

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ADÖLESANLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ RİSKLİ  
SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

KAMİL KOÇAK

YÜKSEKLİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ABD

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR

KONYA 2019

## TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Kamil KOÇAK'ın "Adölesanlarda Sağlık Okuryazarlığının Riskli Sağlık Davranışları Üzerindeki Etkisi" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

01/07/2019

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet UYAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri Üyesi

Doç. Dr. Fatih KARA

Selçuk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 03/07/2019. tarih ve 13./20.. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmzası



## APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “The impact of health literacy on risky health behaviors in adolescents” by “**Kamil KOÇAK**” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of *Master of Science* in the Department of “**Public Health**”, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan

Konya, Turkey 01.07.2019

Principal Advisor

Assoc. Prof. Lütü Saltuk DEMİR

University of Necmettin Erbakan

Examination Committee Member

Asst. Prof. Mehmet UYAR

University of Necmettin Erbakan

Examination Committee Member

Assoc. Prof. Fatih KARA

University of Selçuk

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Director of Institute of Health Sciences

03.07.2019

Date and Signature



## BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

20.06.2019

Kamil KOÇAK



[Skip to Main Content](#)[Ödevler](#)[Öğrenciler](#)[Not Defteri](#)[Kütüphaneler](#)[Takvim](#)[Tartışma](#)[Tercihler](#)

Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tıklanabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

## ADÖLESANLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ RİSKLİ SAĞLI...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

[Sil](#) [İndir](#) [Şuraya taşı...](#)

Yazar	Başlık	Benzerlik	web	yayın	student papers	Puanla	cevap	Dosya	Ödev Numarası	Tarih
Kamil Koçak	ADÖLESANLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ Rİ...	%16 <input type="text" value="%16"/>	11%	4%	13%	--	--	ödev indir	1154564358	24-Tem-2019

DocDr. with self & DAWR

## İÇİNDEKİLER

<i>İÇ KAPAK</i> .....	<i>i</i>
<i>TEZ ONAY SAYFASI</i> .....	<i>ii</i>
<i>APPROVAL</i> .....	<i>iii</i>
<i>BEYANAT</i> .....	<i>iv</i>
<i>İÇİNDEKİLER</i> .....	<i>vi</i>
<i>SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ</i> .....	<i>x</i>
<i>TABLolar LİSTESİ</i> .....	<i>xi</i>
<i>ÖZET</i> .....	<i>xiii</i>
<i>ABSTRACT</i> .....	<i>xiv</i>
<b>1.GİRİŞ ve AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1.Adölesan Dönem ve Özellikleri.....	4
2.2.Adölesan Dönemde Görülen Değişiklikler.....	5
2.3.Adölesan Sağlığı ve Önemi .....	7
2.4.Adolesan Sağlığı İçin Yapılması Gerekli Müdahaleler.....	9
2.5.Sağlık Okuryazarlığı .....	10
2.6.Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	11
2.7.Adölesan Dönemdeki Bireyler İçin Sağlık Okuryazarlığı.....	14
2.8.Türkiye 'de ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri .....	16
<b>3.GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	<b>21</b>
3.1.Araştırmanın Tipi .....	21
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler .....	21
3.3.Araştırmanın Evreni.....	21
3.4.Araştırmanın Örnekleme.....	21

3.5.Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	22
3.6.Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	22
3.7.Araştırma Zamanı .....	22
3.8.Araştırma Soruları .....	22
3.9.Veri Toplama Araçları .....	22
3.9.1.Türkiye Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği.....	23
3.9.2.Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği .....	23
3.10.Araştırmanın Etik Boyutu.....	24
3.11.Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	24
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>25</b>
4.1.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	25
4.2.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) İndeks Puan Ortalamaları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi .....	27
4.3.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) Puan Ortalamalarının İncelenmesi .....	28
4.4.Sağlık Okuryazarlığı Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	29
4.4.1.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	29
4.4.2.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Okullarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamalarının Karşılaştırması .....	32
4.4.3.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Aile Tipi ve Kronik Hastalık Durumlarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	34
4.4.4.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Yaş, Sınıf ve Alanlarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	34

4.4.5.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Anne Eğitim Durumları, Baba Eğitim Durumları ve Maddi Durumlarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamalarının Karşılaştırması .....	35
4.4.6.Çalışmaya Katılan Sağlık Alanındaki ve Diğer Alanlardaki Öğrencilerin TSOY-32 İndeks Puan Ortalamalarının Karşılaştırması .....	36
4.5.Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırması... ..	37
4.5.1.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırması.....	37
4.5.2.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Okullarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırması.....	37
4.5.3.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Aile Tipi ve Kronik Hastalık Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırması.....	38
4.5.4.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Yaş, Sınıf ve Alanlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırması .....	39
4.5.5.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Anne Eğitim, Baba Eğitim ve Maddi Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırması.....	40
4.5.6.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Sağlık Alanında ve Diğer Alanlarda Öğrenim Görme Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırması .....	41
4.6.Riskli Sağlık Davranışlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırması .....	41
4.6.1.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre RSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	41
4.6.2.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Okullarına Göre RSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması .....	42
4.6.3.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Aile Tipi ve Kronik Hastalık Durumlarına Göre RSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	43



4.6.4.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Yaş, Sınıf ve Alanlarına Göre RSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması .....	44
4.6.5.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Anne Eğitim Durumları, Baba Eğitim Durumları ve Maddi Durumlarına Göre RSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	45
4.6.6.Çalışmaya Katılan Sağlık Alanındaki ve Diğer Alanlardaki Öğrencilerin RSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	45
4.7.Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin RSDÖ ve TSOY-32 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması .....	46
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>48</b>
<b>6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>58</b>
<b>7.KAYNAKLAR .....</b>	<b>60</b>
<b>8.EKLER.....</b>	<b>64</b>
<i>EK-1 Sosyodemografik Özellikler Anket Formu .....</i>	<i>64</i>
<i>EK-2 Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği .....</i>	<i>65</i>
<i>EK-3 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32).....</i>	<i>68</i>
<i>EK-4 Veli İzin Formu .....</i>	<i>70</i>
<i>EK-5 Etik Kurul İzni .....</i>	<i>71</i>
<i>EK-6 AraştırmaKurum İzni .....</i>	<i>73</i>
<i>EK-7 Ölçek Kullanım İzni .....</i>	<i>74</i>
<i>Özgeçmiş.....</i>	<i>75</i>

## **SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ**

**HLS-EU:** Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması

**MTAL:** Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi

**RSDÖ:** Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği

**TSOY-32:** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği -32

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**UNESCO:** United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

**UNICEF:** United Nations International Children's Emergency Fund

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Erken Adölesan Dönemde Görülen Bazı Değişiklikler .....	5
<b>Tablo 2.</b> Geç Adölesan Dönemde Görülen Bazı Değişiklikler .....	6
<b>Tablo 3.</b> Genç Yetişkinlik Döneminde Görülen Bazı Değişiklikler .....	6
<b>Tablo 4.</b> Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	17
<b>Tablo 5.</b> Avrupa Ülkelerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	17
<b>Tablo 6.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri (Meram, 2019) .....	26
<b>Tablo 7.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin TSOY-32 İndeks Puan Ortalamaları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Meram, 2019) .....	28
<b>Tablo 8.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin RSDÖ Puan Ortalamaları (Meram, 2019) .....	29
<b>Tablo 9.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamaları (Meram, 2019).....	31
<b>Tablo 10.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Okullarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamaları (Meram, 2019).....	33
<b>Tablo 11.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Aile Tipi ve Kronik Hastalık Durumlarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamaları (Meram, 2019) ....	34
<b>Tablo 12.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Yaş, Sınıf ve Alanlarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamaları (Meram, 2019).....	35
<b>Tablo 13.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Anne Eğitim Durumları, Baba Eğitim Durumları ve Maddi Durumlarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamaları (Meram, 2019) .....	36
<b>Tablo 14.</b> Çalışmaya Katılan Sağlık Alanındaki ve Diğer Alanlardaki Adölesan Dönem Öğrencilerinin TSOY-32 İndeks Puan Ortalamaları (Meram, 2019).....	36
<b>Tablo 15.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Meram, 2019) .....	37
<b>Tablo 16.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Okullarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Meram, 2019) .....	38
<b>Tablo 17.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Aile Tipi ve Kronik Hastalık Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Meram, 2019).....	38
<b>Tablo 18.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Yaş, Sınıf ve Alanlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Meram, 2019) .....	39
<b>Tablo 19.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Anne Eğitim, Baba Eğitim ve Maddi Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Meram, 2019) .....	40
<b>Tablo 20.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Sağlık Alanında ve Diğer Alanlarda Öğrenim Görme Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Meram, 2019).....	41
<b>Tablo 21.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre RSDÖ Puan Ortalamaları (Meram, 2019).....	42
<b>Tablo 22.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Okullarına Göre RSDÖ Puan Ortalamaları (Meram, 2019).....	43

<b>Tablo 23.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Aile Tipi ve Kronik Hastalık Durumlarına Göre RSDÖ Puan Ortalamaları (Meram, 2019).....	43
<b>Tablo 24.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Yaş, Sınıf ve Alanlarına Göre RSDÖ Puan Ortalamaları (Meram, 2019).....	44
<b>Tablo 25.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Anne Eğitim Durumları, Baba Eğitim Durumları ve Maddi Durumlarına Göre RSDÖ Puan Ortalamaları (Meram, 2019) .....	45
<b>Tablo 26.</b> Çalışmaya Katılan Sağlık Alanındaki ve Diğer Alanlardaki Adölesan Dönem Öğrencilerinin RSDÖ Puan Ortalamaları (Meram, 2019).....	46
<b>Tablo 27.</b> Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin RSDÖ ve TSOY-32 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması(Meram, 2019).....	47



## ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Adölesanlarda Sağlık Okuryazarlığının Riskli Sağlık Davranışları Üzerindeki Etkisi

Kamil KOÇAK

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2019

Adölesan dönem yaşam biçimi ve davranışların şekillendiği bir dönemdir. Bu dönemde kazanılan davranışların etkisi yaşam boyu devam etmektedir. Olumlu sağlık davranışları sağlığın korunup geliştirilmesine katkı sağlarken olumsuz sağlık davranışları ise mortalite ve morbidite oranlarında artışa neden olmaktadır. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama süreçlerini içinde barındıran sağlık okuryazarlığı kavramı adölesan dönemde önemli bir etkiye sahiptir. Bu çalışma adölesanlarda sağlık okuryazarlığının riskli sağlık davranışları üzerindeki etkisini değerlendirmek için yapıldı.

Bu çalışma kesitsel tiptedir. Çalışma 2018-2019 eğitim-öğretim yılında Meram Şifa Hatun MTAL ve Kozağaç MTAL'nde öğrenim görmekte olan öğrenciler üzerinde gerçekleştirildi. Veriler 2019 yılının Şubat ayında toplandı. SPSS paket programına girilerek analizi yapıldı.

Çalışmada Meram Şifa Hatun MTAL'nden 191, Kozağaç MTAL'nden 191 olmak üzere toplamda 382 öğrenciye ulaşıldı. Çalışmaya katılan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı puanı ortalaması (TSOY-32)  $34.35 \pm 8.70$  olarak, Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) puan ortalaması  $44.90 \pm 7.77$  olarak bulundu. TSOY-32 indeks puan ortalaması arttıkça RSDÖ puan ortalamasının azaldığı tespit edildi.

Adölesanlarda görülen riskli sağlık davranışlarını azaltmak için sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Adölesan; Davranış; Risk; Sağlık okuryazarlığı

## ABSTRACT

REPUBLIC of TURKEY  
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY  
INSTITUTE of HEALTH SCIENCES

The Impact of Health Literacy on Risky Health Behaviors in Adolescents

Kamil KOÇAK

Department of Public Health

MASTER'S THESIS / KONYA-2019

Adolescent is a period in which life style and behaviors are shaped. The effects of the behaviors gained during this period continue throughout life. While positive health behaviors contribute to the protection and improvement of health, negative health behaviors lead to an increase in morbidity and mortality rates. The concept of health literacy, which includes the processes of accessing, understanding, evaluating and applying information about health, has an important effect in adolescence. This study was conducted to evaluate the effect of health literacy on adolescent risk behaviors.

This study is of cross-sectional type. The study was carried out on the students of Meram Şifa Hatun Vocational and Technical Anatolian High School and Kozağaç Vocational and Technical Anatolian High School in 2018-2019 academic year. Data were collected in February 2019. SPSS package program was entered and analyzed.

In this study, a total of 382 students were reached, including 191 from Meram Şifa Hatun Vocational and Technical Anatolian High School and 191 from Kozağaç Vocational and Technical Anatolian High School. Average health literacy score (THL-32) of the students participating in the study was  $34.35 \pm 8.70$  and the average score of Risky Health Behaviors Scale (RHBS) was found as  $44.90 \pm 7.77$ . It was found that mean health risk behaviors score decreased as the mean health literacy score increased.

In order to reduce the risky health behaviors seen in adolescents, the level of health literacy needs to be increased.

**Keywords:** Adolescent; Behaviors; Health literacy; Risk

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Adölesan dönem, kişinin çocukluk döneminin bitmesiyle başlayan ve yetişkinliğe ulaşmaya kadar devam eden bir süreçtir (Chen ve ark. 2003). Dünya Sağlık Örgütü 10 ile 19 yaşlar arasını adölesan dönem olarak nitelendirilmekte ve Dünya nüfusunun yaklaşık olarak 1/6'sının adölesan dönemde olduğu belirtilmektedir (World Health Organization, WHO 2016B). Ülkemizde ise toplam nüfusun yaklaşık olarak % 15.7'sini adölesanlar oluşturmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK 2018). Adölesan dönemde fiziksel değişimin yanında psikolojik ve sosyal açıdan da bir değişim görülmektedir. Adölesan dönemdeki bu değişimler aynı zamanda hızlı bir şekilde gerçekleşmektedir (Geçkil ve Dündar 2011). Bu dönemde birey çocukluk dönemine göre daha bağımsız davranmaya başlar. Bireyin bu dönemde aldığı kararlar, sergilediği davranışlar ve çevresiyle ilişkileri onun sağlık ve gelişim durumu üzerinde belirleyici olmaktadır (Spear ve Kulbok 2001; Uludağlı ve Sayıl 2009). Adölesan dönemde birey bağımsızlık ve özgüven kazanım çabaları içinde bulunmaktadır bu durum adölesanlarda riskli sağlık davranışlarına neden olabilmektedir (Chen ve ark. 2003; Güler 2012; Geçkil ve Yıldız 2006). Adölesanlar sürekli yeni deneyimlerin peşinde koşarlar ve bu deneyimlerin sonuçlarını düşünmeden genelde riskli davranışlarda bulunurlar (Taşçı ve ark. 2005; Kürtüncü ve ark. 2015). Gençlerde en sık görülen riskli davranışlar arasında şiddet ve şiddete bağlı sorunlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, adölesan döneminde görülen gebelikler, alkol-tütün gibi bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı, dengesiz beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite gibi davranışlar bulunmaktadır (Aras ve ark. 2007; Chen ve ark. 2003; Güler 2012; Geçkil ve Yıldız 2006). Bu davranışlar Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, Gençlik Riskli Davranış İzlem Sistemi tarafından adölesan sağlığını tehdit eden öncelikli riskli davranışlar olarak belirtilmektedir (Centers for Disease Control and Prevention, CDC, 2018). Adölesan dönemde başlayan riskli sağlık davranışları gelecek dönemlerde kişinin yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir (Viner ve ark. 2012). Riskli sağlık davranışları bireyin yaşamını etkilediği gibi bir toplumun güvenliğini, sağlığını, huzur ve başarısını da etkileyecektir (Eaton ve ark. 2010; Balkaya 2001). Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin

sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırarak sağlığın daha iyiye götürülmesini amaçlamaktadır. Olumlu sağlık davranışları sağlığın geliştirilmesine katkı sağlarken olumsuz sağlık davranışları ise hastalıklara neden olmaktadır (Güler 2012). Toplumdaki bireylere çocukluk ya da gençlik çağında yapılacak müdahaleler ile olumlu sağlık davranışları kazandırılmaktadır. Olumlu sağlık davranışları sergileyen gençler ise yaşamları boyunca birçok hastalık ve sakatlık riskinden korunabilmektedir. Bu durum sağlığın geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (Geçkil ve Yıldız 2006). Güncel sağlık sistemi, toplumdaki bireylerden sağlığın korunması ve geliştirilmesi sürecinde aktif rol almalarını beklemektedir. Örneğin bireylerin sağlıkla ilgili konularda bilgi sahibi olmaları, kendi sağlıklarıyla ilgili kararlara katılmaları, haklarını ve sorumluluklarını bilmeleri gerekmektedir. Bireylerden bu beklentilerin karşılanabilmesinde sağlık okuryazarlığı önemli bir yere sahiptir (Akalin 2012; Fertman ve Allensworth 2012). Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını şu şekilde tanımlamıştır; sağlığı geliştirmek ve yaşam boyu sağlıklı kalmak için, bireylerin sağlık bilgisine ulaşım, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma yetenekleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal becerilerdir (World Health Organization, WHO 2013). Sağlık okuryazarlığı sadece okuma-yazma becerileri ile sınırlı bir kavram değildir. Sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme ve uygulama becerilerini de kapsamaktadır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireyler sağlıklı davranışlar geliştirebilir, sağlık hizmetlerinden uygun bir biçimde faydalanabilir, ilaçları ve evdeki tıbbi cihazları uygun bir biçimde kullanabilir ve hastalık yönetiminde uygun kararlar alabilir (Barret ve Puryear 2006).

Amerika'da 16 yaş ve üstü yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelenmiş ve %14'ünün temel düzeyin altında, %22'sinin temel düzeyde, %53'ünün orta düzeyde ve %12'sinin yetkin düzeyde olduğu bildirilmiştir. Aynı araştırmada 16-18 yaş aralığındaki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ise %11'inin temel düzeyin altında, %23'ünün temel düzeyde, %58'inin orta düzeyde ve %8'inin yetkin düzeyde olduğu bildirilmiştir (Kutner ve ark. 2006). Türkiye'de 2014 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU-47) ölçeği kullanılarak yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında Türk toplumunun %64.6'sının sorunlu ya da yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir. Bu bulgu Türk toplumun sadece üçte birinin mükemmel ya da yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Türk toplumunda mükemmel sağlık okuryazarlığı %7.6,



yeterli sağlık okuryazarlığı %27.8, sorunlu sağlık okuryazarlığı %40.1 ve yetersiz sağlık okuryazarlığı %24.5 iken Avrupa toplumlarında ise, mükemmel sağlık okuryazarlığı %16.5, yeterli sağlık okuryazarlığı %36,0 sorunlu sağlık okuryazarlığı %35.2 ve yetersiz sağlık okuryazarlığı %12.4 olarak bildirilmiştir (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014). Yetersiz sağlık okuryazarlığının ciddi sağlık sorunlarına yol ağtığı bilinmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin dūřuk olduğu toplumlarda koruyucu sağlık hizmetleri daha az kullanılmaktadır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerine ulaşma ve kullanma oranı azalmaktadır.Kronik hastalık gürölme oranı, hatalı ilađ kullanım oranı ve ölüm oranı ise artmaktadır (Temel ve Çimen 2017; Durusu Tanrıöver ve ark. 2014).

Yaşam biçimi ve davranışların şekillendiği adölesan dönemde sağlık okuryazarlığının riskli sağlık davranışlarında azalmaya sebep olacağı belirtilmiştir (Çınar ve ark.2018).

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Adölesan Dönem ve Özellikleri

Adölesan dönem çocukluk ve yetişkinlik arasında yer alan, bireyi yetişkinliğe hazırlayan bilgi, beceri ve tutumlarla birlikte fizyolojik değişikliklerin meydana geldiği bir dönemdir. Adölesan dönem kendine özgü sağlık ve gelişim ihtiyaçları olan yaşamın önemli bir gelişimsel dönemidir (Sarı ve ark. 2014; Sawyer ve ark. 2018). Dünya Sağlık Örgütü adölesan dönemi bireyin çocuk olmadığı fakat henüz yetişkinde sayılamayacağı oldukça önemli fiziksel değişikliklere ek sosyal beklenti ve algıların olduğu bir dönem olarak tanımlamaktadır (World Health Organization, WHO 2006). Dünya Sağlık Örgütü (2006)'ne göre adölesan dönem 10-19 yaşlarını, gençlik dönemi ise 15-24 yaşlarını kapsamaktadır. Ayrıca 10-24 yaş arasının genç insan olarak iki dönemi de kapsadığı ifade edilmektedir. Buna rağmen adölesan dönemin sabit bir zaman sürecinden ziyade bir aşama olduğu açıkça vurgulanmaktadır. Belirli bir yaş aralığı; genellikle evrensel olan biyolojik değişimlerin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması için, sosyokültürel çevreye göre değişen sosyal geçişlerden daha uygun olması gerekçesiyle adölesan dönemi tanımlamada en güvenilir yoldur. Fakat yine de bu gelişimsel dönemi tanımlamak için yaş aralığı tek başına yeterli değildir. Adölesan dönemde meydana gelen biyolojik değişikliklerin tümü 10 yaşında başlamaz ve 20 yaşında tamamen son bulmaz. Bazı önemli endokrin değişiklikler on yaşından önce başlar (örneğin, adrenal androjenlerin üretimi) ve adölesan dönemde meydana gelen bazı nörogelişimsel değişiklikler yirmili yılların başında da devam eder (Sawyer ve ark. 2012). Adölesan döneminin yaş aralığı ve tanımlanması değişen dünya düzeni içinde oldukça popüler, dinamik ve önemlidir. 10-24 yaş dönemini içine alacak bir adölesan tanımının ise bu dönemin özelliklerini daha iyi karşılayacağı düşünülmektedir (Sarı ve ark. 2014; Sawyer ve ark. 2018).

Adölesan dönem insan yaşamında kilit bir aşamayı ifade etmektedir. Bu dönem hızlı bir takım fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin yanında bireyin yetişkinlik dönemini de şekillendirmekte, iyi bir yetişkin sağlığının temelleri adölesan dönemde atılmaktadır (World Health Organization, WHO 2014).

## 2.2. Adölesan Dönemde Görülen Değişiklikler

Adölesan dönem yaş aralığı sınırlı olmasına rağmen bireyin geleceğini etkileyen fiziksel, sosyal, bilişsel ve psikolojik ciddi değişiklikleri de beraberinde getirmektedir. Adölesan dönemde meydana gelen bu önemli değişiklikler dönemsel özelliklere göre Tablo1, 2 ve 3’de gruplandırılmıştır (Sawyer ve ark. 2012; Spear2013; Parlaz ve ark. 2012).

**Tablo 1.** Erken Adölesan Dönemde Görülen Bazı Değişiklikler (Sawyer ve ark. 2012; Spear2013; Parlaz ve ark. 2012)

<i>Erken adölesan dönem (10-14 yaş)</i>		
<i>Fiziksel Gelişim</i>	<i>Bilişsel Gelişim</i>	<i>Sosyal ve Duygusal Gelişim</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vücut kıllarında büyüme</li><li>• Saç ve ciltte terleme ve yağ üretiminde artma</li><li>• Boy ve kiloda artış</li><li>• Meme dokuda artış (kızlarda)</li><li>• Menstrualsiklus başlangıcı (kızlarda)</li><li>• Testislerde ve peniste büyüme (erkeklerde)</li><li>• Seste kalınlaşma (erkeklerde)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soyut düşünce kapasitesinde artış</li><li>• Genellikle geleceğe yönelik ilgi yoktur, yaşadığı dönemle ilgilidir</li><li>• Entelektüel kapasitede artış</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Toplumdaki yerini ve kimliğini belirlemeye çalışma</li><li>• Vücudundaki değişiklikleri fark etme</li><li>• Ebeveynlerini beğenmeme ve onlarla çatışma yaşama</li><li>• Akran grubundan etkilenme</li><li>• Ani ruh hali değişimleri</li><li>• Bağımsız olma düşüncesi</li><li>• Stresli olduğunda çocukça davranabilme</li><li>• Karşı cinse ilgi duyma</li></ul>

**Tablo 2.** Geç Adölesan Dönemde Görölen Bazı Değişiklikler (Sawyer ve ark. 2012; Spear2013; Parlaz ve ark. 2012)

<i>Geç adölesan dönem (15-19 yaş)</i>		
<i>Fiziksel Gelişim</i>	<i>Bilişsel Gelişim</i>	<i>Sosyal ve Duygusal Gelişim</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fiziksel büyüme kızlar için yavaşlar ama erkekler için devam eder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soyut düşünce kapasitesinde artış devam eder</li> <li>Hedef belirlemeye başlar</li> <li>Hayatın anlamını düşünür</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Değişen vücuduna uyum sağlamaya çalışır</li> <li>Bağımsız olma isteği devam eder</li> <li>Ebeveynlerinden uzaklaşır</li> <li>Arkadaş çevresi artar ve popüler olmak önemlidir</li> <li>Arkadaş çevresine olan güven duygusu artar</li> <li>Cinselliğe karşı artan bir ilgi vardır</li> </ul>

**Tablo 3.** Genç Yetişkinlik Döneminde Görölen Bazı Değişiklikler (Sawyer ve ark. 2012; Spear2013; Parlaz ve ark. 2012)

<i>Genç yetişkinlik dönemi (19-24 yaş)</i>		
<i>Fiziksel Gelişim</i>	<i>Bilişsel Gelişim</i>	<i>Sosyal ve Duygusal Gelişim</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Genç kadınlar genellikle fiziksel olarak tamamen gelişir</li> <li>Genç erkeklerde boy, kilo, kas kütlesi ve vücut kılları artmaya devam eder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gelecek endişesi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Başkaları için endişelenebilme</li> <li>Kendine güven duygusunda ve bağımsızlığında artış</li> <li>Akran grubu bu evrede de önemli yer teşkil etmektedir.</li> <li>Daha ciddi ilişkiler kurma</li> </ul>

### 2.3. Adölesan Sağlığı ve Önemi

Adölesan dönemdeki bireyler bu dönemde yaşanan fiziksel, sosyal ve psikolojik değişimler nedeniyle pek çok problemle karşı karşıya kalmaktadır (Geçkil ve Yıldız 2006).Bu problemler adölesanlarda riskli davranışlara neden olmaktadır. Adölesan dönemindeki bireylerde en sık görülen riskli davranışlar arasında;

Kasıtsız yaralanmalara ve şiddete katkıda bulunan davranışlar (alkollü ya da ehliyetsiz araç kullanma, kask ya da emniyet kemeri takmama),

HİV enfeksiyonu gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve istenmeyen gebeliklere neden olan cinsel davranışlar (erken cinsel aktivite),

Alkol ve uyuşturucu madde kullanımı,

Tütün kullanımı,

Sağlıksız beslenme davranışları,

Yetersiz fiziksel aktivite,

yer almaktadır (Aras ve ark. 2007; Chen ve ark. 2003; Güler 2012; Geçkil ve Yıldız 2006; Yalaki ve ark. 2015; CentersforDisease Control andPrevention, CDC 2018).Bu davranışları Amerika Birleşik Devleti Gençlik Riskli Davranış Sürveyans Sistemi (YRBSS) tarafından adölesan sağlığını tehdit eden öncelikli riskli davranışlar olarak tanımlanmaktadır (CentersforDisease Control andPrevention, CDC 2018). Adölesan ölümlerine ise trafik kazaları, boğulma, HİV enfeksiyonu, solunum yolu enfeksiyonları, ishaller hastalıklar, kendi kendine zarar verme ve kişilerarası şiddet gibi faktörler neden olmaktadır. Dünyada ölüm oranı, 15-19 yaş grubundaki adölesanlar arasında 10-14 yaş grubundakilere göre daha yüksektir. Bölge bazında istatistiklere bakıldığında, Afrika ve Doğu Akdeniz'deki adölesanlar Avrupa ve Amerika'dakilere göre ölüme daha yatkındır. Her yıl Dünya'da 1.1 milyon adölesan yaşamını yitirmekte ve bu ölümlerin büyük çoğunluğu (416,000) Afrika kıtasında meydana gelmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. Yüzyılda Herkese Sağlık politikası kapsamında hastalıkların azaltılması, sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla 21 hedef belirlenmiştir. Bu hedefler arasında; sağlıkta hakkaniyet, gençlerin sağlığı, ruh

sağlığının geliştirilmesi, bulaşıcı-bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılması, şiddet ve kazalar nedeniyle oluşan yaralanmaların azaltılması, sağlıklı yaşam, alkol, ilaç ve tütüne bağlı zararın azaltılması, sağlıklı çevreler ve çok sektörlü sağlık sorumluluğu yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2007).Sağlıkla ilgili hedeflere ulaşmak için toplumdaki tüm bireylerin yaşamları boyunca sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi gerekmektedir.Toplumda görülen sağlık sorunlarının birçoğu adölesan dönemde edinilen sağlık davranışlarından kaynaklanmaktadır (Geçkil ve Yıldız 2006). Bu dönemde sergilenen riskli sağlık davranışları bireyin yaşamını etkilediği gibi toplumun güvenliğini, sağlığını, huzur ve başarısını da etkilemektedir (Eaton ve ark. 2010; Balkaya2001). Yetişkinliğe geçiş olan adölesan dönemde bireyler tarafından birçok davranış gibi sağlık davranışları da öğrenilir ve yaşama aktarılır (Viner ve ark. 2012). Olumlu sağlık davranışları sağlığın geliştirilmesine katkı sağlarken olumsuz sağlık davranışları ise sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Güler 2012). Ayrıca olumsuz sağlık davranışları ilerleyen dönemlerde de bireyin yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir (Viner ve ark. 2012). Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği hedeflerden genç insanların sağlığı, büyük önem arz etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2007).Günümüzde toplumun yaşadığı ölüm ve hastalığa neden olan faktörlerin önemli bir kısmının adölesan dönemde yapılan müdahalelerle kontrol altına alınabileceği görülmektedir (Geçkil ve Yıldız 2006). Bu nedenle adölesanlarda riskli davranışlar başlamadan, erken dönemlerde koruyucu önlemler alınmalıdır (Yalaki ve ark. 2015). Sağlıkla ilgili politikaların planlama ve uygulama aşamasına adölesan sağlığı ve sorunları dâhil edilmelidir (Geçkil ve Yıldız 2006). Sağlıklı bir toplum için genç insanlar sağlıklı olmalı, görev ve rollerini yerine getirmelidir. Genç insanlara doğru yaşam becerileri kazandırılmalı, genç insanların sağlıklı seçim yapma kapasiteleri artırılmalıdır. WHO ve UNICEF genç insanların yaşam kalitesini yükseltmek, ihtiyaçlarını karşılamak ve onlara destek olmak için çeşitli programlar yürütmektedir. Türkiye'de de bu amaçla Sağlık Bakanlığı tarafından ve Milli Eğitim Bakanlığı tarafından Adölesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi ve Okul Sağlığı Projesi gibi birçok çalışma yürütülmektedir. Genç insanlarda şiddet ve kazaların neden olduğu mortalite ve morbidite oranları azaltılmalıdır.Tütün, alkol gibi bağımlılık yapıcı ve sağlığa zararlı madde kullanan genç insanların oranı azaltılmalıdır. Ayrıca adölesan dönemde görülen gebeliklerin oranı azaltılmalıdır.Ancak bu koşulların gerçekleştirildiği bir toplumda sağlıklı genç

insanlar ve sağlıklı bir gelecek hedefleri gerçekleştirilebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2007).

Adölesan sağlığı ile ilgili ölkelerin, neyi, nasıl yapacaklarını planlamalarını sağlamak amacıyla 2017 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından Adölesan Sağlığı için Küresel Hızlandırılmış Eylem Rehberi (AA-HA) yayınlanmıştır. Bu rehbere göre yetişkinlik döneminde gelişen birçok hastalığın risklerinin adölesan dönemde başladığı ve her gün 3000 tane adölesanın önlenemez nedenlerle yaşamını yitirdiği belirtilmektedir.

#### **2.4. Adölesan Sağlığı İçin Yapılması Gereklİ Müdahaleler**

Pozitif gelişim sağlamak için sağlığı teşvik eden okullar geliştirilmelidir. Adölesanlara sağlık eğitimi verilerek kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk bilinci oluşturulmalıdır.

İstenmeyen yaralanmaların engellenmesi için güvenli araç kullanımı (emniyet kemeri, kask kullanma), alkol kullanma yaşı, trafiğin sakinleştirilmesi, ehliyet eğitim kanunları gibi konularda önlemler alınmalıdır.

şiddeti önlemek amacıyla kanunların güçlendirilmesi ve uygulanması, güvenli çevre geliştirilmesi ve şiddeti önlemeye yönelik yaşam becerileri kazandırılması gerekmektedir.

Cinsel ve üreme sağlığı için bu konuda eğitimler verilmeli, cinsel yolla bulaşan hastalıklar önlenmeli, teşhis ve tedavisi sağlanmalıdır.

Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için rutin aşılama yapılmalı, çocukluk ağı hastalıklarını önleme ve yönetme becerileri geliştirilmelidir.

Adölesanlara ruh sağlığı ve iyilik hali için psikososyal destek verilmelidir. Adölesanlarda intihar ve madde kullanımını önlemek amacıyla yapısal, çevresel ve toplumsal düzeyde müdahaleler yapılmalıdır (World Health Organization, WHO 2017).

## 2.5. Sağlık Okuryazarlığı

Okuryazarlık, en basit tanımıyla okuma, yazma, dinleme, anlama ve konuşma yeteneğidir. UNESCO okuryazarlığı “tanımlama, anlama, yorumlama ve yaratma yeteneği” olarak çok boyutlu bir şekilde tanımlamaktadır (World Health Organization, WHO 2013). Okuryazarlık düzeyinin düşük olması insanların bireysel, sosyal ve kültürel gelişimini sınırlandırmaktadır. Bu durum sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşmesine ve kişilerin sağlığının etkilenmesine neden olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011).

Dünya Sağlık Örgütü ile T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü" sağlık okuryazarlığını şu şekilde tanımlanmıştır; sağlığı geliştirmek ve yaşam boyu sağlıklı kalmak için, kişilerin sağlık bilgisine ulaşım, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma yetenekleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal becerilerdir (World Health Organization, WHO 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı 2011). Sağlık okuryazarlığı, kişisel sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek için kişisel alışkanlıkları ve yaşam şartlarını değiştirmektedir. İnsanların, sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma kapasitesini artıran sağlık okuryazarlığı aynı zamanda bu bilgileri etkin bir biçimde kullanmalarını da sağlar (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011).

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk olarak 1974 yılında Scott Simonds tarafından “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” adlı makalede kullanılmıştır. Simonds'ın bu terimi kullanımı, şu andaki kullanımdan çok farklıdır. Simonds, öğrencilerin sadece geleneksel müfredat derslerinde değil, aynı zamanda tıpkı tarih ve bilimde olduğu gibi sağlıkta da okuryazar olabileceğini savunmaktadır (Simonds 1974).

Amerikan Tıp Derneği sağlık okuryazarlığını, sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilebilmesi için okuma görevlerinin ve sayısal görevlerin yerine getirilebilme yeterliği olarak görmektedir. Bu yeterliğe sahip olan bireyler reçetelerde yer alan ilaçları, randevuları ve sağlıkla ilgili diğer materyalleri okuyup anlayabilir (The Journal of the American Medical Association, JAMA 1999).

ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı sağlık okuryazarlığını temel sağlık bilgisine ulaşmak ve sağlık hizmetlerinden yararlanırken uygun sağlık kararları vermek için, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiyi edinme, işleme ve anlama



kapasitesine sahip olma derecesi olarak tanımlamaktadır (U.S. Department of Health and Human Services, HHS 2000; Nielsen-Bohlman ve ark. 2004). Sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan çalışmaların çoğu, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile hastalar arasındaki iletişim, ilaç yönetimi ve bilgilendirilmiş onam gibi sağlık bağlamındaki problemlere ve çözümlere odaklanmıştır. Sağlık okuryazarlığı halk sağlığı için de büyük önem taşımaktadır. Bireyler, evlerinde ya da sosyal ortamlarda sağlıkla ilgili bilgi ve hizmetlere erişir ve karar alırlar. Bu nedenle halk için sağlık mesajları, hizmetleri ve programları tasarlanırken sağlık okuryazarlığının etkilerini göz önünde bulundurmamak önemlidir. Sağlık okuryazarlığını anlamak için, öncelikle okuryazarlıkla ilgili olduğunu anlamak önemlidir. Okuryazarlık, okuma, yazma, temel matematik, konuşma ve anlama becerileridir (Centers for Disease Control and Prevention, CDC 2009).

Sağlık okuryazarlığı bir halk sağlığı politikası olarak yalnız hastalık durumunda değil her durumda bireyin ve toplumun sağlığını korumayı ve geliştirmeyi hedeflemektedir. Aynı zamanda gelişen teknolojiyle birlikte bireyleri, teknolojinin getirdiği sağlık sistemlerine hazırlayıcı ve zorlu şartlara karşı güçlendirici bir kavram olarak da karşımıza çıkmaktadır (Baran Aksakal 2019). Sağlık okuryazarlığı okuma-yazmanın ötesinde anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini de kapsamaktadır (Barrett ve ark. 2006). Sağlık okuryazarlığı yalnızca broşürleri okumak ya da söylenenleri yapmaktan ibaret değildir. Sağlık okuryazarlığı, aynı zamanda insanların sağlık bilgisine erişim ve sağlık bilgisini aktif bir şekilde kullanım kapasitesini de artırmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011). Dolayısıyla yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireyler sağlıklı davranışlar geliştirebilir, sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanması gerektiğini bilir, aydınlatılmış onam formlarını anlar, hastalık yönetimi hakkında kararlar verir, evdeki tıbbi cihazları ve ilaçları doğru kullanır (Tözün ve Sözmen 2014; Barrett ve ark. 2006).

## **2.6. Sağlık Okuryazarlığının Önemi**

Gelişen sağlık sistemi, sağlık hizmetinden faydalanan bireylerden beklentisini giderek artırmaktadır. Bireylerden kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk almaları; sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmaları, bu bilgileri okuyup anlamaları ve uygulamaları istenmektedir (Yılmazel ve Çetinkaya 2016; Tözün ve Sözmen 2014). Toplumdaki

bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlayıp değerlendirdikten sonra kendileri ya da başkaları adına sağlıklı karar alabilmeleri için sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi gerekmektedir (Aslantekin ve Yumrutaş 2014). Toplum sağlığında belirleyici bir yeri olan sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi için ise sağlık düzeyi ve eşitsizlikleri, sağlık eğitimi, sağlık iletişimi gibi konuların yanında küreselleşme ve yoksulluk gibi konulara da yoğunlaşılması gerekmektedir (Baran Aksakal 2019). Sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında farklı yaş ve farklı gruplarda sağlık okuryazarlığı programının teşvik edilmesi stratejik yaklaşımın bir parçasıdır (Detels ve ark 2015).

Sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgiyi okuma ve anlama becerilerinin yanı sıra değerlendirme ve uygulama becerilerini de kapsamaktadır. Bu yüzden sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bireyler sağlıklı davranışlar geliştirebilmekte, sağlık sisteminden nasıl faydalanabileceğini bilmekte ve sağlıklarıyla ilgili doğru kararlar verebilmektedir (Yılmazel ve etinkaya 2016; opurlar ve Kartal 2016).

Ocak 2016'da yürürlüğe giren Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (Küresel Hedefler) yoksulluğu ortadan kaldırmak, dünyayı korumak ve herkesin barış ve refah içinde yaşamasını sağlamak için küresel eylem çağrısıdır. Sağlık okuryazarlığının Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerini gerçekleştirmede bir anahtar rolü olduğu bildirilmiştir (World HealthOrganization, WHO 2016A).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması sağlık profesyonelleri ile sağlık hizmeti alanlar arasındaki iletişimi güçlendirir ve sağlık hizmetinin kalitesini artırmaktadır (Tzn veSzmen 2014). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan bireylerin yetersiz ya da sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olanlara göre koruyucu sağlık hizmetlerini daha etkin kullandıkları, kronik hastalıkları ise daha iyi yönettikleri görülmektedir (World HealthOrganization, WHO 2013). Yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireyler, sağlıklı beslenmek için doğru bilgilere sahiptir ve doğru tercihler yapmaktadır (World HealthOrganization, WHO 2016A).Bu yüzden toplumdaki bireylerde sağlık okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığı düzeyi yükseltilerek obezite, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi sağlanabilir (Yıldırım ve Keser 2015). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olmasının mortalite ve kronik hastalık grlme oranlarında artışa neden olduğu belirtilmektedir (World HealthOrganization, WHO 2013; Yılmazel ve

Çetinkaya 2016). Çopurlar ve Kartal (2016)'a göre sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşmesi bireylerin hastanelerdeki yatış sürelerinin uzamasına, acil servise başvurma ve yararsız tetkik yaptırma oranlarının artmasına neden olmaktadır. Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığı ilaç kullanım hatalarına, yetersiz sağlık iletişimi becerilerine, sağlık hizmetlerine ulaşmada yetersizliğe neden olmaktadır (Fleary ve ark. 2018). Dünya sağlık örgütü raporunda, sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sigara içme gibi riskli sağlık seçimlerinde buldukları, daha fazla iş kazası geçirdikleri, diyabet, AIDS ve astım gibi kronik hastalıkların yönetiminde sorun yaşadıkları bildirilmiştir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük toplumlarda artmış morbidite ve erken ölüm görülmektedir (World Health Organization, WHO 2013). Bu nedenlerin tümü sağlık maliyetlerini arttırmaktadır (Yılmazel ve Çetinkaya 2016; Çopurlar ve Kartal 2016; Fleary ve ark. 2018).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini yaş, eğitim, kültür gibi faktörlerin etkilediği genellikle düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin, yaşlı yetişkinlerin ve göçmenlerin düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları belirtilmektedir (World Health Organization, WHO 2013). Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesini artırmak için benimsediği aktif yaşlanma yaklaşımı ancak sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseltilerek sağlanabilir. Yaşlıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesinin önünde fizyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyolojik açıdan birçok engel bulunmaktadır. Yaşlılara yönelik sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırıcı eğitimler belirlenirken bu engeller göz önünde bulundurulmalıdır (Yıldırım ve Keser 2015). Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi için sağlık sektörü ile birlikte eğitim sektörü, medya, sivil toplum kuruluşları gibi birçok sektörün çaba göstermesi gerekmektedir (Bilir 2014). Sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmek yaşam boyu devam eden bir süreçtir (World Health Organization, WHO 2013). Birçok ülkenin eğitim politikasında yaşam boyu öğrenme ilkesi yer almakta ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin bu ilke ile ilişkili olduğu da bilinmektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmek için örgün eğitimin yanı sıra aile içinde, akranları arasında, sosyal alanlarda ve medya aracılığıyla farklı eğitim fırsatları oluşturulmalıdır (Bilir 2014). Medya, çok sayıda kişiye ulaşabilme potansiyeline sahiptir. Medya kampanyaları ile sağlık sorunlarını önlemeye yönelik girişimlerde bulunulabilir. Sağlıkla ilgili konular medya aracılığıyla gündeme getirilebilir ya da vurgulanabilir. Bu nedenle sağlık eğitiminin desteklenmesinde medyadan etkin bir

şekilde faydalanılmalıdır (Önsüz 2017).Sağlık okuryazarlığının gelişmesi için ele alınması gereken konulardan biri de sağlık haberciliğidir. Sağlık haberciliği konusunda uzman kişilerce tarafsız ve doğru sağlık bilgiler topluma aktarılmalıdır. Böylece toplumun ve sağlık profesyonellerinin daha bilinçli davranmaları sağlanabilir. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte yaygınlaşan mobil sağlık uygulama yazılımları, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde birçok fayda sağlamaktadır. Mobil yazılımları kullanan bireylerin sağlıkla ilgili konularda farkındalığı artarken riskli sağlık davranışları azalmaktadır (Yıldırım ve Keser 2015). Ülkemizde sağlık okuryazarlığı sorunlu bir alan olarak görülmektedir. Sağlık profesyonellerinin, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hastaları tanıma konusunda güçlük çektikleri ve hastalarla iletişim esnasında bazı hatalı davranışlarda buldukları belirtilmektedir. Bu davranışlar sıklıkla tıbbi terimler kullanmak, hastaya alabileceğinden daha fazla bilgi vermeye çalışmak ve hastalara verilen bilgilerin anlaşılıp anlaşılmadığını doğrulamamaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2018).Sağlık okuryazarlığında en önemli noktalardan biri de iletişimdir. Sağlık profesyonelleri ve hedef kitle arasında iletişim etkili bir biçimde kullanıldığında olumlu sağlık davranışları geliştirilebilir. Bu yüzden sağlık eğitiminde hedef kitlenin beklenti ve gereksinimlerine uygun olarak iletişim araçları seçilmeli, anlaşılır yalın bir dil kullanılmalıdır. Hedef kitlenin mevcut durumu, eğitim düzeyi ve demografik özellikleri iyi irdelenmelidir (Yıldırım ve Keser 2015). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesinde toplumda yapılacak müdahalelere ek olarak sağlık profesyonelleri de sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylere yaklaşım konusunda eğitilmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2018).

Sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilebilmesi için sağlık okuryazarlığı düzeyi önemli bir role sahiptir. Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi için ise çocukluk dönemi ve adölesan dönem kritik öneme sahiptir. Okullar sağlık okuryazarlığı gelişimi için ana ortamlar olarak görülmektedir. Bu nedenle çocuk ya da adölesanlara okullarda sağlıkla ilgili verilen eğitimler büyük önem taşımaktadır (Okan ve ark. 2018).

## **2.7. Adölesan Dönemdeki Bireyler İçin Sağlık Okuryazarlığı**

Adölesan dönem,alışkanlıkların kazanıldığı, sağlıklı büyüme ve gelişmenin temellerinin atıldığı ilk bağımsız kararların verildiği önemli bir yaşam dönemidir (Ghaddarve ark. 2012; Çopurlar ve ark. 2017). Bu yüzden, adölesanları bu dönemde

doğru ve güvenilir sağlık bilgileriyle donatmak büyük önem taşıtmaktadır (Ghaddar ve ark. 2012; Ghanbari ve ark. 2016). Eğitim, gençlerin erken yaşta sağlıklı davranışlar oluşturmasında ve bu davranışları yaşam boyu sürdürmede eşsiz bir potansiyele sahiptir (World HealthOrganization, WHO 2016A).Adölesan dönemde edinilen doğru ve güvenilir bilgiler bireyin ömür boyu sağlıklı davranışlar geliştirmesini ve kendi sağlığıyla ilgili doğru kararlar almasını sağlamaktadır (Ghaddar ve ark. 2012; Ghanbari ve ark. 2016). Örneğin akran eğitim yoluyla adölesan kızların cinsel sağlık ve üreme sağlığıyla ilgili bilgilere erişimleri kendilerini HIV'den, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan ve istenmeyen gebeliklerden korumalarını sağlamaktadır (World HealthOrganization, WHO 2016A).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak amacıyla kullanılan başlıca bilgiye erişim kaynakları sağlık profesyonelleri, tıp ve sağlıkla ilgili kitaplar ve dergiler, kitle iletişim araçları ve internettir (Tzn veSzmen 2014). Bilgiye erişim, iletişim teknolojisi ve internet, sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltme çabalarının merkezinde yer almaktadır (World HealthOrganization, WHO 2016A). 21. yüzyılda adölesanlar sağlıkla ilgili bilgileri sıklıkla internet üzerinden elde etmektedir (Ghaddar ve ark. 2012). İnternet zerindeki sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarının gün geçtikçe artıyor olması adölesanların edindikleri bilgilerin geçerliliğinin sorgulanmasını gündeme getirmektedir. Adölesanların sınırlı arama yetenekleri ve düşük sağlık okuryazarlığı becerileri kaliteli bilgiler bulmasını ve anlamasını zorlaştırmaktadır (Ghanbari ve ark. 2016). Adolesanlar interneti sıklıkla kullanmalarına rağmen online sağlık bilgilerini kullanmada ve anlamada zorluk yaşamaktadırlar. Ayrıca adölesanların internette güvenli gezinmelere ihtiyaçları vardır. Aksi takdirde internetteki yanlış, kalitesiz ya da yanıltıcı bilgiler büyük sorunlara yol açabilmektedir (ınar ve ark. 2018).

Sukys ve ark. (2017) tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı leği (HLS-EU) kullanılarak sağlık eğitimi alan genç yetişkinler üzerinde (18-24 yaş) yapılan bir çalışmaya 912 ğrenci katılmış ve çalışmaya katılan erkek öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin kız öğrencilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin %6.9'unun yetersiz, %26.2'sinin sınırlı, %43.5'inin yeterli ve %23.5'inin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bir başka çalışma da Güney Teksas'ta lise öğrencilerine online olarak

yapılmış, çalışmaya katılan 261 öğrencinin %11.1'inin yetersiz, %36.8'inin sınırlı ve % 52.1'inin yeterli sağlık seviyesine sahip olduğu görülmüştür (Ghaddar ve ark. 2012). Ergün (2017), hemşirelik ve ebellek bölümünde eğitim gören 718 öğrenci ile yaptığı çalışmada çalışmaya katılanların %5.9'unun yetersiz, %34'ünün sınırlı, %27'sinin yeterli ve %13.1'inin ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Ortaöğretim öğrencileri üzerinde yapılan bir sağlık okuryazarlığı çalışmasında öğrencilerin büyük bir bölümünün sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada sağlık bilgisi ve biyoloji ders kitaplarında sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirecek uygulamaya yönelik bilgilerin olmadığı ifade edilmiştir (Sönmez 2015). Adölesanlarda beslenme okuryazarlığı durumunun incelendiği bir çalışmada ise beslenme okuryazarlığının düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir. Ayrıca sağlıklı beslenme ile bilgilerin eksik olduğu görülmüştür. Bu nedenle adölesanlararasık aralıklarla beslenme ile ilgili eğitimler verilmelidir (Ayer 2018).Dünya Sağlık Örgütü adölesan sağlığını güçlendirme programının önemli bir parçası olarak sağlık okuryazarlığını ele alınmış ve sağlığı iyileştirmede stratejik bir konuma yerleştirmiştir (World HealthOrganization, WHO 2018).

## **2.8. Türkiye'de ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri**

Amerika'da 16 yaş ve üstü yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelenmiş ve %14'ünün yetersiz, %22'sinin temel, %53'ünün orta ve %12'sinin de yetkin düzeyleresahip olduğu bildirilmiştir. Aynı araştırmada 16-18 yaş aralığındaki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ise %11'inin temel düzeyin altında, %23'ünün temel düzeyde, %58'inin orta düzeyde ve %8'inin yetkin düzeyde olduğu bildirilmiştir (Kutner ve ark. 2006).

Türkiye'de 2014 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU-47) ölçeği kullanılarak yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında Türk toplumunun %64.6'sının sorunlu (yetersiz) sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (Tablo 4).Bu bulgu sağlık okuryazarlığı açısından Türk toplumun sadece üçte birinin mükemmel ya da yeterli olduğunu göstermektedir (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014). Türk toplumunda mükemmel sağlık okuryazarlığı %7.6,

yeterli sağlık okuryazarlığı %27.8, sorunlu sağlık okuryazarlığı %40.1 ve yetersiz sağlık okuryazarlığı %24.5 iken Avrupa toplumlarında ise, mükemmel sağlık okuryazarlığı %16.5, yeterli sağlık okuryazarlığı %36.0 sorunlu sağlık okuryazarlığı %35.2 ve yetersiz sağlık okuryazarlığı %12.4 olarak bildirilmiştir(Tablo4, Tablo 5)(Durusu Tanrıöver ve ark. 2014; Sørensen ve ark. 2015).

**Tablo 4.**Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014)

Ülke	<i>Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi</i>			
	<i>Yetersiz</i>	<i>Sınırlı</i>	<i>Yeterli</i>	<i>Mükemmel</i>
<b>Türkiye</b>	24.5%	40.1%	27.8%	7.6%

**Tablo 5.**Avrupa Ülkelerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Sørensen ve ark. 2015)

Ülke	<i>Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi</i>			
	<i>Yetersiz</i>	<i>Sınırlı</i>	<i>Yeterli</i>	<i>Mükemmel</i>
<b>Avusturya</b>	18.2%	38.2%	33.7%	9.9%
<b>Bulgaristan</b>	26.9%	35.2%	26.6%	11.3%
<b>Almanya</b>	11.0%	35.3%	34.1%	19.6%
<b>Yunanistan</b>	13.9%	30.9%	39.6%	15.6%
<b>İrlanda</b>	10.3%	29.7%	38.7%	21.3%
<b>Hollanda</b>	1.8%	26.9%	46.3%	25.1%
<b>Polonya</b>	10.2%	34.4%	35.9%	19.5%
<b>İspanya</b>	7.5%	50.8%	32.6%	9.1%
<b>Toplam</b>	12.4%	35.2%	36.0%	16.5%

Okyay ve ark. (2016) tarafından Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılarak yapılan çalışmada; katılımcıların %27.2’sinin yetersiz, %42.2’sinin sınırlı, %24.8’inin yeterli ve % 5.8’inin mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu belirtilmiştir. Ayrıca kadınların erkeklere göre, gençlerin yaşlılara göre, eğitim durumu iyi olanların kötü olanlara göre daha yüksek sağlık okuryazarlığı puanına sahip olduğu belirlenmiştir (Okyay ve ark. 2016). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasının sebepleri arasında değiştirilemeyen bir

faktör olan yaş ile birlikte, değiştirilmesi mümkün olan eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey ön planda yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunumunun kalitesini artırmak için, toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek gerekmektedir. Böylece her bireyin sağlıkla ilgili bilgileri anlaması ve faydalanacağı sağlık hizmetinin karar sürecinde aktif rol alması sağlanabilir (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014).Eğitim seviyesi ile sağlık okuryazarlığı seviyesi arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. Eğitim seviyesi düşük olan bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesi daha düşük olmasına karşı bu bireylerin hastalanma, hastanede tedavi görme ve başarısız tedavi görme oranları daha yüksektir (Öztaş ve ark. 2016).

Öztaş ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin aciliyet kavramınınne olduğunu algılayamadığı belirtilmiştir. Bu durum da gereksiz acil başvurularında artışa ve mükerrer acil başvurulara neden olmaktadır. Çatı ve ark. (2018) tarafından yapılan sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyetine etkisinin incelediği çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe hasta memnuniyetinin düştüğü belirtilmektedir. Bu çalışmada acil sağlık bilgilerine erişme faktörü hasta memnuniyeti üzerinde en etkili faktördür. Bu faktörü sırasıyla: sağlık haberlerinin doğru olup olmadığını değerlendirme, kendi sağlık durumu hakkında yargıya varma, sosyal medyada yer alan sağlıkla ilgili haberleri anlama, sağlıklı olmaya önem verme faktörleri takip etmektedir. Sağlık okuryazarlığı yükseldikçe hasta memnuniyetinin sağlanması için sağlık işletmelerinin bir takım girişimlerde bulunması gerekmektedir (Çatı ve ark. 2018).

Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisinin incelendiği bir çalışmada; sağlık okuryazarlığı ile sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyutları arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıkla ilgili bilgi edinme ve sağlıkla ilgili sorunlarını halletme ve sağlığı geliştirmeye yönelik tutum ve davranış sergilemelerinde daha aktif olduklarını göstermektedir (Sezer 2012).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık bilincini geliştirmek ve sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek için önerileri:

-Sağlık okuryazarlığı eğitimine erken çocuklukta başlanmalıdır.



-Okul eğitim programlarında, ders içi ve ders dışı etkinliklerde sağlığın geliştirilmesi kavramına yer verilmelidir.

-Yetişkin eğitimlerinde olası engellerle başa çıkma yolları geliştirilmelidir.

-Eğitim alacak bireylerin ilgileri ve kapasiteleri doğrultusunda çok yönlü planlar hazırlanmalıdır.

-Katılımcıların aktif olduğu eğitim yöntemleri kullanılmalıdır.

-Sağlıklı olmak ve sağlığı sürdürmek için yeni yöntemler keşfedilmelidir (Kutner ark. 2006).

T.C. Sağlık Bakanlığı (2018)'nin yaptığı çalışmaya göre "Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik çalışmalar sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirir" , "Yetersiz sağlık okuryazarlığı önemli bir halk sağlığı sorunudur" ve "Sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmeye yönelik programlar geliştirilmelidir." önermelerine aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının büyük çoğunluğunun katıldığı belirtilmiştir. Ayrıca birinci basamak çalışanları, medyada yer alan sağlık bilgilendirmelerinin hastaları yanlış yönlendirmesini yetersiz sağlık okuryazarlığı olan hastalarla sağlıklı iletişim kurmanın önündeki en büyük engel olarak bildirmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2018).Bu nedenle sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi için oluşturulacak politikalarda toplumun kültürel alt yapısı, sağlık sistemi ve eğitim sistemini içine alacak çok boyutlu ve çok paydaşlı bir yaklaşım gerekmektedir (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014).

T.C. Sağlık Bakanlığı (2018)'nin yaptığı çalışmada aile sağlığı merkezine başvuranların yaklaşık olarak %50'si ilaçların komplikasyonları ile ilgili yeterli açıklama almadıklarını belirtmiştir. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu ise çalışanların görüşme esnasında açıklamalarını yaparken resim, şekil, grafik, video gibi görsel araçlar kullanmadıklarını, broşür gibi bilgilendirici araçlar da vermediklerini belirtmişlerdir. Bireylerin sağlıkla ilgili eriştiği tüm materyallerin içeriği güvenilir olmalı ve kolay bir şekilde anlaşılmalıdır. Ayrıca sağlıkla ilgili bilgilerin ve sunulan sağlık hizmetlerinin planlanma, uygulanma ve değerlendirilme aşamalarında bireyler sürece katılmalıdır (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014).Filiz (2015)'e göre sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak için bazı gruplar ve toplumun sağlık hizmetlerinden yararlandığı dönemlerbirer fırsat olarak görülmelidir. Örneğin

gebelik dönemi kadınların sağlık hizmetlerinden en sık faydalandıkları, sağlıkla ilgili bilgileri öğrenmeye açık oldukları bir dönemdir. Sağlık profesyonelleri tarafından bu dönemlerde bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmeye yönelik eğitimler verilmelidir (Filiz 2015). Toplum sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesinde kadınlar önemli bir konuma sahiptir. Kadının sağlık okuryazarlığı gebelikten önce, gebelikte ve gebelikten sonra doğrudan çocuğunun sağlığını etkilemektedir (Avcı 2013). Ayrıca kadınların sağlık okuryazarlığı seviyelerinin geliştirilmesi hem kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk almalarını sağlayacak hem de aile ve toplum sağlığını olumlu bir şekilde etkileyecektir (Yıldırım ve Keser 2015). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe bireylerin, sağlıklarıyla ilgili bilgi edinme ve sağlık sorunlarını çözmek için harekete geçme olasılığı da artacaktır. Çünkü sağlık okuryazarlığı düzeyi bireylerin sağlık algısını etkilemektedir (Filiz 2015).

Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesinde müdahale alanı olarak sağlık sistemleri, eğitim sistemleri, kültür ve toplum yer almaktadır. Bu müdahale alanlarında yapılan çalışmalar sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmeyi sağlayacaktır (Yıldırım ve Keser 2015). Eğitim alanında yapılan müdahaleler ile sağlık 12 yıllık temel eğitimin bir parçası haline getirilmelidir (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014). Ayrıca sağlıkla ilgili tüm fakültelerin müfredatlarına “Sağlık İletişimi” dersi eklenmelidir. Böylece sağlık sektöründe yer alan tüm paydaşlar tarafından sağlığın sürdürülmesi, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi gibi konular bilinçli bir şekilde değerlendirilebilecektir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi başta sağlık alanında olmak üzere sosyal ve ekonomik alanda da önemli katkılar sağlayacaktır (Yıldırım ve Keser 2015).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Adölesanlarda sağlık okuryazarlığının riskli sağlık davranışları üzerindeki etkisini değerlendirmek için yapılan çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler**

Araştırma Konya ilinde yer alan Şifa Hatun Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ile Kozagaç Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde yapıldı.

2014-2015 eğitim-öğretim yılında hizmet vermeye başlayan Şifa Hatun Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Konya ili Meram İlçesi'nde yer almaktadır. 2018-2019 eğitim-öğretim yılı itibari ile 594 öğrencinin eğitim gördüğü okulda sağlık hizmetleri alanı içerisinde hemşire yardımcılığı, ebe yardımcılığı ve sağlık bakım teknisyenliği dalları bulunmaktadır.

2012-2013 eğitim-öğretim yılında hizmet vermeye başlayan Kozagaç Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Konya ili Meram İlçesi'nde yer almaktadır. 2018-2019 eğitim- öğretim yılı itibari ile 512 öğrencinin eğitim gördüğü okulda makine teknolojisi alanı, elektrik-elektronik teknolojisi alanı, raylı sistemler teknolojisi alanı ve itfaiyecilik ve yangın güvenliği alanları bulunmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Konya ilinde yer alan Şifa Hatun Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ve Kozagaç Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde öğrenim görmekte olan 15 yaş ve üstü öğrenciler çalışmanın evrenini oluşturmaktadır.

#### **3.4. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örnekleme şu şekilde hesaplandı: Muslu ve Aygün (2017)'ün yaptığı "Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" adlı çalışmada Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin ortalaması (X) 58.92 standart sapması (SS) ise 6.63 olarak belirlenmiştir. Bu ortalama ve standart sapmaya göre; Gpower 3.1.9.2 programı ile iki yönlü olarak %5 hata, %90 güç ve %5 örnek büyüklüğü 191 kişi, 2 okulda toplamda 382 kişi olarak belirlendi. Örneklem seçiminde Meram Şifa Hatun MTAL'nde eğitim görmekte olan toplam 594 öğrencinin %32.15'i olan 191 öğrenciye ve Kozagaç MTAL'nde eğitim

görmekte olan toplam 512 öğrencinin %37.30'u olan 191 öğrenciye ulaşıldı. Örneklem seçiminde basit rastgele örneklem seçim yöntemi kullanıldı.

### **3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri**

Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

15 yaş üstü olmak.

Meram Şifa Hatun Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ya da Koz ağaç Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde öğrenim görmeye devam etmek.

### **3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

12. sınıf öğrencileri işletmelerde beceri eğitimine çıktıklarından dolayı araştırmaya dahil edilmedi.

15 yaş altı öğrenciler çalışmaya dahil edilmedi.

Velisi çalışma izni vermeyen öğrenciler çalışmaya dahil edilmedi.

### **3.7. Araştırma Zamanı**

Araştırma 2018 yılı Ekim ayında planlandı. Gerekli literatür taraması yapılarak, çalışmada kullanılacak anket formları belirlendi. Aralık 2018'de etik kurul izni, Ocak 2019'da kurum izni alındı. Araştırmanın veri toplama kısmı, 2019 yılının Şubat ayında gerçekleştirildi.

### **3.8. Araştırma Soruları**

Sağlık okuryazarlığı riskli sağlık davranışlarını etkilemekte midir?

Sosyodemografik özellikler riskli sağlık davranışlarını etkilemekte midir?

Sosyodemografik özellikler sağlık okuryazarlığını etkilemekte midir?

Sağlık okuryazarlığı ile riskli sağlık davranışları arasında ilişki var mıdır?

Sağlık hizmetleri alanı ve diğer alanlarda sağlık okuryazarlığı farklı mıdır?

### **3.9. Veri Toplama Araçları**

Veriler araştırmacı tarafından Türkiye Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği (Ek 3), Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (Ek 2) ve literatüre dayalı olarak hazırlanan anket

formu (Ek 1) kullanılarak toplandı. Anket formundasonyodemografik özellikleri sorgulayan yaş, cinsiyet, okul, kaçınıcı sınıf, maddi durum, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, aile tipi, alan ve kronik hastalığa sahip olma durumu soruları bulunmaktaydı.

### **3.9.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği**

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY) Ölçeği Okyay ve ark. (2016) tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU) Çalışması Kavramsal Çerçevesi (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) temel alınarak geliştirilmiştir. TSOY Ölçeği 32 madden oluşmaktadır. Orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyuttan oluşmuştur. Bu boyutlarda 2X4'luk bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet-Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı (Cronbach Alfa); 0.927 olarak saptanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığı dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) puan: Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) puan: Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır (Okyay ve ark. 2016) (Ek 1).

### **3.9.2. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği**

Ölçek, Çimen (2003) tarafından 15-18 yaş grubu liseli gençlerin riskli sağlık davranışları düzeyini belirlemek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri

0,86'dır. 35 maddeden oluşan Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin Psikososyal, Beslenme, Fiziksel Aktivite, Hijyen ve Madde Kullanımı olmak üzere 5 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten elde edilecek puan 20-100 arasındadır. 20 puan; sağlık davranışları yönünden riskin olmadığını, 100 puan ise riskin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Çimen 2003) (Ek 2).

### **3.10. Araştırmanın Etik Boyutu**

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırma Etik Kurulu'ndan izin alındı. Meram Şifa Hatun Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ve Kozagaç Mesleki Teknik Anadolu Lisesinin bağlı bulunduğu Konya İl Milli Eğitim Müdürlüğünden çalışma izni alındı. Ayrıca çalışmanın amacı açıklanıp çalışmaya katılan öğrencilerin velilerinden yazılı onam alındı (Ek 4)

### **3.11. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi**

Verilerin analizinde SPSS16.01 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistik olarak ortalama±standart sapma, ortance ve yüzde dağılım kullanıldı. Kategorik verilerin analizinde Ki-kare Testi, ölçeklerin karşılaştırmasında normallik durumuna göre 2 gruptan oluşan karşılaştırmalarda T Testi ve Mann Whitney-U Testi kullanıldı. 3 ve üzeri gruptan oluşan karşılaştırmalarda normal dağılımlarda One Way Anova Testi, normal dağılmayanlarda Kruskal-Wallis Testi Post-hoc olarak bonferroni düzeltmeli Mann Whitney-U Testi kullanıldı. Ölçeklerin ilişkisini değerlendirmek için normal dağılımlarda Pearson, normal dağılmayanlarda Spearman korelasyon analizi kullanıldı.  $p < 0,05$  istatistiki olarak anlamlı kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmada Meram Şifa Hatun MTAL'nde eğitim görmekte olan toplam 594 öğrencinin %32.15'i olan 191 öğrenciye ve KozağaçMTAL'nde eğitim görmekte olan toplam 512 öğrencinin %37.30'u olan 191 öğrenciye ulaşıldı. Çalışmaya katılan toplam 382 öğrencinin % 66.2'sinin erkek, %33.8'inin kız öğrenci olduğu tespit edildi. Yaş ortalaması  $16\pm 0.76$  olarak bulunan öğrencilerin %46.9'unun 10. sınıfta, %30.9'unun 9. sınıfta, %22.2'sinin de 11. sınıfta okuduğu belirlendi. Meram Şifa Hatun MTAL'nden çalışmaya katılan öğrencilerin %61.7'si kız öğrenci iken KozağaçMTAL'nden çalışmaya katılan öğrencilerden %5.7'si kız öğrenciydi. 16 yaşındaki öğrencilerin oranı hem Meram Şifa Hatun MTAL'de (%54.4) hem de KozağaçMTAL'nde (%45.0) en yüksekti. Meram Şifa Hatun MTAL'nde 10. sınıfların oranı %53.4 iken KozağaçMTAL'nde %40.3'tü. Öğrencilerin %40.8'i sağlık hizmetleri alanında, %10.2'si makine teknolojisi alanında, %6.5'i elektrik-elektronik teknolojisi alanında, %6.3'ü raylı sistemler alanında ve %5.2'si itfaiyecilik ve yangın alanında okuduğu tespit edildi. Öğrencilerin %72.3'ünün maddi durumunun orta düzey olduğu ve %90.3'ünün herhangi bir kronik hastalığı bulunmadığı belirlendi. Öğrencilerin annelerinin %58.6'sı ve babalarının %45.5'inin ilköğretim mezunu olduğu belirlendi. Öğrencilerin %82.7'sinin çekirdek aileye sahip olduğu tespit edildi (Tablo 6).

**Tablo 6.**Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri (Meram, 2019)

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	129	33.8
Erkek	253	66.2
<b>Okul</b>		
Meram Şifa Hatun MTAL	191	50.0
Kozağaç MTAL	191	50.0
<b>Sınıfınız</b>		
9. sınıf	118	30.9
10. sınıf	179	46.9
11. sınıf	85	22.2
<b>Maddi durum</b>		
Kötü	15	3.9
Orta	276	72.3
İyi	91	23.8
<b>Anne eğitim durumu</b>		
İlköğretim	224	58.6
Ortaöğretim	139	36.4
Lisans ve üzeri	19	5.0
<b>Baba eğitim durumu</b>		
İlköğretim	174	45.5
Ortaöğretim	145	38.0
Lisans ve üzeri	63	16.5
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	316	82.7
Geniş aile	66	17.3
<b>Eğitim aldığı alan</b>		
Sağlık hizmetleri	156	40.8
Makine teknolojisi	39	10.2
Elektrik-elektronik teknolojisi	25	6.5
Raylı sistemler	24	6.3
İtfaiyecilik ve yangın	20	5.2
Alanı yok	118	30.9
<b>Kronik hastalık durumu</b>		
Evet	37	9.7
Hayır	345	90.3



#### **4.2. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) İndeks Puan Ortalamaları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi**

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılarak yapılan değerlendirmede TSOY-32 genel sağlık okuryazarlığı puanı ortalaması  $34.35 \pm 8.70$  olarak bulundu. “Tedavi ve hizmet” boyutunun puan ortalaması  $35.21 \pm 8.89$  ile ölçeğin genel puan ortalamasından yüksekken, “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” boyutunun puan ortalaması  $33.35 \pm 9.92$  ve ölçeğin genel puan ortalamasından düşüktü. “Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma” boyutunun puan ortalaması  $35.46 \pm 9.52$  ile en yüksek, “sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” boyutunun puan ortalaması  $32.97 \pm 9.41$  en düşüktü.

Çalışmaya katılan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı kategorik olarak değerlendirildiğinde %41.4’ünün yetersiz veya sınırlı, %58.4’ ünün yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorilerine sahip olduğu tespit edildi. Tedavi ve hizmet boyutunda çalışma grubunun %62.1’i “yeterli” veya “mükemmel” sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipken bu durum hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunda %50.8 idi (Tablo 7).

**Tablo 7.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin TSOY-32 İndeks Puan Ortalamaları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Meram, 2019)

<b>Boyut</b>	<b>Puan</b> (Ortalama±SS)	<b>Yetersiz</b> <b>n (%)</b>	<b>Sınırlı</b> <b>n (%)</b>	<b>Yeterli</b> <b>n (%)</b>	<b>Mükemmel</b> <b>n (%)</b>
<b>Genel</b>	34.35±8.70	50 (13.1)	108 (28.3)	146 (38.2)	77 (20.2)
<b>Tedavi ve hizmet</b>	35.21±8.89	48 (12.6)	96 (25.1)	142 (37.2)	95 (24.9)
Bilgiye ulaşma	37.10±10.23	55 (14.4)	39 (10.2)	174 (45.2)	112 (29.3)
Bilgiyi anlama	33.85±10.73	81 (21.2)	55 (14.4)	162 (42.4)	79 (20.7)
Bilgiyi değerlendirme	32.61±10.28	100 (26.2)	56 (14.7)	157 (41.1)	62 (16.2)
Bilgiyi kullanma/uygulama	37.54±10.24	60 (15.7)	24 (6.3)	169 (44.2)	126 (33.0)
<b>Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi</b>	33.35±9.92	86 (22.5)	97 (25.4)	113 (29.6)	81 (21.2)
Bilgiye ulaşma	33.91±11.39	95 (24.9)	31 (8.1)	159 (41.6)	87 (22.8)
Bilgiyi anlama	33.67±11.08	96 (25.1)	47 (12.3)	151 (39.5)	81 (21.2)
Bilgiyi değerlendirme	33.29±11.18	102 (26.7)	56 (14.7)	132 (34.6)	82 (21.5)
Bilgiyi kullanma/uygulama	32.50±11.97	123 (32.2)	40 (10.5)	130 (34.0)	83 (21.7)
<b>Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma</b>	35.46±9.52	60 (15.7)	63 (16.5)	162 (42.4)	95 (24.9)
<b>Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama</b>	33.71±9.65	76 (19.9)	85 (22.3)	144 (37.7)	74 (19.4)
<b>Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme</b>	32.97±9.41	83 (21.7)	89 (23.3)	139 (36.4)	139 (36.4)
<b>Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama</b>	35.07±9.57	64 (16.8)	82 (21.5)	146 (38.2)	87 (22.8)

#### 4.3. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Çalışmaya katılan öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) puan ortalaması 44.90±7.77 olarak bulundu. Alt boyutlardan sağlık davranışlarına ilişkin en yüksek risk puan ortalamasının fiziksel aktivite boyutundan alındığı, bunu sırası ile beslenme, psikososyal, hijyen ve madde kullanımına ilişkin alt boyutların izlediği tespit edildi (Tablo 8).

**Tablo 8.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin RSDÖ Puan Ortalamaları (Meram, 2019)

<b>Boyut</b>	<b>Puan</b> <b>(Ortalama±SS)</b>
<b>Genel</b>	44.90±7.77
<b>Psikososyal</b>	48.53±13.08
<b>Beslenme</b>	52.78±9.51
<b>Fiziksel aktivite</b>	54.67±16.38
<b>Hijyen</b>	40.60±13.71
<b>Madde Kullanımı</b>	31.15±16.77

#### **4.4. Sağlık Okuryazarlığı Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırması**

##### **4.4.1. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamalarının Karşılaştırması**

TSOY-32 genel indeks puan ortalaması kız öğrencilerde 35.72±7.35 ve erkek öğrencilerde 33.65 ±9.24 olarak tespit edildi. Kız öğrencilerin genel indeks puan ortalaması erkek öğrencilerden anlamlı olarak yüksekti (p=0.018).

TSOY-32 boyutlarından hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlamada TSOY-32 puan ortalamaları kız öğrencilerde anlamlı olarak erkek öğrencilerden yüksekti (p değeri sırasıyla 0.030, 0.005, 0.010). TSOY-32 boyutlarından tedavi ve hizmet, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi uygulamada kız öğrencilerin puan ortalamalarının erkek öğrencilerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu tespit edilse de cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p değeri sırasıyla 0.143, 0.315, 0.426).

Tedavi ve hizmet boyutunun alt bileşenlerinden bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanmada TSOY-32 puan ortalamaları kız öğrencilerde yüksek olsa da cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık yoktu (p değeri sırasıyla 0.064, 0.063, 0.661, 0.337).

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunun alt bileşenlerinden bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlamada TSOY-32 puan ortalamaları kız öğrencilerde anlamlı olarak erkek öğrencilerden yüksekti (p değeri sırasıyla 0.002, 0.011). Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunun bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma bileşenlerinde TSOY-32 puan ortalamaları kız öğrencilerde yüksek olsa da cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık yoktu (p değeri sırasıyla 0.315, 0.426) (Tablo 9).



**Tablo 9.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamaları (Meram, 2019)

Boyut	Cinsiyet	İndeks TSOY-32 Puan		
		Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (min-max)	p değeri
<b>Genel</b>	Kız	35.72 $\pm$ 7.35	35.41 (17.78-50.00)	<b>0.018</b>
	Erkek	33.65 $\pm$ 9.24	33.59 (0.00-50.00)	
<b>Tedavi ve hizmet</b>	Kız	36.43 $\pm$ 7.34	36.45 (16.67-50.00)	0.143
	Erkek	34.59 $\pm$ 9.54	34.72 (0.00-50.00)	
Bilgiye ulaşma	Kız	38.73 $\pm$ 8.78	41.66 (8.33-50.00)	0.064
	Erkek	36.27 $\pm$ 10.83	37.50 (0.00-50.00)	
Bilgiyi anlama	Kız	35.44 $\pm$ 9.71	33.33 (0.00-50.00)	0.063
	Erkek	33.03 $\pm$ 11.15	33.33 (0.00-50.00)	
Bilgiyi değerlendirme	Kız	32.83 $\pm$ 9.28	33.33 (0.00-50.00)	0.661
	Erkek	32.50 $\pm$ 10.78	33.33 (0.00-50.00)	
Bilgiyi kullanma/uygulama	Kız	38.79 $\pm$ 8.13	37.50 (12.50-50.00)	0.337
	Erkek	36.90 $\pm$ 11.13	37.50 (0.00-50.00)	
<b>Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi</b>	Kız	35.02 $\pm$ 8.68	33.33 (14.58-50.00)	<b>0.030</b>
	Erkek	32.47 $\pm$ 10.42	32.29 (0.00-50.00)	
Bilgiye ulaşma	Kız	36.76 $\pm$ 9.57	33.33 (8.33-50.00)	<b>0.002</b>
	Erkek	32.45 $\pm$ 11.97	33.33 (0.00-50.00)	
Bilgiyi anlama	Kız	35.90 $\pm$ 9.30	33.33 (8.33-50.00)	<b>0.011</b>
	Erkek	32.51 $\pm$ 11.74	33.33 (0.00-50.00)	
Bilgiyi değerlendirme	Kız	34,49 $\pm$ 10,58	33,33 (4,17-50,00)	0,233
	Erkek	32,68 $\pm$ 11,45	33,33 (0,00-50,00)	
Bilgiyi kullanma/uygulama	Kız	32,98 $\pm$ 11,08	33,33 (4,17-50,00)	0,874
	Erkek	32,25 $\pm$ 12,42	33,33 (0,00-50,00)	
<b>Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma</b>	Kız	37,74 $\pm$ 7,82	37,50 (12,50-50,00)	<b>0,005</b>
	Erkek	34,30 $\pm$ 10,11	35,41 (0,00-50,00)	
<b>Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama</b>	Kız	35,66 $\pm$ 8,37	35,41 (8,33-50,00)	<b>0,010</b>
	Erkek	32,70 $\pm$ 10,12	33,33 (0,00-50,00)	
<b>Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme</b>	Kız	33,65 $\pm$ 8,63	33,33 (10,42-50,00)	0,315
	Erkek	32,62 $\pm$ 9,78	33,33 (0,00-50,00)	
<b>Sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama</b>	Kız	35,89 $\pm$ 8,07	35,41 (16,67-50,00)	0,426
	Erkek	34,64 $\pm$ 10,24	35,41 (0,00-50,00)	

#### **4.4.2. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Okullarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamalarının Karşılaştırması**

TSOY-32 boyutlarından sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada Şifa Hatun MTAL öğrencilerinin puan ortalamaları anlamlı olarak yüksekti ( $p=0.009$ ). Tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili bilgiye anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama boyutlarında Şifa Hatun MTAL öğrencilerinin puan ortalamaları yüksek olsa da anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p$  değeri sırasıyla 0.104, 0.119, 0.051, 0.944, 0.872).

Tedavi ve hizmet boyutunun bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma bileşenlerinde TSOY-32 puan ortalamaları Meram Şifa Hatun MTAL öğrencilerinde yüksek olsa da okullar arasında anlamlı bir farklılık yoktu ( $p$  değeri sırasıyla 0.217, 0.160, 0.571, 0.931)

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunun bilgiye ulaşma bileşeninde TSOY-32 puan ortalaması Şifa Hatun MTAL öğrencilerinde anlamlı olarak yüksekti ( $p=0.005$ ). Bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma bileşenlerinde TSOY-32 puan ortalamaları Şifa Hatun MTAL öğrencilerinde yüksek olsa da okullar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p$  değeri sırasıyla 0.082, 0.572, 0.957) (Tablo 10)

**Tablo 10.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Okullarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamaları (Meram, 2019)

Boyut	Okul	İndeks TSOY-32 Puan		
		Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (min-max)	p değeri
Genel	Şifa Hatun MTAL	35.04 $\pm$ 7.91	34.89 (16.09-50.00)	0.122
	Kozağaç MTAL	33.66 $\pm$ 9.39	33.85 (0.00-50.00)	
Tedavi ve hizmet	Şifa Hatun MTAL	37.95 $\pm$ 9.35	36.45 (15.28-50.00)	0.104
	Kozağaç MTAL	36.25 $\pm$ 11.01	35.06 (0.00-50.00)	
Bilgiye ulaşma	Şifa Hatun MTAL	34.75 $\pm$ 10.15	41.66 (8.33-50.00)	0.217
	Kozağaç MTAL	32.94 $\pm$ 11.24	37.50 (0.00-50.00)	
Bilgiyi anlama	Şifa Hatun MTAL	32.32 $\pm$ 9.68	33.33 (0.00-50.00)	0.160
	Kozağaç MTAL	32.91 $\pm$ 10.89	33.33 (0.00-50.00)	
Bilgiyi değerlendirme	Şifa Hatun MTAL	38.02 $\pm$ 8.86	33.33 (0.00-50.00)	0.571
	Kozağaç MTAL	37.05 $\pm$ 11.48	33.33 (0.00-50.00)	
Bilgiyi kullanma/uygulama	Şifa Hatun MTAL	35.67 $\pm$ 10.36	37,50 (12,50-50,00)	0,931
	Kozağaç MTAL	32,08 $\pm$ 12,12	37,50 (0,00-50,00)	
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Şifa Hatun MTAL	34,83 $\pm$ 9,99	33,33 (10,76-50,00)	0,119
	Kozağaç MTAL	32,47 $\pm$ 12,00	32,46 (0,00-50,00)	
Bilgiye ulaşma	Şifa Hatun MTAL	33.84 $\pm$ 10.39	33.33 (0.00-50.00)	<b>0.005</b>
	Kozağaç MTAL	32.73 $\pm$ 11.94	33.33 (0.00-50.00)	
Bilgiyi anlama	Şifa Hatun MTAL	32.72 $\pm$ 11.30	33.33 (8.33-50.00)	0.082
	Kozağaç MTAL	32.27 $\pm$ 12.65	33.33 (0.00-50.00)	
Bilgiyi değerlendirme	Şifa Hatun MTAL	35.76 $\pm$ 7.98	33.33 (4.17-50.00)	0.572
	Kozağaç MTAL	34.67 $\pm$ 9.70	33.33 (0.00-50.00)	
Bilgiyi kullanma/uygulama	Şifa Hatun MTAL	34.27 $\pm$ 9.14	33.33 (0.00-50.00)	0.957
	Kozağaç MTAL	32.39 $\pm$ 10.60	33.33 (0.00-50.00)	
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Şifa Hatun MTAL	36.82 $\pm$ 8.74	37.50 (10.42-50.00)	<b>0.009</b>
	Kozağaç MTAL	34.09 $\pm$ 10.09	35.41 (0.00-50.00)	
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Şifa Hatun MTAL	34.78 $\pm$ 8.93	33.33 (8.33-50.00)	0.051
	Kozağaç MTAL	32.61 $\pm$ 10.24	33.33 (0.00-50.00)	
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Şifa Hatun MTAL	33.08 $\pm$ 8.82	33.33 (10.42-50.00)	0.944
	Kozağaç MTAL	32.85 $\pm$ 10.00	33.33 (0.00-50.00)	
Sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama	Şifa Hatun MTAL	35.37 $\pm$ 8.50	35.41 (16.67-50.00)	0.872
	Kozağaç MTAL	34.76 $\pm$ 10.55	35.41 (0.00-50.00)	

#### 4.4.3. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Aile Tipi ve Kronik Hastalık Durumlarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Aile tipi ve kronik hastalık durumlarına göre öğrencilerin TSOY-32 genel indeks puan ortalamalarının benzer olduğu ve anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edildi (p değeri sırasıyla 0.871, 0.439) (Tablo 11).

**Tablo 11.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Aile Tipi ve Kronik Hastalık Durumlarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamaları (Meram, 2019)

Özellik	İndeks TSOY-32 Puan		
	Ortalama±SS	Ortanca (min-max)	p değeri
<b>Aile Tipi</b>			
Çekirdek	34.38±8.44	33.88 (0.00-50.00)	0.871
Geniş	34.19±9.91	35.52 (0.00-50.00)	
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>			
Var	33.29±9.31	32.81 (14.74-50.00)	0.439
Yok	34.46±8.63	34.61 (0.00-50.00)	

#### 4.4.4. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Yaş, Sınıf ve Alanlarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Yaş grupları ve sınıflara göre TSOY-32 genel indeks puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmadı (p değeri sırasıyla 0.149, 0.075). Alanlara göre TSOY-32 genel indeks puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptandı (p=0.001).Raylı sistemler alanındaki öğrencilerin TSOY-32 genel indeks puan ortalaması sağlık hizmetleri, makine teknolojisi, itfaiyecilik-yangın ve alanı olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktü (p değeri sırasıyla 0.001, 0.003, 0.006, 0.001) (Tablo 12).



**Tablo 12.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Yaş, Sınıf ve Alanlarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamaları (Meram, 2019)

Özellik	İndeks TSOY-32 Puan		
	Ortalama±SS	Ortanca (min-max)	p değeri
<b>Yaş</b>			
15	35.44± 9.85	36.02 (0.00-50.00)	0.149
16	34.09±8.35	33.59 (16.09-50.00)	
17	34.07±7.99	33.85 (15.10-50.00)	
18	30.70±8.02	30.72 (17.74-40.48)	
<b>Sınıf</b>			
9.sınıf	35.15 ±9.96	35.83 (0.00-50.00)	0.075
10.sınıf	34.48 ±8.14	33.95 (15.10-50.00)	
11.sınıf	32.96 ±7.86	32.69 (16.67-50.00)	
<b>Alan</b>			
Sağlık Hizmetleri	34.54 ±7.68	34.48 (16.09-50.00)	<b>0.001</b>
Makine Teknolojisi	35.40 ±8.98	33.85 (15.10-50.00)	
Elektrik Elektronik Teknolojisi	33.62 ±6.88	33.33 (21.84-50.00)	
Raylı Sistemler	27.10 ±6.22	26.33 (16.67-40.48)	
İtfaiyecilik ve yangın	35.70 ±9.08	36.56 (16.67-48.96)	
Alanı yok	35.15 ±9.96	35.83 (0.00-50.00)	

#### 4.4.5. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Anne Eğitim Durumları, Baba Eğitim Durumları ve Maddi Durumlarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Anne eğitim durumları, baba eğitim durumları ve maddi durumlara göre TSOY-32 genel indeks puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmadı (p değeri sırasıyla 0.987, 0.706, 0.898) (Tablo 13).

**Tablo 13.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Anne Eğitim Durumları, Baba Eğitim Durumları ve Maddi Durumlarına Göre TSOY-32 İndeks Puan Ortalamaları (Meram, 2019)

Özellik	İndeks TSOY-32		
	Puan Ortalama±SS	Ortanca (min-max)	p değeri
<b>Anne eğitim durumu</b>			
İlköğretim	34.59 ±8.19	33.95 (15.10-50.00)	0.987
Ortaöğretim	33.93 ±9.33	34.72 (0.00-50.00)	
Lisans ve üzeri	34.61 ±9.96	33.33 (19.57-50.00)	
<b>Baba eğitim durumu</b>			
İlköğretim	34.43 ±8.54	34.37 (15.10-50.00)	0.706
Ortaöğretim	34.60 ±9.12	34.89 (0.00-50.00)	
Lisans ve üzeri	33.53 ±8.19	33.33 (18.06-50.00)	
<b>Maddi durum</b>			
Kötü	34.19±9.65	33.33 (21.26-50.00)	0.898
Orta	34.48±8.64	34.40 (0.00-50.00)	
İyi	33.99±8.78	33.85 (0.00-50.00)	

#### 4.4.6. Çalışmaya Katılan Sağlık Alanındaki ve Diğer Alanlardaki Öğrencilerin TSOY-32 İndeks Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Sağlık alanında ve diğer alanlarda öğrenim görmekte olan öğrencilerin TSOY-32 İndeks puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p=0.712$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14.** Çalışmaya Katılan Sağlık Alanındaki ve Diğer Alanlardaki Adölesan Dönem Öğrencilerinin TSOY-32 İndeks Puan Ortalamaları (Meram, 2019)

Öğrenim Gördüğü Alan	TSOY-32 İndeks		
	Ortalama±SS	Ortanca (min-max)	p değeri
Sağlık Alanı	34.54±7.68	34.48 (16.09-50.00)	0.712
Diğer Alanlar	34.22±9.35	33.88 (0.00-50.00)	

#### 4.5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırması

##### 4.5.1. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırması

Çalışmaya katılan adölesan dönemdeki öğrencilerin cinsiyetlerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırıldığında yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip kız öğrencilerin oranı erkek öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşüktü ( $p=0.013$ ) (Tablo 15).

**Tablo 15.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Meram, 2019)

Özellik	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				Toplam n (%100)	p değeri
	Yetersiz n (%)	Sınırlı n (%)	Yeterli n (%)	Mükemmel n (%)		
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	7 (5.4)	37 (28.7)	57 (44.2)	28 (21.7)	129	<b>0.013</b>
Erkek	43 (17.1)	71 (28.2)	89 (35.3)	49 (19.4)	252	
Toplam	50 (13.1)	108 (28.3)	146 (38.3)	77 (20.2)	381	

##### 4.5.2. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Okullarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırması

Çalışmaya katılan adölesan dönemdeki öğrencilerin okullarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p=0.271$ ) (Tablo 16).

**Tablo 16.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Okullarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Meram, 2019)

Özellik	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				Toplam n (%100)	p değeri
	Yetersiz n (%)	Sınırlı n (%)	Yeterli n (%)	Mükemmel n (%)		
<b>Okul</b>						
Şifa Hatun MTAL	19 (9.9)	55 (28.8)	79 (41.4)	38 (19.9)	191	0.271
Kozağaç MTAL	31 (16.3)	53 (27.9)	67 (35.3)	39 (20.5)	190	
Toplam	50 (13.1)	108 (28.3)	146 (38.3)	77 (20.2)	381	

#### 4.5.3. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Aile Tipi ve Kronik Hastalık Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırması

Çalışmaya katılan adölesan dönemdeki öğrencilerin aile tipi ve kronik hastalık durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p değeri sırasıyla 0.633, 0.618) (Tablo 17).

**Tablo 17.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Aile Tipi ve Kronik Hastalık Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Meram, 2019)

Özellik	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				Toplam n (%100)	p değeri
	Yetersiz n (%)	Sınırlı n (%)	Yeterli n (%)	Mükemmel n (%)		
<b>Aile Tipi</b>						
Çekirdek	39 (12.4)	93 (29.5)	120 (38.1)	63 (20.0)	315	0.633
Geniş	11 (16.7)	15 (22.7)	26 (39.4)	14 (21.2)	66	
Toplam	50 (13.1)	108 (28.3)	146 (38.3)	77 (20.2)	381	
<b>Kronik Hastalık</b>						
Var	6 (16.2)	13 (35.1)	11 (29.7)	7 (18.9)	37	0.618
Yok	44 (12.8)	95 (27.6)	135 (39.2)	70 (20.3)	344	
Toplam	50 (13.1)	108 (28.3)	146 (38.3)	77 (20.2)	381	

#### 4.5.4. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Yaş, Sınıf ve Alanlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırması

Çalışmaya katılan adölesan dönemdeki öğrencilerin yaşlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı bir fark tespit edilmedi ( $p=0.064$ ). Alanlara göre sağlık okuryazarlığı düzeyinde iseraylı sistemler alanında yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip öğrencilerin oranı sağlık hizmetleri, makine teknolojisi, itfaiyecilik- yangın ve alanı olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktü ( $p$  değeri sırasıyla 0.001, 0.001, 0.002, 0.001). Sınıflara göre sağlık okuryazarlığı düzeyi karşılaştırıldığında 11. sınıftaki öğrencilerde yetersiz sağlık okuryazarlığı oranı 9. sınıftakilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ( $p=0.018$ ) (Tablo 18).

**Tablo 18.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Yaş, Sınıf ve Alanlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Meram, 2019)

Özellik	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				Toplam n (%100)	p değeri
	Yetersiz n (%)	Sınırlı n (%)	Yeterli n (%)	Mükemmel n (%)		
<b>Yaş</b>						
15	12 (12.0)	20 (20.0)	41 (41.0)	27 (27.0)	100	0.064
16	27 (14.2)	57 (30.0)	70 (36.8)	36 (18.9)	190	
17	7 (8.6)	30 (37.0)	30 (37.0)	14 (17.3)	81	
18	4 (40.0)	1 (10.0)	5 (50.0)	0 (0.0)	10	
Toplam	50 (13.1)	108 (28.3)	146 (38.3)	77 (20.2)	381	
<b>Sınıf</b>						
9.Sınıf	16 (13.7)	24 (20.5)	45 (38.5)	32 (27.4)	117	<b>0.018</b>
10.Sınıf	21 (11.7)	52 (29.1)	71 (39.7)	35 (19.6)	179	
11.Sınıf	13 (15.3)	32 (37.6)	30 (35.3)	10 (11.8)	85	
Toplam	50 (13.1)	108 (28.3)	146 (38.3)	77 (20.2)	381	
<b>Alan</b>						
Sağlık Hizmetleri	15 (9.6)	49 (31.4)	65 (41.7)	27 (17.3)	156	<b>0.001</b>
Makine Teknolojisi	4 (10.3)	11 (28.2)	13 (33.3)	11 (28.2)	39	
Elektrik-Elektronik	2 (8.0)	10 (40.0)	11 (44.0)	2 (8.0)	25	
Raylı Sistemler	10 (41.7)	11 (45.8)	3 (12.5)	0 (0.0)	24	
İtfaiyecilik- Yangın	3 (15.0)	3 (15.0)	9 (45.0)	5 (25.0)	20	
Alanı yok	16 (13.7)	24 (20.5)	45 (38.5)	32 (27.4)	117	
Toplam	50 (13.1)	108 (28.3)	146 (38.3)	77 (20.2)	381	

#### 4.5.5. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Anne Eğitim, Baba Eğitim ve Maddi Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırması

Çalışmaya katılan adölesan dönemdeki öğrencilerin anne eğitim durumu, baba eğitim durumu ve maddi durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p değeri sırasıyla 0.150, 0.944, 0.735) (Tablo 19).

**Tablo 19.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Anne Eğitim, Baba Eğitim ve Maddi Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Meram, 2019)

Özellik	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				Toplam	pdeğeri
	Yetersiz n (%)	Sınırlı n (%)	Yeterli n (%)	Mükemmel n (%)		
<b>Anne Eğitim Durumu</b>						
İlköğretim	25 (11.2)	71 (31.8)	81 (36.3)	46 (20.6)	223	0.150
Ortaöğretim	20 (14.4)	34 (24.5)	60 (43.2)	25 (18.0)	139	
Lisans ve üzeri	5 (26.3)	3 (15.8)	5 (26.3)	6 (31.6)	19	
Toplam	50 (13.1)	108 (28.3)	146 (38.3)	77 (20.2)	381	
<b>Baba Eğitim Durumu</b>						
İlköğretim	23 (13.3)	50 (28.9)	66 (38.2)	34 (19.7)	173	0.944
Ortaöğretim	16 (11.0)	41 (28.3)	57 (39.3)	31 (21.4)	145	
Lisans ve üzeri	11 (17.5)	17 (27.0)	23 (36.5)	12 (19.0)	63	
Toplam	50 (13.1)	108 (28.3)	146 (38.3)	77 (20.2)	381	
<b>Maddi Durum</b>						
Kötü	2 (13.3)	5 (33.3)	5 (33.3)	3 (20.0)	15	0.735
Orta	39 (14.2)	72 (26.2)	105 (38.2)	59 (21.5)	275	
İyi	9 (9.9)	31 (34.1)	36 (39.6)	15 (16.5)	91	
Toplam	50 (13.1)	108 (28.3)	146 (38.3)	77 (20.2)	381	

#### 4.5.6. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Sağlık Alanında ve Diğer Alanlarda Öğrenim Görme Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırması

Çalışmaya katılan adölesan dönemdeki öğrencilerin sağlık alanında ve diğer alanlarda öğrenim görme durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p=0.156$ ) (Tablo 20).

**Tablo 20.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Sağlık Alanında ve Diğer Alanlarda Öğrenim Görme Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri (Meram, 2019)

Özellik	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				Toplam n (%100)	p değeri
	Yetersiz n (%)	Sınırlı n (%)	Yeterli n (%)	Mükemmel n (%)		
<b>Öğrenim Gördüğü Alan</b>						
Sağlık Alanı	15 (9.6)	49 (31.4)	65 (41.7)	27 (17.3)	156	0.156
Diğer Alanlar	35 (15.6)	59 (26.2)	81 (36.0)	50 (22.2)	225	
Toplam	50 (13.1)	108 (28.3)	146 (38.3)	77 (20.2)	381	

#### 4.6. Riskli Sağlık Davranışlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Karşılaştırması

##### 4.6.1. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre RSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Cinsiyet ile Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında erkek öğrencilerin RSDÖ puan ortalaması kız öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksekti ( $p=0.008$ ). Sağlık davranışlarına ilişkin psikososyal, hijyen ve madde kullanımı alt boyutlarında erkek öğrencilerin risk puan ortalamalarının yüksek olduğu, beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutlarında ise kız öğrencilerin risk puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlendi ( $p$  değeri sırasıyla 0.001, 0.001, 0.001, 0.001, 0.001) (Tablo 21).

**Tablo 21.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre RSDÖ Puan Ortalamaları (Meram, 2019)

Boyut	Cinsiyet	RSDÖ Puan		
		Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (min-max)	p değeri
Genel	Kız	43.17 $\pm$ 6.81	42.85 (27.43-63.43)	<b>0.008</b>
	Erkek	45.79 $\pm$ 8.09	44.57 (29.71-77.14)	
Psikososyal	Kız	42.12 $\pm$ 11.01	42.00 (22.00-82.00)	<b>0.001</b>
	Erkek	51.81 $\pm$ 12.86	50.00 (24.00-100.00)	
Beslenme	Kız	54.95 $\pm$ 10.06	54.54 (25.45-85.45)	<b>0.001</b>
	Erkek	51.68 $\pm$ 9.03	50.90 (30.91-78.18)	
Fiziksel Aktivite	Kız	60.34 $\pm$ 15.60	60.00 (25.00-95.00)	<b>0.001</b>
	Erkek	51.77 $\pm$ 16.03	50.00 (20.00-100.00)	
Hijyen	Kız	33.87 $\pm$ 10.61	30.00 (25.00-80.00)	<b>0.001</b>
	Erkek	44.03 $\pm$ 13.86	40.00 (25.00-90.00)	
Madde Kullanımı	Kız	27.13 $\pm$ 12.35	20.00 (20.00-85.00)	<b>0.001</b>
	Erkek	33.20 $\pm$ 18.31	25.00 (20.00-100.00)	

#### 4.6.2. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Okullarına Göre RSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Okullara göre RSDÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde Kozağaç MTAL öğrencilerinin RSDÖ puan ortalaması Meram Şifa Hatun MTAL öğrencilerinden daha yüksek olsa da anlamlı bir farklılık yoktu ( $p=0.093$ ). Sağlık davranışlarına ilişkin psikososyal, hijyen ve madde kullanımı alt boyutlarında Kozağaç MTAL öğrencilerinin risk puan ortalamalarının yüksek olduğu, beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutlarında ise Meram Şifa Hatun MTAL öğrencilerinin risk puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlendi ( $p$  değeri sırasıyla 0.001, 0.001, 0.008, 0.038, 0.001) (Tablo 22).



**Tablo 22.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Okullarına Göre RSDÖ Puan Ortalamaları (Meram, 2019)

Boyut	Okul	RSDÖ Puan		
		Ortalama±SS	Ortanca (min-max)	p değeri
Genel	Şifa Hatun MTAL	44.07±7.00	43.42 (28.57-63.43)	0.093
	Kozağaç MTAL	45.74±8.41	45.57 (27.43-77.14)	
Psikososyal	Şifa Hatun MTAL	45.58±11.87	46.00 (22.00-82.00)	0.001
	Kozağaç MTAL	51.49±13.58	50.00 (24.00-100.00)	
Beslenme	Şifa Hatun MTAL	53.81±9.82	52.72 (25.45-85.45)	0.038
	Kozağaç MTAL	51.76±9.09	50.90 (30.91-78.18)	
Fiziksel Aktivite	Şifa Hatun MTAL	58.14±16.11	55.00 (20.00-100.00)	0.001
	Kozağaç MTAL	51.20±15.94	50.00 (20.00-100.00)	
Hijyen	Şifa Hatun MTAL	36.93±12.57	35.00 (25.00-85.00)	0.001
	Kozağaç MTAL	44.26±13.85	40.00 (25.00-90.00)	
Madde Kullanımı	Şifa Hatun MTAL	28.63±13.77	20.00 (20.00-85.00)	0.008
	Kozağaç MTAL	33.66±19.02	25.00 (20.00-100.00)	

#### 4.6.3. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Aile Tipi ve Kronik Hastalık Durumlarına Göre RSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Aile tipi ve kronik hastalık durumlarına göre RSDÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık bulunmadı (p değeri sırasıyla 0.947, 0.759) (Tablo 23).

**Tablo 23.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Aile Tipi ve Kronik Hastalık Durumlarına Göre RSDÖ Puan Ortalamaları (Meram, 2019)

Özellik	RSDÖ Puan		
	Ortalama ±SS	Ortanca (min-max)	p değeri
<b>Aile Tipi</b>			
Çekirdek	44.92±7.76	44.00 (27.43-77.14)	0.947
Geniş	44.83±7.90	43.71 (30.29-66.29)	
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>			
Var	44.89±6.17	44.00 (36.00-58.86)	0.759
Yok	44.90±7.93	44.00 (27.43-77.14)	

#### 4.6.4. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Yaş, Sınıf ve Alanlarına Göre RSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Yaş grupları ve sınıflar ile RSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p değeri sırasıyla 0.820, 0.588). Alanlara göre RSDÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık saptandı (p=0.028). Raylı Sistemler alanındaki öğrencilerin RSDÖ puan ortalaması sağlık hizmetleri alanındakilere göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.033) (Tablo 24).

**Tablo 24.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Yaş, Sınıf ve Alanlarına Göre RSDÖ Puan Ortalamaları (Meram, 2019)

Özellik	RSDÖ Puan		
	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (min-max)	p değeri
<b>Yaş</b>			
15	44.60 $\pm$ 8.46	43.42 (28.57-77.14)	0.820
16	44.77 $\pm$ 7.20	44.00 (28.57-69.14)	
17	45.41 $\pm$ 7.86	45.14 (27.43-74.29)	
18	46.34 $\pm$ 10.87	42.28 (34.29-62.86)	
<b>Sınıf</b>			
9.Sınıf	45.38 $\pm$ 8.56	44.57 (28.57-77.14)	0.588
10.Sınıf	44.48 $\pm$ 7.22	43.42 (27.43-69.14)	
11.Sınıf	45.12 $\pm$ 7.80	44.57 (28.57-74.29)	
<b>Alan</b>			
Sağlık Hizmetleri	43.71 $\pm$ 6.39	43.42 (28.57-63.43)	<b>0.028</b>
Makine Teknolojisi	45.80 $\pm$ 8.03	45.14 (34.29-66.29)	
Elektrik Elektronik Teknolojisi	45.82 $\pm$ 8.18	44.57 (36.00-69.14)	
Raylı Sistemler	50.00 $\pm$ 9.32	48.00 (36.00-74.29)	
İtfaiyecilik ve Yangın	42.40 $\pm$ 7.28	42.00 (27.43-56.57)	
Alanı yok	45.38 $\pm$ 8.56	44.57 (28.57-77.14)	

#### 4.6.5. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Anne Eğitim Durumları, Baba Eğitim Durumları ve Maddi Durumlarına Göre RSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Anne eğitim durumları, baba eğitim durumları ve maddi durumlar ile RSDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark tespit edilmedi (p değeri sırasıyla 0.766, 0.482, 0.909) (Tablo 25).

**Tablo 25.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Anne Eğitim Durumları, Baba Eğitim Durumları ve Maddi Durumlarına Göre RSDÖ Puan Ortalamaları (Meram, 2019)

Özellik	RSDÖ Puan		
	Ortalama±SS	Ortanca (min-max)	p değeri
<b>Anne eğitim durumu</b>			
İlköğretim	45.03±7.98	44.00 (27.43-77.14)	0.766
Ortaöğretim	44.74±7.16	44.00 (32.57-63.43)	
Lisans ve üzeri	44.63±9.78	42.28 (33.14-69.14)	
<b>Baba eğitim durumu</b>			
İlköğretim	45.27±7.94	44.00 (27.43-77.14)	0.482
Ortaöğretim	44.13±7.14	44.00 (28.57-63.43)	
Lisans ve üzeri	45.69±8.69	45.14 (30.86-69.14)	
<b>Maddi durum</b>			
Kötü	44.87±10.18	44.00 (27.43-77.14)	0.909
Orta	44.82±7.57	44.00 (32.57-63.43)	
İyi	45.17±8.01	42.28 (33.14-69.14)	

#### 4.6.6. Çalışmaya Katılan Sağlık Alanındaki ve Diğer Alanlardaki Öğrencilerin RSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Sağlık alanında öğrenim görmekte olan öğrencilerin RSDÖ puan ortalaması diğer alanlarda öğrenim görmekte olan öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşüktü (p=0.048). Sağlık davranışlarına ilişkin psikolojik ve hijyen alt boyutlarında sağlık alanındaki öğrencilerin RSDÖ puan ortalamaları, fiziksel aktivite alt boyutunda ise diğer alanlardaki öğrencilerin RSDÖ puan ortalamaları anlamlı olarak daha düşük olarak tespit edildi (p değeri sırasıyla 0.001, 0.001, 0.001). Beslenme ve madde kullanımı alt boyutunda anlamlı bir farklılık yoktu (p değeri sırasıyla 0.566, 0.123) (Tablo 26).

**Tablo 26.** Çalışmaya Katılan Sağlık Alanındaki ve Diğer Alanlardaki Adölesan Dönem Öğrencilerinin RSDÖ Puan Ortalamaları (Meram, 2019)

Boyut	Özellik	RSDÖ		
		Ortalama±SS	Ortanca (min-max)	p değeri
Genel	Sağlık Alanı	43.71±6.39	43.42 (28.57-63.43)	<b>0.048</b>
	Diğer Alanlar	45.73±8.51	44.57 (27.43-77.14)	
Psikolojik	Sağlık Alanı	45.11±11.16	44.00 (22.00-82.00)	<b>0.001</b>
	Diğer Alanlar	50.90±13.78	50.00 (24.00-100.00)	
Beslenme	Sağlık Alanı	52.93±9.18	52.72 (25.45-78.18)	0.566
	Diğer Alanlar	52.68±9.74	52.72 (30.91-85.45)	
Fiziksel Aktivite	Sağlık Alanı	58.55±16.13	57.50 (20.00-100.00)	<b>0.001</b>
	Diğer Alanlar	51.99±16.04	50.00 (20.00-100.00)	
Hijyen	Sağlık Alanı	36.41±11.85	35.00 (25.00-85.00)	<b>0.001</b>
	Diğer Alanlar	43.49±14.17	40.00 (25.00-90.00)	
Madde Kullanımı	Sağlık Alanı	29.16±14.06	20.00 (20.00-85.00)	0.123
	Diğer Alanlar	32.52±18.32	25.00 (20.00-100.00)	

#### 4.7. Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin RSDÖ ve TSOY-32 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

RSDÖ ve TSOY-32 indeks puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf bir korelasyon olduğu tespit edildi ( $p=0.001$ ,  $r=-0.335$ ). TSOY-32 indeks puan ortalaması arttıkça RSDÖ puan ortalamasının azaldığı tespit edildi.

Sağlık davranışlarına ilişkin psikolojik, beslenme, fiziksel aktivite, hijyen ve madde kullanımı alt boyutlarının puan ortalamaları ile TSOY-32 indeks puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf bir korelasyon olduğu tespit edildi ( $p$  değeri sırasıyla 0.001, 0.001, 0.002, 0.001, 0.001). TSOY-32 indeks puan ortalaması arttıkça RSDÖ alt boyut puan ortalamalarının azaldığı tespit edildi (Tablo27).

**Tablo 27.** Çalışmaya Katılan Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin RSDÖ ve TSOY-32 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması(Meram, 2019)

	TSOY 32	RSDÖ psikolojik	RSDÖ beslenme	RSDÖ fiziksel aktivite	RSDÖ hijyen	RSDÖ madde kullanımı
TSOY 32	-	p=0.001 r=-0.335	p=0.001 r=-0.236	p=0.002 r=-0.161	p=0.001 r=-0.290	p=0.001 r=-0.215
RSDÖ psikolojik		-	p=0.001 r=-0.273	p=0.152 r=0.073	p=0.001 r=0.289	p=0.001 r=0.484
RSDÖ beslenme			-	p=0.001 r=0.382	p=0.001 r=0.206	p=0.006 r=0.141
RSDÖ fiziksel aktivite				-	p=0.020 r=0.119	p=0.038 r=0.106
RSDÖ hijyen					-	p=0.001 r=0.198
RSDÖ madde kullanımı						-

## 5. TARTIŞMA

Avrupa ülkelerinde yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında Avusturya'nın 31.95, Bulgaristan'ın 30.50, Almanya'nın 34.49, Yunanistan'ın 33.57, İrlanda'nın 35.16, Hollanda'nın 37.06, Polonya'nın 34.45 ve İspanya'nın 32.88 sağlık okuryazarlığı puan ortalamasına sahip olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bu sekiz ülkenin genel sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının da 33.78 olduğu ifade edilmektedir (Sørensen ve ark. 2012). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU) kullanılarak yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında, Türkiye toplumunun genel sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının 30.4 olduğu, Konya ilinin genel sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının ise 27.8 olduğu bildirilmektedir (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)'ni kullanarak yaptığımız çalışmada sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 34.35 olarak bulundu. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe uyarlaması çalışmasında sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının 32.8 olduğu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ise sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının 29.5 olduğu belirtilmektedir (Okyay ve ark. 2016). Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubundaki bireyler üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının 24.9 olduğu belirtilmektedir (Berberoğlu ve ark. 2018). Adölesanlar üzerinde yaptığımız çalışma sonucu hesapladığımız sağlık okuryazarlığı puan ortalaması Okyay ve ark. (2016) ile Berberoğlu ve ark. (2018) yaptığı çalışmalara göre daha yüksektir. Çalışmalardaki evren ve örneklem seçiminin sağlık okuryazarlığı puan ortalamasında farklılığa neden olabileceği düşünülebilir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında, sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının genç yaş gruplarında daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014).

Sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının 34.53 olduğu ifade edilmektedir (Yılmaz Güven ve ark.2018). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının 35.77 olduğu belirtilmektedir (Malatyalı ve Biçer 2018). Bu çalışmalardaki puan ortalamalarının bizim çalışmamıza göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışma grubu eğitim seviyelerinin sağlık okuryazarlığı puan

ortalamasında farklılığa neden olabileceği düşünülebilir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında, eğitim düzeyinin artmasıyla sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının da arttığı ifade edilmektedir (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014)

Yaptığımız çalışmaya benzer olarak 8 Avrupa ülkesinde yapılan sağlık okuryazarlığı çalışmasında, genç yetişkinlerle yapılan çalışmada, sağlık yüksekokulu, sağlık bilimleri fakültesive üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda ve Mersin'in Mut ilçesinde ikamet eden bireylerle yapılan çalışmada kadınların sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Sorensen ve ark. 2012; Sukys ve ark. 2017; Ergün 2017; Kaya ve Uludağ 2017; Akçilek2017; Yılmaz Güven ve ark. 2018). Yaptığımız çalışmadan farklı olarak Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında ise kadınların sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının erkeklere göre daha düşük olduğu belirtilmektedir. Kadınların eğitim düzeylerinin daha düşük olmasının bu duruma neden olabileceğini öngörülmektedir (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, 18-65 yaş grubundaki bireylerle gerçekleştirilen ve üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilen çalışmalarda ise cinsiyetler ile genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmektedir (Okyay ve ark. 2016; Berberoğlu ve ark. 2018 Malatyalı ve Biçer2018).Yapılan çalışmalar, cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları arasındaki ilişkinin değişken nitelikte olabileceğini göstermektedir.Çalışmamızda sağlık hizmetleri alanın bulunduğu lisede kız öğrenciler daha fazladır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının kız öğrencilerde erkeklerden daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Sağlık yüksekokulu öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olmayanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Ergün 2017). Yaptığımız çalışmaya benzer şekilde literatürdeki birçok çalışmada kronik hastalığa sahip olma durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı farklılık olmadığı belirtilmektedir (Çaylan ve ark. 2017; Çimen ve Bayık Temel 2017; Atay ve ark. 2018; Malatyalı ve Biçer 2018; Tunalı Çokluk 2018; Özen ve ark. 2019). Her ne kadar kronik hastalığı olanların hastalıkları ile ilişkili ve benzer konularda sağlık okuryazarlığı seviyesinin yüksek olacağı düşünülse debirçok çalışmada olduğu gibi kronik hastalık durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında bir fark tespit etmedik.

Yaptığımız çalışmada adölesan dönemdeki öğrencilerin aile tipine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Yaptığımız çalışmaya benzer şekilde öğretmenler üzerinde yapılan çalışma ile üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada aile tipi ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmektedir (Atay ve ark. 2018; Tunalı Çokluk 2018). Sağlık yüksekokulu öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada ise aynı evde 3 kişi yaşayanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri 7 kişi yaşayanlara göre daha yüksek olarak bildirilmiştir (Ergün 2017).

Yaptığımız çalışmada yaş grupları ile sağlık okuryazarlığı puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki tespit etmedik. Akçilek (2017), Kaya ve Uludağ (2017) ile Atay ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmalarda da benzer şekilde yaş grupları ile sağlık okuryazarlığı puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Almanya’da yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı araştırmasında ise en düşük sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının yaşlılar grubunda olduğu belirtilmektedir (Berens ve ark. 2016). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde yapılan çalışmada yaş grubu arttıkça sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının azaldığı belirtilmektedir (Çimen ve Bayık Temel 2017). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının genç yaş gruplarında daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014; Okyay ve ark. 2016). Yaşlılarda yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin oranının diğer dönemdekilere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Okyay ve ark. 2016). Literatürdeki çalışmaların örneklem yaş aralığı daha genişken yaptığımız çalışmada örneklem 15-18 yaş aralığı ile sınırlandırılmıştır. Bu durum yaptığımız çalışmada yaş grubu ile sağlık okuryazarlığı puan ortalaması arasında farklılık bulunmamasına neden olabilir.

Yaptığımız çalışmada sınıflar ile sağlık okuryazarlığı puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Yaptığımız çalışmadan farklı olarak hemşirelik öğrencileri ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yapılan çalışmalarda 4. sınıfların sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Ergün 2017; Özen ve ark. 2019). 4 yıllık sağlık eğitiminin öğrencilerde farkındalığı arttırması bu durumun nedeni olarak görülmektedir (Ergün 2017). Literatürdeki çalışmaların örneklemini üniversite öğrencileri oluştururken çalışmamızın örneklemini adölesan dönemdeki lise 1, 2 ve 3.sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Bu



nedenle çalışmamızda sınıf düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında farklılık bulunmamış olabilir.

Çalışmamızda maddi durum ile sağlık okuryazarlığı puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Yaptığımız çalışmadan farklı olarak kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde yapılan çalışma ile sağlık yüksekokulu öğrencileri, üniversite öğrencileri ve hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda maddi durumu iyi olanların daha yüksek sağlık okuryazarlığı puan ortalamasına sahip olduğu belirtilmektedir (Ergün 2017; Çimen ve Bayık Temel 2017; Tunalı Çokluk 2018; Özen ve ark. 2019).Avrupa sağlık okuryazarlığı çalışmasında da maddi sıkıntısı olmayan gençlerde sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Sørensen ve ark. 2012). Maddi durum iyileştikçe sağlıkla ilgili bireysel değerlendirmelerin daha iyi yapılabilceği, sağlık hizmetlerinin ve sağlıkla ilgili eğitim kaynaklarının daha etkin kullanılabilceği ifade edilmektedir (Tunalı Çokluk 2018).Çalışmamızın katılımcılarını 15-18 yaş aralığındaki adölesanlaroluşturduğu için maddi olarak ailelerine daha bağımlı oldukları düşünülebilir. Bu yüzden yaptığımız çalışmada maddi durum ile sağlık okuryazarlığı puan ortalaması arasında bir farklılık bulunmamış olabilir.

Yaptığımız çalışmaya benzer şekilde hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada anne ya da baba eğitim durumları ile sağlık okuryazarlığı puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ifade edilmektedir (Özen ve ark. 2019). Anne ve baba eğitim düzeyinin artmasıyla sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yükseleceği beklense de çalışmamızda böyle bir farklılığın bulunmaması dikkat çekicidir.

Çalışmamızda raylı sistemler alanındaki öğrencilerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının sağlık hizmetleri, makine teknolojisi, itfaiyecilik- yangın alanı ile alanı olmayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşüktü. Sağlık bilimleri alanında öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının sosyal bilimler alanında öğrenim gören öğrencilere göre daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Akçilek 2017). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yapılan çalışmada ebeklik bölümündeki öğrencilerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının hemşirelik bölümünden yüksek olduğu, üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada da eczacılık bölümü sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının okul öncesi öğretmenliği bölümünden daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Akçilek2017; Tunalı Çokluk

2018). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının ebelik bölümünde en yüksek, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümünde en düşük olduğu belirtilmektedir (Yılmaz Güven ve ark. 2018). Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada sağlıkla ilgili liselerden mezun olanların sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir(Özen ve ark. 2019). Yaptığımız çalışmada sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının en yüksek olduğu alan İtfaiyecilik ve yangın alanıdır. Bunu sırası ile makine, alanı olmayanlar, sağlık hizmetleri, elektrik- elektronik teknolojisi ve raylı sistemler izlemektedir. Sağlık hizmetleri alanındaki öğrenciler diğerlerine göre daha fazla sağlık dersi almaktadır. Buna rağmen sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları beklenen seviyede değildir. Çalışmamızda sağlık okuryazarlığının raylı sistemler alanında en düşük olması dikkat çekicidir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU-47) ölçeği kullanılarak yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında Avrupa toplumunun %52.5' inin mükemmel ya da yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirtilmektedir (Sørensen ve ark. 2015). Aynı ölçek ile Türkiye'de 2014 yılında yapılan araştırmada ise toplumun %35.4'ünün mükemmel ya da yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirtilmektedir (Durusu Tanrıöver ve ark. 2014).

Yaptığımız çalışmada öğrencilerin sağlık okuryazarlığı kategorik olarak değerlendirildiğinde %58.4' ünün yeterli ya da mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorilerine sahip olduğu tespit edildi. Okyay ve ark. (2016) tarafından yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe uyarlaması çalışmasında katılımcıların 47.3'ünün yeterli ya da mükemmel bir sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirtilmektedir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ise katılımcıların % 30.6' sının yeterli ya da mükemmel bir sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirtilmektedir. Berberoğlu ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların % 17.2'sinin yeterli ya da mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirtilmektedir. Yaptığımız çalışmada yeterli ya da mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi diğer çalışmalara göre daha yüksektir. Bu farklılığın nedeni olarak örneklem seçimi düşünülebilir. Ayrıca yaptığımız çalışmada sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları yüksek olduğu için yeterli ve mükemmel düzeydekilerin oranı da yüksektir.

Sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların %55.7'sinin yeterli ya da mükemmel bir sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu, üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların %62.8'inin yeterli ya da mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu, sağlık yüksekokulu öğrencileri üzerindeki çalışmada katılımcıların %40.01'inin yeterli ya da mükemmel bir sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirtilmektedir (Ergün 2017; Yılmaz Güven ve ark.2018; Malatyalı ve Biçer 2018). Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların %41.7'sinin yeterli ya da mükemmel bir sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirtilmektedir (Özen ve ark. 2019). Bu çalışmalarda katılımcıların yaş ortalamaları ve eğitim düzeyleri daha yüksek olsa da sadece Malatyalı ve Biçer (2018)'in yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması dikkat çekicidir.

Yaptığımız çalışmada araştırma kapsamındaki adölesanların Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) puan ortalaması 44.90 olarak bulundu. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği geliştirme çalışması ile Türk Adölesanların Riskli Sağlık Davranışları Ve Benlik Saygıları çalışmasında RSDÖ puan ortalamasının 43.00 olduğu belirtilmektedir (Çimen 2004; Geçkil ve Dünder 2011). Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışları çalışmasında RSDÖ puan ortalamasının 43.80 olduğu, Göçmen ve Göçmen Olmayan Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi çalışmasında ise RSDÖ puan ortalamasının göçmen olmayanlarda 43.95 olduğu belirtilmektedir (Tümer ve Şahin 2011; Kalkım ve Uysal Toraman 2014). Bu çalışmalarda elde edilen RSDÖ puan ortalamalarının bizim çalışmamıza göre daha düşük olduğu görülmektedir. Dolayısıyla ile bu çalışmalarda adölesanların bizim çalışmamızdakilere göre daha az riskli sağlık davranışlarında buldukları söylenebilir. Göçmen ve Göçmen Olmayan Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi çalışmasında RSDÖ puan ortalamasının göçmenlerde 45.02 olduğu, Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi çalışmasında ise RSDÖ puan ortalamasının 58.92 olduğu belirtilmektedir (Kalkım ve Uysal Toraman 2014; Muslu ve Aygün 2017). Bu çalışmalarda elde edilen RSDÖ puan ortalamalarının bizim çalışmamızdan daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışmalarda RSDÖ puan ortalamaları farklılık gösterse de tüm çalışmalarda elde edilen RSDÖ puan ortalamaları yüksek olarak bildirilmektedir.

Yaptığımız çalışmaya benzer şekilde ergenlerin riskli sağlık davranışlarının incelendiği çalışmalarda sağlık davranışlarına ilişkin en yüksek risk puan ortalamasının fiziksel aktivite alt boyutundan alındığı, bunu sırası ile beslenme, psikososyal, hijyen ve madde kullanımına ilişkin alt boyutların izlediği belirtilmektedir (Tümer ve Şahin 2011; Geçkil ve Dündar 2011). Bu durum adölesanların fiziksel aktivite konusunda daha riskli sağlık davranışlarında bulduklarını göstermektedir. Dolayısı ile adölesanlara sağlıklı davranışlar kazandırmak için fiziksel aktivite alt boyutu öncelikle ele alınmalıdır. Çalışmamıza benzer şekilde Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Geliştirme, Göçmen ve Göçmen Olmayan Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi ve Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi çalışmalarında en düşük risk puan ortalamasının madde kullanımı alt boyutundan alındığı belirtilmektedir (Çimen 2004; Kalkım ve Uysal Toraman 2014; Muslu ve Aygün 2017). Ülkemizde yapılan çalışmalarda en düşük puan ortalamasına sahip alt boyut madde kullanımı olsa da madde kullanımının adölesan dönemde ve sonraki gelişim dönemlerinde oluşturacağı zararlı etkiler düşünülerek topluma sağlıklı davranışlar kazandırılmalıdır. Çalışmamızdan farklı olarak Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Geliştirme ile Göçmen ve Göçmen Olmayan Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi çalışmalarında sağlık davranışlarına ilişkin en yüksek risk puan ortalamasının beslenme alt boyutundan alındığı belirtilmektedir (Çimen 2004; Kalkım ve Uysal). Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi çalışmasında ise en yüksek risk puan ortalamasının hijyen alt boyutundan alındığı belirtilmektedir (Muslu ve Aygün 2017). Çalışmamızda fiziksel aktivite alt boyutunun RSDÖ puan ortalamasının yüksek olmasının nedeni olarak gelişen teknoloji ve değişen yaşam koşulları düşünülebilir. Literatürde RSDÖ alt boyutlarında farklı sonuçların tespit edilmesinin nedeni olarak çalışmaların yapıldığı yerdeki sosyal ve kültürel farklılıklar düşünülmelidir.

Çalışmamızda erkek öğrencilerin RSDÖ puan ortalaması (45.79) kız öğrencilerden (43.17) anlamlı olarak daha yüksekti. Çalışmamıza benzer çalışmalarda da erkek öğrencilerin RSDÖ puan ortalamalarının kız öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Çimen 2004; Geçkil ve Dündar 2011; Canbolat ve Yıldız 2011; Kalkım ve Uysal Toraman 2014; Muslu ve Aygün 2017). Ülkemizde adölesan dönemindeki erkekler, kızlara göre ailelerinden daha

bağımsız davranışlar sergileyebilmektedir (Başar 2017; Yıldız ve Erci 2011). Bu nedenle ülkemizde yapılan çalışmalarda erkeklerin kızlara göre daha çok riskli sağlık davranışlarında buldukları ifade edilmektedir.Çalışmamızda da erkek öğrencilerin kız öğrencilere göredaha bağımsız davrandıkları ve yüksek RSDÖ puan ortalamasına sahip oldukları düşünülmektedir.

Çalışmamıza benzer olarak Türk Adölesanların Riskli Sağlık Davranışları Ve Benlik Saygıları çalışmasında sağlık davranışlarına ilişkin psikososyal, hijyen ve madde kullanımı alt boyutlarında erkek öğrencilerin risk puan ortalamalarının yüksek olduğu, beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutlarında ise kız öğrencilerin risk puan ortalamalarının yüksek olduğu belirtilmektedir (Geçkil ve Dündar 2011). Kültürümüzde aile ve toplum bireyin cinsiyetine göre farklı beklentiler içerisine girmektedir. Bu durum bireylerin sergiledikleri davranışlarda cinsiyete göre farklılıklara neden olabilir (Çetinkaya, 2013).Dolayısı ile toplumsal cinsiyet rollerinin sağlık davranışlarına ilişkin alt boyutlarda farklılığa neden olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda da toplumun biçtiği roller nedeniyle kızların dış görünüme önem verdiği, hijyene dikkat ettiği fakat yeterli fiziksel aktivitede bulunmadığı ve yeterli ve dengeli beslenmediği düşünülmektedir. Aynı sebeple erkeklerin daha fazla fiziksel aktivitede bulunduğu fakathijyene dikkat etmediği ve daha çok bağımlılık yapıcı madde kullandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaş grupları ile RSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Çalışmamıza benzer şekilde Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi çalışmasında yaş grupları ile RSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadığı belirtilmektedir (Muslu ve Aygün 2017). Çalışmamızdan farklı olarak Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği geliştirme çalışmasında 17-18 yaş grubu RSDÖ puan ortalamasının 15-16 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Çimen 2004). Türk Adölesanların Riskli Sağlık Davranışları ve Benlik Saygıları çalışmasında17-19 yaş grubu RSDÖ puan ortalamasının 14-16 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Geçkil ve Dündar 2011). Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışları çalışmasında ise 15 yaştan 16,17 ve 18 yaşa doğru RSDÖ puan ortalamasında anlamlı bir artışın olduğu belirtilmektedir (Tümer ve Şahin 2011). Literatürdeki çalışmalar yaş gruplarına göre riskli sağlık davranışları puan ortalamasının değişken nitelikte olabileceğini

düşündürmektedir. Her yaş grubunda farklı riskli sağlık davranışlarının olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda sınıflar ile RSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Çalışmamızda farklı olarak Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi çalışmasında lise 4. sınıf öğrencilerinin 1. sınıflara göre daha riskli sağlık davranışına sahip olduğu belirtilmektedir. Lise 4. sınıftaki öğrencilerin RSDÖ puan ortalamasının daha yüksek olmasının sebebi olarak yaş artışı düşünülmektedir (Muslu ve Aygün 2017). Çalışmamızda örneklem lise 4. sınıflar dahil edilmemiştir. Bu yüzden çalışmamızda sınıf seviyelerinin RSDÖ puan ortalamalarını etkilememiş olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza benzer olarak Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışları çalışmasında maddi durum ile RSDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmektedir (Tümer ve Şahin 2011). Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi çalışmasında ise gelir düzeyi yüksek olan adolesanların diğerlerine göre daha yüksek RSDÖ puan ortalamalarına sahip olduğu belirtilmektedir. Maddi durumu kötü olan bireyler sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına ve sağlık hizmetlerine erişmekte sıkıntı çekmekte, sağlıklı koşullarda yaşamakta buna bağlı olarak da riskli sağlık davranışları artmaktadır. Maddi durumu iyi olan bireylerde ise fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme davranışları azalmakta bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı artmaktadır (Muslu ve Aygün 2017). Çalışmamızda gelir düzeyinin yükselmesi ile birlikte olumlu etkilerin yanında olumsuz etkilerinde olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden gelir düzeyinin tek başına RSDÖ puan ortalamasını etkilemediği düşünülebilir.

Çalışmamızda ebeveynlerin eğitim düzeyi ile RSDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi. Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi çalışmasında ise ebeveyni lise ve üniversite mezunu olan adolesanların ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek RSDÖ puan ortalamasına sahip olduğu belirtilmektedir (Muslu ve Aygün 2017). Ebeveynlerin eğitim seviyesi yükseldikçe riskli sağlıklı davranışlarına karşı koruyucu önlemlerin artması beklenmektedir. Fakat eğitim seviyesi artan annelerin çalışma hayatında yer almaları, adolesanların daha az denetlenmelerini ve riskli sağlık davranışlarında

bulunmalarını kolaylaştırabilir. Bu nedenle çalışmamızda ebeveyn eğitim düzeyi ile RSDÖ puan ortalaması arasında bir farklılık bulunmamış olabilir.

Yaptığımız çalışmada riskli sağlık davranışları ölçeği ve sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları arasında anlamlı bir korelasyon olduğu tespit edildi. Sağlık okuryazarlığı puan ortalaması ile riskli sağlık davranışları ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki belirlendi. Sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimini etkilediği ancak bu etkinin düşük düzeyde olduğu ifade edilmektedir (Sezer ve Amarat 2018). Her iki araştırma da sağlık okuryazarlığı puan ortalaması azaldığında riskli sağlık davranışlarının arttığı fakat bu artışın düşük düzeyde kaldığı görülmektedir.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı puan ortalaması ile riskli sağlık davranışlarına ilişkin psikolojik, beslenme, fiziksel aktivite, hijyen ve madde kullanımı alt boyutlarının puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki belirlendi. Sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada sağlık okuryazarlığı puan ortalaması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt boyutlarının puan ortalamaları arasında zayıf bir ilişki olduğu ifade edilmektedir (Sezer ve Amarat 2018). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı puan ortalaması ile sigara kullanımı arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Tunalı Çokluk 2018). Çalışmamızda olduğu gibi literatürdeki çalışmalar da sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının azalmasının riskli sağlık davranışlarında artışa neden olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda adölesanların sağlık okuryazarlığının artmasıyla birlikte; sağlıkla ilgili konularda farkındalıklarının ve sorumluluklarının arttığını dolayısı ile adölesanların riskli sağlık davranışlarından kaçındıklarını düşünmekteyiz. Bu yüzden toplumun sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada Meram Şifa Hatun MTAL ve KozağaçMTAL'nde öğrenim görmekte olan adölesanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelendi ve sağlık okuryazarlığının riskli sağlık davranışları üzerindeki etkisi tespit edildi. Buna göre; Meram Şifa Hatun MTAL sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma konusunda daha iyi bir sağlık okuryazarlığı puanına sahipti. Sağlık alanında ve diğer alanlarda öğrenim görmekte olan öğrencilerin sağlık okuryazarlığında bir farklılık tespit edilmedi. Raylı sistemler alanındaki öğrencilerin sağlık okuryazarlığı puan ortalaması en düşüktü. Kızların sağlık okuryazarlığı düzeyleri erkeklere göre daha iyiydi. Riskli sağlık davranışları her iki okulda yüksek olsa da sağlık alanındaki öğrencilerin diğer alanlardakilere göre daha az riskli sağlık davranışlarında buldukları tespit edildi. Erkeklerin kızlara oranla daha fazla riskli sağlık davranışlarında buldukları belirlendi. Sağlık okuryazarlığı ile riskli sağlık davranışları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptandı.

Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve riskli sağlık davranışlarının azaltılmasına yönelik aşağıdaki öneriler geliştirilebilir.

Toplumda sağlıklı bir gelecek için özellikle adölesan dönemdeki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi geliştirilmelidir.

Raylı sistemler alanı gibi sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük alanları belirlemek için daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır. Bu alanlara yönelik sağlık sorumluluğunu artırıcı eğitimler verilmelidir.

Sağlık okuryazarlığı seviyesini yükseltmek için sağlık sektörünün yanında eğitim ve iletişim gibi sektörlerde eş güdümlü çalışmalıdır.

Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak kadar bilgiyi kullanmanın, sağlıkla ilgili karar verme sürecinde bilgiyi değerlendirmenin, sağlıkla ilgili bilgilere karşı eleştirel bakabilmenin ve edinilen bilgilerle davranış değişikliği oluşturabilmenin önemliliği vurgulanmalıdır.



Sağlık davranışları açısından erkekler gibi daha riskli gruplar belirlenmelidir. Bu gruplara yönelik riskli sağlık davranışlarını önleyici eğitim programları uygulanmalıdır.

Riskli sağlık davranışlarının ileri yaşlarda oluşabilecek kronik hastalıklarla ilişkisi vurgulanmalıdır. Toplumda ve adölesanlarda görülen riskli sağlık davranışları olabildiğince azaltılmalıdır.

Adölesanlarda görülen riskli sağlık davranışlarını azaltmak için medyanın, sağlık sektörünün, eğitim sektörünün, onlara rol model olan bireylerin ve toplumun uyum içerisinde planlı ve programlı olarak çaba göstermesi gerekmektedir.

Milli eğitim bakanlığınca okullarda sağlık bilgilerini arttıran teorik derslerin yanında sağlıklı davranışlar geliştirmeye yönelik derslere de yer verilmelidir.

Sağlık eğitimine genç yaşlardan itibaren başlanmalı ve gençlerde kalıcı ve izli davranış değişikliği oluşturulmalıdır.

## 7. KAYNAKLAR

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health literacy: Report of the council on scientific affairs, 1999 Jama., USA.
- Akcilek E. Üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin incelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi., İstanbul, 2017 (Tez Danışmanı:Prof. Dr. OSMAN EROL HAYRAN).
- Akın S, Arı HO, Demirok A, Dirimese V, Ekinci Ü, Gençoğlu A, Gögen S, İn 21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek. Eds: Yardım N, Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Aydın S, Ünüvar N. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü. Ankara. 2007; 36-48.
- Aksakal Baran FN. Sağlık okuryazarlığı halk sağlığının temeli. Türkiye Klinikleri Public Health-Special Topic. 2019;5 (1):1-5.
- Aras Ş, Günay T, Özcan S ve Orçin E. İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları. Anatolian Journal of Psychiatry. 2007;8:186-96.
- Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014; 13:327-34
- Atay E, Göktaş S, Emiral GÖ, Dağtekin G, Zencirci SA, Aygar H. The health literacy level and eating behaviours of the teachers working at the city center of Eskişehir Turkey. International Journal of Research in Medical Sciences. 2017;6 (1):27-34.
- Avcı E. Annelerin anne sütü ile ilgili sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirme aracı geliştirme, sağlık okuryazarlık düzeylerini ve etkileyen faktörleri saptama T.C. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2013 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. SEÇİL ÖZKAN).
- Ayer Ç. Çivril yöresindeki adolesanlarda beslenme okuryazarlığının mevcut durumu ve etkileyen faktörler. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2018( Tez Danışmanı: Prof.Dr. Ahmet Ergin).
- Aygün O ve Muslu G. Ergenlerin riskli sağlık davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2017;10 (4):242-50.
- Balkaya F. Öfke: Temel boyutları nedenleri ve sonuçları. Türk Psikoloji Yazılar. 2001; 4: 21-45.
- Barrett SE, Puryear JS. Health Literacy: Improving quality of care in primary care settings. Journal Of Health Care For The Poor Underserved. 2006; 17:690-97.
- Başar F. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Kadın sağlığına etkisi. ACU Sağlık Bil Derg. 2017; (3):131-137.
- Berberoğlu U, Öztürk O, Baran İnci M, Çetin Ekerbiçer H. Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi. 2018;8 (3):575-81.
- Berens E-M, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. BMC public health. 2016;16 (1):1151:1-8.
- Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2014; 12:61-68.
- Canbulat N, Yıldız S. İstanbul'un Şişli İlçesi'nde gençlerin riskli sağlık davranışları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2011; 8 (1): 46-52.
- Caylan A, Yayla K, Oztora S, Dagdeviren HN. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. Biomedical Research. 2017;28 (15): 6803-07.
- Cetinkaya SK. Üniversite öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının incelenmesi. Nesne-Psikoloji Dergisi. 2013;(2):21-43.

- Chen MY, Wang EK, Yang RJ, Liou YM. Adolescent health promotion scale: Development And Psychometric Testing. *Public Health Nursing*. 2003; 20: 104-10.
- Coşkun S ve Bebiş H. Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2015; 57: 378-84.
- Çatı K, Karagöz Y, Yalman F ve Öcel Y. Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018;67-88.
- Çınar S, Ay A, Boztepe H. Çocuk sağlığı ve sağlık Okuryazarlığı. *Performans Ve Kalite Dergisi*. 2018; 25-39.
- Çimen S. 15-18 Yaş Grubu Gençlerde Riskli Sağlık Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul, 2003 (Tez Danışman: Prof. Dr. Sevim SAVAŞER).
- Çopurlar CK, Akkaya K, Arslantaş İ, Kartal M. Health literacy of students who applied to medical and Nursing Faculty İn Dokuz Eylul University. *Turkish Journal of Family Medicine.Primary Care*. 2017; 11:144-51.
- Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık okuryazarlığı nedir? nasıl değerlendirilir? neden önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016; 10(1):42-47.
- Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. *Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Yayınları*. 2014;1-96.
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J ve ark. Youth risk behavior surveillance- United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 2009. 2010; 59:1-142.
- Ergün S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 2017; 6:1-6.
- Fertman, CI ve Allensworth DD. Sağlığı geliştirme programları: teoriden pratiğe. Sağlık Bakanlığı. Ankara: 2012;3-21.
- Filiz E. Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Konya, 2015 (Tez Danışmanı Prof. Dr. Said BODUR).
- Flery SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: a systematic review. *Journal Of Adolescence*. 2018; 62:116-27.
- Geçkil E, Yıldız S. Adolescent health behaviors and problems. *Journal of Hacettepe University School of Nursing*. 2006; 13: 26-34.
- Geçkil E, Dündar Ö. Turkish adolescent health risk behaviors and self-esteem. *Social Behavior and Personality*. 2011; 39: 219-28.
- Ghaddar SF, Valerio MA, Garcia CM, Hansen L Adolescent health literacy: The importance of credible sources for online health information. *Journal Of School Health*. 2012; 82:28-36.
- Ghanbari S, Ramezankhani A, Montazeri A, Mehrabi Y. Health literacy measure for adolescents (HELMA): Development and psychometric properties. *PlosOne*. 2016; 11:1-12.
- <http://saglikpolitikolari.omegacro.com/saglik-okuryazarligi-nedir-neden-onemlidir#more-55> (18 Ekim 2018 )
- <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567> (16 Eylül 2018)
- <https://afro.who.int/news/strengthening-health-literacy-adolescent-and-youth> (21 Ocak 2019)
- <https://www.cdc.gov/healthliteracy/index.html> (02 Şubat 2019)
- <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm> (20 Ekim 2018)
- Kalkım A ve Toraman AU. Göçmen ve göçmen olmayan ergenlerin riskli sağlık davranışlarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2014;13 (4):289-94.
- Kaya ŞD, Uludağ A. Relationship between the health and media literacy-sağlık ve medya okuryazarlık arasındaki ilişki. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2017;9 (22):194-206.

- Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of america's adults: Results from the 2003. National Assessment of Adult Literacy. National Center for Education Statistics. 2006;483.
- Kürtüncü M, Uzun M, Ayoğlu F N. Ergen eğitim programının riskli sağlık davranışları ve sağlık algısına etkisi. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi. 2015;5 (2): 187-95.
- Malatyalı İ, Biçer EB. Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği. ASHD.2018;17 (2):1-15.
- Michaud AP, Ambresin AE, Catalano RF, Diers J and Patton GC. In: Public health needs of population groups Eds: Detels R. Gulliford M. Abdool Karim Q. Oxford Textbook of Global Public Health. 6th Edition New York, United States of America. 2015;6: 1546-50.
- Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, ve Kindig DA. Health literacy: A prescription to end confusion. Institute of Medicine of the National Academies. National Academies Press. Washington, DC. 2004;31-55.
- Okan O, Lopes E, Bollweg TM, Bröder J, Messer M, Bruland D. Generic Health literacy measurement instruments for children and adolescents: A systematic review of the literature. 2018; 18:166:1-19.
- Okyay P, Abacıgil F ve Harlak H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Sağlık Bakanlığı. 2016;43-60.
- Önsüz M.F., Sağlık okuryazarlığı ve medya. Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2017; 2(2):46-53.
- Özen N, Bal Özkaptan B, Coşkun S, Terzioğlu F. Health literacy of nursing students and its effective factors. Nurs Forum. 2019;1-7.
- Özkan S. Ankara İli Sincan İlçesi birinci basamak sağlık personelinde sağlık okuryazarlığı ile ilgili eğitim programı geliştirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Ankara. 2018;1-100.
- Öztaş D, Güzeldemirci Bozcuk G, Özhasenekler A, Yıldızbaşı E, Karahan S, Eray Karataş İ ve . Öztürk M. Sağlık okuryazarlığı perspektifinden, mükerrer acil servis başvurularının değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal. 2016;16 (3):255-62.
- Özvarış ŞB. In: Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Eds: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi, 2012;1676-749.
- Parlaz E, Tekgül N, Karademirci E ve Öngel K. Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. Turkish Family Physician. 2012;3:10-16.
- Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi Sözlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı. Bakanlık Yayın. 2011,1. Baskı Ankara, Türkiye, s:10.
- Sarı HY, Ardahan E ve Çetişli NE. Adölesan sağlığına ilişkin son 10 yılda yapılan sistematik derlemeler. International Refereed Journal of Gynaecology and Maternal Child Health 2014;1:55-73.
- Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D ve Patton GC. Health A: The age of adolescence. The Lancet Child, Health, Adolescent. 2018;2:223-8.
- Sawyer SM., Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ekeh AC. ve Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. The Lancet. 2012;379 (9826); 1630-40.
- Sezer C, Amarat M. Sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi ilişkisi üzerine bir çalışma. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. 2018; 1811-13.
- Simonds SK. Health education monographs. Health Education as Social Policy. 1974; 2:1-10.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G. Health literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). 2015; 25:1053-58.
- Sönmez S. Ortaöğretimde Sağlık Okuryazarlığı. Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ortaöğretim Fen ve Matematik Alanlar Eğitimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi 2015 (Tez Danışmanı: Esin ATAV).
- Spear HJ ve Kulbok PA. Adolescent health behaviors and related factors: a review. Public Health Nursing. 2001; 18 (2): 82-93.
- Spear L. Adolescent neurodevelopment. Journal of adolescent health. 2013;52:7-13.

SPSS version 16.01, SPSS Inc. 2012

- Sukys S, Cesnaitiene VJ, Ossowsky ZM. Is health education at university associated with students' health literacy? evidence from cross-sectional study applying HLS-EU-Q. Biomed Research International. 2017; 1-9.
- Taşçı E, Atan ŞÜ, Durmaz N, Erkuş, H ve Sevil Ü. Kız meslek lisesi öğrencilerinin madde kullanma durumları. Bağımlılık Dergisi. 2005;6 (3): 122-28.
- Temel AB, Çimen Z. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.33 (3):105-25.
- Tözün M, Sözmen MK. Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı. Health literacy with perspective of public health. Smyrna Tıp Dergisi. 2014; 48-54.
- Tunalı Çokluk S. Sağlık okur-yazarlığı müdahale çalışması: eczacılık ve eğitim fakültesi örneği. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.2018 (Tez Danışmanı: Yrd Doc. Dr. Sinemis ÇETİN DAĞLI).
- Tümer A, Şahin S. Ergenlerin riskli sağlık davranışları. Sağlık ve Toplum. 2011; 31-37.
- Uludağlı NP ve Sayıl M. Orta ve ileri ergenlik döneminde risk alma davranışı: Ebeveyn ve akranların rolü. Türk Psikoloji Yazıları. 2009;12 (23):14-24.
- US Department of Health and Human Services (HHS). Healthypeople.understanding and improvinghealth, 2nd ed. 2000, Washington, DC. USA.
- Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A ve Currie C. Adolescenceandthesocialdeterminants of health. TheLancet. 2012;379 (9826):1641-52.
- World Health Organization 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai. HealthInSDGs. PolicyBriefHealthLiteracy. 2016 (A) Shanghai, China.
- World HealthOrganization, HealthLiteracyThesolidfactseds: Jürgen IK, Pelikan M, Apfel F AndTsouros AD..2013
- World HealthOrganization. Department of maternal, newborn, childandadolescenthealth (MCA): progressreport 2014–15. 2016 (B), Geneva, Switzerland.
- World HealthOrganization : Global Accelerated Action ForTheHealth Of Adolescents († AA-HA!); GuidanceToSupport Country Implementation. World HealthOrganization, 2017, Geneva
- World HealthOrganization: HealthForTheWorld'sAdolescents: A Second Chance İn The Second Decade: Summary, World HealthOrganization, 2014
- World HealthOrganization: OrientationProgramme On AdolescentHealthForHealthCareProviders.Facilitator Guide New Modules,2006, Department Of Health Child AndAdolescentHealth Service,
- Yalaki Z, Çetin F ve Bilge YD. Bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran adölesanlardaki riskli davranışların değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi 2015;54:127-33.
- Yıldırım F ve Keser A. Sağlık okuryazarlığı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. 2015;3:1-141.
- Yıldız E, Behice E. Anne baba tutumları ile adölesan saldırganlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2011;1 (3):6-11.
- Yılmaz Güven D, Bulut H, Öztürk S. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi. 2018;7:400 -09.
- Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016; 15:69-74.

## 8. EKLER

### EK-1 Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

#### EK-1 SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ANKET FORMU

Sayın katılımcı bu çalışma ile adölesanlarda sağlık okuryazarlığının riskli sağlık davranışları üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma Dr. Öğr. Üyesi Lütfi Saltuk DEMİR sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi Kamil KOÇAK tarafından yürütülecektir. Çalışmanın yapılabilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler yüksek lisans tezi için kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayalı olacaktır size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır ve paylaşılmayacaktır. Herhangi sorunuz ya da görüşünüz için aşağıda ismi verilen araştırmacı ile iletişime geçebilirsiniz.

Katılımınız için Teşekkür Ederiz

Kamil KOÇAK  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
05076840716 kamilkocak45@gmail.com

#### SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

- 1) Yaşınız .....
- 2) Cinsiyetiniz  
1.Kız ( ) 2.Erkek ( )
- 3) Okulunuz  
1. Şifa Hatun MTAL ( ) 2.Kozağaç MTAL
- 4) Sınıfınız  
1.9. Sınıf ( ) 2.10. Sınıf ( ) 3. 11. Sınıf ( ) 4. 12 . Sınıf ( )
- 5) Maddi durumunuz  
1.Kötü ( ) 2. Orta ( ) 3.İyi ( )
- 6) Anne eğitim durumu  
1.İlköğretim ( ) 2. Ortaöğretim ( ) 3.Lisans ve üzeri ( )
- 7) Baba eğitim durumu  
1.İlköğretim ( ) 2. Ortaöğretim ( ) 3.Lisans ve üzeri ( )
- 8) Aile tipiniz  
1.Çekirdek aile ( ) 2. Geniş aile ( )
- 9) Alanınız  
1.Sağlık Hizmetleri ( ) 2.Makine Teknolojisi ( ) 3.Elektrik- Elektronik Teknolojisi ( )  
4. Raylı sistemler teknolojisi ( ) 5.İtfaiyecilik ve Yangın Güvenliği ( )
- 10) Kronik bir hastalığınız var mı?  
1.Evet ( ) 2.Hayır ( )



## EK-2 Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği

### EK-2 RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Sevgili gençler, bu anket sağlık davranışlarını belirlemeye yöneliktir. Sağlığınıza etkileyebilecek tutum ve davranışlarınıza ilişkin verdiğiniz bilgiler bizim için çok değerlidir.

Bu ankete adınızı yazmayınız. Cevaplarınız gizli tutulacak, hiç kimse ne yazdığınızı bilmeyecektir. Gerçek yaşamınızda ne yapıyorsanız, ona göre cevaplamanız sonuçların doğruluğu açısından önemlidir. Bu araştırmanın sonuçları, sizin gibi genç kişilere daha iyi sağlık eğitimi programlarının geliştirilmesinde yol gösterecektir.

Anketi doldurma süresi yaklaşık 10-15 dakikadır. Sağlık davranışlarına yönelik her bir ifadeyi okuyunuz. Günlük yaşamınızda uygulama sıklığına göre sizin davranışınızı en iyi tanımlayan veya yansıtan 5 seçenekden birini işaretleyiniz ("X", "✓" ya da "+" işareti koyunuz).

Katıldığımız için teşekkürler...

Araştırmacı Kamil KOÇAK



Sağlık Davranışları	Hiç bir zaman	Oldukça seyrek	Bazen	Çoğunlukla	Hemen her zaman
1. Günde üç öğün beslenirim.					
2. Sabahları kahvaltı ederim.					
3. Her gün cips, döner, hamburger, tost gibi yiyeceklerden yerim.					
4. Her gün taze meyve ve yeşil salata, havuç, domates gibi sebzelerden yerim.					
5. Her gün pişmiş sebze yemeklerinden yerim.					
6. Her gün tavuk, hindi, balık veya kırmızı et türü yiyeceklerden ya da mercimek, nohut, fasulye, bezelye gibi kuru baklagillerden birini yerim.					
7. Dişlerimi düzenli olarak günde en az iki kere fırçalarım.					
8. Yemek yemeden önce ellerimi yıkarım.					
9. Her gün çikolata, gofret, şekerleme gibi yiyeceklerden yerim.					
10. Her gün süt, ayran, yoğurt, peynir türü besinlerden birini/bir kaçını tüketirim.					
11. Her gün nescafe, kola, gazoz gibi içeceklerden içerim.					
12. Her gün ortalama 8-10 bardak su içerim.					
13. Kendimi korumak amacıyla yanımda sopa, çakı, gaz spreyi gibi şeyler taşırım.					
14. Arabanın ön koltuğunda oturduğumda emniyet kemerini takarım.					
15. Sorunlarımı yakınlarımla paylaşarak çözmeye çalışırım.					
16. Birisiyle anlaşamadığımda bunu kendisiyle konuşarak çözmeye çalışırım.					
17. En az haftada 1-2 kez yıkanırım.					
18. Tuvaletten çıktıktan sonra ellerimi yıkarım.					
19. Ellerimi yıkarken sabun kullanırım.					



⇩

Sağlık Davranışları	Hiç bir zaman	Oldukça seyrek	Bazen	Çoğunlukla	Hemen her zaman
20. Sigara içerim.					
21. Alkollü içecekler içerim.					
22. Haftada en az 3 gün, her seferinde 20-30 dakika; futbol oynama, koşma, hızlı bisiklet sürme gibi kalp atışlarımı hızlandıran fiziksel aktiviteleri yaparım.					
23. Haftada en az 5 gün veya her gün, her seferinde 20-30 dakika; yürüme, yavaş bisiklet sürme, paten yapma gibi kendimi fazla zorlamayan bir fiziksel aktivite yaparım.					
24. Günde 2 saatten fazla televizyon izlerim.					
25. Geceleri en az 8 saat uyurum.					
26. Günde en az 2 saat bilgisayar/atari başında vakit geçiririm.					
27. Bir sağlık elemanının tavsiyesi olmadan zayıflamak için rejim yaparım.					
28. Zayıflamak veya kilo almamak için yemek yedikten sonra kusmaya çalışırım.					
29. Boks, uzun atlama, motorsiklet yarışı gibi tehlikeli sporlardan herhangi birini yaparım.					
30. Ehliyetsiz olarak herhangi bir aracı kullanırım.					
31. İki haftadan uzun süren ve günlük aktivitelerimi engelleyecek şekilde karamsarlık dönem(ler)im olur.					
32. Herhangi bir nedenle kavga-dövüş yaparken yaralandığım olur.					
33. Herhangi bir nedenle uyarıcı madde/haplar kullandığım olur.					
34. Herhangi bir nedenle bağımlılık yapıcı bir madde (uyuşturucu, tiner, bali, uhu vb.) kullandığım olur.					

*Acun*

## EK-3 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

### EK-3 TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32 (TSOY-32)

**Açıklama:** Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini “çok zor/zor/kolay/çok kolay” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız <u>aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?</u>	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. 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 yapacağınızı 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	Sağlıkçıların (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 duymadığınızın 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					

*Scanned*

	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 yaptırmamız 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 sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak						
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek						
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak						
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek						
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (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-4 Veli İzin Formu

### VELİ İZİN FORMU

Sayın Veli,

Bu çalışma ile adölesanlarda sağlık okuryazarlığının riskli sağlık davranışları üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma Dr. Öğr. Üyesi Lütfi Saltuk DEMİR sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi Kamil KOÇAK tarafından yürütülecektir. Çalışmanın yapılabilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler yüksek lisans tezi için kullanılacaktır. Öğrencilere yönelik yapılan bu çalışmada katılım gönüllülük esasına dayalı olacaktır. Size ya da öğrencinize herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden ya da öğrencinizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Öğrencilerin verdiği bilgiler gizli tutulacaktır ve paylaşılmayacaktır. Öğrencinizin çalışmaya katılabilmesi için onam vermeniz ve öğrencinizin anket formlarını doldurması gerekmektedir. Herhangi sorunuz ya da görüşünüz için aşağıda ismi verilen araştırmacı ile iletişime geçebilirsiniz.

Katılımınız için Teşekkür Ederiz

**Yukarıdaki açıklamaları okudum. Öğrencimin araştırmaya katılmasını kabul ediyorum**

**Öğrencinin Adı Soyadı:**

**Velinin Adı Soyadı:**

**Velinin İmzası:**

Kamil KOÇAK

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

05076840716

[kamilkocak45@gmail.com](mailto:kamilkocak45@gmail.com)



## EK-5 Etik Kurul İzni



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 14567952-050/2652  
Konu :

Tarih : 13 Aralık 2018

Sayın

Dr. Öğr. Üyesi Lütfi Saltuk DEMİR  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İlgi:30.11.2018 tarihli dilekçeniz;

“Adölesanlarda Sağlık Okuryazarlığının Riskli Sağlık Davranışları Üzerindeki Etkisi” başlıklı, Dr. Öğr. Üyesi Lütfi Saltuk DEMİR’ in sorumluluğunda, Kamil KOÇAK’ ın yardımcı araştırmacısı olduğu yüksek lisans tez çalışması hakkında Fakültemiz İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulunun 07 Aralık 2018 tarihinde aldığı 2018/1592 sayılı karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU  
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar  
Etik Kurul Başkanı

Ek: Etik Kurul Kararı

Adres:Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı 42080 –Meram KONYA  
Tel: (0332) 223 65 00 Faks: (0332) 223 61 81

Bilgi İçin : Personel Şubesi Tel : (0332) 2236504

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:78

Toplantı Tarihi: 07 Aralık 2018

**Karar Savısı:2018/1592;**Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Lütfi Saltuk DEMİR' in "Adölesanlarda Sağlık Okuryazarlığının Riskli Sağlık Davranışları Üzerindeki Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 30.11.2018 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Kamil KOÇAK' ın yüksek lisans tez çalışmasının Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Lütfi Saltuk DEMİR' in sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.  
Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.  
Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Lütfi Saltuk DEMİR  
Yardımcı Araştırmacı: Kamil KOÇAK

ASLI GİBİDİR  
07.12.2018

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZÖĞLU  
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

## EK-6 Araştırma Kurum İzni



T.C.  
KONYA VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü



Sayı : 83688308-605.99-E.1717607  
Konu : Araştırma İzni (Kamil KOÇAK)

24.01.2019

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 27/12/2018 tarihli ve 48178250-300-E.19119 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Kamil KOÇAK'ın "Adölesanlarda Sağlık Okuryazarlığının Riskli Sağlık Davranışları Üzerindeki Etkisi" konulu araştırmasını uygulama talebi incelenmiştir.

Araştırmanın, Meram Şifa Hatun Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ile Meram Kozağaç Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesinde eğitim gören öğrencilere eğitim öğretimi aksatmamak kaydıyla uygulanmasında sakınca görülmemektedir. Araştırmacının, Müdürlüğümüze bağlı eğitim kurumlarındaki çalışmalarını 2018-2019 eğitim öğretim yılı içerisinde tamamlaması zorunludur. Araştırma kapsamında yürütülecek çalışmaların 2018-2019 eğitim öğretim yılında tamamlanmaması durumunda Müdürlüğümüzden tekrar izin alınması gerekmektedir.

Araştırmada Müdürlüğümüz tarafından onaylanarak gönderilen veri toplama araçları kullanılacak olup, araştırma sonucunun CD ortamında iki nüsha olarak Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve adı geçene tebliğini arz ederim.

Servet ALTUNTAŞ  
İl Millî Eğitim Müdür V.

Ek:

- 1-Sosyo Demografik Özellikler Anket Formu (1 Sayfa)
- 2-Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (2 Sayfa)
- 3-Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (3 Sayfa)
- 4-Veli Onam Formu (1 Sayfa)

Akçeşme Mah.Garaj Cad. No: 4 Karatay/KONYA  
Elektronik Ağ: <http://konya.meb.gov.tr>  
e-posta: [istatistik42@meb.gov.tr](mailto:istatistik42@meb.gov.tr)

Ayrıntılı bilgi için : Abdurrahman KAYNAK - Şef  
Ali Naci IŞIK VHKİ  
Tel: (0 332) 353 30 50 - Faks : (0 332) 351 59 40

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 7246-7ac3-34c4-9a39-b4ab kodu ile teyit edilebilir.



## EK-7 Ölçek Kullanım İzni

\*\*\*

**Saniye Cimen** <saniyecimen@gmail.com>  
Alıcı: ben

22 Eki 2018 Pzt 12:38

Merhaba Kamil Bey,  
Riskli Sağlık Davranışları Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve puanlama yönergesini gönderiyorum.  
Çalışmanızda başarılar diliyorum.

Saygılarımla,  
Dr. Saniye Cimen  
0530 825 62 24  
0507 106 22 63

kamil kocak <kamilkocak45@gmail.com>, 15 Eki 2018 Pzt. 20:18 tarihinde şunu yazdı:  
\*\*\*

11 ileti dizisinden 4

**sağlık okuryazarlığı ölçeğine ilişkin** Gelen Kutusu

**Sercan Öztürk** <wh.stcng@gmail.com>  
Alıcı: ben, Pinar

23 Eki 2018 Sal 11:55

Kamil bey merhaba, ben Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Dr. Sercan Öztürk. TSOY-32 ölçeğinin kullanımı ile ilgili ezetlenmiş bilgilere aşağıdaki metinde dosyada sunuyorum.

ölçekte yer alan kodlamalar 1-çok kolay, 2-kolay, 3-zor, 4-çok zor, 5-fikrim yok şeklinde öncelikle üstte yer alan kodlamalar şeklinde girdiyenize onları tekrar kodlamak gerekli 1-4, 2-3, 3-2, 4-1 şeklinde ve 5 seçeneğini işaretleyenleri de kayıp veri şeklinde tanımlamamızın indeks hesaplaması için de veritabanımızda ekte göndereceği dökümanın ilk sayfasındaki (ölçek çalışmasının 79. sayfası) tablodaki gibi her bir alt boyut için ortalamaları hesaplamamız (eğer 5 kayıp veri şeklinde tanımlamaz da 0 şeklinde girerseniz ortalama hesabında göz önüne alınacak ve ortalamaları düşürecektir, o nedenle 5 seçeneğini işaretleyenlerin hesap yaparken boş şekilde kodlandığından emin olunuz)

TSOY-32, 2 boyut ve 4 süreç şeklinde tanımlanmıştır, her bir boyut ve süreç için ortalamaları alın, ardından boyutları ve süreçleri ortalamaları alın ardından tüm soruların ortalamasını alın (her için örneğin tedavi ve hizmet boyutunun sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma süreci için 8. katılımcının 1, 4, 5 ve 7. sorulara verdiği dönüştürülmüş puanların ortalaması; hastalıklardan korunma ve sağlıklı yaşamın geliştirilmesi boyutu için tablonun ikinci sütununda yer alan soruların her biri gibi)

indeks puanı hesaplanırken de ortalamadan 1 çıkartıp (50/3) ile çarpılmamız, elde ettiğiniz değer o boyut, süreç veya tüm ölçek için indeks değeri ve o değer üzerinden direkt olarak ölçüm verisi ç edebilir (örneğin TSOY-32 ölçeği indeksleri erkeklerde 32.02+5.11 kadınlarda 34.02+6.20 şeklinde analiz edilebilir) ya da kategorik veriyi dönüştürerek (sınır değerleri yine 79. sayfada yer almak edebilirsiniz (erkeklerde % şu kadar mükemmel, şu kadar yeterli, ...; kadınlarda ...))

İşlemleri yaparken hocamızın yayınladıkları dökümanın 79. sayfası bu konuda yol göstericidir. Bunları yapıp indeks hesaplamasından sonra verilerin bulgular şeklinde sunumu için yine hocamızın dökümanındaki 56-60. sayfalardan faydalanabilirsiniz.

mail için masaüstü bildirimlerini etkinleştirin. [Tamam](#) [Hayır, teşekkürler](#)



## Özgeçmiş

### **Kamil KOÇAK**

Selahaddin Eyyubi mh. Dorlalı sok. B blok 22/7 Selçuklu KONYA

▪ 507-684-0716 ▪ kamilkocak45@gmail.com

### **EĞİTİM**

LİSANS 2010-2014 ACİL YARDIM VE AFET YÖNETİMİ ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ

PEDAGOJİK FORMASYON EĞİTİMİ 2014 KONYA NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM 2015-..... NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HALK SAĞLI ANABİLİM DALI

### **DENEYİM**

#### **STAJYER**

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ 2012 1 AY ACİL SERVİS

#### **STAJYER**

KONYA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ İTFAİYESİ 2013 1 AY  
ÖĞRETMENLİK/ SAĞLIK HİZMETLERİ

KARAPINAR HACI OSMAN ARI MESLEKİ VE TEKNİK ANADOLU LİSESİ 2015-2016

ÖĞRETMENLİK/ SAĞLIK HİZMETLERİ

MERAM ŞİFA HATUN MESLEKİ VE TEKNİK ANADOLU LİSESİ 2016- .....

### **SERTİFİKALAR VE AKADEMİK ETKİNLİKLER**

ULUSLARARASI AFET VE ACİL TIP KONGRESİ KATILIM BELGESİ 13-15 MAYIS 2016

İLK YARDIM BELGESİ 05.02.2016

18. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ- OLAĞAN DIŞI DURUMLAR VE HALK SAĞLIĞI 5-9.10.2015

1. AFETLERDE ACİL YARDIM SEMPOZYUMU KATILIM BELGESİ 26.03.2014

ENKAZDA ARAMA KURTARMA EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ 30.04.2013

YANGIN GÜVENLİĞİ PANELİ KATILIM BELGESİ 19.04.2013

YEREL YÖNETİMLERDE AFET YÖNETİMİ KONFERANSI KATILIM BELGESİ 16.04.2013

YEREL YÖNETİMLERDE GİRİŞİMCİLİK, BAŞARI VE KARIYER KATILIM SERTİFİKASI 02.03.2013

STRATEJİK LİDERLİK VE TAKIM ÇALIŞMASI KATILIM SERTİFİKASI 14.10.2012

### **İLGİ ALANLARI**

FOTOĞRAFÇILIK, FUTBOL, SATRANÇ, SAĞLIK, TİYATRO