Evli	56	309,87	15756,5	0,000*
	Bekar	813	443,62		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme	Evli	44	340,13	13975,5	0,055
	Bekar	766	409,26		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Evli	58	335,58	17752,5	0,000*
	Bekar	860	467,86		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Evli	41	227,38	8461,5	0,001*
	Bekar	608	331,58		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiye Ulaşma	Evli	53	323,91	15736,0	0,002*
	Bekar	791	429,11		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama	Evli	53	311,23	15064,0	0,000*
	Bekar	813	441,47		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Değerlendirme	Evli	56	264,29	13204,0	0,000*
	Bekar	737	407,08		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Evli	55	313,37	15695,5	0,001*
	Bekar	795	433,26		
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Evli	50	291,98	13324,0	0,000*
	Bekar	729	396,72		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Evli	48	277,13	12126,0	0,000*

	Bekar	732	397,93		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Evli	40	266,00	9820,0	0,010*
	Bekar	647	348,82		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Evli	48	264,01	11496,5	0,000*
	Bekar	747	406,61		
TSOY-32 Genel	Evli	34	194,53	6019,0	0,007*
	Bekar	488	266,17		

*p<0,05

Tablo 14’de araştırmaya katılanların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarına ait algıların medeni duruma göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, tedavi ve hizmet algılarının medeni duruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=9375,5; p<0,05). Evli olanların (Sıra Ortalamaları=260,40) tedavi ve hizmet algıları bekar olanlara (Sıra Ortalamaları=342,76) göre daha düşüktür.

Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algılarının medeni duruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=19181,0; p<0,05). Evli olanların (Sıra Ortalamaları=355,10) tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algıları bekar olanlara (Sıra Ortalamaları=454,56) göre daha düşüktür.

Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algılarının medeni duruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=15756,5; p<0,05). Evli olanların (Sıra Ortalamaları=309,87) tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama algıları bekar olanlara (Sıra Ortalamaları=443,62) göre daha düşüktür.

Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algılarının medeni duruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=17752,5; p<0,05). Evli olanların (Sıra Ortalamaları=335,58) Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Kullanma/Uygulama algıları bekar olanlara (Sıra Ortalamaları=467,86) göre daha düşüktür.

Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algılarının medeni duruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=8461,5; p<0,05). Evli olanların (Sıra Ortalamaları=227,38) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi algıları bekar olanlara (Sıra Ortalamaları=331,58) göre daha düşüktür.

Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algılarının medeni duruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=15736,0;

$p < 0,05$). Evli olanların (Sıra Ortalamaları=323,91) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiye Ulaşma algıları bekar olanlara (Sıra Ortalamaları=429,11) göre daha düşüktür.

Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algılarının medeni duruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($U=15064,0$; $p < 0,05$). Evli olanların (Sıra Ortalamaları=311,23) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama algıları bekar olanlara (Sıra Ortalamaları=441,47) göre daha düşüktür.

Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algılarının medeni duruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($U=13204,0$; $p < 0,05$). Evli olanların (Sıra Ortalamaları=264,29) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Değerlendirme algıları bekar olanlara (Sıra Ortalamaları=407,08) göre daha düşüktür.

Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algılarının medeni duruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($U=15695,5$; $p < 0,05$). Evli olanların (Sıra Ortalamaları=313,37) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Kullanma/Uygulama algıları bekar olanlara (Sıra Ortalamaları=433,26) göre daha düşüktür.

Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algılarının medeni duruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($U=13324,0$; $p < 0,05$). Evli olanların (Sıra Ortalamaları=291,98) Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma algıları bekar olanlara (Sıra Ortalamaları=396,72) göre daha düşüktür.

Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algılarının medeni duruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($U=12126,0$; $p < 0,05$). Evli olanların (Sıra Ortalamaları=277,13) Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama algıları bekar olanlara (Sıra Ortalamaları=397,93) göre daha düşüktür.

Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algılarının medeni duruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($U=9820,0$; $p < 0,05$). Evli olanların (Sıra Ortalamaları=266,00) Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme algıları bekar olanlara (Sıra Ortalamaları=348,82) göre daha düşüktür.

Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algılarının medeni duruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=11496,5; p<0,05). Evli olanların (Sıra Ortalamaları=264,01) Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama algıları bekar olanlara (Sıra Ortalamaları=406,61) göre daha düşüktür.

Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma algılarının medeni duruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=6019,0; p<0,05). Evli olanların (Sıra Ortalamaları=194,53 TSOY-32 Genel algıları bekar olanlara (Sıra Ortalamaları=266,17) göre daha düşüktür.

Tablo 15: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları

	Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu	N	Sıra Ortalamaları	U	p
Tedavi ve Hizmet	Var	45	346,54	13790,5	0,761
	Yok	630	337,39		
Tedavi ve Hizmet Bilgiye Ulaşma	Var	67	400,37	24547,0	0,113
	Yok	828	451,85		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama	Var	66	424,08	25778,5	0,710
	Yok	803	435,90		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme	Var	60	408,98	22291,5	0,904
	Yok	750	405,22		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Var	71	435,82	28387,0	0,428
	Yok	847	461,49		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Var	45	310,36	12931,0	0,587
	Yok	604	326,09		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiye Ulaşma	Var	64	417,30	24627,0	0,858
	Yok	780	422,93		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama	Var	61	410,67	23160,0	0,456
	Yok	805	435,23		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Değerlendirme	Var	60	374,50	20640,0	0,426
	Yok	733	398,84		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Var	62	407,27	23298,0	0,541
	Yok	788	426,93		
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Var	57	361,70	18964,0	0,323
	Yok	722	392,23		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Var	53	392,70	19149,0	0,941
	Yok	727	390,34		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Var	50	345,96	15827,0	0,942
	Yok	637	343,85		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Var	55	380,42	19383,0	0,555
	Yok	740	399,31		

TSOY-32 Genel	Var	33	263,52	8002,0	0,937
	Yok	489	261,36		

Tablo 15’de Araştırmaya katılanların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarına ait algıların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, TSOY-32 ölçeği ve alt boyut algılarının kronik hastalığa sahip olma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 16: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Yaş Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları

	Yaş	N	Sıra Ortalamaları	χ^2	p	Fark
Tedavi ve Hizmet	17-20	308	347,27	3,275	0,351	-
	21-23	250	338,54			
	24-26	69	323,71			
	27+	48	296,25			
Tedavi ve Hizmet Bilgiye Ulaşma	17-20	400	465,54	6,111	0,106	-
	21-23	330	435,08			
	24-26	91	460,77			
	27+	74	395,13			
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama	17-20	384	437,26	2,030	0,566	-
	21-23	319	443,82			
	24-26	94	421,64			
	27+	72	401,29			
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme	17-20	373	412,58	6,767	0,080	-
	21-23	293	417,63			
	24-26	87	375,30			
	27+	57	342,90			
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Kullanma/Uygulama	17-20 ⁽¹⁾	412	460,68	10,872	0,012*	(1-3) (2-3)
	21-23 ⁽²⁾	332	483,30			
	24-26 ⁽³⁾	104	386,87			
	27+ ⁽⁴⁾	70	447,59			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	17-20	281	336,60	5,612	0,132	-
	21-23	244	327,53			
	24-26	73	308,01			
	27+	51	273,27			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiye Ulaşma	17-20	375	435,30	4,593	0,204	-
	21-23	311	424,93			
	24-26	90	380,52			
	27+	68	396,38			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama	17-20	385	444,09	3,966	0,265	-
	21-23	321	438,13			
	24-26	95	399,68			
	27+	65	397,32			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi	17-20	350	412,09	12,762	0,005*	(1-3) (1-4) (2-3)
	21-23	291	409,49			
	24-26	90	345,86			

Değerlendirme	27+	62	327,43			(2-4)
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Kullanma/Uygulama	17-20	373	439,83	6,006	0,108	-
	21-23	317	423,46			
	24-26	92	421,96			
	27+	68	361,22			
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	17-20	347	408,07	5,426	0,143	-
	21-23	288	382,24			
	24-26	80	374,79			
	27+	64	345,98			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	17-20	346	397,46	2,000	0,572	-
	21-23	287	393,94			
	24-26	87	370,86			
	27+	60	362,43			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	17-20	315	351,73	7,476	0,058	-
	21-23	249	355,22			
	24-26	76	311,60			
	27+	47	285,11			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	17-20	350	409,25	5,543	0,136	-
	21-23	297	404,47			
	24-26	89	361,43			
	27+	59	353,89			
TSOY-32 Genel	17-20	234	269,91	4,006	0,261	-
	21-23	197	261,97			
	24-26	56	252,66			
	27+	35	216,74			

*P<0,05

Tablo 16’da araştırmaya katılanların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarına ait algıların yaş değişkenine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre, tedavi ve hizmet –bilgiyi kullanma/uygulama alt boyut algılarının yaş gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=10,872$; $p<0,05$). Tedavi ve hizmet–bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutunda hangi gruplar arasında algının farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre 24-26 yaş (Sıra Ortalamaları=386,87) olanların tedavi ve hizmet–bilgiyi kullanma/uygulama algıları 17-20 yaş aralığı (Sıra Ortalamaları=460,68), 21-23 yaş (Sıra Ortalamaları=483,30) olanlara göre daha düşüktür.

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bilgiyi değerlendirme alt boyut algılarının yaş gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=12,762$; $p<0,05$). Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bilgiyi değerlendirme alt boyutunda hangi gruplar arasında algının farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre 17-20 yaş (Sıra Ortalamaları=412,09) olanların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bilgiyi değerlendirme algıları 24-26 yaş aralığı (Sıra Ortalamaları=345,86), 27 yaş ve üzeri (Sıra Ortalamaları=327,43) olanlara göre daha

yüksektir. 21-23 yaş yaş (Sıra Ortalamaları=409,49) olanların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bilgiyi değerlendirme algıları 24-26 yaş aralığı (Sıra Ortalamaları=345,86), 27 yaş ve üzeri (Sıra Ortalamaları=327,43) olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 17: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Anne Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları

	Anne Eğitim Durumu	N	Sıra Ortalamaları	χ^2	P	Fark
Tedavi ve Hizmet	Okuryazar Değil	51	321,46	11,515	,118	-
	Okuryazar	40	284,59			
	İlkokul	264	327,07			
	Ortaokul	135	346,53			
	Lise	128	365,16			
	Ön Lisans	16	291,94			
	Lisans	39	378,73			
	Lisansüstü	2	531,00			
Tedavi ve Hizmet Bilgiye Ulaşma	Okuryazar Değil	74	424,32	4,030	,776	-
	Okuryazar	55	426,79			
	İlkokul	362	438,90			
	Ortaokul	181	469,23			
	Lise	149	465,87			
	Ön Lisans	22	426,45			
	Lisans	48	444,89			
	Lisansüstü	4	531,00			
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama	Okuryazar Değil ⁽¹⁾	69	393,85	17,569	,014*	(2-7)
	Okuryazar ⁽²⁾	60	376,08			
	İlkokul ⁽³⁾	340	436,81			
	Ortaokul ⁽⁴⁾	173	430,79			
	Lise ⁽⁵⁾	152	455,84			
	Ön Lisans ⁽⁶⁾	20	353,08			
	Lisans ⁽⁷⁾	49	509,62			
	Lisansüstü ⁽⁸⁾	6	652,00			
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme	Okuryazar Değil ⁽¹⁾	66	366,88	21,232	,003*	(2-5) (2-7)
	Okuryazar ⁽²⁾	52	358,56			
	İlkokul ⁽³⁾	320	389,99			
	Ortaokul ⁽⁴⁾	160	403,24			
	Lise ⁽⁵⁾	142	456,07			
	Ön Lisans ⁽⁶⁾	17	340,26			
	Lisans ⁽⁷⁾	49	474,61			
	Lisansüstü ⁽⁸⁾	4	619,63			
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Okuryazar Değil	78	493,90	7,260	,402	-
	Okuryazar	68	416,31			
	İlkokul	360	459,67			
	Ortaokul	186	458,90			
	Lise	149	480,21			
	Ön Lisans	20	389,15			

	Lisans	50	421,03			
	Lisansüstü	7	537,71			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Okuryazar Değil	58	333,20	12,262	,092	-
	Okuryazar	40	301,50			
	İlkokul	266	312,83			
	Ortaokul	133	334,51			
	Lise	101	332,24			
	Ön Lisans	12	239,17			
	Lisans	36	383,11			
	Lisansüstü	3	539,17			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiye Ulaşma	Okuryazar Değil	72	457,42	12,437	,087	-
	Okuryazar	59	386,27			
	İlkokul	337	403,23			
	Ortaokul	170	429,49			
	Lise	138	447,36			
	Ön Lisans	17	345,18			
	Lisans	46	464,17			
	Lisansüstü	5	601,90			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama	Okuryazar Değil	74	412,65	13,505	,061	-
	Okuryazar	58	385,82			
	İlkokul	353	425,61			
	Ortaokul	174	453,95			
	Lise	136	443,72			
	Ön Lisans	17	400,85			
	Lisans	50	459,08			
	Lisansüstü	4	789,25			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Değerlendirme	Okuryazar Değil	71	392,41	3,465	,839	-
	Okuryazar	55	383,31			
	İlkokul	318	389,63			
	Ortaokul	158	396,94			
	Lise	129	410,09			
	Ön Lisans	17	367,29			
	Lisans	41	448,28			
	Lisansüstü	4	433,63			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Okuryazar Değil	73	415,22	2,627	,917	-
	Okuryazar	52	392,23			
	İlkokul	349	427,97			
	Ortaokul	170	438,78			
	Lise	135	434,08			
	Ön Lisans	17	388,91			
	Lisans	47	404,67			
	Lisansüstü	7	397,64			
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Okuryazar Değil	65	397,58	7,017	,427	-
	Okuryazar	47	359,26			
	İlkokul	312	376,65			
	Ortaokul	161	397,23			
	Lise	132	413,87			
	Ön Lisans	16	325,84			
	Lisans	42	422,25			
	Lisansüstü	4	508,63			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Okuryazar Değil ⁽¹⁾	60	374,03	17,344	,015*	(2-8) (6-8)
	Okuryazar ⁽²⁾	51	330,46			
	İlkokul ⁽³⁾	315	388,56			
	Ortaokul ⁽⁴⁾	158	398,80			

	Lise ⁽⁵⁾	132	396,49			
	Ön Lisans ⁽⁶⁾	14	300,96			
	Lisans ⁽⁷⁾	46	445,68			
	Lisansüstü ⁽⁸⁾	4	709,25			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Okuryazar Değil ⁽¹⁾	57	327,84	16,077	,024*	(2-7)
	Okuryazar ⁽²⁾	42	313,76			
	İlkokul ⁽³⁾	279	328,24			
	Ortaokul ⁽⁴⁾	135	352,87			
	Lise ⁽⁵⁾	119	373,29			
	Ön Lisans ⁽⁶⁾	13	257,31			
	Lisans ⁽⁷⁾	39	404,21			
	Lisansüstü ⁽⁸⁾	3	571,83			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Okuryazar Değil	68	404,54	5,725	,572	-
	Okuryazar	52	357,81			
	İlkokul	319	400,05			
	Ortaokul	162	407,06			
	Lise	128	415,00			
	Ön Lisans	16	310,41			
	Lisans	43	368,05			
	Lisansüstü	7	403,50			
TSOY-32 Genel	Okuryazar Değil ⁽¹⁾	44	254,84	15,133	,034*	(2-7)
	Okuryazar ⁽²⁾	28	225,07			
	İlkokul ⁽³⁾	211	251,64			
	Ortaokul ⁽⁴⁾	105	277,10			
	Lise ⁽⁵⁾	90	271,01			
	Ön Lisans ⁽⁶⁾	11	162,95			
	Lisans ⁽⁷⁾	31	314,69			
	Lisansüstü ⁽⁸⁾	2	429,25			

*p<0,05

Tablo 17’de araştırmaya katılanların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarına ait algıların anne eğitim durumuna göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre, tedavi ve hizmet bilgiyi anlama algılarının anne eğitim durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=17,569$; $p<0,05$). Okuryazar olanların (Sıra Ortalamaları=376,08) tedavi ve hizmet bilgi anlama algıları lisans (Sıra Ortalamaları=509,62) olanlara göre daha düşüktür.

Tedavi ve hizmet bilgiyi değerlendirme algılarının anne eğitim durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=21,232$; $p<0,05$) Okuryazar olanların (Sıra Ortalamaları=358,56) Tedavi ve hizmet bilgiyi değerlendirme algıları, Lise (Sıra Ortalamaları=456,07) ve lisans (Sıra Ortalamaları=474,61) olanlara göre daha düşüktür.

Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama algılarının anne eğitim durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=17,344$; $p<0,05$). Lisansüstü olanların (Sıra Ortalamaları=709,25) sağlıkla ilgili bilgiyi anlama algıları okuryazar (Sıra Ortalamaları=330,46) ve Ön lisans (Sıra Ortalamaları=300,96) olanlara göre daha yüksektir.

Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme algılarının anne eğitim durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=16,077$; $p<0,05$) Okuryazar olanların (Sıra Ortalamaları=313,76) sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme algıları Lisans (Sıra Ortalamaları=404,21) olanlara göre daha düşüktür.

TSOY-32 Genel ölçek algılarının anne eğitim durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=15,133$; $p<0,05$). Okuryazar olanların (Sıra Ortalamaları=225,07) TSOY-32 Genel ölçek algıları Lisans (Sıra Ortalamaları=314,69) olanlara göre TSOY-32 Genel algıları daha düşüktür.

Tablo 18: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Baba Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları

	Baba Eğitim Durumu	N	Sıra Ortalamaları	χ^2	P	Fark
Tedavi ve Hizmet	Okuryazar Değil ⁽¹⁾	13	255,35	15,065	,035*	(1-8)
	Okuryazar ⁽²⁾	22	362,43			
	İlkokul ⁽³⁾	171	303,81			
	Ortaokul ⁽⁴⁾	152	337,77			
	Lise ⁽⁵⁾	189	354,97			
	Ön Lisans ⁽⁶⁾	38	359,21			
	Lisans ⁽⁷⁾	81	351,86			
	Lisansüstü ⁽⁸⁾	9	480,56			
Tedavi ve Hizmet Bilgiye Ulaşma	Okuryazar Değil	16	365,75	13,159	,068	-
	Okuryazar	30	481,97			
	İlkokul	245	419,95			
	Ortaokul	203	454,17			
	Lise	240	475,89			
	Ön Lisans	46	501,98			
	Lisans	103	409,36			
	Lisansüstü	12	507,92			
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama	Okuryazar Değil ⁽¹⁾	15	292,30	16,653	,020*	(1-8)
	Okuryazar ⁽²⁾	35	481,07			
	İlkokul ⁽³⁾	229	405,94			
	Ortaokul ⁽⁴⁾	192	443,66			
	Lise ⁽⁵⁾	239	436,42			
	Ön Lisans ⁽⁶⁾	45	447,73			

	Lisans ⁽⁷⁾	99	457,28			
	Lisansüstü ⁽⁸⁾	15	595,00			
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme	Okuryazar Değil ⁽¹⁾	14	337,86			
	Okuryazar ⁽²⁾	30	420,02			
	İlkokul ⁽³⁾	216	360,64			
	Ortaokul ⁽⁴⁾	186	396,37			
	Lise ⁽⁵⁾	215	426,87	21,841	,003*	(3-8)
	Ön Lisans ⁽⁶⁾	42	436,37			
	Lisans ⁽⁷⁾	93	445,73			
	Lisansüstü ⁽⁸⁾	14	567,46			
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Okuryazar Değil	17	444,62			
	Okuryazar	38	477,71			
	İlkokul	256	446,21			
	Ortaokul	205	457,76			
	Lise	238	475,72	2,189	,949	-
	Ön Lisans	49	467,48			
	Lisans	101	447,16			
	Lisansüstü	14	482,07			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Okuryazar Değil ⁽¹⁾	13	308,08			
	Okuryazar ⁽²⁾	25	382,60			
	İlkokul ⁽³⁾	174	307,06			(3-8)
	Ortaokul ⁽⁴⁾	161	330,22			(4-8)
	Lise ⁽⁵⁾	162	322,51	16,070	,024*	(5-8)
	Ön Lisans ⁽⁶⁾	33	318,48			(6-8)
	Lisans ⁽⁷⁾	71	320,06			(7-8)
	Lisansüstü ⁽⁸⁾	10	528,15			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiye Ulaşma	Okuryazar Değil	13	414,42			
	Okuryazar	33	481,80			
	İlkokul	229	395,82			
	Ortaokul	196	423,23			
	Lise	224	415,75	10,968	,140	-
	Ön Lisans	42	465,83			
	Lisans	93	444,24			
	Lisansüstü	14	550,00			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama	Okuryazar Değil	14	459,64			
	Okuryazar	34	437,15			
	İlkokul	240	406,51			
	Ortaokul	203	451,27			
	Lise	225	437,06	9,793	,201	-
	Ön Lisans	45	445,41			
	Lisans	93	423,19			
	Lisansüstü	12	600,29			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Değerlendirme	Okuryazar Değil	16	432,78			
	Okuryazar	36	445,58			
	İlkokul	213	386,43			
	Ortaokul	188	393,91			
	Lise	196	382,46	10,902	,143	-
	Ön Lisans	44	386,95			
	Lisans	87	415,98			
	Lisansüstü	4	433,63			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Okuryazar Değil	17	412,44			
	Okuryazar	35	470,77			
	İlkokul	226	425,22	5,679	,578	-
	Ortaokul	194	436,91			
	Lise	226	416,57			

	Ön Lisans	43	436,33			
	Lisans	93	390,71			
	Lisansüstü	16	505,16			
	Okuryazar Değil	12	347,79			
	Okuryazar	25	446,82			
	İlkokul	208	362,83			
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Ortaokul	185	385,42	9,627	,211	-
	Lise	209	406,21			
	Ön Lisans	40	431,88			
	Lisans	88	383,70			
	Lisansüstü	12	479,67			
	Okuryazar Değil ⁽¹⁾	13	346,77			
	Okuryazar ⁽²⁾	29	438,60			
	İlkokul ⁽³⁾	207	359,49			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Ortaokul ⁽⁴⁾	180	406,91	15,827	,027*	(3-8)
	Lise ⁽⁵⁾	211	390,26			
	Ön Lisans ⁽⁶⁾	43	391,38			
	Lisans ⁽⁷⁾	86	395,24			
	Lisansüstü ⁽⁸⁾	11	594,45			
	Okuryazar Değil ⁽¹⁾	13	333,31			
	Okuryazar ⁽²⁾	26	366,08			
	İlkokul ⁽³⁾	181	312,31			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Ortaokul ⁽⁴⁾	164	340,30	16,493	,021*	(3-8) (4-8)
	Lise ⁽⁵⁾	178	352,39			
	Ön Lisans ⁽⁶⁾	38	357,51			
	Lisans ⁽⁷⁾	75	367,21			
	Lisansüstü ⁽⁸⁾	12	523,92			
	Okuryazar Değil	16	395,41			
	Okuryazar	34	427,24			
	İlkokul	212	390,31			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Ortaokul	182	408,45	3,621	,822	-
	Lise	211	399,68			
	Ön Lisans	41	395,34			
	Lisans	86	370,45			
	Lisansüstü	13	467,12			
	Okuryazar Değil	10	238,90			
	Okuryazar	16	280,59			
	İlkokul	133	235,78			
TSOY-32 Genel	Ortaokul	126	267,18	12,937	,074	-
	Lise	138	271,98			
	Ön Lisans	31	256,65			
	Lisans	60	263,94			
	Lisansüstü	8	409,38			

*p<0,05

Tablo 18’de araştırmaya katılanların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarına ait algıların baba eğitim durumuna göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre, tedavi ve hizmet algılarının baba eğitim durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=15,065$; $p<0,05$). Okuryazar olmayanların (Sıra

Ortalamaları=255,35) tedavi ve hizmet bilgi anlama algıları lisansüstü (Sıra Ortalamaları=480,56) olanlara göre daha düşüktür.

Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama algılarının baba eğitim durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=16,653$; $p<0,05$) Okuryazar olmayanların (Sıra Ortalamaları=292,30) tedavi ve hizmet bilgiyi anlama algıları Lisansüstü (Sıra Ortalamaları=595,00) olanlara göre Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama algıları daha düşüktür.

Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme algılarının baba eğitim durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=21,841$; $p<0,05$) İlkokul olanların (Sıra Ortalamaları=360,64) tedavi ve hizmet bilgiyi değerlendirme algıları Lisansüstü (Sıra Ortalamaları=567,46) olanlara göre daha düşüktür.

Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi algılarının baba eğitim durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=16,070$; $p<0,05$). Lisansüstü olanların (Sıra Ortalamaları=528,15) hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi algıları ilkokul (Sıra Ortalamaları=307,06), ortaokul (Sıra Ortalamaları=330,22), lise (Sıra Ortalamaları=322,51), ön lisans (Sıra Ortalamaları=318,48) ve lisans (Sıra Ortalamaları=320,06) olanlara göre daha yüksektir.

Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama algılarının baba eğitim durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=15,827$; $p<0,05$) İlkokul olanların (Sıra Ortalamaları=359,49) sağlıkla ilgili bilgiyi anlama algıları lisansüstü (Sıra Ortalamaları=594,45) olanlara göre daha düşüktür.

Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme algılarının baba eğitim durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=16,493$; $p<0,05$). Lisansüstü olanların (Sıra Ortalamaları=523,92) sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme algıları ilkokul (Sıra Ortalamaları=312,31) ve ortaokul (Sıra Ortalamaları=340,30) olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 19: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Aile Aylık Gelir Durumu Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları

	Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?	N	Sıra Ortalamaları	χ^2	p	Fark
Tedavi ve Hizmet	Gelir giderden az ⁽¹⁾	157	320,47	6,383	,041*	(1-3)
	Gelir gidere denk ⁽²⁾	383	332,26			
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾	135	374,66			
Tedavi ve Hizmet Bilgiye Ulaşma	Gelir giderden az	218	428,43	2,037	,361	-
	Gelir gidere denk	514	451,02			
	Gelir giderden fazla	163	464,64			
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama	Gelir giderden az ⁽¹⁾	214	395,54	9,168	,010*	(1-3)
	Gelir gidere denk ⁽²⁾	494	440,04			
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾	161	471,99			
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme	Gelir giderden az	196	388,92	5,201	,074	
	Gelir gidere denk	458	400,02			
	Gelir giderden fazla	156	442,41			
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Gelir giderden az ⁽¹⁾	232	420,68	9,152	,010*	(1-3)
	Gelir gidere denk ⁽²⁾	521	464,01			
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾	165	499,86			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Gelir giderden az	160	302,07	5,887	,053	-
	Gelir gidere denk	375	324,82			
	Gelir giderden fazla	114	357,77			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiye Ulaşma	Gelir giderden az	208	401,11	5,633	,060	-
	Gelir gidere denk	484	419,49			
	Gelir giderden fazla	152	461,36			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama	Gelir giderden az ⁽¹⁾	220	395,48	7,727	,021*	(1-2) (1-3)
	Gelir gidere denk ⁽²⁾	489	441,53			
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾	157	461,75			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Değerlendirme	Gelir giderden az	199	373,12	5,757	,056	-
	Gelir gidere denk	455	396,32			
	Gelir giderden fazla	139	433,41			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Gelir giderden az	209	391,74	5,627	,060	-
	Gelir gidere denk	487	433,52			
	Gelir giderden fazla	154	445,94			
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Gelir giderden az	183	379,10	3,370	,185	-
	Gelir gidere denk	452	384,66			
	Gelir giderden fazla	144	420,61			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Gelir giderden az ⁽¹⁾	192	350,11	10,122	,006*	(1-2) (1-3)
	Gelir gidere denk ⁽²⁾	444	396,43			
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾	144	426,06			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Gelir giderden az ⁽¹⁾	165	321,52	7,349	,025*	(1-3)
	Gelir gidere denk ⁽²⁾	393	340,52			
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾	129	383,36			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Gelir giderden az ⁽¹⁾	190	362,71	6,927	,031*	(1-3)
	Gelir gidere denk ⁽²⁾	457	403,80			
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾	148	425,40			
TSOY-32 Genel	Gelir giderden az	120	252,03	5,506	,064	-
	Gelir gidere denk	300	254,63			

Gelir giderden fazla	102	292,85
----------------------	-----	--------

*p<0,05

Tablo 19’da araştırmaya katılanların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarına ait algıların ailenin gelir gider durumunun oranına göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre, tedavi ve hizmet algılarının ailenin aylık gelir ve gider oranına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=6,383$; p<0,05). Geliri giderden az (Sıra Ortalamaları=320,47) tedavi ve hizmet algıları geliri giderden fazla (Sıra Ortalamaları=374,66) olanlara göre daha dūřüktür.

Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama algılarının ailenin aylık gelir ve gider oranına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=9,168$; p<0,05). Gelir giderden az olanların (Sıra Ortalamaları=395,54) tedavi ve hizmet bilgiyi anlama algıları gelir giderden fazla (Sıra Ortalamaları=471,99) olanlara göre daha dūřüktür.

Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Kullanma/Uygulama algılarının ailenin aylık gelir ve gider oranına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=9,152$; p<0,05). Gelir giderden az olanların (Sıra Ortalamaları=420,68) tedavi ve hizmet bilgiyi kullanma/uygulama algıları gelir giderden fazla (Sıra Ortalamaları=499,86) olanlara göre daha dūřüktür.

Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliřtirilmesi Bilgiyi Anlama algılarının ailenin aylık gelir ve gider oranına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=7,727$; p<0,05) Gelir giderden az (Sıra Ortalamaları=395,48) olanların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bilgiyi anlama algıları, gelir gidere denk (Sıra Ortalamaları=441,53) ve geliri giderden fazla (Sıra Ortalamaları=461,75) olanlara göre daha dūřüktür.

Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama algılarının ailenin aylık gelir ve gider oranına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=10,122$; p<0,05) Gelir giderden az (Sıra Ortalamaları=350,11) sağlıkla ilgili bilgiyi anlama algıları Gelir gidere denk (Sıra Ortalamaları=396,43) ve geliri giderden fazla (Sıra Ortalamaları=426,06) olanlara göre daha dūřüktür.

Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme algılarının ailenin aylık gelir ve gider oranına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=7,349$; $p<0,05$). Gelir giderden az olanların (Sıra Ortalamaları=321,52) sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme algıları gelir giderden fazla (Sıra Ortalamaları=383,36) olanlara göre daha düşüktür.

Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama algılarının ailenin aylık gelir ve gider oranına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=6,927$; $p<0,05$). Gelir giderden az olanların (Sıra Ortalamaları=362,71) sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama algıları gelir giderden fazla (Sıra Ortalamaları=425,40) olanlara göre daha düşüktür.

Tablo 20: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Sosyal Güvence Durumu Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları

	Sosyal güvenceniz	N	Sıra Ortalamaları	χ^2	p
Tedavi ve Hizmet	Yok	97	305,09	3,608	,165
	SGK	522	345,15		
	Diğer	56	328,38		
Tedavi ve Hizmet Bilgiye Ulaşma	Yok	128	415,36	3,910	,142
	SGK	682	449,48		
	Diğer	85	485,25		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama	Yok	132	418,71	,699	,716
	SGK	658	437,99		
	Diğer	79	437,35		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme	Yok	124	385,18	2,171	,338
	SGK	615	412,26		
	Diğer	71	382,46		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Yok	140	435,17	1,538	,464
	SGK	694	462,77		
	Diğer	84	473,02		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Yok	103	319,74	,210	,901
	SGK	486	326,94		
	Diğer	60	318,33		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiye Ulaşma	Yok	129	395,41	2,205	,332
	SGK	638	425,69		
	Diğer	77	441,45		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama	Yok	129	412,10	1,672	,433
	SGK	660	434,95		
	Diğer	77	456,95		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Değerlendirme	Yok	126	378,13	1,323	,516
	SGK	598	402,18		
	Diğer	69	386,54		
Hastalıklardan Korunma ve	Yok	133	400,45	1,768	,413

Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Kullanma/Uygulama	SGK	640	431,15	2,308	,315
	Diğer	77	421,81		
	Yok	112	363,28		
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	SGK	594	392,44	1,159	,560
	Diğer	73	411,15		
	Yok	116	373,65		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	SGK	594	391,57	2,626	,269
	Diğer	70	409,36		
	Yok	105	321,29		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	SGK	521	350,90	1,424	,491
	Diğer	61	324,17		
	Yok	118	375,14		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	SGK	602	402,63	,794	,672
	Diğer	75	396,78		
	Yok	77	253,73		
TSOY-32 Genel	SGK	399	264,65		
	Diğer	46	247,17		

*p<0,05

Tablo 20’de araştırmaya katılanların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarına ait algıların sosyal güvence değişkenine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre, TSOY-32 ölçeği ve alt boyut algılarının sosyal güvence değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 21: Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Ailenin Yaşadığı Yer Değişkenine Göre Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları

	Ailenin Yaşadığı Yer	N	Sıra Ortalamaları	χ^2	p
Tedavi ve Hizmet	Köy	66	310,07	1,513	,469
	İlçe	168	342,27		
	İl	441	340,55		
Tedavi ve Hizmet Bilgiye Ulaşma	Köy	99	416,01	2,486	,288
	İlçe	225	464,45		
	İl	571	447,07		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama	Köy	92	416,15	,594	,743
	İlçe	215	437,83		
	İl	562	437,00		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme	Köy	86	364,28	3,081	,214
	İlçe	206	407,43		
	İl	518	411,57		
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Köy	103	451,24	,152	,927
	İlçe	236	463,30		
	İl	579	459,42		

Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Köy	66	331,41	,280	,869
	İlçe	163	329,76		
	İl	420	322,14		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiye Ulaşma	Köy	93	420,59	,100	,951
	İlçe	212	427,04		
	İl	539	421,04		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama	Köy	96	434,46	,463	,793
	İlçe	220	423,79		
	İl	550	437,22		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Değerlendirme	Köy	83	407,67	,894	,640
	İlçe	204	384,58		
	İl	506	400,25		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Köy	90	426,04	,021	,990
	İlçe	219	423,45		
	İl	541	426,24		
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Köy	84	377,83	,640	,726
	İlçe	192	399,77		
	İl	503	388,30		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Köy	81	397,12	,119	,942
	İlçe	191	392,52		
	İl	508	388,69		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Köy	71	321,57	1,434	,488
	İlçe	174	338,37		
	İl	442	349,82		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Köy	84	401,49	,225	,894
	İlçe	205	403,67		
	İl	506	395,12		
TSOY-32 Genel	Köy	50	250,97	,333	,847
	İlçe	133	265,41		
	İl	339	261,52		

*p<0,05

Tablo 21’de araştırmaya katılanların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarına ait algıların ailenin yaşadığı yer değişkenine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre, TSOY-32 ölçeği ve alt boyut algılarının ailenin yaşadığı yer değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 22: TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Spearman’s rho Korelasyon Analiz Sonuçları

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	
Tedavi Hizmet İndeks (1)	r	1,000	,820**	,870**	,838**	,818**	,789**	,722**	,725**	,654**	,591**	,865**	,872**	,817**	,807**
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tedavi Ve Hizmet Bilgiye Ulaşma İndeks (2)	r		1,000	,624**	,524**	,612**	,588**	,560**	,552**	,452**	,446**	,860**	,644**	,544**	,593**
	p		.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Tedavi Ve Hizmet Bilgiyi Anlama İndeks (3)	r	1,000	,685**	,599**	,674**	,593**	,654**	,563**	,489**	,690**	,900**	,687**	,631**
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tedavi Ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme İndeks (4)	r	1,000	,562**	,698**	,618**	,590**	,600**	,536**	,665**	,699**	,876**	,644**	
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Tedavi Ve Hizmet Bilgiyi Kullanma İndeks (5)	r	1,000	,649**	,594**	,617**	,532**	,436**	,677**	,664**	,606**	,801**		
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hastalıklardan Korunma İndeks (6)	r	1,000	,872**	,880**	,881**	,824**	,829**	,846**	,884**	,861**			
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hastalıklardan Korunma Bilgiye Ulaşma İndeks (7)	r	1,000	,758**	,680**	,583**	,895**	,746**	,729**	,690**				
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hastalıklardan Korunma Bilgiyi Anlama İndeks (8)	r	1,000	,709**	,593**	,745**	,910**	,736**	,701**					
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hastalıklardan Korunma Bilgiyi Değerlendirme İndeks (9)	r	1,000	,656**	,648**	,688**	,904**	,687**						
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hastalıklardan Korunma Bilgiyi Kullanma İndeks (10)	r	1,000	,593**	,582**	,689**	,874**							
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma İndeks (11)	r	1,000	,790**	,731**	,732**								
	p	.	,000	,000	,000								
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama İndeks (12)	r	1,000	,775**	,721**									
	p	.	,000	,000									
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme İndeks (13)	r	1,000	,753**										
	p	.	,000										
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma İndeks (14)	r	1											
	p	.											

Tablo 22 deki; TSOY-32 ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik Spearman's rho Korelasyon Analizleri incelendiğinde; tedavi ve hizmet ile tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,820$). Tedavi ve hizmet ile tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,870$). Tedavi ve hizmet ile tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,838$). Tedavi ve hizmet ile tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma/uygulama arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,818$). Tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,789$). Tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma-bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,722$). Tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma-bilgiyi anlama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,725$). Tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma-bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde yüksek

kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,654$). Tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma-bilgiyi kullanma/uygulama arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,591$). Tedavi ve hizmet ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,865$). Tedavi ve hizmet ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,872$). Tedavi ve hizmet ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,817$). Tedavi ve hizmet ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma-uygulama arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,807$).

Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma ile tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,624$). Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma ile tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,524$). Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma ile tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma/uygulama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,612$). Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma ile hastalıklardan korunma arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,588$). Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma ile hastalıklardan korunma-bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,560$). Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma ile hastalıklardan korunma-bilgiyi anlama arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,552$). Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma ile hastalıklardan korunma-bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,452$). Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma ile hastalıklardan korunma-bilgiyi kullanma/uygulama arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,446$). Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,860$). Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,644$). Tedavi ve hizmet-bilgiye ulaşma ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p= 0,000$, $r=0,544$). Tedavi ve hizmet-

bilgiye ulaşma ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma-uygulama arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,593$).

Tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama ile tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,685$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama ile tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma/uygulama arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,599$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama ile hastalıklardan korunma arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,674$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama ile hastalıklardan korunma-bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,593$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama ile hastalıklardan korunma-bilgiyi anlama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,654$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama ile hastalıklardan korunma-bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,563$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama ile hastalıklardan korunma-bilgiyi kullanma/uygulama arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,489$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,690$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,900$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,687$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma-uygulama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,631$).

Tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme ile tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma/uygulama arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,562$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme ile hastalıklardan korunma arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,698$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme ile hastalıklardan korunma-bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$, $p=0,000$, $r=0,618$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme ile hastalıklardan korunma-bilgiyi anlama arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu

bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,590$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme ile hastalıklardan korunma-bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,600$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme ile hastalıklardan korunma-bilgiyi kullanma/uygulama arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,536$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,665$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,699$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,876$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma-uygulama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,644$).

Tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma ile hastalıklardan korunma arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,649$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma ile hastalıklardan korunma-bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,594$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma ile hastalıklardan korunma-bilgiyi anlama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,617$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma ile hastalıklardan korunma-bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,532$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma ile hastalıklardan korunma-bilgiyi kullanma/uygulama arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,436$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,677$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,664$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,606$). Tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma-uygulama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,801$).

Hastalıklardan korunma ile hastalıklardan korunma-bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,872$). Hastalıklardan korunma ile hastalıklardan korunma-bilgiyi anlama arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,880$). Hastalıklardan korunma ile hastalıklardan korunma-bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,881$). Hastalıklardan korunma ile hastalıklardan korunma-bilgiyi kullanma/uygulama arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,824$). Hastalıklardan korunma ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,829$). Hastalıklardan korunma ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,846$). Hastalıklardan korunma ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,884$). Hastalıklardan korunma ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma-uygulama arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,861$).

Hastalıklardan korunma-bilgiye ulaşma ile hastalıklardan korunma-bilgiyi anlama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,758$). Hastalıklardan korunma-bilgiye ulaşma ile hastalıklardan korunma-bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,680$). Hastalıklardan korunma-bilgiye ulaşma ile hastalıklardan korunma-bilgiyi kullanma/uygulama arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,583$). Hastalıklardan korunma-bilgiye ulaşma ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,895$). Hastalıklardan korunma-bilgiye ulaşma ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,746$). Hastalıklardan korunma-bilgiye ulaşma ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,729$). Hastalıklardan korunma-bilgiye ulaşma ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma-uygulama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,690$).

Hastalıklardan korunma-bilgiyi anlama ile hastalıklardan korunma-bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,709$). Hastalıklardan korunma-bilgiyi anlama ile hastalıklardan korunma-bilgiyi kullanma/uygulama arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,593$). Hastalıklardan korunma-bilgiyi anlama ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,745$). Hastalıklardan korunma-bilgiyi anlama ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,910$). Hastalıklardan korunma-bilgiyi anlama ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,736$). Hastalıklardan korunma-bilgiyi anlama ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma-uygulama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,701$).

Hastalıklardan korunma-bilgiyi değerlendirme ile hastalıklardan korunma-bilgiyi kullanma/uygulama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,656$). Hastalıklardan korunma-bilgiyi değerlendirme ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,648$). Hastalıklardan korunma-bilgiyi değerlendirme ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,688$). Hastalıklardan korunma-bilgiyi değerlendirme ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,904$). Hastalıklardan korunma-bilgiyi değerlendirme ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma-uygulama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,687$).

Hastalıklardan korunma-bilgiyi kullanma ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,593$). Hastalıklardan korunma-bilgiyi kullanma ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,582$). Hastalıklardan korunma-bilgiyi kullanma ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,689$). Hastalıklardan korunma-bilgiyi kullanma ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma-

uygulama arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,874$).

Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,790$). Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,731$). Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma-uygulama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,732$).

Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,775$). Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma-uygulama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,721$).

Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma-uygulama arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$, $p = 0,000$, $r = 0,753$).

Tablo 23: TSOY-32 Güvenilirlik Analizi

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Tedavi ve Hizmet	0,876	16
Tedavi ve Hizmet-Bilgiye Ulaşma	0,663	4
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama	0,664	4
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme	0,658	4
Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Kullanma/Uygulama	0,655	4
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	0,911	16
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiye Ulaşma	0,734	4
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Anlama	0,728	4
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Değerlendirme	0,718	4
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Kullanma/Uygulama	0,695	4
TSOY-32 Genel	0,941	32

Tablo 23'de 32 maddeden oluşan TSOY-32 ölçeğine ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, genel ölçek algılarına ait Cronbach's Alpha değerinin 0,941 olarak

hesaplandığı görülmektedir. Bu değer ölçeğin güvenilirliğinin $0,80 < \text{Cronbach's Alpha} < 1,00$ arasında olduğundan güvenilirliğin çok yüksek düzeyde olduğunu gösterir. Tedavi ve hizmet alt boyutuna ait güvenilirliğin çok yüksek (Cronbach's Alpha=0,876) olarak hesaplandığı görülmektedir. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutuna ait güvenilirliğin çok yüksek (Cronbach's Alpha=0,911) olarak hesaplandığı görülmektedir.

5.TARTIŞMA

Bu çalışma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla yapılmış olup bu bölümde elde edilen bulgular mevcut literatür çerçevesinde tartışılmaktadır.

5.1.Üniversite Öğrencilerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan kişilerin demografik dağılımları incelendiğinde; %50,2' si kadın, %44,8' i 17-20 yaş aralığında, Katılımcıların %93,2' si bekar, ailelerin, %62,6' sı ilde yaşamaktadır. Anne eğitim durumu incelendiğinde %39,9' u ilkokul olarak, baba eğitim durumu incelendiğinde ise %28,1' i ilkokul olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %92,1' i kronik hastalığa sahip değildir. Katılımcıların %75,2' si SGK olarak sosyal güvencesi belirlenmiştir. Ailenin aylık gelirinin giderlerle oranı incelendiğinde %56,6' sı gelir gidere denk olarak belirtilmiştir (Tablo 9).

5.2.Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine İlişkin Verilerin Tartışılması

TSOY-32 Ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmede Üniversite öğrencilerinin %62,8'i yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığına sahipken, %37,2 'si sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığı göstermektedir. Ölçeğin kendi geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise bu durum %30,6 yeterli ve mükemmel, %69,4 sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığı göstererek bizim sonuçlarımızın tersi sonuçlar bulunmuştur (TSOY-32). Literatürde ki diğer çalışmaları incelediğimizde Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında ülke genelinde %64,6 sınırlı ve yetersiz, %35,4 yeterli ve mükemmel soy düzeyi bulunmuştur (Sağlık Sen, 2014). Yapılan çalışmalardan farklı sonuçlar bulmamızın en önemli sebebi evren ve örneklem seçimimizin oldukça farklı olmasıdır. Yapılan çalışmaların çoğu ya hastaneye başvuran hastalara ya da halka yapılmış çalışmalardır. Bizim çalışmamızda olduğu gibi üniversite öğrencileri üzerine yapılan çalışma yok denecek kadar azdır. Akçilek (2017) yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerini bizim çalışmamızdan farklı olarak yetersiz bulmuştur. Bunun sebeplerinden bazıları, Akçilek çalışmasında İstanbul Medipol Üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi, İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi ve Hukuk Fakültesi öğrencilerini almıştır. Bizim çalışmamızda ise Sivas Cumhuriyet Üniversitesinin bütün öğrencileri yer almaktadır bu yüzden sağlıkla ilgili

ders alan öğrencilerimizin daha fazla olması sonuçların farklı olmasının sebeplerinden biri olabilir. Yine Akçilek çalışmasını birinci sınıf öğrencilere uygulamıştır fakat bizim çalışmamızda herhangi bir sınıf ayırımına gidilmemiştir. Literatürde sağlık okuryazarlık çalışmaları sadece Türkiye’de değil Avrupa ülkelerinde de oldukça dikkat çekmiştir, 2011 yılında 8 Avrupa ülkesinde (Polonya, Hollanda, Almanya, Bulgaristan, Yunanistan, İrlanda, İspanya ve Avusturya) 8 bin kişide yapılan çalışmada İspanya(%36,9) ve Polonya (%42) yeterli düzeyde gösterirken, Bulgaristan (%53,7) ve Hollanda (%23,7) yetersiz sınırlı düzeyi göstermiştir (Kanj ve Mitic, 2009).

Katılımcıların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin cinsiyet değişkenine göre farklılıklarına ait analiz sonuçları bize kadınların TSOY-32 Genel algılarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Akçilek (2017) ve Türköglü (2016)’da çalışmalarında kadınların erkeklere oranla sağlık okuryazarlık algılarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında da cinsiyet değişkeni için anlamlı farklılıklar görülmüştür. Fakat TSOY-32 ölçeğinin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında (TSOY-32) ve Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testi uyarlama çalışmasında cinsiyet ile ilgili anlamlı bir fark bulunmamıştır (Üçpunar,2014).

Öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile kronik hastalığa sahip olan bireyler arasında anlamlı sonuçlar bulunamamıştır. Bunun sebeplerinden biri çalışmada sadece %7,9’u gibi çok az bireyin kronik hastalığa sahip olması olabilir.

Üniversite öğrencilerinin medeni duruma göre sağlık okuryazarlık bulguları incelendiğinde evli bireylerin TSOY-32 Genel algılarının bekar olanlara göre daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Türkoğlu (2016) yaptığı çalışmasında evli bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini düşük bularak bizimle paralel sonuç göstermiştir. Üçpunar (2014) ise çalışmasında medeni durum ile ilgili anlamlı bir farklılık bulamamıştır.

Üniversite öğrencilerinin yaş grubu özelliklerine göre incelediğimizde bizim çalışmamızda anlamlı bir fark bulunamamışken ölçeğin kendi geçerlilik güvenilirlik çalışmasında (TSOY-32) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlık Araştırmasında anlamlı farklılıklar göstermiştir (Sağlık Sen).

Üniversite öğrencilerini ailesinin yaşadığı yer ve sosyal güvenceleri açısından incelediğimizde bizim çalışmamızda anlamlı bir sonuç çıkmamış fakat Üçpınar (2014) yaptığı çalışmada anlamlı farklar bulunmuştur.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇLAR

Günümüzde sağlık okuryazarlığı çalışmaları hızla artmakta ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi için tavsiyelerde bulunmaktadır. Bireylerin yaşam kalitelerini artırmaları, daha sağlıklı bir hayat sürdürebilmeleri için hastalandıklarında uygun şekilde sağlık bilgisine ulaşmaları, sağlık durumunu anlamaları ve bu bilgiler doğrultusunda doğru davranış göstermeleri bireyler için oldukça önemli ve bazen hayatidir.

Gelecekte bireylerin daha sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri ve sağlıkla ilgili karar verme yeteneklerinin artırılması için oldukça önemli olan bu sağlık okuryazarlığı çalışması, üniversite öğrencilerinde mevcut durumun ne olduğunun ortaya çıkartılması açısından önemlidir.

- Araştırmaya katılan kişilerin demografik dağılımları incelendiğinde; %50,2' si kadın, %44,8' i 17-20 yaş aralığında, Katılımcıların %93,2' si bekar, ailelerin %62,6' sı ilde yaşamaktadır. Anne eğitim durumu incelendiğinde %39,9' u ilkokul olarak , baba eğitim durumu incelendiğinde ise %28,1' i ilkokul olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %92,1' i kronik hastalığa sahip değildir. Katılımcıların %75,2' si SGK olarak sosyal güvencesi belirlenmiştir. Ailenin aylık gelirinin giderlerle oranı incelendiğinde %56,6' sı gelir gidere denk olarak belirtilmiştir.
- Genel olarak katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri yeterli seviyededir. Katılımcıların %23,9'u mükemmel, %38,9 yeterli, %27,2 sınırlı, %10 yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi göstermiştir.
- Araştırmayı Tedavi ve Hizmet boyutunda incelediğimizde bilgiye ulaşma alt boyutu %77,5 yeterli ve mükemmel olduğu, bilgiyi anlama alt boyutunda %70,7 yeterli ve mükemmel, bilgiyi değerlendirme alt boyutunda %53,4 yeteli ve mükemmel, bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutunda %81,6 yeterli ve mükemmel olduğu saptanmıştır.
- Araştırmayı Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi boyutunda incelediğimizde bilgiye ulaşma alt boyutu %65,6 yeterli ve mükemmel olduğu, bilgiyi anlama alt boyutunda %65,8 yeterli ve mükemmel, bilgiyi değerlendirme

alt boyutunda %56 yeterli ve mükemmel, bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutunda %55,4 yeterli ve mükemmel olduğu saptanmıştır.

- Değerlendirmede “Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma” boyutu en yüksek ve “Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu en düşük oranlara sahiptir.
- Çalışmada katılımcıları cinsiyet değişkenine göre değerlendirdiğimizde anlamlı farklılık çıkmıştır. Kadınların TSOY-32 algıları erkeklere göre daha yüksektir.
- Çalışmada katılımcıları medeni durum değişkenine göre değerlendirdiğimizde anlamlı farklılık çıkmıştır. Evlilerin TSOY-32 algıları bekar olanlara göre daha düşüktür.
- Katılımcıları anne eğitim durumuna göre değerlendirdiğimizde okuryazar olanların TSOY-32 algıları, lisans olanlara göre daha düşüktür.

Sonuç olarak yapılan bu çalışma üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi çalışması, üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyinin yeterli olduğu ve bireylerin sağlıklarının korunup, geliştirilmesi için sağlık okuryazarlığının çok önemli olduğunu göstermiştir.

6.2. ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda şu öneriler geliştirilmiştir;

- Sağlık okuryazarlığı ile ilgili toplumun tüm kesimlerini kapsayan çalışmalar yapılmalı.
- Sağlık okuryazarlığı sadece bireysel değil toplumu da ilgilendiren bir sorundur. Bu yüzden sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılabilmesi için sağlık okuryazarlığı ile ilgili eğitim seminerleri düzenlenebilir.
- Evreni ve örnekleme daha geniş tutan çalışmalarla sonuçların güvenilirliği artırılabilir.
- Üniversite öğrencilerinde sınıflar arası kıyaslama yapılarak sağlık okuryazarlık düzeyinin sınıflar arası değişimi gözlemlenebilir.
- Sağlık okuryazarlık düzeyinin meslek ile ilişkili olup olmadığını öğrenmek için değişik meslek grupları arasında kıyaslama yapılabilir.

- Hayatımızın önemli bir parçası haline gelen medyada sağlık okuryazarlığı ile ilgili kamu spotları yayınlanarak konunun önemi vurgulanıp, bireyler bilinçlendirilebilir.
- Liseler ve üniversitelerde ders olarak açılarak sağlık okuryazarlık düzeyleri artırılabilir.
- Çalışma kısıtları itibariyle genellenemez. Konunun, toplumun diğer kesimleri içinde sonraki yapılacak çalışmalarda dikkate alınması fayda sağlayacaktır.

7.KAYNAKLAR

- Akdur, R. (2003). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde durum ve Türkiye'nin Birliğe uyumu. Ankara: Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları
- Akcilek, E. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Aldemir, A., 04 03 2018 tarihinde. <http://kaynak.unak.org.tr/bildiri/unak03/u03-29.pdf> adresinden alındı
- American Library Association, 03 04 2018 tarihinde <http://www.ala.org/files/content/ala/acrl/acrlissues/acrlinfolit/infolitoverview/introtoinfolit/introinfolit.htm#what> adresinden alındı
- American Medical Association. (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. Journal of the American Medical Association. 281(6), 552-557.
- Aşçı, M. (2009). Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık. Değerler Eğitimi Dergisi. 7(17). 9-26.
- Aufderheide, P. (1993). Media Literacy: A Report of The National Leadership Conference on Media Literacy. Aspen Institute.
- Baker, D. Parker, RM. Williams, MV. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. J Gen Intern Med, 13(2), 791-798.
- Barton, D. Hamilton, M. (2012). Reading And Writing In One Community. New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- Berkman, ND. Dewalt, DA. Pignone, MP. Sheridan, SL. Lohr, KN. Lux, L. Sutton, SF. Swinson, T. Bonito, AJ. (2004). Literacy and Health Outcomes. Technology Assessment: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Betz, C. R. (2008). Health Literacy: A Pediatric Nursing Concern. Pediatric Nursing, 34(3), 231-239.
- Binark, M. Bek, M. K. (2007). Eleştirel medya okuryazarlığı: Kuramsal yaklaşımlar ve uygulamalar. İstanbul. Kalkedon Yayınları.
- Braden, R. A. Hortin, J. A. (1982). Identifying the Theoretical Foundations of Visual Literacy. Journal of Visual/Verbal Language, 37-42.
- Bütün, E. (2010). Medya Okuryazarlığı Dersine İlişkin Öğretmeni Öğrenci ve Veli Görüşleri Samsun İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- Carthery-Goulard, M. (2009). Performance of a Brazilian Population on The Test of Functional Health Literacy in Adults. Rev Saude Publica.

- Cody, F. (2013). *Cultures and Technologies of Knowledge : Light of Knowledge: Literacy Activism and the Politics of Writing in South India*, , New York. New York: Cornell University Press.
- Davis, TC. Long, SW. Jackson, RH. Mayeaux, EJ. George, RB. Murphy, PW. Crouch, MA. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *FamMed*, 25(6), 391–395.
- Debes, J. (1968). Some Foundations Of Visual Literacy. *Audio Visual Instruction*, 961-964.
- Driessnack, M. Chung, S. Perkhounkova, E. Hein, M. (2014). Using the “Newest Vital Sign” to Assess Health Literacy in Children”, *Journal of Pediatric HealthCare*, . 28(2), 165-171.
- Durusu-Tanrıöver, M. Yıldırım, HH. Demiray-Ready, FN. Çakır, B. Akalın, HE. (2014). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.*
- Baker, DW. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 21:878-83.
- Eisenberg, MB. Lowe, CA. Spitzer, KL. (2004). *Information Literacy: Essential Skills for the Information Age*. London: Libraries Unlimited.
- Eisenstein, EL. (1979). *The printing press as an agent of change: Communications and cultural transformations in early-modern Europe* . Cambridge: Cambridge University Press.
- EU. (2007). Report On The Results Of The Public Consultation On Media Literacy 15 02 2018 tarihinde http://ec.europa.eu/avpolicy/media_literacy/docs/report_on_ml_2007.pdf adresinden alındı
- Filiz, E. (2015). *Sağlık Okuryazarlığının Gebelik Ve Sağlık Algısı İle İlişkisi*. Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Güneş, F. (1997). *Okuma–Yazma Öğretimi ve Beyin Teknolojisi*. Ankara: Ocak Yayınları.
- Bosworth, HB. (2010). Challenge and strategies to improve patient health literacy and competencies. *Patient Intell*, 9–25.
- İnceoğlu, Y. (2005). *Medya okuryazarlığı: Neden gerekli?* İstanbul: Kalemus Yayıncılık.
- IOM. (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. National Academies Press.
- Ishikawa, H. Takeuchi, T. Yano, E. (2008). Measuring Functional, Communicative and Critical Health Literacy Among Diabetic Patients”. *Diabetes Care*. 874-879
- Kamberi, H. Hysa, B. Toçi, E. Jerliu, N. Qirjako, G. Burazeri, G. (2013). Functional Health Literacy Among Primary Health Care Users in Transition Kosova. 67(3), 209-211.

- Kanj, M. Mitic, W. (2009) Health literacy and health behaviour. World Health Organization, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf
- Karakuş, M. Usta, ME. (2016). Pedagojik Okuryazarlık Ölçeğinin Geliştirilmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi , 24(1), 133-146.
- Kavuncubaşı, Ş. Yıldırım, S. (2012). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Keleher, H. Hagger, V. (2007). Healthliteracy in primaryhealthcare. Aust J Prim Health, 24-30.
- Kickbusch, I. (2001). Health Literacy: addressing the health and education divide. Health Promotion Internationa, 16(3), 289-297.
- Kısa, A. (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kurudayıoğlu, M. Tüzel, S. (2010). 15 02 2018 tarihinde. http://www.tubar.com.tr/TUBAR%20DOSYA/pdf/2010GUZ/kurudayolu_mehmet-tzel_sait_283-298.pdf adresinden alındı.
- Mancuso, JM. (2009). Assesment and Measurement of Health Literacy: An İntegrative Review of the Literature. Nursing and Health Sciences, 77-89.
- Nielsen-Bohlman, I. Panzer, AM. Kinding, DA. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington. DC: National Academies Press.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. Health Promot. Int. 13(4), 349-364.
- Nutbeam, D. (2000). HealthLiteracy as a Public Health Goal: a Challenge For Contemporary Health Education and Communication Strategiesin tothe 21st Century, Health Promotion İnternational. Oxford University Press, 15(3).
- Quick Guide to Health Literacy. (2011). U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion.
- Önal, İ. (2010). Tarihsel Değişim Sürecinde Yaşam Boyu Öğrenme ve Okuryazarlık. Bilgi Dünyası. 11(1). 101-121.
- Önal, İ. H. (2007). Medya Okuryazarlığı: Kütüphanelerde Yeni Çalışma Alanı. Türk Kütüphaneciliği, 21(3), 335-359.
- Özdenk, G. Özdenk, S. Üner, S. Özcebe, L. (2015). Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve etkileyen faktörler. Halk Sağlığı Etkinlikleri. Konya: 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi.
- Üçpunar, E. (2014). Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılma Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Paasche-Orlow, MK. (2007). The causal pathway slinking health literacy to health outcomes. . Am J Health Behav, 19-26.
- Parker, R. Baker, D. Williams, M. Nurss, J. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: a New Instrument for MeasuringPatients' Literacy Skills. 537-541.

- Petterson, R. (1993). *Visual Information, Educational Technology*. Cliffs: Englewood.
- Ratzan, SC. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 207–214.
- Rudd, RK. (2004). Literacy and Health in America. 05 01 2018 tarihinde Policy Information Report: <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED486416.pdf> adresinden alındı
- Sezgin, D. (2011). Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık: Çelişkiler, Alternatifler ve Sağlık İletişimi. *Schola Ayrıntı Dizisi*, 140-150.
- Sheehy, EJ. (2001). Student teacher mentoring program: Teacher training for information literacy in the classroom. Yayınlanmamış doktora tezi. State University of New York.
- Shetzer, H. Warschauer, M. (2000). An electronic literacy approach to network-based language teaching. *Network-based language teaching: Concepts and practice*. New York: Cambridge University Press.
- Sorensen, K. Vanden Broucke, S. Fullam, J. Doyle, G. Pelikan, J. Slonska, Z. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definition and models. *BMC Public Health*.
- Sorensen, K. Vanden Broucke, S. Pelikan, J. Fullam, J. Doyle, G. Slonska, Z. Kondilis, B. Stoffels, V. Osborne, RH. Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire. *BMC Public Health*.
- Sönmez, B. (2009). Sağlık Okuryazarlığının Önemi. Antalya: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Sproull, L. Kiesler, S. (1991). *Connections: New ways of working in the networked organization*. Cambridge: MA: MIT Press.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü Müdürlüğü. Ankara. Bakanlık Yayını.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2012). Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü Müdürlüğü. Ankara. Bakanlık Yayını.
- Tengilimoğlu, D. Akpolat, M. Işık, O. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. İstanbul: Nobel Yayınları.
- Thoman, E. (2003). Media Literacy: A Guided Tour of the Best Resources for Teaching. *The Clearing. Library Academic Research*, 76(6).
- Tones, B. (2002). Health Literacy: New Wine in Old Bottles. *Health Education Research*. 17(3). 287-290.
- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. (2016) T.C. Sağlık Bakanlığı. 1025 . Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti. Özveren Sokak No:13/A Kızılay / Ankara

- Türkoğlu, Ç. (2016). Sağlık Okuryazarlığı İle Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Isparta İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Türk Tabipler Birliği. (2005). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi. <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option>.
- Public Health Association of British Columbia (2012).An intersectoral approach for improving health literacy for Canada.
- Vozikis, A. Drivas, K. Milioris, K. (2014). Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. Arch Public Health. Arch Public Health, 72(1).
- Yüksel İleri, F. (2011). Okul kütüphanelerinde Bilgi Okuryazarlığı Eğitimi ve Bir Örnek: Marmara Eğitim Kurumları İlköğretim Okulu. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Weiss, BD. Mays, MZ. Martz, W. Castro, KM. Dewalt, DA. Pignone, MP. Mockbee, J. Hale, FA. (2005). Quickassessment of literacy in primarycare: The new estvitalsign. AnnFamMed, 514–522.
- Welch, VL. Vangeest, JB. Caskey, R. (2011). Time, costs, and clinicalutilization of screening for health literacy: A case study using the Newest Vital Sign (NVS) Instrument. J Am Board FamMed, 281–289.
- Wizowski, L. Harper, T. Hutchings, T. (2014). Writing health information for patients and families. Hamilton Health Sciences.

EKLER

EK-1 ANKET FORMU

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Sayın katılımcı,

Bu anket Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde "Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi" adlı yüksek lisans tezinin uygulama kısmı için yapılmaktadır. Sizlerin görüşleri bu araştırma için büyük önem taşımaktadır. Bilimsel amaçlara hizmet etmek amacıyla hazırlanan bu anketle elde edilen veriler kesinlikle gizli tutulacaktır. Zaman ayırdığınız için ve soruları yanıtladığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

İREM MALATYALI
C.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

I.BÖLÜM

- 1.Yaşınız (bitirmiş olduğunuz yaşı belirtiniz):
- 2.Cinsiyetiniz:
 Kadın Erkek
- 3.Medeni durumunuz:
 Evli Bekar
- 4.Ailenizin Yaşadığı yer:
 Köy İlçe İl
- 5.Annenizin eğitim durumu:
 Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul
 Lise Önlisans Lisans Lisans Üstü
- 6.Babanızın eğitim durumu:
 Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul
 Lise Önlisans Lisans Lisans Üstü
- 7.Kronik hastalığınız var mı ?
 Var Yok
- 8.Öğrecisi olduğunuz:
 Enstitü.....
 Fakülte.....
 Yüksekokulunuz:.....
 Meslek Yüksekokulu.....
- 9.Sosyal güvenceniz:
 Yok
 SGK
 Diğer (lütfen belirtiniz)
- 10.Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?
 Gelir giderden az
 Gelir gidere denk
 Gelir giderden fazla

ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ

II. BÖLÜM

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini "çok kolay/ kolay / zor /çok zor/fikrim yok" seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok Kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağımızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçılar (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahvil/tetik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığımızı etkileyebileceğini düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığımız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığımız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Günlük davranışlarımızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığımızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığımız için yaşam tarzımızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK-2 İZİN TALEP FORMU



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : 30182376-044-E.291119
Konu : Anketler

26/02/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 23/02/2018 tarihli ve 290820 sayılı yazımız.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi İrem MALATYALI'nın "Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi" konulu tez kapsamında hazırladığı anket çalışmasını 15 Şubat 2018-15 Haziran 2018 tarihleri arasında Üniversitemizde öğrenim görmekte olan öğrencilere uygulama talebi Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Hilmi ATASEVEN
Rektör Yardımcısı

Bilgi:
Fakülte Dekanlıkları
Enstitü Müdürlükleri
Yüksekokul Müdürlükleri
Meslek Yüksekokul Müdürlükleri

Adres:Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü Merkez/Sivas
Telefon:0 346 219 1010 - 1996 Belgegeçer:0 346 219 1110
e-Posta:ryaziis@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ:www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için: Hatice Kübra TOSUN
Unvanı: Firma Personeli

EK-3 ETİK KURUL RAPORU



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018-01/14	Tarih: 10.01.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Muhittin Sönmez
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyostatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Yalçın Karagöz
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Hatice Özer
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Ercan Özdemir
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Gülay Yıldırım
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ataç	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Mehmet Ataç
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Binnur Bağcı
Yrd. Doç. Dr. Engin Altinkaya	İç Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Engin Altinkaya

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez

İmza:



**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Enis Baha Biçer			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

Muhittin Sönmez

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	İREM MALATYALI
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas – 12.06.1993
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, 58140-Sivas
E-posta Adresi	irem_mltyl@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Sivas Kongre Lisesi, 2007-2011
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, 2012-2016
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 2016- Devam Ediyor
Unvan	Yüksek Lisans Öğrencisi

İş Tecrübesi

Sivas Medicana Hastanesi	Tıbbi Sekreter, 2016- Devam Ediyor
--------------------------	------------------------------------