



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

KRONİK HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIKLI
YAŞAM DAVRANIŞLARI İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emine Maraş

Düzce
Nisan, 2022

**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**KRONİK HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIKLI
YAŞAM DAVRANIŞLARI İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emine Maraş

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Dilek Şahin

**Düzce
Nisan, 2022**

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI
İLİŞKİSİ

..... tarafından hazırlanan tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Anabilim/Anasanat Dalı'nda **YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Prof. Dr.

Düzce Üniversitesi

Jüri Üyeleri

Prof. Dr.

Düzce Üniversitesi

Prof. Dr.

Düzce Üniversitesi

Prof. Dr.

Düzce Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: .../.../2022

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecimin her aşamasında bilgi birikimiyle bana yol gösteren, sabır ve hoşgörü ile beni destekleyen çok değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Dilek ŞAHİN'e,

Beni bugünlere getirip sevgi ve destekleriyle her zaman yanımda olan canım annem Sevgi YALÇIN ve babam Hasan YALÇIN başta olmak üzere tüm aileme,

İyi ki hayatımda olan yol arkadaşım, sevgili eşim Erdem MARAŞ'a teşekkürlerimi;

Hayatımıza girdiğinden beri neşe kaynağımız olan biricik yeğenim Eylül'e sevgilerimi sunarım.

Emine MARAŞ

ÖZET

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI İLİŞKİSİ

MARAŞ, Emine

Yüksek Lisans, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Dilek Şahin

2022, 175 sayfa

Son yıllarda dünya üzerinde gerçekleşen ölümlerin büyük çoğunluğuna kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser gibi kronik hastalıklar ve bu hastalıklara neden olan risk faktörleri (sigara ve alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik gibi) sebebiyet vermektedir. Dünyada ve ülkemizde hastalık yükünde önemli bir paya sahip olan kronik hastalıkların insan sağlığı üzerindeki etkileri ile birlikte ekonomik sonuçları da bulunmaktadır. Kronik hastalıkların tedavisinin getirdiği yüksek sağlık harcamalarının yanında bireylerin iş gücü kapsamında üretkenliğinin etkilenmesi ile sosyoekonomik kalkınma üzerinde de olumsuz etkiler meydana gelmektedir. Kronik hastalıkların, hem yaşam kalitesi ve süresine etkisi hem de sebep olduğu maliyetler göz önüne alındığında hastalığa sebep olan risk faktörlerinin önüne geçilmesi gerekmektedir. Bu sebeple sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılıp sürdürülmesi önem taşımaktadır. Bu davranışların kazanılabilmesi, bireylerin sağlık bilgilerini anlama ve kullanma yeteneklerini gerektirmektedir. Bu durum “sağlık okuryazarlığı” olarak adlandırılmaktadır. Bu araştırmanın amacı, kronik hastalığa sahip bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırma evrenini İstanbul iline bağlı Üsküdar ilçesinde yaşayan kronik hastalar oluşturmaktadır. Gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenen 389 kronik hasta ile araştırma gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara 14 sorudan oluşan demografik bilgiler anketi sonrasında 32 sorudan oluşan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32)” ölçeği ve 52 sorudan meydana gelen “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” uygulanmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı genel indeks puan ortalaması $34,09 \pm 7,30$ olarak, sağlık okuryazarlık düzeyleri ise %6,9 oranında yetersiz, %41,9 oranında sorunlu-sınırlı, %32,4 oranında yeterli ve %18,8 oranında mükemmel

olarak tespit edilmiştir. “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II” ölçeğinden aldıkları ortalama puan ise $123,49 \pm 18,25$ olarak saptanmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucunda sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Araştırma sonucunda sağlık okuryazarlığını arttıracak ve bireylere sağlığı geliştirici davranışların kazandırılmasını sağlayacak faaliyet ve uygulamalara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Kronik Hastalık, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND HEALTHY LIVING BEHAVIORS IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASE

MARAŞ, Emine

Master Thesis, Department of Health Management

Thesis Advisor: Dr. Öğr. Üyesi Dilek Şahin

2022, 175 page

In recent years, the majority of deaths in the world are caused by chronic diseases such as cardiovascular diseases, diabetes, cancer and risk factors (such as smoking and alcohol use, unhealthy diet, physical inactivity) that cause these diseases. Chronic diseases, which have a significant share in the burden of disease in the world and in our country, have economic consequences as well as their effects on human health. In addition to the high health expenditures brought by the treatment of chronic diseases, the impact of the productivity of the individuals within the scope of the workforce also has negative effects on socioeconomic development. Considering the effects of chronic diseases on both the quality and duration of life and the costs they cause, it is necessary to prevent the risk factors that cause the disease. For this reason, it is important to acquire and maintain healthy lifestyle behaviors. Acquiring these behaviors requires the ability of individuals to understand and use their health information. This situation is called "health literacy". The aim of this research is to examine the relationship between health literacy and healthy lifestyle behaviors in individuals with chronic diseases. The population of the research consists of chronic patients living in Üsküdar district of Istanbul province. The research was carried out with 389 chronic patients determined using the random sampling method. After the demographic information questionnaire consisting of 14 questions, the "Turkey Health Literacy (TSOY-32)" scale consisting of 32 questions and the "Healthy Lifestyle Behaviors Scale II" consisting of 52 questions were applied to the participants. The health literacy general index score of the participants was 34.09 ± 7.30 , and the health literacy level was 6.9% insufficient, 41.9% problematic-limited, 32.4% adequate and 18.8% excellent. detected. The mean score they got from the "Healthy Lifestyle Behaviors II" scale was determined as 123.49 ± 18.25 . As

a result of the regression analysis, it is seen that health literacy has a positive effect on healthy lifestyle behaviors. As a result of the research, suggestions were made for activities and practices that would increase health literacy and enable individuals to gain health-promoting behaviors.

Key Words: Chronic Disease, Health Literacy, Healthy Lifestyle Behavior



İÇİNDEKİLER LİSTESİ

JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI	i
ÖNSÖZ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xvi
BÖLÜM I	1
1.1. GİRİŞ	1
1.1.1. Problem	2
1.1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.1.3. Araştırmanın Önemi	4
1.1.4. Araştırmanın Sayıltıları	5
1.1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	5
1.1.6. Tanımlar	5
1.1.7. Kısaltmalar	6
BÖLÜM II	9
2.1. OKURYAZARLIK	9
2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	12
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı	12

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Yapısı	17
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması	25
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri	27
2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	33
2.2.6. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	37
2.2.7. Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmeye Yönelik Yaklaşımlar	41
2.2.8. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	46
2.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI.....	50
2.3.1. Sağlıkın Korunması ve Geliştirilmesi.....	50
2.3.2. Sağlık Davranışı	51
2.3.2.1. Sağlık İnanç Modeli	52
2.3.2.2. Sağlık Geliştirme Modeli	54
2.3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	58
2.3.3.1. Manevi Gelişim.....	59
2.3.3.2. Sağlık Sorumluluğu.....	59
2.3.3.3. Fiziksel Aktivite	60
2.3.3.4. Beslenme	61
2.3.3.5. Kişilerarası İlişkiler	61
2.3.3.6. Stres Yönetimi	62
2.4. KRONİK HASTALIKLAR.....	64

2.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞI ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALAR GENEL BİR BAKIŞ	66
BÖLÜM III.....	74
3.1. YÖNTEM.....	74
3.1.1. Araştırma Modeli.....	74
3.1.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	74
3.1.3. Evren Örneklem.....	76
3.1.4. Veri Toplama Araçları	78
3.1.5. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizi.....	80
3.1.6. Verilerin Toplanması	82
3.1.7. Verilerin Analizi	82
BÖLÜM IV	84
4.1. BULGULAR VE YORUM	84
4.1.1. Demografik Bilgiler.....	84
4.1.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Özellikleri.....	86
4.1.2.1. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine (TSOY-32) Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	87
4.1.2.2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanları	90
4.1.2.3. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri.....	91
4.1.2.4. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının Demografik Özellikleri Açısından İncelenmesi.....	93

4.1.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Özellikleri	105
4.1.3.1. Katılımcıların SYBD Ölçeğine Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	105
4.1.3.2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları	108
4.1.3.3. Katılımcıların SYBD Ölçeği Puanlarının Demografik Özellikleri Açısından İncelenmesi	108
4.1.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	114
4.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi	115
4.1. TARTIŞMA, SONUÇLAR VE ÖNERİLER	117
4.1.1. Tartışma ve Sonuçlar	117
4.1.2. Öneriler	126
KAYNAKÇA	129
EKLER	154
Ek 1: Araştırma İzin Belgesi.....	154
Ek 2: Anket Formu	155

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri	28
Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Web of Science Veri Tabanındaki Yurtdışı Çalışmalar.....	- 66 -
Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Google Akademik Arama Motorundaki Yurtdışı Çalışmalar.....	- 68 -
Tablo 4. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Yapılan Yurtiçi Tez Çalışmaları.....	- 70 -
Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Yapılan Yurtiçi Makale Çalışmaları.....	- 72 -
Tablo 6. TSOY-32'nin 2x4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları	78
Tablo 7. TSOY-32 Ölçeği Güvenirlik Değerleri.....	81
Tablo 8. SYBD-II Ölçeği Güvenirlik Değerleri.....	81
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Bireylere Ait Bazı Demografik Özelliklerin Dağılımı	84
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylere Ait Diğer Özelliklerin Dağılımı	85
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kronik Hastalıklarının Dağılımı	86
Tablo 12. Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Madde Dağılımına Göre Cevap Yüzdeleri	87
Tablo 13. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Alt Boyutlarına Göre İndeks Puan Ortalamaları	90
Tablo 14. Katılımcıların Alt Boyut ve Süreçlere Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı.....	91
Tablo 15. Katılımcıların Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı	92

Tablo 16. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı	93
Tablo 17. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları	93
Tablo 18. Katılımcıların Yaş Aralığına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı	94
Tablo 19. Katılımcıların Yaş Aralığına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları.....	94
Tablo 20. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı.....	95
Tablo 21. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları.....	95
Tablo 22. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı.....	96
Tablo 23. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları	96
Tablo 24. Katılımcıların Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı.....	97
Tablo 25. Katılımcıların Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları.....	97
Tablo 26. Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı.....	98
Tablo 27. Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis Testi Sonuçları	99
Tablo 28. Katılımcıların Sağlık Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı.....	99

Tablo 29. Katılımcıların Sağlık Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları.....	100
Tablo 30. Katılımcıların Sağlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı	100
Tablo 31. Katılımcıların Sağlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları	101
Tablo 32. Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı	101
Tablo 33. Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları.....	102
Tablo 34. Katılımcıların Alkol Kullanım Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı	102
Tablo 35. Katılımcıların Alkol Kullanım Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları	102
Tablo 36. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı	103
Tablo 37. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları	103
Tablo 38. Katılımcıların Sağlıklı Beslenme Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı	104
Tablo 39. Katılımcıların Sağlıklı Beslenme Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları.....	104
Tablo 40. Katılımcıların SYBD Ölçeği Madde Dağılımına Göre Cevap Yüzdeleri	105

Tablo 41. Katılımcıların SYBD Ölçeği Puanlarının Alt Boyutlarına Göre İncelenmesi	108
Tablo 42. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları	108
Tablo 43. Katılımcıların Yaş Aralığına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları.....	109
Tablo 44. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları	109
Tablo 45. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları.....	110
Tablo 46. Katılımcıların Ekonomik Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları	110
Tablo 47. Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis Testi Sonuçları	111
Tablo 48. Katılımcıların Sağlık Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları	111
Tablo 49. Katılımcıların Sağlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları.....	112
Tablo 50. Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik ANOVA Sonuçları	112
Tablo 51. Katılımcıların Alkol Kullanım Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları.....	113
Tablo 52. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları	113

Tablo 53. Katılımcıların Sağlıklı Beslenme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları	114
Tablo 54. Katılımcıların Genel Sağlık Okuryazarlığı Puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Analizi	115
Tablo 55. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisine İlişkin Basit Regresyon Analizi	116



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli.....	19
Şekil 2. Bir Risk Olarak Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli	20
Şekil 3. Kişisel Kazanç Olarak Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli	22
Şekil 4. Sağlık Okuryazarlığı, Hizmet Sürecine Katılım ve Sağlık Arasındaki Olası Yollar	23
Şekil 5. Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi	24
Şekil 6. Entegre Sağlık Okuryazarlığı Modeli	25
Şekil 7. Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları Arasındaki Nedensel Yollar	39
Şekil 8. Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları.....	40
Şekil 9. Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri ve Bağlantıları.....	54
Şekil 10. Sağlığı Geliştirme Modeli	56

BÖLÜM I

1.1. GİRİŞ

Günümüz dünyasının hızla gelişmesi ile birlikte modernleşen sağlık sistemlerinin sağlık hizmeti kullanıcılarından beklentileri giderek artış göstermekte ve bu beklentiler kapsamında bireylerin bilgiye ulaşma, anlama ve bu bilgiyi sağlıklarını korumak ve iyileştirmek amacıyla kullanmaları gibi farklı rolleri bulunmaktadır. Tüm bu beklenti ve roller sağlık okuryazarlığı olarak kavramsallaştırılmaktadır (Çaylan vd., 2017: 6803).

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilmekte ve bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasının kötü sağlık sonuçları, artan eşitsizlikler ve yüksek maliyetler gibi olumsuzluklara sebebiyet verdiği ifade edilmektedir (Vozikis vd., 2014: 2). Aynı zamanda düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin kronik hastalıkların bakım ve öz yönetiminde başarısız oldukları birçok çalışmada ortaya koyulmaktadır (Çaylan vd., 2017: 6804).

Ülkemiz tarihine bakıldığında yaşlı nüfus oranı en yüksek noktasına ulaşmış durumdadır. Türkiye İstatistik Kurumu verileri, artan yaşlı nüfusun 2023 yılında 8.6 milyon, 2050 yılında 19.5 milyon ve 2075 yılında ise 24.7 milyona kadar çıkacağını ortaya koymaktadır. Yaşlı nüfusta yaşanan bu artışa ve bireylerin yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan kronik hastalıklar son yıllarda giderek artmakta ve dünya üzerinde gerçekleşen ölümlerin büyük çoğunluğuna sebebiyet vermektedir (KDTD, 2013: 5-9).

Kronik hastalıklarda bireylerin hizmet sürecine katılımı, başarılı hastalık yönetiminin önemli bir belirleyicisi olarak kabul görmektedir. Çünkü bu hastalıklar, hastaların sık sık sağlık sistemine erişmesini ve sağlık durumlarını kendilerinin aktif bir şekilde yönetmesini gerektirmektedir. Bu kapsamda sağlığın korunması ve iyileştirilmesi ancak bireylerin sağlık bilgilerini anlamaları ve bu bilgilere göre hareket etmeleri neticesinde gerçekleştirilebilir (Ishikawa ve Yano, 2008: 113;

Beauchamp vd., 2015: 2; Çaylan vd., 2017: 6806). Başka bir ifade ile, bireylerin yaşam biçimi davranışları hakkındaki kararları ve eylemleri sağlık okuryazarlığı düzeylerinden etkilenmekte ve kronik hastalıkların bakım ve öz yönetiminde kilit bir rol oynamaktadır (Taggart vd., 2012: 2). Örneğin; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik solunum yolu hastalığı en çok ölüme neden olan dört ana kronik hastalıktır. Bu hastalıkların tütün kullanımı, alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik, obezite gibi birçok risk faktörü ile ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur. Bu hastalıkların yalnızca bu risk faktörlerinin önüne geçerek önlenilebileceği ifade edilmektedir (WHO, 2021). Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesi gerekmektedir. Bu davranışların kazanılıp geliştirilmesi için ise en önemli stratejilerden biri, bilginin artırılarak bireyler arasında sağlık okuryazarlığının teşvik edilmesidir (Gaffari-fam vd., 2020: 500).

Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam davranışı ilişkisinin ortaya koyulmasını amaçlayan bu araştırma 5 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmanın problemi, amacı, önemi, sayıtları (varsayımları), sınırlılıkları ve önemli kavramların tanımları bulunmaktadır. İkinci bölümde sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili genel bilgiler yer almaktadır. Üçüncü bölümde araştırmanın yöntem bölümü, dördüncü bölümde araştırma ile ilgili bulgular ve bu bulgulardan yola çıkarak yapılan yorumlara ve son olarak beşinci bölümde ise araştırmanın sonuçları ve öneriler bulunmaktadır.

1.1.1. Problem

Sürekli gelişen günümüz dünyasında sağlık sistemlerinin giderek daha karmaşık bir hale gelmesi ile sağlık okuryazarlığının önemi giderek artmaktadır (Tanrıöver vd., 2014: 17). Ancak, dünya üzerinde 776 milyon insan temel sağlık okuryazarlığına sahip değildir. 8 Avrupa ülkesini içeren Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışmasına göre ülkelerde yetersiz sağlık okuryazarlığı %2-27 ve sınırlı sağlık okuryazarlığı %29-62 arasındadır. “Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Projesi”ne göre yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı Bulgaristan ve Türkiye için %23,5, Almanya için %23,8 ve İtalya için %39,2 olarak belirlenmiştir (Avcı ve Özkan, 2020: 6). “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması”na

göre ise yetersiz/sorunlu düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin oranı %68,9 olarak ifade edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018: 80).

Dünya çapında gerçekleşen ölümlerin yaklaşık %76,4'ü kronik hastalıklar nedeniyle meydana gelmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021: 1). Türkiye'de ise 2016 yılında gerçekleşen ölümlerin % 89'una kronik hastalıkların sebebiyet verdiği ifade edilmiştir. Yine, 2017 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan bir raporda Türkiye'de kronik hastalık sebepli 392.000 ölüm olduğu ve bu hastalıkların tüm ölümlerin %88'inden sorumlu olduğu ifade edilmiştir (WHO, 2017: 193). Bu nedenle kronik hastalık oluşumunda etkili olan sigara kullanımı, alkol kullanımı, yetersiz beslenme gibi yüksek riskli davranışların değiştirilmesi ve sağlıklı yaşam davranışlarının benimsenmesi bu hastalıkların önlenmesinde ve ölüm oranının azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Farokhzadian vd., 2018: 1).

Bu bilgiler kapsamında araştırmanın problem cümleleri aşağıdaki gibidir:

- ✓ Kronik hastalığa sahip bireylerde sağlık okuryazarlık düzeyi nedir?
- ✓ Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı yaşam davranışı düzeyi nedir?
- ✓ Kronik hastalığa sahip bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeyi farklılaşmakta mıdır?
- ✓ Kronik hastalığa sahip bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre sağlıklı yaşam davranışı düzeyi farklılaşmakta mıdır?
- ✓ Kronik hastalığa sahip bireylerde sağlık okuryazarlığı sağlıklı yaşam davranışını etkiler mi?

1.1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın genel amacı, kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam davranışı üzerindeki etkisini incelemektir. Aynı zamanda bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam davranışı üzerindeki etkisinin incelenmesi de amaçlanmaktadır.

1.1.3. Araştırmanın Önemi

Dünya çapında ölüm nedenlerine bakıldığında büyük çoğunluğunun kronik hastalıklara bağlı olduğu ortaya koyulmaktadır. Kronik hastalıkların oluşumunda ise bireylerin sağlıklı yaşam davranışları oldukça önemlidir. Sağlıklı yaşam öğelerine uyulmaması, kronik hastalıkların oluşumu açısından risk oluşturmakta ve hatta ölümlere neden olmaktadır (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016: 71). DSÖ, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80 oranında ve gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50 oranında sağlıklı yaşam davranışları ile ilişkili olduğunu ifade etmektedir (Yılmaz ve Günal, 2020: 550).

Ülkemizde nüfusun yaşlanması ile birlikte, hastalık yükü de artmakta ve bu hastalıkların büyük bir çoğunluğunu kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Yaşlı nüfus oranının artması ile birlikte bu bireylerin sağlık bilgilerine ulaşma, anlama ve sağlığın korunması ve geliştirilmesi için bu bilgileri kullanma becerilerine sahip olması, yani sağlık okuryazarı olmaları, önemli hale gelmektedir. Başka bir ifade ile, yaşlı nüfusun aktif, üretken ve kaliteli bir yaşam geçirerek sağlıklı yaşlanabilmesi sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olmaktadır (KDTD, 2013: 12; Hazer ve Ateşoğlu, 2019: 50).

Kronik hastalıkların sağlık sonuçlarına etkisi olduğu kadar ekonomik boyutu da bulunmaktadır. Ölüm oranlarının yüksekliği ve sağlık harcamalarının artışı sağlık hizmeti sunumunda üretim kaybı meydana getirmekte ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir. Kronik hastalıkların bu ekonomik boyutunu azaltmak için hastanelere gereksiz başvuru ve yatış gibi durumlardan kaçınılması gerekmektedir. Bu da bireylerin yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmasının önemini ortaya koymaktadır (Eser, 2014: 56; KDTD, 2013: 2).

Kronik hastalıkların bakımının hasta tarafından başarılı bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Aynı zamanda, hastaların bakım sürecinde aktif olmalarının yanında bakım sağlayıcılar ile etkili iletişim gerçekleştirmeleri de olumlu sonuçlar açısından önemlidir. Bu anlamda sağlık okuryazarlığı, kronik hastalıkların bakım ve öz yönetiminde de önemli bir rol oynamaktadır (Schillinger vd., 2002: 480).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sağlıklı yaşam yılını arttırır, sağlıkta eşitsizlikleri ortadan kaldırır. Aynı zamanda bireylerin yaşam tarzını değiştirerek onların sağlıklı yaşam davranışlarına yönelmesini sağlayacak olan bilgi, beceri ve özgüven düzeyine ulaşmalarını sağlar. Bu açıdan sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi, bireylerin öz yönetim becerilerini arttırarak olumlu sağlık sonuçlarına ulaşmayı sağlaması açısından gerekli olmaktadır (Avcı ve Özkan, 2020: 6; Kanj ve Mitic, 2009: 4-5; Değerli ve Tüfekçi, 2018: 469-470).

Bu araştırma, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam davranışları düzeylerinin ölçülmesi ile bu konuda farkındalık kazanmaları açısından önemli olmakla birlikte hastalık yükünde önemli bir yeri olan ve gün geçtikçe artan kronik hastalıkların yönetimine ilişkin gerekli önlemlerin alınması açısından fayda sağlayacaktır. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam davranışına ilişkin durum tespiti açısından da önemlidir.

1.1.4. Araştırmanın Sayıtları

Kullanılan veri toplama araçlarının araştırma amacına uygun olduğu ve araştırmaya katılan bireylerin sorulara içten ve doğru bir şekilde cevap verdikleri varsayılmaktadır.

1.1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran kronik hastalar ile yapılması planlanan araştırma süreci, öngörülemeyen pandemi koşulları nedeniyle araştırmacının ikamet ettiği İstanbul iline bağlı Üsküdar ilçesinde yaşayan kronik hastalar ile gerçekleştirilmiştir. İlçede yaşayan tüm kronik hastalara ulaşamaması ve sonuçların İstanbul ilinin farklı ilçelerine genelleme yapılamaması araştırmanın sınırlılıklarıdır. Bununla birlikte katılımcılar yalnızca sahip oldukları bir kronik hastalık üzerinden araştırmaya dahil edilmiş, birden fazla hastalık sayımı yapılmamıştır.

1.1.6. Tanımlar

- ✓ **Kronik Hastalık:** Uzun sürme eğiliminde olan ve genetik, fizyolojik, davranışsal ve çevresel faktörlerin birleşiminin bir sonucu olan hastalıklardır (WHO, 2021).

- ✓ **Sağlık Okuryazarlığı:** Bir bireyin sağlık ile ilgili bilgiye ulaşması, bilgiyi anlaması ve bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel becerilerdir (Nutbeam, 1998: 357).
- ✓ **Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı:** Bireylerin sağlığı üzerinde önemli etkisi olan ve üzerinde kontrol sahibi oldukları tüm davranışlardır (Walker vd., 1988: 77-78).

1.1.7. Kısaltmalar

n : Sayı

% : Yüzde

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ACSQHC : Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu)

AMA : American Medical Association (Amerikan Tıp Derneği)

ASOY-TR : Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

e-HALS : The e-health Literacy Scale (e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği)

HALS : Health Activities Literacy Scale (Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği)

HLS-EU : Instrument for Assessment of Health Literacy (Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirme Aracı)

IOM : Institute of Medicine (Amerikan Tıp Enstitüsü)

MART : The Medical Terminology Achievement Test (Tıbbi Terminolojisi Okuma Başarı Testi)

MEB : Milli Eğitim Bakanlığı

NAAL : National Assessment of Adult Literacy (Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirmesi)

NVS : Newest Vital Sing (Yeni Yaşamsal Bulgu)

PHLAT : Parental Health Literacy Activities Test (Ebeveyn Sağlığı Okuryazarlığı Etkinlikleri Testi)

REALM : The Rapid Estimate Of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü)

REALM-R : Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü-Revize)

S- TOFHLA : The Short Of Functional Health Literacy in Adults (Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlık Kısa Test)

SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGGM : Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

SILS : Single Item Literacy Screen (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması)

SOY : Sağlık Okuryazarlığı

SOYÖ : Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

SOY-SEN : Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Paketi)

SYBD : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

TOFHLA : The Test Of Functional Health Literacy in Adults (Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlık Testi)

TSOY-32 : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
(Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

WRAT-R : Wide Range Achievement Test-Revised (Geniş Kapsamlı Başarı Testi)

YÖK : Yükseköğretim Kurulu

YSOÖ : Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği



BÖLÜM II

2.1. OKURYAZARLIK

Kişilerin bilgi ve becerilerini geliştirmede, amaçlarına erişmede, iş yaşamındaki ve sosyal yaşamdaki fonksiyonları devam ettirmede önemli derecede etken olan okuryazarlık kavramı, problem çözerken yeterli düzeyde okuma, yazma, konuşma ve değerlendirme becerisi olarak tanımlanabilir (Ishikawa ve Yano, 2008: 114).

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO), okuryazarlığı; “*değişik bağlamlarla ilişkili basılı ve yazılı materyalleri tanımlama, anlama, yorumlama, oluşturma, iletişim kurma, hesaplama ve kullanma becerisi*” olarak ifade etmektedir (Eroğlu ve Oflaz, 2017: 45). Tanımdan da anlaşılacağı gibi okuryazarlık, yalnızca okuma yazma becerisi değil, aynı zamanda okuduğunu anlama, yorumlama ve hayata geçirme becerilerini de içermektedir (Balçık vd., 2014: 322).

Okuryazarlık çok boyutludur ve sadece bilişsel becerileri değil aynı zamanda sosyal becerileri de içermektedir. Okuryazar olmak, bu bileşenleri çeşitli şekillerde birleştirerek anlam yaratabilmek anlamına gelmektedir (Mancuso, 2008: 248).

Okuryazarlık, önemli ancak karmaşık bir kavramdır. Göreve dayalı olanlar ve beceriye dayalı olanlar olmak üzere iki farklı unsura sahip olduğu kabul edilmektedir. Görev temelli okuryazarlık, bir kişinin temel bir metni okuma ve basit bir ifade yazma gibi temel okuryazarlık görevlerini ne ölçüde yerine getirebileceğine odaklanmaktadır. Beceri temelli okuryazarlık ise bir yetişkinin bu görevleri yerine getirmek için sahip olması gereken bilgi ve becerilere odaklanmaktadır. Bu beceriler, temel, kelime düzeyinde becerilerden (kelimeleri tanıma gibi) daha üst düzey becerilere (metinden uygun çıkarımlar yapma gibi) kadar çeşitlilik göstermektedir (Nutbeam, 2009: 303).

Literatürde okuryazarlıkta yeterliliğin 6 boyutu ortaya koyulmuştur. Bunlar; operasyonel (fonksiyonel), etkileşimli (interaktif), otonom, bilgisel, ortama dayalı ve kültürel yeterliliklerdir (Mancuso, 2008: 248).

Operasyonel (fonksiyonel) yeterlilik, bireylerin günlük temel ihtiyaçlarını karşılamak için gereken işlevsel becerilere sahip olunması anlamına da gelmektedir (Nutbeam, 2000: 263).

Etkileşimli (interaktif) yeterlilik, kişinin kendi kendini yönetmesi yoluyla güçlenmesi ve bireysel gelişimi için başka bireyler ile işbirliği yapabilmesi anlamına gelmektedir. Kendi kendine yönetim, bireyin sağlığını iyileştirmek ve geliştirmek için aldığı kararları ve bu doğrultudaki eylemlerini gösterir. Bu nedenle daha gelişmiş bilişsel beceriler ile birlikte sosyal becerileri de içermektedir (Mancuso, 2008: 249).

Otonom yeterlilik, kişisel güçlenme anlamına gelmektedir. Bireyin yaşamı ile ilgili kararlarda etkin bir şekilde sorumluluk alabilmesine yardımcı olan öz farkındalıktır. Sağlık durumları üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için, bireyin kendi sağlığı ile ilgili bilgileri analiz etme ve yönetmedeki bilgi ve becerileri anlamına gelmektedir (Levin-Zamir ve Peterburg, 2001: 88).

Bilgisel yeterlilik, sağlık bilgilerinin yetkinliğini ve geçerliliğini belirleme yeteneğidir. Sağlık bilgisi ihtiyacı konusunda farkındalığı, bilgi kaynaklarını belirleme ve bu bilgileri kullanma stratejisini, bilginin kalitesini ve belli bir duruma uygulanabilirliğini değerlendirme, analiz etme ve sağlık ile ilgili kararlarda bu bilgiyi kullanma becerisini ifade etmektedir (Burnham ve Peterson, 2005: 423).

Ortama dayalı yeterlilik, çevreye hakimiyettir. Bazı bireyler sağlık hizmeti ortamında rahat iken bazı bireyler değildir. Bireyler, tanıdıkları ve kendilerini rahat hissettikleri ortamlardaki durumları yorumladığında ve etkileşimde bulunduğu öğrenme daha etkili olacaktır (Mancuso, 2008: 249).

Kültürel yeterlilik kavramı ise sosyal sistem uygulamalarını yorumlama becerisidir. Bireyin sağlık bilgisini yorumlamak ve bu bilgiyi kullanmak için

inançları, gelenekleri, dünya görüşlerini, sosyal kimlikleri tanıma ve kullanma becerisini ifade eder (Mancuso, 2008: 249).

Eğitimli bir birey olmak, sağlığın oldukça önemli bir belirleyicisidir (Bilir, 2014: 65). Gelişmekte olan ülkelerde eğitim ve okuryazarlığın nüfus, sağlık ve özellikle kadın sağlığı ve çocukların sağlığı üzerindeki olumlu etkisini vurgulayan çok sayıda rapor bulunmaktadır (Kickbusch, 2001: 290). Hastalıklar ile mücadelede eğitimin oldukça önemli bir hale gelmesi sebebi ile de okuryazarlık, sağlık ile ilişkilendirilmeye başlanmıştır (Eroğlu ve Oflaz, 2017: 45).

Düşük okuryazarlık, hem doğrudan hem de dolaylı olarak bir dizi kötü sağlık sonuçları ile ilişkilidir. Ünelere ait verilerin birçoğu, düşük okuryazarlık seviyeleri ile sağlık bilgi ve hizmetlerinin azalan kullanımı arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Nutbeam, 2008: 2072). Okuryazarlık ile sağlık sonuçları arasında ilişkinin görülmesi ve bu alanda bireylerde farkındalık oluşması sağlık okuryazarlığı kavramının doğmasına neden olmuştur (Taş ve Akış, 2016: 120).

Sağlık okuryazarlığı, literatürde bahsedilen birçok farklı okuryazarlık türlerinden biridir. Norman ve Skinner (2006), geleneksel (genel) okuryazarlık, medya okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, bilgisayar okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı olmak üzere altı tür okuryazarlık belirlemiştir (Johnson, 2014: 40). Tüm bu okuryazarlıklar, farklı beceri ve yetenekler edinmeyi gerektirir ancak genel okuryazarlığın temelini oluşturur ve onunla yakından ilgilidir. Genel okuryazarlık, sağlığın önemli bir belirleyicisidir ancak sağlık okuryazarlığı kavramı, günümüzde tüketicilerin karşılaştığı bazı karmaşık sağlık ve sağlık sistemi sorunlarını yönetmek için insanların genel okuryazarlık becerilerinden daha fazlasına ihtiyaç duydukları kabul edildiği için geliştirilmiştir (ACSQHC, 2013: 10).

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlık sisteminin modernleşmesi ile birlikte bireylerden haklarını ve sorumluluklarını bilmeleri, önceki durum ve tedavileri ile ilgili bilgileri doğru bir şekilde ifade edebilmeleri, karar alma sürecine katılmaları gibi kendi sağlıkları ile ilgili konularda bilgi ve yeterlilik sahibi olmaları beklenmektedir. Bu da ancak bireylerin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmaları ile mümkün olmaktadır (Parker vd., 1995: 537; Tanrıöver vd., 2014: 14).

Sağlık okuryazarlığı, ilk olarak Scott K. Simonds tarafından 1974 yılında hazırlanan “Health Education as Social Policy (Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika)” adlı çalışmada kullanılmıştır (Aktaş, 2018: 13). Bireylerin sağlığı konusunda etkili olacağı fikri ile 1990’lı yıllarda tekrardan tartışılmaya başlanmış ve 2000’li yıllarda ise sağlık okuryazarlığı, araştırmalarda sıklıkla kullanılan bir konu haline gelmiştir (Sezgin, 2013: 77).

İlk başlarda yalnızca bireylerin yazılı bilgileri okuma ve anlama becerisine odaklanan bir kavram olan sağlık okuryazarlığı, artık sağlık bilgilerine erişme, anlama ve kullanma becerisini etkileyen çok sayıda faktörü içermektedir (Batterham vd., 2016: 4).

Sağlık okuryazarlığı, giderek karmaşıklaşan bir toplumda değişen taleplere yanıt vererek yıllar içinde çeşitli şekillerde tanımlanmıştır (Berkman vd., 2010:18). 1998’de Nutbeam’ın Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) adına hazırladığı “Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü”nde sağlık okuryazarlığı; *“bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler”* anlamı taşımaktadır (Nutbeam, 1998: 357). DSÖ, sağlık okuryazarlığının, kişisel yaşam tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek hem kişisel hem de toplum sağlığını iyileştirmek için harekete geçme konusunda bilgi, kişisel beceriler ve güven düzeyine ulaşmayı ifade ettiğini ve bu nedenle hastaların güçlendirilmesi için kritik önem taşıdığını ileri sürmektedir. Bu tanımları diğer tanımlardan ayıran fark, sadece bir

kişinin sağlığı hakkında karar vermek için sağlık bilgilerinin anlaşılması, analizi ve uygulanmasının bilişsel bir unsuruna değil aynı zamanda diğer insanlarla ve toplumla etkileşim kurmak için sosyal becerilere de odaklanmasıdır. Ayrıca, yeteneğe ek olarak motivasyonu da ifade etmektedir (WHO, 2013: 4; Ishikawa ve Yano, 2008: 115). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü”nde ise sağlık okuryazarlığı, *“kişisel yaşam tarzını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması”* olarak tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 10).

Amerikan Tıp Derneği (AMA), sağlık okuryazarlığını *“sağlık hizmetleri ortamındaki işleyiş için gerekli olan temel okuma ve sayısal görevleri yerine getirme becerisi de dahil olmak üzere bir beceriler kümesi”* şeklinde tanımlamıştır. Bu beceriler, kişilerin reçeteleri, randevu fişlerini ve diğer materyalleri okuyup anlama yeteneklerini de içine almaktadır (AMA, 1999: 553). Sağlıklı İnsanlar (2010) ve Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM) ise sağlık okuryazarlığı için benzer bir tanım yaparak, *“bireylerin uygun sağlık kararlarını almak için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi”* olduğunu ifade etmişlerdir (Baker, 2006: 878). IOM, konuyu bireyin ihtiyaçlarını sağlık sistemi tarafından sağlanan bilgi ve hizmetlerle eşleştirmeyi içeren bir sorun olarak görmektedir (McCray, 2005: 152). Aynı zamanda sağlık okuryazarlığını; kültürel ve kavramsal bilgi, konuşma ve dinleme becerileri, okuma ve yazma becerileri ve matematik becerileri olmak üzere dört alana ayırmaktadır (Smith and McCaffery, 2010: 5).

Sağlık okuryazarlığı broşürleri okuyup başarılı bir şekilde randevu alabilmekten çok daha fazlasıdır (Nutbeam, 2000: 264). İnsanların sağlıkları üzerindeki kontrolünü, bilgi arama yeteneklerini ve sorumluluk alma yeteneklerini artırmak için kritik bir güçlendirme stratejisidir (WHO, 2008: 189). Nutbeam, kişilerin sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmaları ve bu bilgileri kullanabilme becerilerini geliştirmek ve bu sayede kişileri güçlendirmek adına sağlık okuryazarlığının oldukça önemli olduğunu düşünmekte ve sağlık okuryazarlığının yalnızca kişisel değil

toplumsal yararları da olabileceğini ileri sürmektedir. Ratzan ise benzer şekilde sağlık okuryazarlığının tüm toplum için bir ihtiyaç olduğunu ifade etmektedir (Sezgin, 2013: 77).

Zarcadoolas vd. (2005) sağlık okuryazarlığını; *“insanların bilinçli seçimler yapmak, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla sağlık bilgileri ve kavramlarını araştırmak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için geliştirdikleri çok çeşitli beceriler ve yetkinlikler”* şeklinde tanımlamıştır (Zarcadoolas vd., 2005:196). Gazmararian vd. (2003), sağlık okuryazarlığını, *“hastaların reçeteleri, randevu fişlerini ve sağlık ile ilgili diğer temel materyalleri okuma ve kavrama becerisi”* olarak ifade ederken, Yost vd. (2009) ise *“bireylerin sağlıkla ilgili basılı materyalleri okuma ve anlama, grafik formatta sunulan bilgileri (çizelgeler, grafikler, tablolar) tanımlama ve yorumlama, uygun sağlık ve bakım kararlarını vermek için aritmetik işlemleri gerçekleştirme kapasitesine sahip olma derecesi”* şeklinde ifade etmişlerdir (Gazmararian vd., 2003: 267; Plesant, 2014: 1485).

Sorensen vd. (2012), yapılan sağlık okuryazarlığı tanımlarının içerik analizini yaparak (1) yeterlilik, beceriler, yetenekler, (2) eylemler, (3) bilgi ve kaynaklar, (4) amaç, (5) bağlam ve (6) zaman olmak üzere altı küme ortaya çıkarmışlardır ve sağlık okuryazarlığının daha kapsamlı yeni bir tanımını ortaya koymuşlardır. Bu yeni tanıma göre sağlık okuryazarlığı, *“okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlık ile ilgili günlük yaşamda kararlar almak, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki ile yaşam kalitesini korumak veya iyileştirmek amacıyla gerekli sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik”* olarak ifade edilmektedir (Sorensen vd., 2012: 3).

Sağlık okuryazarlığı terimine dahil edilen kavramların karmaşıklığı ve çeşitliliği nedeniyle Avustralya Sağlık Hizmetleri Güvenlik ve Kalite Komisyonu (ACSQHC) tarafından, sağlık okuryazarlığı tanımı için *“bireysel sağlık okuryazarlığı”* ve *“sağlık okuryazarlığı ortamı”* olmak üzere iki terim kullanılmıştır. Bireysel sağlık okuryazarlığı, bir tüketicinin sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında etkili kararlar almak ve uygun önlemleri almak için sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterlilikleri olarak

ifade edilmektedir. Bireysel sağlık okuryazarlığı, kişisel, sosyal, kültürel ve çevresel bağlamdan ve ayrıca kişinin sağlık sistemi veya günlük yaşamında sahip olduğu belirli amaç veya görevden etkilenir. Sağlık okuryazarlığı ortamı, hastanelerin tasarımı ve yerleşimi, kronik hastalıkları olan kişiler için destek grupları ve tüketiciler için eğitim gibi konuları kapsayan yerel, bölgesel ve ulusal düzeylerdeki sistemleri, politikaları, prosedürleri ve protokolleri içerir. Tüketicilerin sağlık ve sağlık bakımları ile ilgili etkili kararlar ve uygun önlemler olarak güvenli ve kaliteli bir sağlık sistemine katkıda bulunabilmeleri için, yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmaları ve sağlık okuryazarlığı ortamının onlara güç vermesi ve desteklemesi gerekmektedir (ACSQHC, 2013: 12).

Sağlık okuryazarı bir birey, sağlık hizmeti ortamındaki sağlıkla ilgili materyallere ve faaliyetlere temel okuma, yazma ve matematik becerilerini uygulayabilir. Sağlık okuryazarı olmak, kişinin sağlık koşulları ve tedavi seçenekleri ile ilgili sağlık hizmeti sağlayıcılarını anlama yeteneğine sahip olması ve kişinin nereye gideceğini, yardıma ihtiyaç duyulursa kimi arayacağını bildiği anlamına gelmektedir. Aynı zamanda ilacı doğru şekilde alabilmek ve evde kullanılan tıbbi cihazları doğru şekilde kullanabilmek de sağlık okuryazarlığı kapsamında ifade edilebilmektedir (Barrett ve Puryear, 2006: 691; Mancuso, 2009: 77).

Günümüzde artan teknoloji ile birlikte internet kullanımının artışı ve erişim kolaylığı bireyler için interneti önemli bir bilgi kaynağı haline getirmektedir. Bu kapsamda bireyler sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmak amacıyla gün geçtikçe artan bir şekilde internete başvurmaktadır. Bu durum sağlık okuryazarlığı kavramının elektronik yönünü, bir başka deyişle e-sağlık okuryazarlığı kavramının önemini ortaya koymaktadır (Saygın vd., 2021: 1564).

Stellefson vd. e-sağlık okuryazarlığını “bireylerin elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme ve bu bilgileri bir sağlık sorununu ele almak veya çözmek için kullanma yeteneği” olarak tanımlamışlardır (Stellefson vd., 2011: 2).

Norman ve Skinner (2006) “Lily Modeli (Zambak Modeli)” olarak adlandırılan modelde e-sağlık okuryazarlığının temelinde geleneksel okuryazarlık,

sağlık okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığı olmak üzere altı temel okuryazarlık becerisinin bulunduğunu ifade etmişlerdir (Norman ve Skinner, 2006: 2).

İnternetin sağlık bilgilerine erişme amacıyla sıklıkla kullanılmasına karşın internette bulunan bu sağlık bilgilerinin güvenilir olup olmadığı, e-sağlık okuryazarlığını önemli bir kavram olarak karşımıza çıkarmaktadır. E-sağlık okuryazarlığının düşük seviyede olması, internet üzerinden bireylerin yanlış bilgilere ulaşmalarına ve edindikleri bu yanlış bilgiler ise yanlış teşhis, tedavi ve sağlık davranışlarına yönelmelerine neden olacaktır (Deniz, 2020: 86).

E-sağlık okuryazarlığının amacı, sağlık ile ilgili konularda doğru bilgi kaynaklarının kullanılması ile sağlık düzeylerinin geliştirilmesinin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması, hastalara ait bilgilerin hızlı ve doğru bir şekilde toplanabilmesinin sağlanması, kronik hastalığa sahip bireylere özyönetim konusunda yardımcı olmak, maliyetlerin düşürülmesi gibi durumlar bu kapsamda uygulanan e-sağlık uygulamalarının yararları arasında gösterilebilmektedir (Özer vd., 2020: 357).

E-sağlık okuryazarlığı sağlık bilgi düzeylerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin etkin kullanılması için yakın zamanda ortaya çıkmış bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanabilme yeteneğidir. Bu kapsamda e-sağlık okuryazarlığı durağan değildir, yeni teknolojiler ile birlikte kişisel, sosyal ve çevresel durumlar değiştikçe zamanla gelişen süreç odaklı bir beceridir (Norman ve Skinner, 2006: 2).

Medya sağlık okuryazarlığı ise, e-sağlık okuryazarlığının kapsamını ve önemini anlamak için iki temel kavram olan sağlık okuryazarlığı ile medya okuryazarlığının bir sentezine dayanır ve bunun üzerine inşa edilir. Medya sağlık okuryazarlığı kavramı, yalnızca sağlık rehberliği sunmak amacıyla medya aracılığıyla iletilen bilgileri değil, aynı zamanda ticari kuruluşlar veya sağlık sistemleri tarafından yaygın olarak üretilen, sağlığı geliştiren veya sağlığı tehlikeye atan örtük ve açık kitle iletişim içeriğini de dikkate almaktadır. Medya sağlık okuryazarlığı, çeşitli medya türlerinde sağlık ile ilgili açık ve/veya örtük içeriği belirleyebilme yeteneği, sağlık davranışına olan etkisini bilmek, içeriği eleştirel

olarak analiz etmek ve eylem yoluyla yanıt vermek niyetini ifade etmektedir. Başka bir deyişle, medya sağlık okuryazarlığı, bireyin kendi sağlığını etkileyen belirleyicileri düşünce ve eylem yoluyla kontrol etme yeteneğine sahip olduğu öncülüne dayanmaktadır. Medya sağlık okuryazarlığı bu kapsamda hem televizyon, radyo, basılı yayın gibi dijital olmayan hem de internet, sosyal medya gibi dijital medya için oldukça önemlidir (Levin-Zamir ve Bertschi, 2018: 2; Levin-Zamir vd., 2011: 325).

Günümüzde medya ve kitle iletişim araçları, her alanda olduğu gibi sağlık alanında da bireyleri yönlendirmektedir. Bu yönlendirme, sağlık üzerinde olumlu olabildiği gibi olumsuz sonuçlara da yol açabilmektedir. Olumsuz sonuçlara yol açan bu yanlış yönlendirmelerin engellenmesi için bireylerin sağlık okuryazarı olmalarının yanında medya sağlık okuryazarı da olmaları önem taşımaktadır (Bilişli, 2019: 212).

Özetle, önemi günden güne artan sağlık okuryazarlığı kavramının okuma ve yazmadan çok daha fazlasını ifade ettiği görülmektedir. İnsanların sağlık bilgilerini anlamasını ve kullanmasını mümkün kılan güçlü becerilere de atıfta bulunmaktadır (Zarcadoolas vd., 2006: 4).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Yapısı

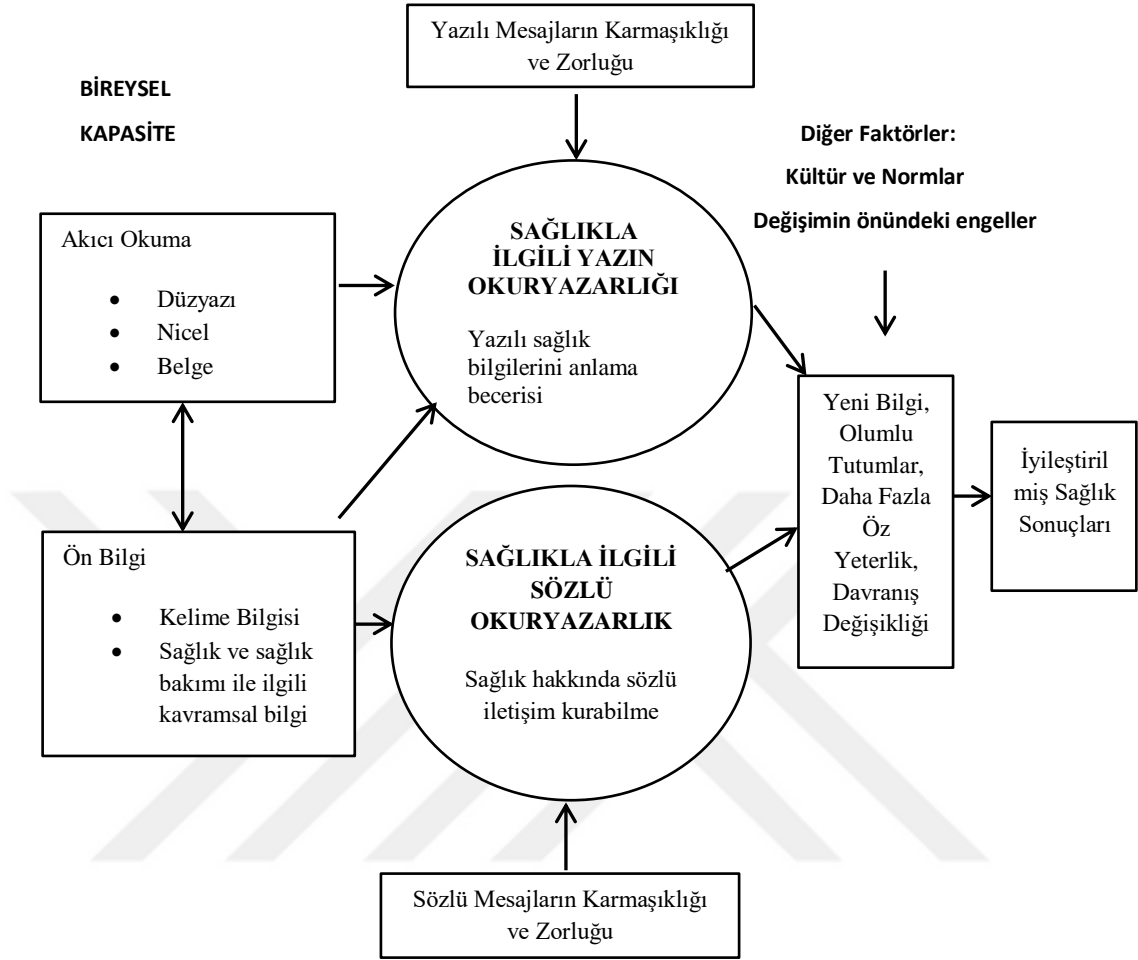
Sağlık okuryazarlığı çok boyutlu bir yapıdır. Dolayısıyla kavramsal yapısı ile ilgili birçok model ortaya koyulmuştur. Bazı kavramsal modeller, sağlık okuryazarlığının belirli bileşenlerine odaklanırken, diğerleri bir kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen bireysel ve sistem düzeyindeki faktörleri ve sağlık okuryazarlığını sağlık sonuçlarına bağlayan yolları belirlemektedir (McCormack vd., 2013: 10).

Baker (2006) tarafından oluşturulan model, bireysel kapasite, sağlık ile ilgili yazın okuryazarlığı ve sözlü okuryazarlık ile sağlık çıktıları arasındaki ilişki üzerinde durmaktadır. Modele göre ilk alan, bireysel kapasitedir. Bu, bir kişinin sağlık bilgileri, sağlık personeli ve sağlık bakım sistemi ile etkili bir şekilde ilgilenmesi gereken kaynaklar kümesidir. Bireysel kapasiteyi de “okuma akıcılığı” ve “ön bilgi” olmak üzere iki boyutta ele almıştır. Okuma akıcılığı, yazılı materyalleri zihinsel

olarak işleme ve yeni bilgiler ortaya çıkarma becerisidir. Ön bilgi ise bir bireyin sağlıkla ilgili materyalleri okumadan veya bir sağlık profesyoneli ile konuşmadan önceki zamanındaki bilgisidir ve kelime dağarcığı ile kavramsal bilgiden oluşmaktadır. Kelime dağarcığı, okuma akıcılığından farklıdır ancak ikisi birbiriyle çok yakından ilişkilidir. Çünkü insanlar kelime dağarcığının çoğunu okuma yoluyla elde etmektedirler. Model, kavramsal bilgiyi ise bir kişinin sahip olduğu, sağlık okuryazarlığını kolaylaştıran ancak kendi başına sağlık okuryazarlığını oluşturmayan bir kaynak olarak görmektedir. Akıcı okuma, bir bireyin kelime dağarcığını genişletmesine ve kavramsal bilgi edinmesine izin vermektedir (Baker, 2006: 878-880).

Modelde ikinci alan olan yazın okuryazarlığı ve sözlü okuryazarlık bireyin sağlık ile ilgili kavramlara olan aşinalığına, okuma akıcılığına ve bireyin sağlık hizmeti sunulan ortamda karşılaştığı yazılı veya sözlü mesajların zorluk derecesi ile ilişkilidir. Yani modele göre sağlık okuryazarlığını, birey ve sağlık sisteminin özellikleri belirlemektedir. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığı; kültür, eski alışkanlıklar gibi değişime engel olabilecek bazı faktörlerden de etkilenebilmektedir. Ancak bireylerin bu etkileri aşabilmeleri sonucunda sağlık okuryazarlığı, pozitif sağlık davranışlarına ve daha iyi sağlık çıktılarına ulaşmayı sağlamaktadır (Baker, 2006: 878-880; Aslantekin ve Yumrutaş, 2014: 329).

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli



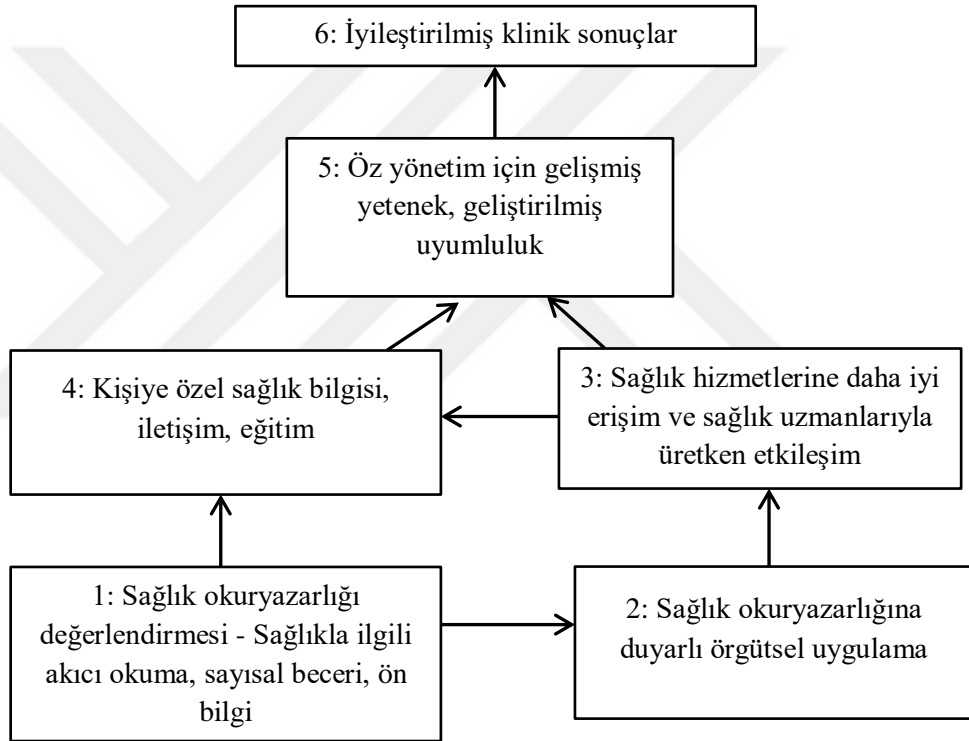
Kaynak: Baker, 2006: 879

Nutbeam, sağlık okuryazarlığını klinik tedavi ve halk sağlığı olarak iki başlıkta ele almakta ve klinik tedavi yaklaşımında “risk”, halk sağlığı yaklaşımında ise “kişisel kazanç” şeklinde ifade etmektedir (Nutbeam, 2008: 2074).

Şekil 2’de yer alan modelde, klinik tedavide sağlık okuryazarlığının yetersiz olması negatif etki yaratacağından, kişiler tarafından uygun şekilde yönetilmesi gerekli olan bir risk faktörü olarak görülmüştür. Model, altı bileşende şekillendirilmiştir. Herhangi bir ölçüm aracı kullanılarak ilgili ön bilgi ve/veya bireysel okuma okuryazarlığının değerlendirilmesi ile başlar (1). Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin ihtiyaçlarına daha duyarlı sağlık hizmeti organizasyonu ve klinik bakım ortamı aracılığıyla iletişimin önemini yansıtmaktadır (2). İyileştirilmiş

hizmet organizasyonu ve klinisyen hassasiyeti, sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirebilir ve hastalar ile sağlık hizmeti verenler arasındaki etkileşimin kalitesini arttırabilir (3). Bu, klinisyenin bireysel ihtiyaçlara ve yeteneklere göre uyarlanmış hasta eğitimi sağlaması için daha uygun olmasını sağlar (4). Yani hastaların önerilen klinik bakıma uymalarına neden olma olasılığı daha yüksektir (5). Bu da başarılı bir şekilde uygulanan klinik bakımla ilişkili iyileştirilmiş sağlık sonuçlarına yol açar (6) (Nutbeam, 2008: 2074).

Şekil 2. Bir Risk Olarak Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli

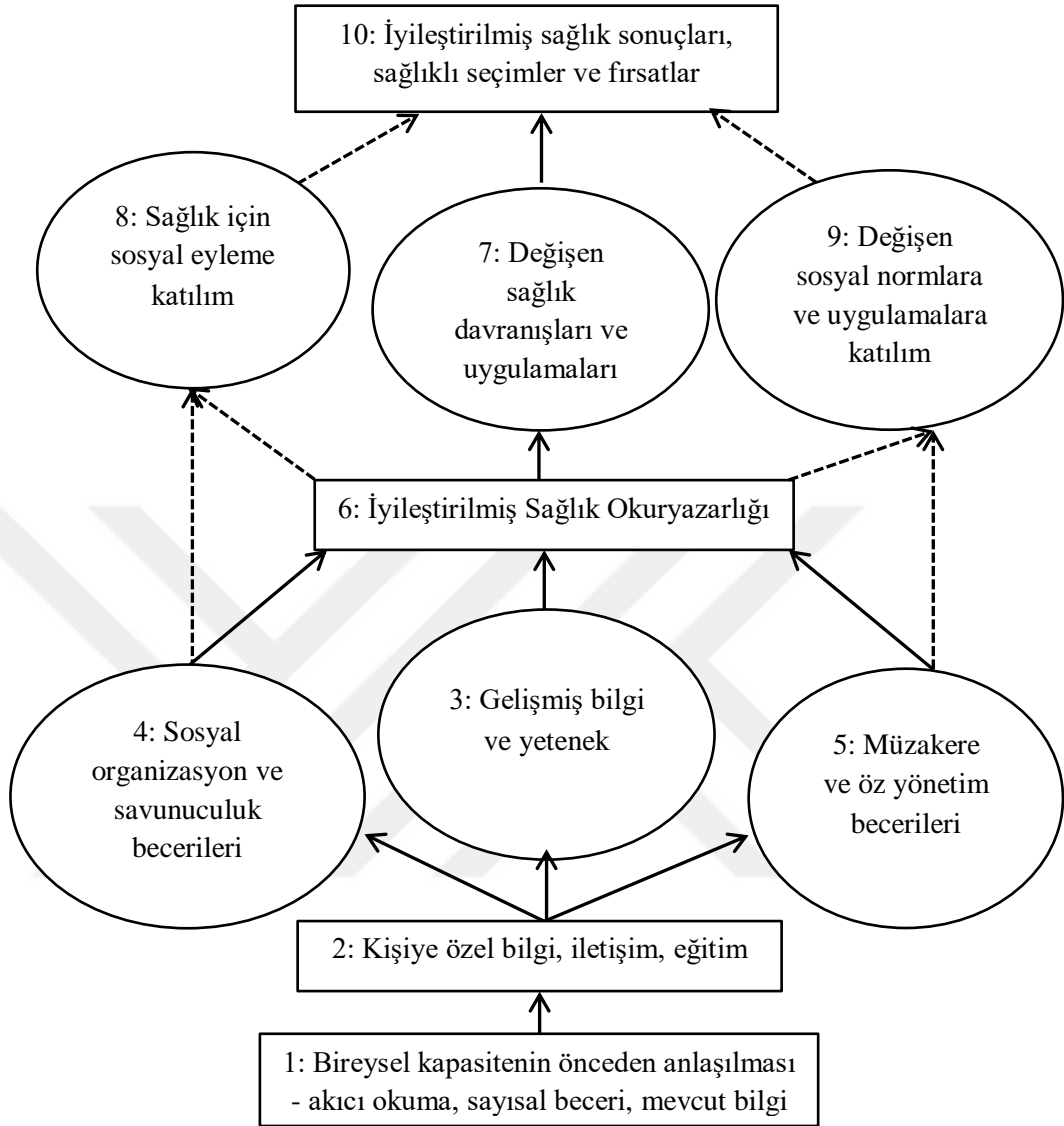


Kaynak: Nutbeam, 2008: 2074

Kişisel kazanç kavramının temeli ise bireylerin sağlık ile ilgili eğitimi, halk sağlığı ve sağlığın teşviki konularına dayanmaktadır. Bu kavram, sağlıkta iletişimin ve eğitimin bireylerin eylemlerinin geliştirilmesinde kişisel, sosyal ve çevresel anlamda etkisinin anlaşılması sonucu ortaya çıkmıştır. Bu anlamda sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığın kişisel, sosyal ve çevresel etkileri üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmasının bir yolu olarak görülmüştür (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014: 329-330). Nutbeam tarafından geliştirilen bu model, risk faktörü olarak sağlık

okuryazarlığı modelinin temelleri üzerine inşa edilmiştir. Model, on bileşende şekillendirilmiştir. Ön bilgi ve yeteneklerin tanınmasıyla başlar (1) ve özel sağlık eğitimi ve iletişimine (2) yol açar. . Bu noktada model, sağlık eğitiminin amacının ilgili kişisel bilgi ve becerinin (3) ve kişilerarası ve sosyal becerilerin (4,5) geliştirilmesine yönelik olduğunu gösterecek şekilde önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Bu modeldeki sağlık okuryazarlığı, sonucu etkileyebilecek bir faktörden ziyade eğitim ve iletişimin sonucudur (6). Daha gelişmiş sağlık okuryazarlığına sahip kişiler, sağlığı geliştirici eylemlerin yanında sigara bırakma, önleyici tarama programlarına katılma gibi sağlıklı kararlar almalarını sağlayacak beceri ve yeteneklere sahip olacaklardır (7,8,9). Sonuçlar sadece iyileştirilmiş sağlık çıktıları değil, aynı zamanda sağlık için daha geniş bir seçenek ve fırsat yelpazesidir (10) (Nutbeam, 2008: 2075).

Şekil 3. Kişisel Kazanç Olarak Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli

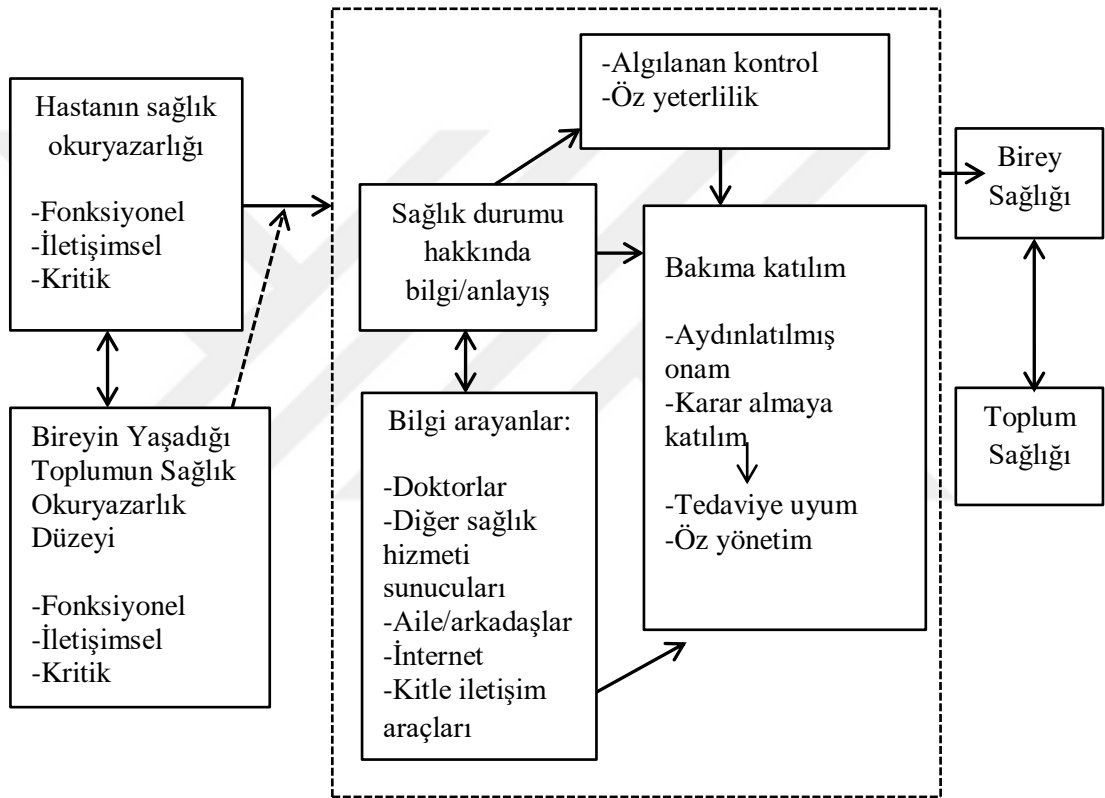


Kaynak: Nutbeam, 2008: 2076

Ishikawa ve Yano (2008) tarafından, bireyin sağlık okuryazarlığının, sağlık bakım sürecine katılımını ve nihayetinde sağlığını etkilediği olası mekanizmaları ortaya koymak amacıyla bir model geliştirilmiştir. Bu modelde bireyin sağlık okuryazarlığı, bireylerin iyi sağlığı teşvik etmek ve sürdürmek için bilgiye erişme, anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen üç düzeyde (işlevsel, iletişimsel ve kritik) bilişsel ve sosyal becerileri içerir. Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı, bireyin bir sağlık sorunu olduğunda, sorunu anlamasını, çeşitli kaynaklardan bilgi alarak karar alma sürecine katılmasını ve bu durum da tedaviye

daha iyi uyum göstermesini sağlayacak ve sonuç olarak birey öz yönetim geliştirecektir. Ayrıca, bireyin sağlık okuryazarlığı, her zaman ait olduğu popülasyonun sağlık okuryazarlığı ile etkileşim halindedir. (Ishikawa ve Yano, 2008: 118).

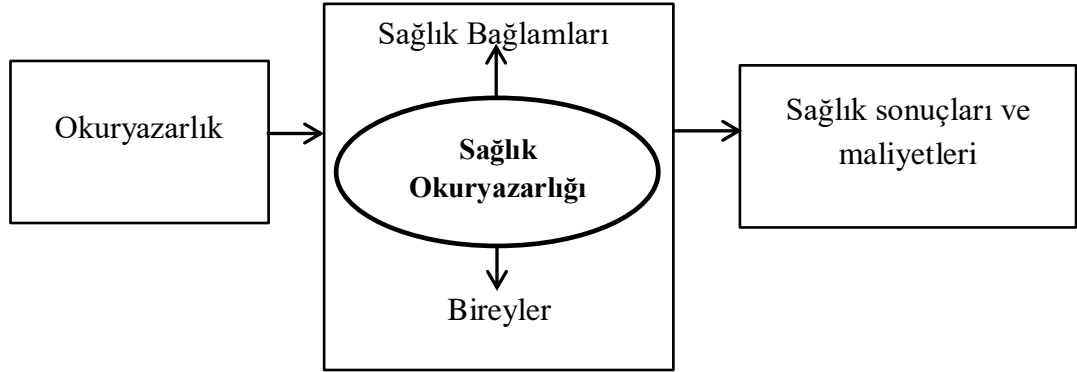
Şekil 4. Sağlık Okuryazarlığı, Hizmet Sürecine Katılım ve Sağlık Arasındaki Olası Yollar



Kaynak: Ishikawa ve Yano, 2008: 119

IOM tarafından 2004 yılında yayınlanan raporda sağlık okuryazarlığının kavramsal çerçevesi ortaya koyulmuştur. Bu çerçeve okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığının temeli olarak görmekte ve sağlık okuryazarlığını bireyler ve sağlık bağlamları arasında aktif aracı olarak yerleştirmektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireyin okuryazarlık becerileri ve yetenekleri ile sağlık bağlamı arasındaki köprüdür (Nielsen-Bohlman vd., 2004:32).

Şekil 5. Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi



Kaynak: Nielsen-Bohlman vd., 2004:33

Sorensen vd. (2012), sağlık okuryazarlığının temel bileşenlerini, öncüllerini ve sonuçlarını içeren çok sayıda kavramsal modeli içine alan entegre sağlık okuryazarlığı modelini ortaya koymuşlardır. Model; demografik durum, kültür, dil, siyasal güçler, toplumsal sistemler vb. sosyal ve çevresel belirleyicileri içine alan uzak faktörler ile yaş, eğitim, cinsiyet, ırk, meslek, gelir, okuma-yazma vb. bireysel belirleyiciler ve sosyal destek, aile etkileri, medya ve internet kullanımı ve fiziksel çevre gibi durumsal belirleyicileri içine alan öncül faktörlerin sağlık okuryazarlığını etkilediğini ortaya koymaktadır (Sorensen vd., 2012: 7; Taş ve Akış, 2016: 120).

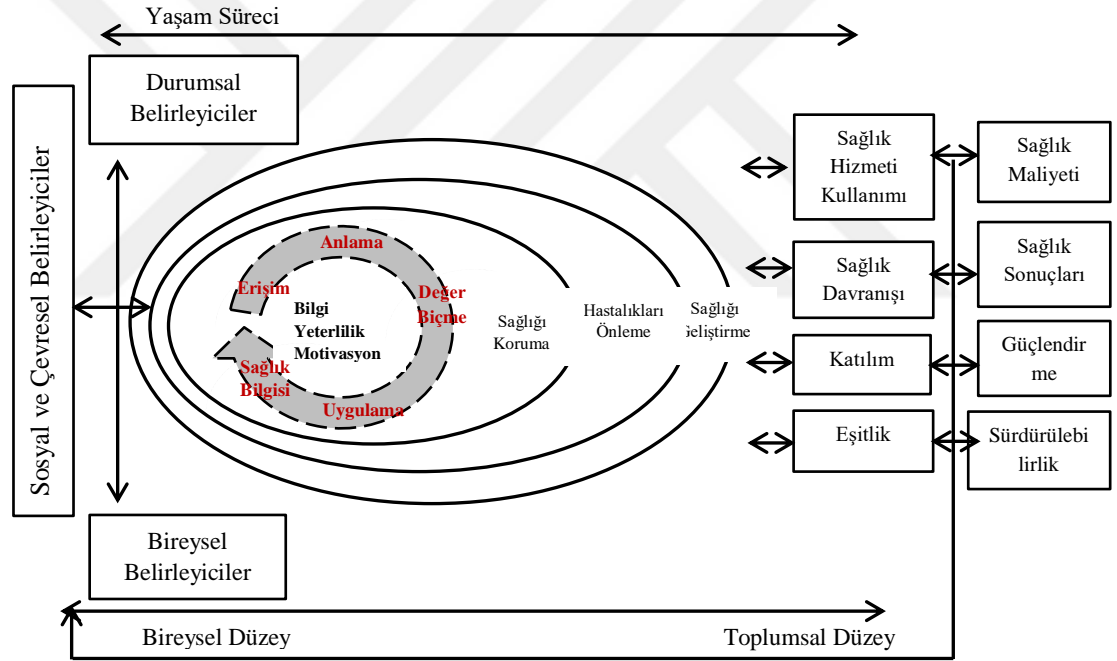
Sağlık bilgilerine erişim, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma süreci ile ilgili temel beceriler modelin çekirdek kısmında yer almaktadır (Taş ve Akış, 2016: 120). Erişim, sağlık bilgilerini arama, bulma ve elde etme yeterliliğini; anlama, ulaşılan sağlık bilgilerini algılama yeterliliğini; değerlendirme, sağlık bilgilerini yorumlama ve muhakeme yeterliliğini; uygulama ise sağlık bilgilerini sağlık ile ilgili kararlar alırken uygun olarak kullanabilme yeterliliğini ifade etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018: 37). Bu yeterliliklerin her biri, sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu temsil eder, belirli bilişsel nitelikler gerektirir ve sağlanan bilginin kalitesine bağlıdır (Sorensen vd., 2012: 9).

Çekirdekteki temel beceriler ile başlayan sağlık okuryazarlığı süreci; sağlık bakımı, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere kişinin bu 3

alanda da güçlenmesi için gereken bilgi ve beceriyi üretmektedir (Taş ve Akış, 2016: 121).

Modelde bireysel düzeyden toplumsal düzeye doğru bir ilerleme ortaya koyulmuştur. Sağlık okuryazarlığı kişilerin sağlık hizmeti kullanımları ve sağlık davranışları üzerinden sağlık maliyetlerini ve sağlık çıktılarına etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığının yükselmesi bireysel özerklik ve güçlenme sağlayarak bireylerin yaşam kalitesinin artmasına etki edecektir. Bu durum da sağlıkta sürdürülebilirliğe, eşitliğe ve olumlu sağlık çıktılarına katkı sağlayacaktır (Sorensen vd., 2012: 10; Taş ve Akış, 2016: 121).

Şekil 6. Entegre Sağlık Okuryazarlığı Modeli



Kaynak: Sorensen vd., 2012: 9

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Sağlık okuryazarlığına ilişkin çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır.

Nutbeam (2000), sağlık okuryazarlığını, işlevsel(fonksiyonel) sağlık okuryazarlığı, etkileşimli(iletişimsel) sağlık okuryazarlığı ve eleştirel(kritik) sağlık

okuryazarlığı olmak üzere 3 şekilde sınıflandırmıştır. İşlevsel(fonksiyonel) sağlık okuryazarlığı, temel sağlık okuryazarlığı olarak da ifade edilmekte ve bu düzey bireyin temel okuma ve yazma becerileri anlamı taşımaktadır. Bu düzeyde bireyler sağlıkla ilgili eğitim materyallerini okuyabilmektedir. Burada kazanım daha çok bireysel düzeydedir. Aynı zamanda birey, bu basamakta pasiftir. Etkileşimli(iletişimsel) sağlık okuryazarlığı, daha gelişmiş sosyal ve bilişsel beceriler anlamına gelmekte ve bireyler burada sağlık çalışanları ile daha iyi iletişim kurabilmekte, sağlık aktivitelerine aktif olarak katılabilmektedir. Burada bireyin özgüveninin ve motivasyon düzeyinin artırılması üzerine odaklanılmıştır. Bu düzeyde bir kişi, örneğin, internetten sağlık bilgilerini okuyup yorumlayabilir ve bu yorumlarını tedavi konusunda görüşürken bir doktorla tartışabilir. Kazanım, temel sağlık okuryazarlığında olduğu gibi daha çok bireysel düzeydedir. Son olarak, eleştirel(kritik) sağlık okuryazarlığı, ileri seviyede sosyal ve bilişsel beceriler ile sağlıkla ilgili riskleri ve sorunları eleştirel olarak analiz etmek, çözüm geliştirmek ve sağlık haberlerinin analizi ve yorumlanması anlamına gelmektedir. Kritik sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip hastalar, kolay hasta olarak görülmektedir. Zamanında gelirler, hazırlanırlar, tedavi için belirli bir hedefi açıkça ifade edebilirler, verilen bilgileri hatırlarlar, üstlerine düşen sorumlulukları yerine getirirler. Birey bu basamakta pro-aktiftir. Bu düzeyde bireysel kazanımın yanında belirgin bir biçimde toplumsal kazanım da elde edilmiş olacaktır (Nutbeam, 2000: 263; Sezgin, 2013: 78; Wittink ve Oosterhaven, 2018: 121).

Nutbeam tarafından belirtilen bu üç aşamalı sağlık okuryazarlığı kavramı, daha gelişmiş becerilerin daha fazla özerklik ve kişisel güçlendirme sağladığını ve sonuçta sağlığı geliştiren kararlara ve davranışlara yol açtığını belirtmektedir (Frisch vd. 2011: 118).

Bir başka sınıflandırma da Zarcadoolas vd. (2005) tarafından, temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, yurttaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık şeklinde yapılmıştır. Temel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı adına oldukça önemli olmakla birlikte bireylerin okuma, yazma, konuşma ve matematiksel anlamda becerilerini içermektedir. Bilimsel okuryazarlık, bireyin bilim ve teknolojiyi anlayabilme ve kullanabilme yeteneklerini ifade etmektedir. Yurttaşlık okuryazarlığı,

toplumsal konuların bilincinde olma, bu konularla ilgili tartışma ve karar süreçlerine aktif olarak katılma yeteneklerini içermektedir. Bireyler toplumsal ilişkiler ve olaylar ile ilgili ne kadar bilgiye sahip olursa yurttaşlık okuryazarlıkları da o oranda yüksek olacaktır. Kültürel okuryazarlık ise, sağlık bilgilerini yorumlamak ve bunlara göre hareket etmek için, kolektif inançları, örf ve adetleri, gelenekleri, hayat görüşlerini ve sosyal kimliği anlayabilme ve kullanabilme becerilerini ifade etmektedir. Aynı zamanda bireylerin her kültürden insana aynı saygı ile yanıt vermesini sağlamaktadır (Zarcadoolas vd., 2005:197; Sorensen vd., 2012: 5).

Amerikan Tıp Derneği (AMA) ise sağlık okuryazarlığını, sağlıkla ilgili yazılı okuryazarlık ve sağlıkla ilgili sözel okuryazarlık şeklinde sınıflandırmıştır. Daha sonra bu sınıflandırmaya sayısal okuryazarlık da dahil edilmiştir. Yazılı okuryazarlık, sağlık ile ilgili materyalleri okuyabilme ve yazabilme anlamına gelmektedir. Sözel okuryazarlık, sağlık ile ilgili konuşulanları dinleme, anlayabilme ve konuşabilme becerileri olarak ifade edilirken sayısal okuryazarlık ise sağlık alanında sayıları kullanabilme becerisidir (Balçık vd., 2014: 323).

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri

Sağlık okuryazarlığının ölçümünde kabul edilen ortak bir ölçek bulunmamakta, çok sayıda ölçüm ve tarama aracı bulunmaktadır (Pleasant, 2014: 1486). Dünyada ve ülkemizde sağlık okuryazarlığını ölçmek amacıyla geliştirilen bir takım ölçekler Tablo 1’de yer almaktadır (Sarıyar ve Kılıç, 2019: 129).

Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri

ÖLÇEK	GELİŞTİREN
The Test Of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlık Testi)	Parker ve ark. 1995
The Short Of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA) (Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlık Kısa Test)	Parker ve ark. 1995
The Rapid Estimate Of Adult Literacy in Medicine (REALM) (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü)	Davis ve ark. 1991
Newest Vital Sing (NVS) (Yeni Yaşamsal Bulgu)	Weiss ve ark. 2005
Wide Range Achievement Test-Revised (WRAT-R) (Geniş Kapsamlı Başarı Testi)	Dewalt ve ark. 2004
The Medical Terminology Achievement Test (MART) (Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi)	Hanson-Divers, 1997
Single Item Literacy Screen (SILS) (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması)	Morris ve ark. 2006
Health Activities Literacy Scale (HALS) (Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği)	Rudd ve ark. 2004
The ehealth Literacy Scale (e-HALS) (e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)	Norman ve Skinner, 2006
Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT) (Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Aktivite Testi Kısa Formu)	Kumar, D. ve ark. 2010
Instrument for Assessment of Health Literacy (HLS-EU) (Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği)	Sorensen ve ark. 2012
Health Literacy Index (SOYÖ) (Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)	Sorensen ve ark. 2012 Toçi ve ark. 2013
Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)	Sezer ve Kadioğlu, 2012
Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR)	Abacıgil, Harlak ve Okyay, 2016
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)	Abacıgil, Harlak ve Okyay, 2016
Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN)	Abacıgil, Harlak ve Okyay, 2016

Kaynak: Sarıyar ve Kılıç, 2019: 129

The Test Of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA): Bireyin sağlıkla ilgili sayıları ve ifadeleri okuyabilme, anlayabilme becerilerini ölçmektedir. 50 okuduğunu anlama ve 17 sayısal anlama olmak üzere toplam 67 sorudan oluşan bu testin uygulanma süresi 22-25 dakika aralığındadır (Parker vd., 1995: 538).

Sorular, boşluk doldurma ve çoktan seçmeli olmak üzere hazırlanmıştır (Baker vd.,1999:34). Test, hasta eğitim materyallerinden örnekler, başvuru formları, reçete etiketleri ve bilgilendirilmiş onam formları da dahil olmak üzere yaygın olarak kullanılan sağlık metinlerinden kısa bölümler içermektedir (McCray, 2005: 154). Testin okuduğunu anlama bölümünde sağlık ile ilgili üç paragraf ve her paragrafta da 5-7 arasında boşluk doldurma bulunmaktadır. Bireyler, boşlukları 4 şıklı çoktan seçmeli cevaplardan biri ile doldurmaktadır (Baker vd., 1999: 34). Test sonucunda bireyler 0-100 arası bir puan almaktadırlar. Puanların yorumlanması ise; 0-59 puan arası yetersiz sağlık okuryazarlığı, 60-74 puan arası düşük sağlık okuryazarlığı ve 75-100 arası yeterli sağlık okuryazarlığı şeklinde gerçekleşmektedir (Sadeghi vd., 2013: 74).

The Short Of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA): TOFHLA ölçme aracının kısa versiyonu olarak geliştirilmiştir. 2 bölümden oluşan bu ölçme aracında 36 adet boşluk doldurma bulunmaktadır. (Baker vd., 1999: 34). TOFHLA ile aynı becerileri ölçmektedir fakat testin uygulanma süresi 7-10 dakikadır. Testin puanlama sistemi, 0-16 arası yetersiz sağlık okuryazarlığı, 17-22 arası düşük düzey sağlık okuryazarlığı ve 23-36 arası yeterli sağlık okuryazarlığı olarak ifade edilmiştir (Ertuğrul ve Albayrak, 2020:19).

The Rapid Estimate Of Adult Literacy in Medicine (REALM): Sağlık ortamında yetersiz düzeyde okuma becerisine sahip yetişkinlerin belirlenebilmesi amacıyla oluşturulmuş, bireylerin kelime tanıma ve telaffuz edebilme yeteneklerini test eden 66 kelimelik bir ölçüm aracıdır (Nielsen-Bohlman vd., 2004:47). Test, hece sayısı ve artan zorluk derecesine göre üç sütun halinde düzenlenmiştir (Murphy vd., 1993:126). Kişiler kelimeleri yüksek sesle okur ve doğru telaffuz etmeleri halinde 1 puan verilir (Mancuso, 2009: 78). Katılımcılar, testin sonucunda, 0-44 arası yetersiz sağlık okuryazarlığı, 45-60 arası sınırlı sağlık okuryazarlığı ve 61-66 arası ise yeterli sağlık okuryazarlığı olmak üzere 0-66 arasında bir puan almaktadırlar (Özdemir vd., 2010: 66). REALM testinin yaklaşık 2-5 dakika aralığında sürmesi önemli bir avantaj iken, bireylerin kelimelerin anlamını bilmemeleri halinde müdahale edilmemesi ise dezavantaj olarak ifade edilebilir (Sezgin, 2013: 83). Testin aynı zamanda Bass vd. (2003) tarafından geliştirilmiş olan ve 1-2 dakikada tamamlanan

REALM-R (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised) isimli kısa bir versiyonu da bulunmaktadır (Mancuso, 2009: 84). REALM-R, birinci basamak hastalarının sık sık karşılaştıkları ve doktorlarıyla etkileşim sırasında anlamaları beklenen kelimeleri ne kadar iyi okuduğunu değerlendirmek amacıyla hızlı bir tarama aracı olarak tasarlanmıştır (Bass vd., 2003: 1036).

Newest Vital Sing (NVS): Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla bireyin bir besin etiketini okumasını ve anlamasını test eden 6 soruluk bir ölçüm aracıdır (Jordan vd., 2011: 372). Testte her soru 1 puandır ve bireyler toplam 6 puan üzerinden değerlendirilmektedir (Sadeghi vd., 2013:74). Buna göre 4 ve daha yüksek puan alanlar yeterli sağlık okuryazarlığına, 4'ten daha düşük puan alanlar ise yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olarak kabul edilmektedir. Özellikle 2 puandan düşük alan hastalar ile iletişimde daha dikkatli olunması gerektiği de ortaya koyulmuştur (Weiss vd., 2005: 520). Testin uygulanmasının kolay olması ve 3-5 dakika gibi kısa bir sürede tamamlanması avantajları arasında sayılmaktadır (Mancuso, 2009: 85). Ancak, kapsamlı bir değerlendirme yapmaması ve sağlık okuryazarlığı için önemli olan tüm sağlık okuryazarlığı kavramlarını test etmemesi ise dezavantajdır (Harper, 2013:16).

Wide Range Achievement Test-Revised (WRAT-R): Kelimeleri okuma ve telaffuz etme ile ilgili bir testtir ancak bu testte okuduğunu anlamak önemli değildir (Sarıyar ve Kılıç, 2019). Testte kelimeler artan zorluk sırasına göre sunulmakta ve birey, kelimeleri yüksek sesle okumaktadır (Andrus ve Roth, 2002:285). Bu test, 5-75 yaş aralığında bulunan bireyler için uygulanabilmektedir ve puanlamada aynı yaş grubu kendi içerisinde karşılaştırılır (Sarıyar ve Kılıç, 2019:129). Bu test özel olarak sağlık okuryazarlığını değil, genel olarak okuryazarlığı değerlendirmektedir ancak, test genellikle sağlık bakımı bağlamlarında olası bir okuryazarlık ölçümü olarak adlandırılmaktadır (Harper, 2013: 15).

The Medical Terminology Achievement Test (MART): 42 kelimedenden oluşan bir sesli okuma testidir. Diğerlerinden farklı olarak bu testte, bireylerin kelimeleri okuyamamaları durumunda neden okuyamadıklarını açıklamaları istenir (Jordan vd., 2011: 372). Birey, reçeteli bir şişeden tıbbi kelimeleri okur ve doğru telaffuz edilen kelimelerin sayısına göre puanlama yapılır. Testin temel avantajı 3-5 dakika gibi

hızlı bir sürede uygulanması ve puanlanmasıdır. Ancak bu test, sağlık okuryazarlığı kavramlarının çoğunu ölçmemektedir (Harper, 2013: 16).

Single Item Literacy Screen (SILS): Katılımcılara basılı sağlık bilgilerini okumak ve anlamak için yardıma ihtiyaçları olup olmadığını sorarak bireyin becerisini değil ihtiyacını ölçen tek maddelik bir ölçüm aracıdır (Jordan vd., 2011: 372).

Health Activities Literacy Scale (HALS): Sağlık teşviki, sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, sağlık hizmeti idamesi ve sistem yöntemlerini kapsamaktadır. Burada düzyazı, sayısal ve metin maddeleri ile ilgili sorular bulunmaktadır ve uygulanma süresi 35-40 dakika aralığındadır. Sağlık okuryazarlığını birçok alanda değerlendirmesine rağmen uygulanmasının uzun sürmesi ölçeğin kullanılmasını güçleştirmektedir (Çopurlar ve Kartal, 2016: 44).

The e-health Literacy Scale (e-HALS): HALS testinin uzunluğu sebebiyle oluşturulan e-HALS, 8-40 puan aralığı olan bir testtir (Sarıyar ve Kılıç, 2019: 130). Bu testte, katılımcılardan elektronik sağlık bilgilerinin kullanımına ilişkin bilgileri, güvenleri ve algılanan becerileriyle ilgili sekiz ifadeye ne kadar katılıp katılmadıklarını belirtmeleri istenir (Jordan vd., 2011: 373).

Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT): 0-1 yaş aralığında bebeği olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini ve matematiksel becerilerini ölçmektedir. Testteki sorular, bebeklerin rutin sağlık muayeneleri sırasında doktorlar tarafından ebeveynlere verilen bilgiler, anne ve bebek bakımı için rutin sağlık denetim kılavuzu temel alınarak oluşturulmuştur (Sarıyar ve Kılıç, 2019: 129).

Instrument for Assessment of Health Literacy (HLS-EU): 47 sorudan oluşan HLS-EU, 3 sağlık süreci (hastalıklardan korunma, sağlıkta hizmet sunma, sağlığın daha iyiye götürülmesi) ve 4 bilgi işlem sürecinden (erişim, değer biçme, uygulama, anlama) oluşmaktadır (HLS-EU Consortium, 2012: 8). Her madde, 1=çok zor, 2=zor, 3=kolay ve 4=çok kolay olacak şekilde dört dereceli olarak hazırlanmış ve “fikrim yok” ifadesi için ise 5 seçeneği kullanılmıştır. Testin sonucunda bireyler, 0-25 arası yetersiz sağlık okuryazarlığı, >25-33 arası sınırlı sağlık okuryazarlığı, >33-42 arası

yeterli sağlık okuryazarlığı ve >42-50 arası ise mükemmel sağlık okuryazarlığı olmak üzere 0-50 arası bir puan almaktadırlar (Ertuğrul ve Albayrak, 2020:20).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ): 25 madde ve 4 alt ölçekten oluşan SOYÖ, HLS-EU ölçeğinin sadeleştirilmesi sonucunda ortaya çıkmıştır. Bilgiye erişimi, anlamayı, değerlendirmeyi ve uygulamayı içeren bu testte minimum 25, maksimum 125 puan alınabilmektedir (Sarıyar ve Kılıç, 2019: 130).

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ): Sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili 22 soru, organların yerini bilme ile ilgili 1 şekilden oluşan, yetişkinlerin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemeye yarayan bir ölçüm aracıdır. Test sonucunda alınabilecek puanlar 0-23 aralığındadır (Sarıyar ve Kılıç, 2019: 130).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR): Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanmış hali olan bu ölçek, 15 yaş ve üzeri kişilerin sağlık okuryazarlığını ölçen bir öz bildirim ölçeğidir. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi, aldıkları puana göre 0-25 puan arası yetersiz sağlık okuryazarlığı, >25-33 puan arası sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı, >33-42 puan arası yeterli sağlık okuryazarlığı ve >42-50 puan arası mükemmel sağlık okuryazarlığı olmak üzere 4 kategoriye ayrılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 22-23).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32): ASOY-TR çalışmasında elde edilen deneyimler işığında geliştirilen 32 maddelik bir ölçektir. Ölçek, 2 boyut (tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve 4 bilgi edinme sürecinden (ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma) meydana gelmektedir (Sarıyar ve Kılıç, 2019: 130). Puanlaması HLS-EU çalışmasında olduğu gibi, 0-25 puan arası yetersiz sağlık okuryazarlığı, >25-33 puan arası sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı, >33-42 puan arası yeterli sağlık okuryazarlığı ve >42-50 puan arası mükemmel sağlık okuryazarlığı olmak üzere 4 kategoriye ayrılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 46). Bu araştırmada TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır.

Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN): 4 senaryodan oluşan SOY-SEN ise sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma konularını

içermektedir (Sarıyar ve Kılıç, 2019: 130). Her senaryo için bireylere 4 soru sorulmakta, cevap şıklarında ise her soru için 5 ifadeye yer verilmektedir. Bu ifadelerden bir tanesi tam doğrudur ve “+5” puandır. İki ifade kısmen doğrudur yani eksik bilgi içermektedir ve biri “+2” diğeri “+3” puandır. Geri kalan iki ifade ise yanlıştır ve “-5” puandır. Bireyler, her sorudan en az “-10”, en çok “+10” puan alabilmektedir. 4 senaryodan alınabilecek toplam puan ise en az “-120”, en çok “+120” olarak ifade edilmektedir. Ancak her senaryonun ilk soruları bilgi sorusudur ve ayrı puanlanmıştır. Bu durumda bireyler, bilgi sorularından en az “-40” en çok “+40” alabilmektedirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 64).

2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgi ve hizmetlerine halkın ilgisi ve anlayışı ile sağlık profesyonellerinin sahip olduğu beceriler, bilgiler ve beklentileri içeren karmaşık bir olgudur. Sağlık bilgileri ve hizmetleri, yüksek eğitim düzeyine sahip kişiler için bile genellikle alışılmadık, karmaşık ve tekniktir. Her yaştan, ırktan, gelirden ve eğitim düzeyinden insanlar sınırlı sağlık okuryazarlığından etkilenmektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 2010: 4).

Sağlık okuryazarlığı önemlidir çünkü bireysel sağlık okuryazarlığı, sağlık davranışları ve sağlık çıktıları arasında bir ilişki olduğunu gösteren tutarlı kanıtlar vardır. Genel olarak, sağlık okuryazarlığının yetersiz düzeyde olması bireysel ve sosyal anlamda tehlike oluşturmakta ve kötü sağlık sonuçlarına neden olmaktadır (ACSQHC, 2013: 14). Sağlık sisteminin karmaşıklığı göz önüne alındığında, sınırlı sağlık okuryazarlığının kötü sağlıkla ilişkilendirilmesi şaşırtıcı değildir (U.S. Department of Health and Human Services, 2016: 8).

Yapılan çalışmalara bakıldığında yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerin sağlık profesyonellerinden bilgi talep etme olasılıklarının daha düşük olduğu, mevcut tıbbi durumları ile ilgili bilgi eksikliği yaşadıkları, sağlık hizmetleri ile ilgili karar alma süreçlerine katılmalarının daha düşük oranda olduğu, öz yeterlilik ve öz saygı eksikliği yaşadıkları, hastalık algılarının arttığı, kronik hastalık yönetimini uygun şekilde yapamadıkları, gerek olmayan tetkikleri yaptırdıkları, ilaç yönetimini doğru şekilde yapamadıkları, sağlık eğitimlerini anlamada güçlük çektikleri, koruyucu

sağlık hizmetlerinden daha az oranda faydalandıkları, acil servis hizmetlerinden daha fazla oranda yararlandıkları, verimlilik kaybı yaşadıkları, sigara içme gibi sağlıksız davranışlar sergiledikleri, utanma ve korku gibi nedenlerle kendilerini ifade edemedikleri, hastanede yatış sürelerinin uzadığı ve sonuç olarak da sağlık maliyetlerinin arttığı ifade edilmektedir. Diğer bir yandan bu bireylerde mortalite ve morbidite oranlarının daha yüksek olduğu da ortaya koyulmaktadır (Mancuso, 2008: 250; Harper, 2013:8; Onotai, 2008: 34; Ishikawa ve Yano, 2008: 117; Zarcadoolas vd., 2006: 2; Yılmaz ve Tiraki, 2016: 143; Tekin, 2018: 80).

Ek olarak, sınırlı sayıda çalışma, sağlık okuryazarlığının ruh sağlığı ile de ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Zhang vd.,2021: 618). Berkman vd. (2011) tarafından yapılan çalışmada düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan hastaların depresif semptomlar gösterdikleri ifade edilmektedir (Berkman vd., 2011: 101). Yine Angner vd. (2010), yaptıkları çalışmada, yetersiz sağlık okuryazarlığının daha düşük düzeyde mutluluk ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Angner vd., 2010: 334).

Amerikan Tıp Derneği (AMA) tarafından yapılan bir araştırma sonucunda yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı olan bireylerin, sağlık durumlarını ifade etmede başarısız oldukları ve yüksek seviyede iletişim sorunu yaşadıkları, tıbbi durumlarını ve tedavi süreçlerini anlayamadıkları ortaya koyulmuştur. (Erdağ, 2015: 4).

Aynı zamanda yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerin onları daha fazla işyeri hastalığı ve kaza riskine maruz bırakan, daha az istikrarlı istihdam sunan, daha az ödeme yapan ve böylece sağlık ve sağlığı teşvik eden mal ve hizmetleri satın alma yeteneklerini azaltan mesleklerde çalıştıkları da ortaya koyulmaktadır (Murray ve Shillington, 2012: 55).

Osborne (2018), sağlık okuryazarlığının, hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında paylaşılan bir sorumluluk olduğunu ifade etmekte ve hem hastaların hem de sağlık hizmeti sağlayıcılarının diğerinin anlayabileceği şekillerde iletişim kurmalarının gerekli olduğu üzerinde durmaktadır (Osborne, 2018: 2). İletişim, hekimler için temel bir beceridir, ancak birçok hasta, hekimlerin onlara

söylediklerini anlamakta güçlük çekmektedir. Hastalar, doktor muayenehanelerinden ayrıldıktan hemen sonra bile kendilerine verilen önemli bilgilerin %50'sini veya daha azını hatırlayabilirler. Yetersiz okuryazarlık becerilerine sahip hastalar, özellikle de genel tıbbi terimleri ve yazılı sağlık materyallerini iyi anlamayanlar, bu hastaların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Williams vd., 2002: 383).

Daha düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip kişiler, genellikle genel sağlık durumunun daha kötü olduğunu bildirmektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 2016: 9). Bunun nedeni, düşük gelirli ve zor yaşam ortamları da dahil olmak üzere çok çeşitli sağlık belirleyicileridir. Ayrıca, sağlıklarını iyileştirebilecekleri yollar hakkında daha az bilgi sahibidirler ve tarama programları gibi hayat kurtaran uygulamalardan yararlanma olasılıkları daha düşüktür. Bu, onların hastalığın ileriki aşamalarına geldiklerinde doktora gitmelerine ve dolayısıyla tam olarak iyileşme olasılıklarının azalmasına yol açar. Tedavilerini anlamamaları, tıbbi rejimlere bağlı kalma olasılıklarının daha düşük olduğu anlamına gelir ve bu da iyileşmelerini olumsuz yönde etkileyebilir (Kickbusch, 2008: 102).

Yine bireylerde sağlık okuryazarlığının yetersiz düzeyde olması tıbbi hataların yaşanmasına da sebep olabilmektedir. Bireyin iletişim problemi, hastalığın ciddiyeti, kişilik yapısı ve sosyal faktörler tıbbi hatalara yol açabilmektedir (Akbulut, 2015: 122).

Düşük sağlık okuryazarlığı becerileri yalnızca tüketiciler ve halk için geçerli değildir. Sağlık profesyonelleri, sağlık sorunlarını tüketicilere ve halka açık bir şekilde açıklama becerisinin azalması gibi düşük sağlık okuryazarlığı becerilerine de sahip olabilir. Bir tüketicinin anlama yeteneği ile bir sağlık profesyonelinin iletişim becerileri arasındaki uyumsuzluk, olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilir (Johnson, 2014: 43). Sağlık profesyonellerinin bu anlamda hizmet verdikleri hastaların sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmak ve etkili iletişim kurabilmek için sağlık okuryazarlığına sahip olmaları çok önemlidir (Tekin, 2018: 89).

Sağlık profesyonelleri, tüketicilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyi konusunda sınırlı farkındalığa sahip olabilir ve sağladıkları bilgileri uygun şekilde uyarlamayabilir. Daha düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip kişiler, sağlık

profyoneline soru sorma veya anlamadıkları takdirde daha fazla bilgi isteme olasılıkları daha düşük olabilir. Bu faktörlerin her ikisi de, tüketicilerin önerilen tedaviyi izleme olasılığını etkileyebilir (ACSQHC, 2013: 16).

Ek olarak WHO (2013), yetersiz sağlık okuryazarlığının sosyal bir eğitim izlediğini ve mevcut eşitsizlikleri daha da güçlendirebileceğini bildirmektedir (Johnson, 2014: 42).

Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireyler ise hızla değişen bir ortamda sağlıklarını korurken yaşam standartlarındaki kayıpları en aza indirecek kararlar alabilirler. Sağlık okuryazarlığı, bireye sağlığı hakkında bilinçli kararlar alma ve daha sağlıklı bir yaşam sürdürme fırsatı verir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı olan bireyler, sağlığın belirleyicilerine aktif olarak müdahale edebilirler (Ürgün ve Yıldırım, 2020:207).

Jordan vd. (2010) tarafından yapılan çalışma, hastaların sağlık hizmeti ortamında sağlık bilgilerini aramak, anlamak ve kullanmak için sağlık bilgilerinin ne zaman aranacağını bilmek, sağlık bilgilerinin nerede aranacağını bilmek, sözlü iletişim becerileri, girişkenlik, okuryazarlık becerileri, işleme kapasitesi ile bilgi ve uygulama becerilerini korumak olmak üzere yedi temel yeteneğe sahip olmalarının önemli olduğunu ortaya koymuştur (Jordan vd., 2010: 41). Dolayısıyla yeterli sağlık okuryazarlığı olan bireylerin, kendi sağlıklarını koruma ve geliştirme konusundaki farkındalıkları daha yüksektir ve bu bireyler sağlık hizmeti veren kurumların sistemli bir şekilde kullanılmasına da katkı sağlamaktadırlar. Aynı zamanda sağlık profesyonellerini daha doğru şekilde anlayıp onlarla daha iyi iletişim kurabildikleri için tedavi sürecine uyum sağlamaları daha kolay olmakta ve bu durum da sağlık sonuçları üzerinde olumlu etki yaratmaktadır (Sarıyar ve Kılıç, 2019: 128).

Sağlık okuryazarlığı; sağlıklı yaşam yılını arttırması, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini artırması ve sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırması açısından oldukça önemlidir (Güner vd., 2020: 71). Joint Commission, *“Düşük sağlık okuryazarlığının ve hasta bakımı üzerindeki etkisiz iletişimin olumsuz etkileri azaltılmadan hastaların güvenliği garanti edilemez.”* şeklindeki ifadesi ile sağlık okuryazarlığının önemini vurgulamıştır (Joint Commission, 2007: 5).

Kanj ve Mitic (2009) ise sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemini belirleyen 6 tema olduğunu belirtmiştir. Bunlar;

1. Etkilediği insan sayısı: Yetersiz düzeyde okuryazarlık gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde görüldüğü kadar gelişmiş ülkelerde de görülmektedir. Aynı zamanda kadınlarda yüksek oranda temel okuryazarlık becerilerinin olmadığı görülmüştür.
2. Olumsuz sağlık sonuçları: Yetersiz sağlık okuryazarlığının mortalite üzerinde yüksek oranda etkili olduğu görülmektedir.
3. Kronik hastalık oranlarında artış: Sağlık okuryazarlığı, kronik hastalıkların bireyler tarafından yönetiminde önemli rol oynamaktadır.
4. Sağlık bakım maliyetleri: Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde sağlık bakım maliyetleri yüksek olmaktadır.
5. Sağlık bilgisi talepleri: Bireylerin okuma becerileri ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma becerileri arasında negatif bir uyum vardır. Mesleki dilin gerek olmadığı halde kullanımı sağlık kaynaklarının kullanılmasını olumsuz yönde etkilemekte ve zorlaştırmaktadır.
6. Eşitlikçilik: Sağlık okuryazarlığının yüksek olması sağlıkta eşitsizliklerin engellenmesinde önemli rol oynamaktadır (Kanj ve Mitic, 2009: 4-5; Değerli ve Tüfekçi, 2018: 469-470).

Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bir birey, kendi sağlığının yanı sıra aile sağlığı ve toplum sağlığı için de sorumluluk alma yeteneğine sahiptir (Sorensen vd., 2012: 1). Bu doğrultuda, sağlık okuryazarlığının gelişimi, bireysel ve toplumsal alanda pek çok kazanımı da beraberinde getirecektir. Bireylerin davranışlarında oluşacak pozitif değişimlerin yanında sağlık hizmetlerinin ve sağlık kaynaklarının etkin kullanımı gibi sosyal anlamda da önemli etkileri olacaktır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükselmesi ile birlikte sağlığın geliştirilmesi yolunda önemli adımlar da atılmış olacaktır (Sezgin, 2013: 85).

2.2.6. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

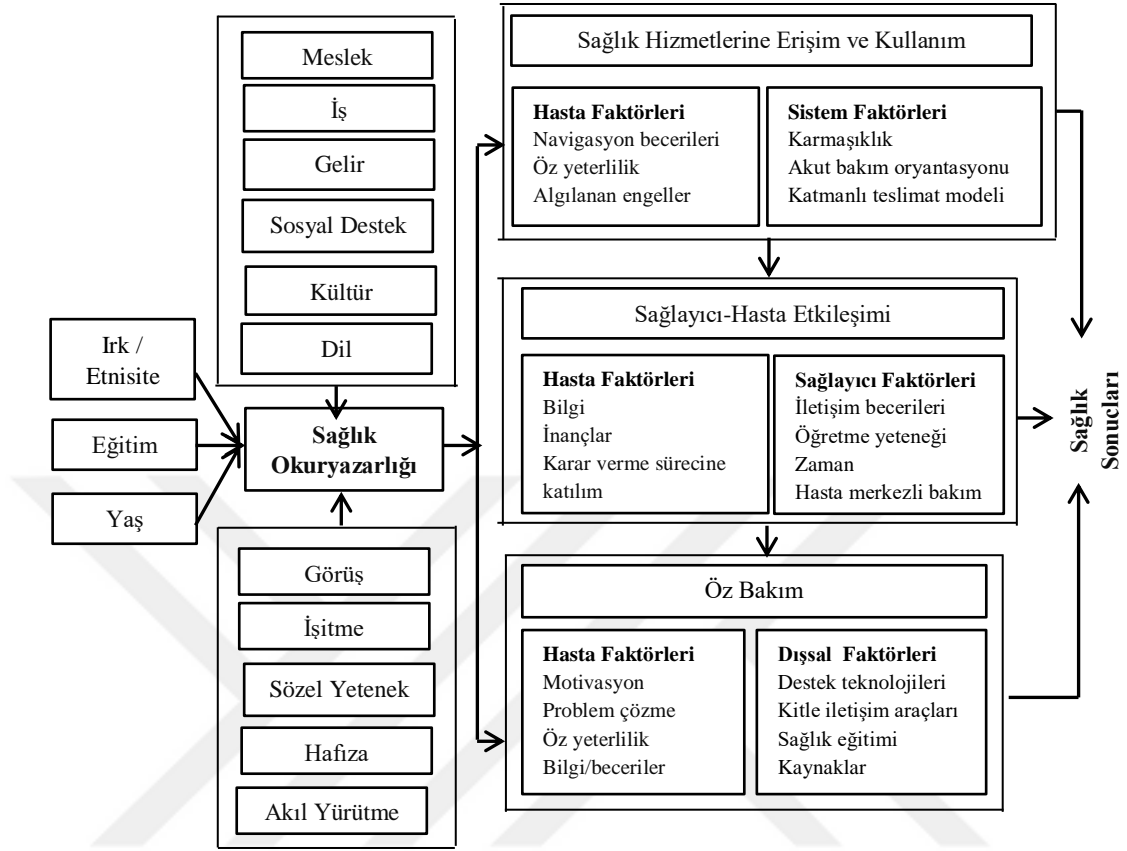
Sağlık okuryazarlığının ileri yaşta kişilerde, eğitim seviyesi düşük olanlarda, yoksullarda, azınlıklarda, göçmenlerde, yaşadığı ülkeden farklı bir ana dile sahip

olanlarda, sağlık problemi yaşayanlarda ve sağlığını ktu olarak algılayanlarda daha düşük seviyede olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla; yaş, eğitim, gelir düzeyi, meslek, hastalık durumu gibi birçok faktör sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (Avcı ve zkan, 2020: 7).

Bireylerin sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler, bireysel ve sistemsel faktörler olmak üzere 2 başlıkta ele alınabilir. Bireysel faktörler; yaş ve cinsiyet, okuryazarlık becerisi, motivasyon, bilişsel beceriler, fiziksel ve ruhsal sağlık durumu, sağlık bakım tecrübesi, özel sağlık durumu, kültür ve inançlar, sosyo-ekonomik statü ve sosyal destekler olarak ifade edilirken sistemsel faktörler ise sağlık profesyonellerinin iletişim becerileri, sağlık hizmeti sunulan ortamın özelliği, sağlık bilgilerinin karmaşıklığı, sağlık sisteminin bireylerden beklentileri, sağlık profesyonelleri üzerindeki zaman baskısı olarak ifade edilebilir (Gzli, 2020: 140).

Paasche-Orlow ve Wolf (2007) tarafından geliştirilen modelde ise sosyal, demografik ve fiziksel ve bilişsel etkenlerin sağlık okuryazarlığını etkilediği ortaya koyulmuştur. Modelde sağlık okuryazarlığı; sağlık hizmetlerine erişim, öz bakım ve sağlık profesyonelleri ile bireyler arasındaki iletişim olmak üzere 3 noktada sağlık çıktılarını etkilemektedir (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007:20; Yılmaz ve Tiraki, 2016: 143).

Şekil 7. Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları Arasındaki Nedensel Yollar



Kaynak: Paasche-Orlow ve Wolf, 2007: 21

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda ülkelerde genel eğitim düzeyi ne kadar yüksekse sağlık okuryazarlığı puanının da o kadar yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bu bireylerin sağlık durumlarının da daha iyi olduğu ortaya koyulmuştur (Bilir, 2014: 65).

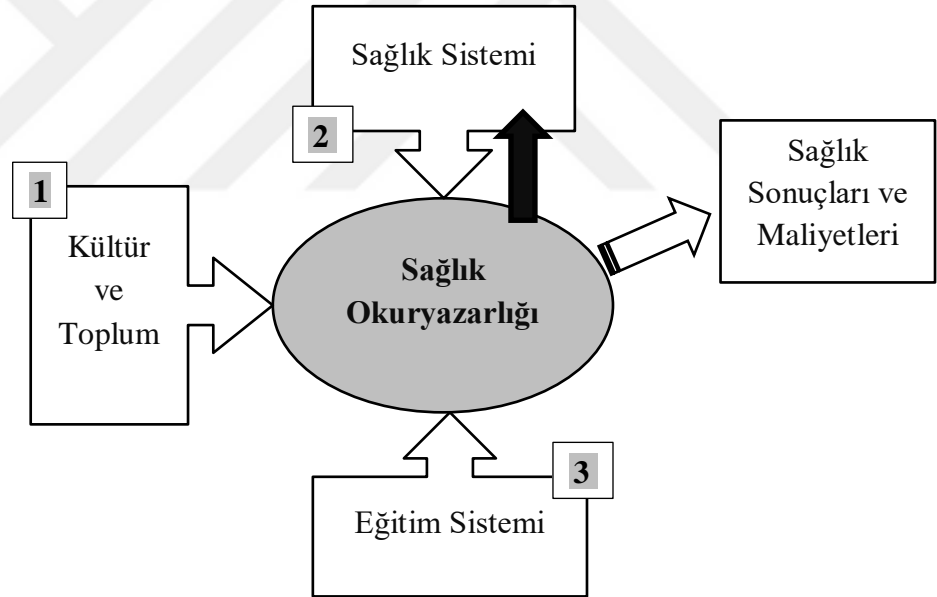
Aynı zamanda herhangi bir hastalık durumu olan bir bireyin özel hastalıklara karşı sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olacağı düşüncesinden yola çıkarak, bireyin kendisinde veya ailesinde bir sağlık sorununun olması veya olmaması durumunun sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyeceği de ortaya koyulmuştur (Madalı vd., 2017: 154).

IOM tarafından 2004 yılında yayınlanan raporda, bireyin kapasitesinin sağlık okuryazarlığına önemli derecede katkıda bulunduğu ifade edilmiştir. "Kapasite"

terimi, bireyin hem doğuştan gelen potansiyelini hem de becerilerini ifade etmektedir. Bir bireyin sağlık okuryazarlığı kapasitesine eğitim aracılık etmekte ve yeterliliği kültür, dil ve sağlıkla ilgili ortamların özelliklerinden etkilenmektedir. Yani, sağlık okuryazarlığı, kültürel, sosyal ve bireysel faktörlerin paylaşılan bir işlevidir. Sınırlı sağlık okuryazarlığının hem nedenleri hem de çareleri, kültürel ve sosyal çerçevemiz, ona hizmet eden sağlık ve eğitim sistemleri ve bu faktörler arasındaki etkileşimlerle ilgilidir (Nielsen-Bohlman vd., 2004:32).

Benzer şekilde, Kickbusch (2008), vatandaşlar arasında sağlık okuryazarlığına etki ederek gelişmesine katkıda bulunabilecek üç ana müdahale noktası olduğunu söylemiştir. Bunlar; kültür ve toplum, sağlık sistemi ve eğitim sistemidir (Kickbusch, 2008: 103).

Şekil 8. Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları



Kaynak: Nielsen-Bohlman vd., 2004: 34

Buradaki "kültür" terimi, öncelikle, bireylerin toplum üyeleri olarak edindikleri ortak fikirleri, anlamları ve değerleri ifade etmektedir. Kültürel, sosyal ve ailevi etkiler, tutumları ve inançları şekillendirmede kritik öneme sahiptir. Bu şekilde, insanların sağlık sistemi ile nasıl etkileşimde bulunduğunu etkiler ve farklı ortamlarda sağlık okuryazarlığı becerilerinin yeterliliğini belirlemeye yardımcı olurlar (Nielsen-Bohlman vd., 2004:33). Sağlık sistemleri, hastaları kendilerine

bakmanın en iyi yolu konusunda bilgilendirmede ve emrindeki sağlık kaynaklarını en verimli ve etkili şekilde kullanmalarını sağlamada rol oynamaktadır. Eğitim sistemi ise insanların sağlıklarını olumlu yönde etkileyecek kararlar alma yetkisine sahip olmaları için erken yaşlardan itibaren sağlık becerilerini geliştirmelerini sağlayabilmektedir (Kickbusch, 2008: 103).

Genel anlamda sağlık okuryazarlığı kültürel ve toplumsal faktörlerden, sağlık hizmeti sistemi ile ilgili faktörlerden, bireylerin genel okuryazarlık becerilerinden, eğitim düzeyinden, hastalıklarla ilgili tecrübelerden ve kişisel özelliklerden etkilenmektedir. Bu faktörler de sağlık çıktılarına ve maliyetleri etkilemektedir. Başka bir ifade ile sağlık okuryazarlığı; kişisel becerilerin sağlık sistemi, eğitim sistemi ve aile, iş ve toplumdaki sosyal ve kültürel faktörler ile etkileşmesi ile şekillenir (Tanrıöver vd., 2014: 18).

2.2.7. Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmeye Yönelik Yaklaşımlar

Sağlık okuryazarlığı düzeyinde yaşanacak iyileşme; daha sağlıklı bir birey, daha sağlıklı bir toplum ve sonuç olarak daha sağlıklı bir dünya anlamına gelmektedir (Balçık vd., 2014: 325). Bu nedenle günümüzde tüm ülkeler açısından sağlık okuryazarlığının gelişimi oldukça önemlidir. Örneğin; ABD, müfredata sağlık okuryazarlığının yükseltilmesini sağlayacak dersler koymuş ve bu alanda ölçüm araçları geliştirilmesini sağlamıştır (Malatyalı ve Biçer, 2018: 17).

Yapılan çalışmalar tutarlı bir şekilde, düşük eğitim düzeyinin, yaşam beklentisi de dahil olmak üzere yetişkin yaşamdaki daha kötü sağlıkla güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, eğitim seviyelerinin iyileştirilmesi, sağlık ve sosyal eşitsizliklerle mücadelede önemli bir öncelik olarak kabul edilmektedir (Smith ve McCaffery, 2010: 8).

İnternet, sağlıkla ilgili en popüler bilgi kaynaklarından biridir. Ancak, özellikle ileri yaşta kişiler olmak üzere, sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bireyler arasında sağlıkla ilgili bilgiler için interneti kullanma olasılığı düşüktür. Bu nedenle sağlık bilgilerine nasıl erişileceği konusunda, kitaplar, dergiler, sağlık dersleri ve sağlık fuarları gibi diğer kaynaklardan ücretsiz veya düşük maliyetli eğitim verilmesi

gerekmektedir. Bu tür bir eğitim, özellikle sınırlı veya yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireyler için ekonomik yükün azaltılmasına, sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesine ve sağlık eşitsizliklerinin iyileştirilmesine katkıda bulunabilir (Jeong ve Kim, 2016: 1885).

Sağlık okuryazarlığı, sadece bireyin sağlık bilgilerini okuma, anlama ve bunlara göre hareket etme yeteneği ile ilgili değildir, sağlık profesyonellerinin sağlıkla ilgili bilgileri ilgili ve anlaşılması kolay yollarla iletme yetenekleriyle de ilgilidir. Bu, sağlık profesyonelleri arasında sağlık okuryazarlığı konusundaki farkındalığın ve bilginin geliştirilmesini gerektirir. (WHO, 2008: 189).

Sağlık profesyonelleri açısından bakıldığında sağlık bilgilerini sağlık hizmeti kullanan bireylere iletme; yetersiz okuryazarlık, kültürel farklılık, bireyin içinde bulunduğu duygusal durum, düşük eğitim düzeyi, hastaya ayrılan sürenin yetersiz olması, tanı sürecinin karmaşık olması gibi durumlar sebebi ile oldukça güçtür. Bu güçlükler sebebiyle sağlık profesyonellerine de bir takım görevler düşmektedir. Sağlık profesyonelleri, sağlığın geliştirilmesi çabalarına katılmalı ve hastanın da katılmasını sağlamalıdır. Bireyleri, hastalıkları ile ilgili doğru şekilde yönlendirmelidir. Yine bireyleri sağlık kurumları hakkında bilgilendirmeli ve bireylerin sağlık hizmetlerini doğru kullanma alışkanlığı kazanmalarını sağlamalıdır. Halka akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgiler verilmelidir (Tözün ve Sözman, 2014: 51).

Neredeyse tüm hastalar basit ve anlaşılması kolay tıbbi tavsiyeleri tercih ederler. Bu nedenle, iyi gelişmiş okuma yeteneğine sahip olanlar da dahil olmak üzere tüm hastalarla iletişim kurma stratejileri, basit ve anlaşılır yöntemlere dayanmalıdır (AMA, 1999: 554). Aksi halde iletişim sorunu daha da büyüyecektir. Bireyin okuduğunu veya kendisine söyleneni anladığından emin olmak için “lütfen bana gösterin” veya “tekrarlayın” gibi ifadeler kullanılmalıdır. Bu sayede sağlıklı bir iletişim kurulmuş olacaktır (Paker, 2000:281; Sezgin, 2013: 86-87). Ek olarak görsel yardımcıları, grafikler veya resimler hastanın verilen bilgileri daha iyi anlamasını sağlayabilir (Wittink ve Oosterhaven, 2018:126). Bu nedenle, sağlık iletişiminde açık dil ve görsel sembollerin kullanımına ilişkin politikaların geliştirilmesi gerekmektedir (WHO, 2008:189).

DSÖ, bireylerde sağlık okuryazarlığı bilincini geliştirmek adına şu yaklaşımları önermiştir:

1. Bireylere çocukluk döneminden itibaren sağlık okuryazarlığı eğitimi verilmelidir.
2. Okul döneminde sağlığın geliştirilmesi kavramı üzerinde durulmalıdır.
3. Yetişkin eğitimlerine önem verilmelidir.
4. Bireylerin kendi özelliklerine uygun eğitim programları hazırlanmalıdır. Eğitim, görsel ve işitsel araçlar kullanılarak sağlanmalıdır.
5. Bireylerin eğitim sürecine aktif bir şekilde katılmaları sağlanmalıdır.
6. Sağlık için gelişmeler takip edilmeli ve yeni yöntemler geliştirilmelidir (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016: 72).

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için sadece bireyin ve sağlık sektörünün çalışmaları yeterli değildir. Eğitim sektörü, medya sektörü, sivil toplum kuruluşları gibi birçok sektörün birlikte çalışması gerekmektedir. (Onotai, 2008: 35; Bilir, 2014: 66). Genel anlamda, sağlık okuryazarlığı alanında politikalar belirlenmesi, bireylere ve sağlık profesyonellerine konu ile ilgili farkındalığı arttıracak eğitim programları sağlanması, yönetsel düzenlemeler yapılması sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi adına önemli olacaktır (Bilir, 2014: 64).

IOM, hazırladığı bir raporda, sağlık iletişimini geliştirmek ve sağlık eğitimi için yaklaşımlar geliştirmek, sağlık okuryazarlığının müfredata ve sağlık profesyonelleri eğitim programlarına dahil edilmesi, sağlık okuryazarlığı değerlendirmelerinin sağlık hizmeti kuruluşlarının kalite ve akreditasyon standartlarına dahil edilmesi, anlamlı araştırma sonuçlarına ulaşmak için araştırma uygulamalarında sağlık okuryazarlığını ele alan standartların geliştirilmesi gibi sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik tavsiyelerde bulunmuştur (Keleher ve Hagger, 2007: 28).

ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı, Hastalık Önleme ve Sağlığı Geliştirme Ofisi (U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion), 2010 yılında yayınladığı raporda sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik yedi hedef belirlemiştir. Bu hedefler:

1. Doğru, erişilebilir ve eyleme geçirilebilir sağlık ve güvenlik bilgilerini geliştirmek ve yaymak
2. Sağlık hizmetleri sistemindeki sağlık bilgilerini, iletişimi, bilgiye dayalı karar almayı ve sağlık hizmetlerine erişimi iyileştiren değişiklikleri teşvik etmek
3. Üniversite düzeyinde çocuk bakımı ve eğitiminde doğru, standartlara dayalı ve gelişimsel olarak uygun sağlık ve bilim bilgilerini ve müfredatını dahil etmek
4. Toplumda yetişkin eğitimi, İngilizce dil eğitimi ve kültürel ve dilsel olarak uygun sağlık bilgi hizmetleri sağlamak için yerel çabaları desteklemek ve genişletmek
5. Ortaklıklar kurmak, rehberlik geliştirmek ve politikaları değiştirmek
6. Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için temel araştırma ve uygulama ve müdahalelerin geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesini artırmak
7. Kanıt dayalı sağlık okuryazarlığı uygulamaları ve müdahalelerinin yaygınlaşmasını ve kullanımını artırmak (U.S. Department of Health and Human Services, 2010: 1-2).

ACSQHC ise sağlık okuryazarlığının gelişimi için bazı kişi ve kuruluşlara düşen rolleri ortaya koymuştur (ACSQHC, 2013: 40-44).

1. Tüketicilere Düşen Roller:

- ✓ Sağlık çalışanları ile sağlığı ve sağlık bilgilerini anlamada karşılaşılabilecekleri zorlukları tartışmak
- ✓ Sağlık çalışanları ile iletişimdeki zorlukları tartışmak, aileden yardım istemek veya tercüman vb. farklı destek hizmetleri talep etmek
- ✓ Bakımları ile ilgili daha fazla bilgi istemek
- ✓ Sağlık çalışanlarına karşı açık ve dürüst olmak ve onlara tıbbi geçmişi ve kullanmış oldukları ilaçlar ile ilgili ayrıntılı bilgi vermek
- ✓ Eğitime katılarak bireysel bilgi ve becerilerini geliştirmek
- ✓ Toplumda sağlık okuryazarlığının önemi konusunda farkındalık yaratmak
- ✓ Tüketici bilgi ve kaynaklarının geliştirilmesi ve gözden geçirilmesine dahil olmak
- ✓ Sağlık okuryazarlığının önündeki engelleri azaltmak için politikaların, stratejilerin ve projelerin planlanması, tasarlanması ve sunulmasında yer almak

2. *Sağlık Hizmeti Sağlayıcılarına Düşen Roller:*

- ✓ Tüketicilerin ihtiyaçlarını ve tercihlerini anlamak ve iletişim tarzını tüketicinin durumuna göre uyarlamak
- ✓ Bilgilerin etkili bir şekilde iletilmiş ve alındığını doğrulamak
- ✓ Verilen bilgileri anlamakta güçlük çekilmesi halinde tüketicileri konuşmaya teşvik etmek
- ✓ Tüketicilere tedavi seçenekleri hakkındaki risk bilgilerini iletmenin en etkili yollarını kullanmak
- ✓ Sağlık kuruluşunun fiziksel ortamında sağlık okuryazarlığının önündeki engelleri azaltmayı amaçlayan iyileştirme projelerine katılmak
- ✓ Sağlık okuryazarlığı eğitimine katılmak

3. *Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlara Düşen Roller:*

- ✓ Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik politikalar hazırlamak ve uygulamak
- ✓ Risk iletişimde eğitim yöntemleri dahil olmak üzere sağlık hizmeti sağlayıcıları için sağlık okuryazarlığı ve kişilerarası iletişim eğitimine erişimi sağlamak ve teşvik etmek
- ✓ Tüketiciler için sağlık bilgi ve becerilerini geliştirmeyi amaçlayan eğitim programları sağlamak

4. *Hükümete Düşen Roller:*

- ✓ Sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalık yaratmak
- ✓ Sağlık okuryazarlığı ilkelerini sağlık ve eğitim politikasına dahil etmek
- ✓ Sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi alışverişini kolaylaştırmak için ortaklıklar geliştirmek
- ✓ Koordineli eylemi teşvik etmek için hükümetin her seviyesinde işbirliği içinde çalışmak

5. *Eğitim ve Öğretim Kuruluşlarına Düşen Roller:*

- ✓ Okullarda ve yetişkin eğitimi kurslarında temel okuryazarlık ve matematik becerileri kazandırılması ile tüketicilerin sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmek
- ✓ Tüketiciler için özellikle sağlık sisteminin karmaşıklığında nasıl gezinileceğini ve öz yönetim becerilerini geliştireceğini ele alan eğitim programları geliştirmek
- ✓ Lisans ve lisansüstü düzeyde sağlık hizmeti sağlayıcılarına eğitim sağlamak

- ✓ Eğitim ve öğretim programlarına sağlık okuryazarlığı ve ilgili konuları dahil etmek.

Sağlık profesyonelleri ile hastaların birbirlerini iyi anlaması ve sorumluluklarını paylaşması, hem hastaların hem de sağlık profesyonelinin sağlık okuryazarı olması ile mümkündür. Sağlık okuryazarlığı, hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki iletişimi sağlayan anahtar unsur olduğundan, sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahaleler, sağlık profesyonelleri de dahil bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesine ve bu alandaki farkındalıklarının artırılmasına hizmet edecektir (Ürgün ve Yıldırım, 2020: 211).

2.2.8. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Yapılan çalışmalara bakıldığında dünya genelinde sağlık okuryazarlığının istenilen seviyenin altında olduğu görülmüştür. Örneğin, 1993 yılında gerçekleştirilen Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması (NAAL), 40 milyondan fazla ABD’li yetişkinin çok zayıf okuma becerilerine sahip olduğunu ve bu durumun toplumun gereken günlük görevleri yerine getirme becerilerini sınırlayabileceğini ortaya çıkarmıştır (Baker vd., 2004: 215). Araştırma sonuçları, yetersiz okuryazarlığın en çok yaşlılar, yoksulluk içinde yaşayanlar, eğitim düzeyi düşük olanlar ve/veya sağlık sorunları olanlar arasında görüldüğünü ortaya koymuştur (Andrus ve Roth, 2002: 283). Dahası, birçok hastanın, reçeteli şişeler ve randevu fişleri gibi sağlık hizmeti ortamlarında yaygın olarak karşılaşılan en basit materyalleri bile okumakta ve anlamakta zorlanmakta olduğu görülmüştür (Baker vd., 2004: 215).

2003 Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması, ABD’li yetişkinlerin yalnızca %12’sinin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu ortaya koymuştur. Yine, ABD’de sağlık harcamaları 2003-2006 yılları arasında 106 milyar \$’dan 236 milyar \$’a kadar çıkmıştır. Yapılan bir araştırma, sağlık harcamalarının azaltılması için alınması gereken tedbirlerden birinin de bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yükseltilmesi olduğunu ortaya koymaktadır (Avcı ve Özkan, 2020: 6).

Williams ve arkadaşları tarafından 2659 hasta üzerinde gerçekleştirilen çalışma sonucunda hastaların büyük bir kısmının sağlık ile ilgili yönergeleri okuyup anlayabilme konusunda başarısız olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda hastaların %60'ı rutin bir onam formunu, %42'si ilaç alma talimatlarını ve %26'sı ise randevu kağıdında yazan bilgileri anlayamadığını ifade etmiştir. Çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığının en çok yaşlılar ve genel sağlık durumunun kötü olduğunu bildirenler arasında yaygın olduğu görülmekte ve bu da sağlık bakımına en çok ihtiyaç duyanların bir sağlık hizmeti tüketicisi rolünde yeterince işlev görmek için gereken bilgileri en az okuma ve anlama yeteneğine sahip olduğunu göstermektedir (Speros, 2005: 634).

2006 yılında yapılan bir araştırma, yetişkin Avustralyalıların neredeyse % 60'ının düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır ve bu da bireylerin sağlık hizmeti ile ilgili kararlar alırken seçimlerini etkili bir şekilde kullanamadıkları anlamına gelmektedir (ACSQHC, 2013: 6).

von Wagner vd. tarafından 2007 yılında 759 yetişkin üzerinde yapılan çalışmada sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi %11,4 olarak bulunmuştur. Düşük eğitim düzeyinin, düşük gelir düzeyinin ve yaşlılığın sınırlı sağlık okuryazarlığı ile ilişkisinin olduğu ortaya koyulmuştur (von Wagner vd., 2007: 1088).

2011 yılında 8 Avrupa ülkesinde (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) yapılmış olan çalışmada Avrupalıların yaklaşık yarısının yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Ülkelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri yetersiz, sorunlu, yeterli ve çok iyi olmak üzere 4 kategoriye ayrılmıştır ve yetersiz puan alan ülkelerin oranı %2-%27 olmuştur. İspanya (%42) ve Bulgaristan (%37) yeterli ve çok iyi puan alan ülkeler arasında son sıralarda olmuştur. Genel bir ifade ile, araştırmaya katılanların %12'sinin yetersiz ve %35'inin ise ortalamanın altında sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Aynı ülkede yaşayanların ise eğitim ve gelir düzeyi düşük olanların, ülkeye yakın zamanda göç etmiş olanların, kronik hastaların, yaşlıların ve genel sağlık durumu kötü olanların sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Wittink ve Oosterhaven, 2018: 121; Erdağ, 2015: 5; Taş ve Akış, 2016: 123).

Türkiye’de ise sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmeye yönelik ölçek geliştirme çalışmaları ve Avrupa’da geliştirilen ölçekler kullanılarak pilot çalışmaların yapılması ile sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalık oluşmaya başlamıştır (Eroğlu ve Oflaz, 2017: 48). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından, 2012 yılında, “Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı” düzenlenmiştir (Çopurlar ve Kartal, 2016: 45).

2014 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi’nin Türkçeye çevrilmesi ile yapılmış olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’nda, bireylerin %64,6’sının yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri arasında ileri yaş, düşük eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey sayılmıştır. (Taş ve Akış, 2016: 123).

Yine, 2017 yılında gerçekleştirilen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması”nda yetersiz sağlık okuryazarlığı %30,9, sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı %38, yeterli sağlık okuryazarlığı %23,4 ve mükemmel sağlık okuryazarlığı %7,7 olarak tespit edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018: 78).

Diğer ülkelerde geliştirilen ölçeklerin Türkçe çevirilerinin kullanılması dışında, Türkçe sağlık okuryazarlığı ölçeği geliştirilmesine yönelik çalışmalar da mevcuttur. Buna, Sezer vd. tarafından, 18-65 yaş arası 381 kişiye uygulanarak geliştirilen Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği örnek olarak verilebilir (Çopurlar ve Kartal, 2016: 44).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları yeniden yapılandırılmış ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi amacının Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) görevleri arasında olduğu belirtilmiştir (Eroğlu ve Oflaz, 2017: 48). SGGM, 2016 yılında aile hekimleri ile aile sağlığı çalışanları için “Sağlık Okuryazarlığı Eğitici Eğitimi Programı”nı başlatmıştır. Bu kapsamda, 400 hekime eğitim verilmiştir. Eğitim ile çalışanların sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalıklarının arttırılması ve bu sayede sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler ile iletişimlerinin güçlendirilerek memnuniyetin arttırılması amaçlanmıştır (Kutlu ve Akbulut, 2019: 136).

Sivil Toplum Geliştirme Merkezi tarafından İstanbul, Ankara, Muş ve Mardin şehirlerinde 100 kişiye “Sağlık ve Kanser Okuryazarlığı” eğitimi verilmiştir. Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi tarafından “Sağlık Okuryazarlığı E-Öğrenme Sertifika Programı” başlatılmıştır (Kutlu ve Akbulut, 2019: 136-137).

T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile ilgili hedeflere yer vermiştir. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ile işbirliği yaparak ilk ve orta öğretimde sağlık eğitiminin etkinliğini arttırmak, sağlık çalışanlarının konu ile ilgili farkındalığını ve yetkinliğini arttırmak, yine özellikle kadınların farkındalığını ve yetkinliğini arttırmak, toplumun sağlık ile ilgili doğru bilgilere ulaşması için dijital platform ve uygulamalar geliştirmek ve sağlık çalışanları ile bireyler arasındaki iletişim faaliyetlerini güçlendirmek bu hedefler arasında sayılabilir (Sağlık Bakanlığı, 2019: 84).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili düzenlemeler sadece Sağlık Bakanlığı ile sınırlı değildir. Kalkınma planı ile ilgili 2014 yılına ait bir raporda sağlık okuryazarlığı, “bireylerin koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini kullanma ve dolayısıyla sağlıklı olma yönündeki davranışlarının önünde duran en önemli sorun” olarak değerlendirilmiştir. Maliye Bakanlığı’nın 2017-2019 Orta Vadeli Mali Programı içerisindeki bir bölümde “Sağlık harcamalarının etkinliğinin artırılması çerçevesinde, sağlıklı yaşam kültürü ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik uygulamalar hayata geçirilecek ve aile hekimliği güçlendirilecektir” maddesi yer almaktadır (Güner vd., 2020: 74).

Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Ulusal Tez Merkezi web sayfasında arama bölümüne “sağlık okuryazarlığı” yazılarak yapılan taramaya göre ülkemizde 2011-2022 yılları arası 196 lisansüstü çalışmaya rastlanmaktadır. Bu çalışmalardan 104 tanesinin yüksek lisans tezi, 68 tanesinin tıpta uzmanlık tezi, 22 tanesinin doktora tezi ve 2 tanesinin diş hekimliği uzmanlık tezi olduğu görülmektedir (YÖK, 2022).

2.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

2.3.1. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi

DSÖ'ye göre sağlık, “*yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlamakta ve tüm insanlar için temel bir hak olarak kabul edilmektedir (Nutbeam, 1998: 351).

Sağlığın korunması, hastalığın etkilerini ortadan kaldırmayı ya da en aza indirmeyi, hastalık durumunda ise ilerlemesini engellemeyi amaçlayan faaliyetlerdir (Değerli ve Yiğit, 2020: 574). Sağlığın korunması, insanlara ulaşılabilecek en yüksek sağlık düzeyinden yararlanmaları için fırsat eşitliği sunmaktadır. Aynı zamanda bireylerin çevresel tehlikelerle karşılaşma olasılığını ve güvenli olmayan veya sağlıksız şekillerde davranma olasılığını azaltmayı amaçlamaktadır (Madi ve Hussain, 2008: 19).

Sağlığı koruma seviyeleri; birincil, ikincil ve üçüncül koruma seviyeleri olarak sınıflandırılmaktadır. Her koruma düzeyinin, hastalıklar üzerinde farklı bir etkisi söz konusudur. Birincil koruma, sağlığı geliştirmek, korumak ve hastalıkları önlemek amacı ile bireysel veya topluluk düzeyinde müdahaleleri içermektedir. Bu düzeyde, hastalığı daha oluşmadan önlemek amaçlanmaktadır. İkincil koruma, hastalığın erken teşhisini ve tedavisini desteklemek için bireysel veya topluluk düzeyinde müdahaleleri içermektedir. Bu sayede hastalık yükü azalmaktadır. Üçüncül koruma ise, var olan hastalığın veya kalıcı hasar bırakan yaralanmanın olumsuz etkisini en düşük düzeyde tutmayı amaçlamaktadır. Bu sayede bireyin hastalığı sona ermesine de yaşam kalitesi yükselmektedir (Porche, 2004: 13).

Sağlığın geliştirilmesi, insanları kendi sağlıklarını kontrol etmeleri ve sağlıklarını iyileştirmeleri için yetkilendiren bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı geliştirme, kapsamlı bir sosyal ve politik süreci temsil etmekte; sadece bireylerin becerilerini ve yeteneklerini güçlendirmeye yönelik eylemleri değil, aynı zamanda halk ve birey sağlığı üzerindeki etkilerini hafifletmek için sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları değiştirmeye yönelik eylemleri de kapsamaktadır (Nutbeam, 1998: 351).

1986 yılında yayımlanan Sağlık Geliştirme Ottawa Şartı'nda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için üç temel strateji belirlenmiştir. Bu stratejilerden ilki, sağlık için çaba göstererek ekonomik, politik vb. tüm faktörlerin sağlığa yararlı olmasını sağlamaktır. İkinci strateji, mevcut sağlık durumundaki farklılıkları azaltmak ve herkes için eşit kaynaklar sağlamaktır. Son olarak üçüncü strateji ise, sağlık arayışında olan toplumdaki farklı çıkarlar arasında arabuluculuk yapmak olarak ifade edilmektedir (Nutbeam, 1998: 351; Ertop vd., 2012:1). Bu stratejiler ise beş öncelikli eylem alanı tarafından desteklenmektedir. Bunlar:

1. Sağlıklı kamu politikası oluşturmak
2. Sağlık için destekleyici ortamlar yaratmak
3. Sağlık için toplum eylemini güçlendirmek
4. Kişisel beceriler geliştirmek
5. Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi (Nutbeam, 1998: 351).

Pender, sağlığı koruma davranışlarının ve sağlığı geliştirici davranışların sağlıklı bir yaşam tarzının tamamlayıcı bileşenleri olarak görülebileceğini öne sürmüştür. İnsanın dengelenme eğiliminin bir ifadesi olan sağlığı koruma davranışı, bireyin hastalıkla karşılaşma olasılığını azaltmaya yöneliktir. İnsanın gerçekleştirme eğiliminin bir ifadesi olan sağlığı geliştiren davranış ise bireyin refah, kendini gerçekleştirme ve kişisel tatmin düzeyini devam ettirmeye veya artırmaya yöneliktir (Walker vd., 1987: 76). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin pozitif sağlık davranışı sergilemesi, sağlıklı bir yaşam geçirebilmenin ön koşuludur (Değerli ve Yiğit, 2020: 574).

2.3.2. Sağlık Davranışı

Sağlık davranışı, bireyin, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür. Başka bir ifade ile sağlık davranışı, kendisinin sağlıklı olduğuna inanan bir birey tarafından hastalığı önlemek amacıyla gerçekleştirilen herhangi bir faaliyet olarak ifade edilebilir. Bu sağlık davranışlarını açıklamak amacı ile bazı modeller uygulamaya koyulmuştur.

“Sağlık İnanç Modeli” ve “Sağlığı Geliştirme Modeli” bu modeller arasında en çok kullanılan iki model olarak ifade edilmektedir (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004: 78; Walker vd., 1987: 76).

2.3.2.1. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli, sağlık psikolojisinde belki de en eski ve en yaygın kullanılan bir sosyal biliş modelidir. Bireysel koruyucu sağlık davranışını öngörmeye yaptığı vurgu nedeniyle önemli hale gelen bu model, ABD Halk Sağlığı Servisi için dört sosyal psikolog (Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock) tarafından geliştirilmiştir. Model, bir kişinin bir sağlık tehdidine duyarlılığının ve ciddiyetinin, önleyici sağlık davranışına girme kararını etkilediğini öne sürmektedir (Maville ve Huerta, 2013: 42).

Modele göre inanç, değer ve tutumlar bireylerdeki sağlık davranışlarını etkilemektedir. Bu inanç ve tutumlar belirlenirse verilecek olan sağlık eğitiminin ya da uygulanacak olan tedavi yöntemlerinin bireylere daha uygun şekilde belirlenebileceği ifade edilmektedir (Gözüm ve Çapık: 2014: 230).

Sağlık inanç modeli bir değer-beklenti modeli olarak ifade edilmektedir. Hastalığın engellenmesi değer, koruyucu sağlık davranışının hastalığı engelleyeceği inancı ise beklentidir. Beklenti, hastalık şiddetine göre değişmektedir ve gerekli olan sağlık davranışının sergilenmesi sayesinde hastalık oluşma olasılığı azalmaktadır (Çenesiz ve Atak, 2007: 427).

Modelin bileşenleri, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engel, eyleme geçme ipuçları ve öz yeterlilik olarak ifade edilmektedir (Champion ve Skinner, 2008: 46).

Algılanan duyarlılık: Bireyin sağlığını tehdit eden hastalık ile karşılaşma olasılığına olan inancıdır. Bireylerin sağlık davranışı sergilemesinde etkili olan önemli bir algıdır (Champion ve Skinner, 2008: 47; Gözüm ve Çapık: 2014: 231).

Algılanan ciddiyet: Bir hastalığın hem tıbbi hem sosyal sonuçlarına karşı bireyde oluşan ciddiyet ya da şiddetin nasıl algılandığıdır. Duyarlılık ve ciddiyet

kombinasyonu, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır (Champion ve Skinner, 2008: 47).

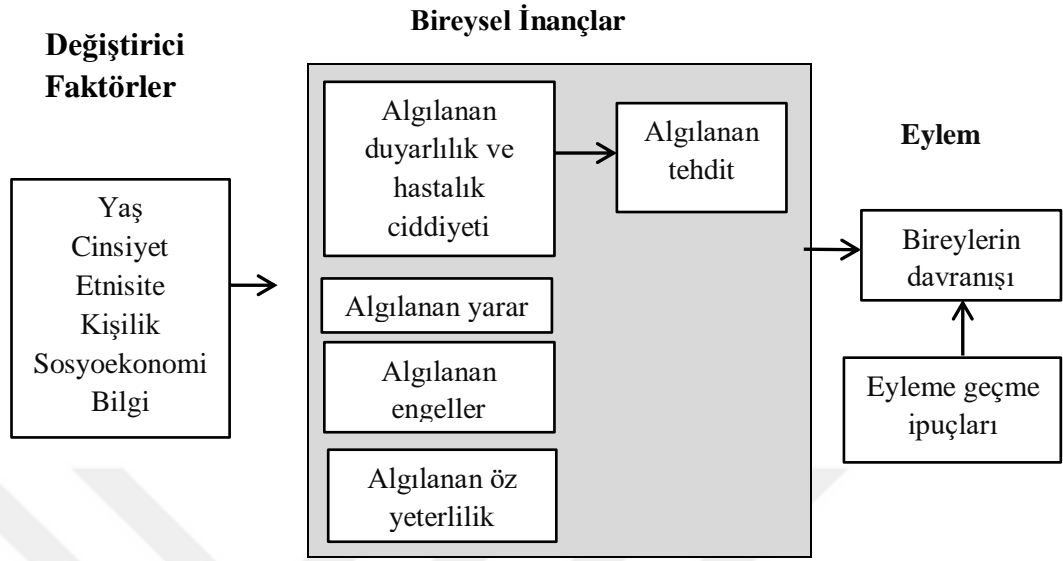
Algılanan yarar: Sağlık tehdidini önlemede önerilen eylemlerin etkinliği hakkındaki inançlardır (Pender vd., 2014: 29).

Algılanan engel: Sağlık ile ilgili önerilen davranışlarda bulunmanın olumsuz yönlerine ilişkin algılardır (Çenesiz ve Atak, 2007: 428).

Eyleme geçme ipuçları: Eylemi tetikleyen dahili (nefes darlığı) veya harici (sigara önleme kampanyaları, sağlık profesyoneli tavsiyesi) olaylardır. Eyleme geçme ipuçları, bir bireyin eyleme geçme eğilimini dolaylı olarak etkilemektedir (Pender vd., 2014: 29). Örneğin Hochbaum (1958), eyleme geçmeye hazır olmanın (algılanan duyarlılık ve algılanan yararlar), özellikle bedensel olaylar gibi eylemi teşvik etme ipuçları veya medya tanıtımı gibi çevresel olaylar tarafından güçlendirilebileceği öne sürülmüştür (Champion ve Skinner, 2008: 49).

Öz yeterlik: Bireyin gerekli sağlık davranışını başarıyla uygulayabileceğine dair inancı olarak tanımlanmaktadır (Champion ve Skinner, 2008: 49).

Şekil 9. Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri ve Bağlantıları



Kaynak: Champion ve Skinner, 2008: 49

Sağlık inanç modeli bileşenleri Şekil 9.'da gösterilmektedir. Oklar, yapılar arasındaki ilişkileri ortaya koymaktadır. Değiştirici faktörler, sağlık algılarını etkileyebilecek bilgi ve sosyo-demografik faktörleri içermektedir. Sağlık inançları, modelin duyarlılık, ciddiyet, yararlar, engeller ve öz yeterlik olmak üzere ana yapılarını içermektedir. Eyleme geçme ipuçları gibi değiştirici faktörler de bu algıları etkilemekte ve inançların birleşimi davranışa yol açmaktadır (Champion ve Skinner, 2008: 50).

2.3.2.2. Sağlık Geliştirme Modeli

Sağlık Geliştirme Modeli, sağlığı geliştirici davranışa ve dolayısıyla bireylerin sağlığının ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkıda bulunan faktörleri ve ilişkileri araştıran teorik bir perspektifi temsil etmektedir (Srof ve Velsor-Friedrich, 2006: 366). Model, 1982 yılında Nola J. Pender tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılında revize edilmiştir. Modelin amacı; yaşam biçimine ilişkin sağlığı geliştirme davranışlarının bileşenlerini açıklamak, sağlıklı yaşam biçimine ilişkin davranışların temel belirleyicilerini anlamalarında hemşirelere yardımcı olmak ve bireyin sağlık davranışına ilişkin algılarını etkileyebilecek diğer faktörleri

değerlendirmektir. Model üzerinde 27 yıllık bir süre boyunca çalışmalar yapılmıştır. (Pender, 2011: 2; Bahar ve Açıl, 2014: 59).

Pender, bu modeli geliştirirken sağlığın geliştirilmesi kavramını “*refahı artırma ve insan sağlığı potansiyelini gerçekleştirme arzusuyla motive edilen davranış*” olarak tanımlamıştır. Modeldeki temel kavram motivasyondur. Motivasyonun, bireyleri sağlığı geliştirici davranışlar sergilemeye sevk ettiği düşünülmektedir (Maville ve Huerta, 2013: 29).

Model, iki teori üzerine şekillenmiştir (Pender, 2011: 2):

1. Beklenti Değer Teorisi: Bireyler, sonuçlarına önem verdikleri amaçları gerçekleştirmek için daha istekli davranmaktadırlar.
2. Sosyal Bilişsel Teori: Düşünceler, davranışlar ve çevre etkileşim halindedir. İnsanların nasıl davrandıklarını değiştirmeleri için düşünme şekillerini değiştirmeleri gerekir.

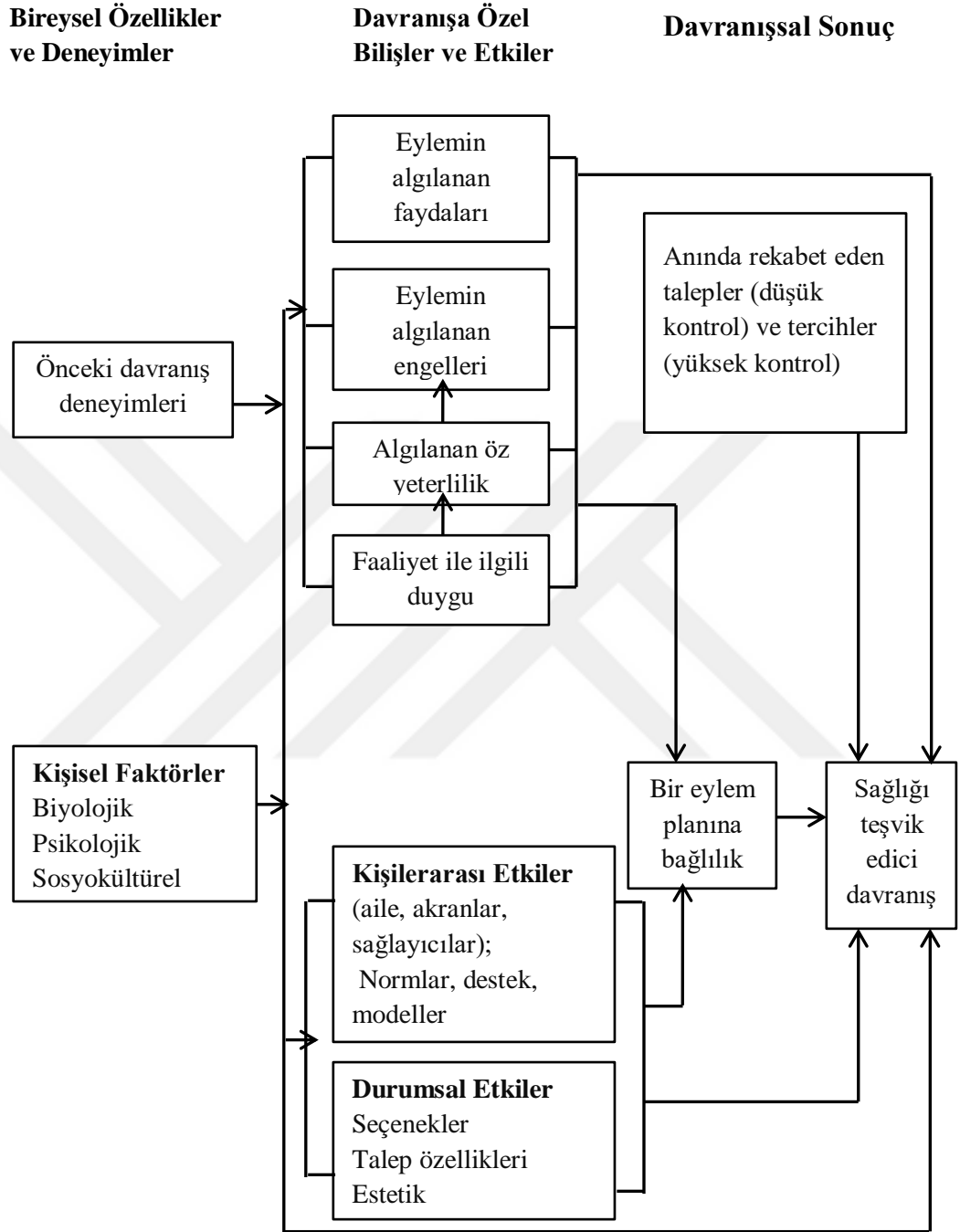
Model, sağlık davranışını etkileyen temel faktörleri tanımlamaktadır. Modelin kullanılması, sağlık profesyonelinin ve bireyin işbirliği içerisinde çalışmasına ve sağlık profesyonelinin bireye sağlıklı bir yaşam biçimi elde etmesi için davranışlarını değiştirmesine yardımcı olmasını sağlamaktadır. Modelin temel kavramlarını birey, çevre, bakım, sağlık ve hastalık oluşturmaktadır (Pender, 2011: 2-3).

Sağlığı Geliştirme Modeli, üç bileşenden oluşmaktadır. Bunlar (Pender, 2011:4):

1. Bireysel özellikler ve deneyimler
2. Davranışa özel biliş ve etkiler
3. Davranışsal sonuçlar.

Yani, sağlığı teşvik eden davranışları belirleyerek bireylerin iyilik halinin yükseltilmesi amacı ile kullanılan Sağlığı Geliştirme Modeli, davranışa özel biliş ve etkilerin bu davranışsal sonuçları nasıl etkilediğinin yanında bireysel özellikler ve deneyimleri de açıklamaya çalışmaktadır (Adams vd., 2017: 46).

Şekil 10. Sağlığı Geliştirme Modeli



Kaynak: Srof ve Velsor-Friedrich, 2006: 368

Bireysel Özellikler ve Deneyimler: Pender'e göre, davranışsal sonuçlara etki eden iki çeşit bireysel özellik ve deneyim bulunmaktadır. Bunlardan ilki, bireyin sahip olduğu önceki ilgili davranışlarıdır. Önceki ilgili davranışın, sağlığı geliştiren

davranışları sergileme olasılığı üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkileri olduğu ifade edilmektedir. Geçmişteki bu ilgili davranışın mevcut sağlığı geliştirici davranış üzerindeki doğrudan etkisi, alışkanlık durumundan kaynaklanabilmekte ve bu da kişiyi davranışı otomatik olarak gerçekleştirmeye yatkın hale getirebilmektedir. İkincisi ise, biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerden oluşan yaş, ırk, etnik köken gibi kişisel özelliklerdir. Bu bireysel özellikler ve deneyimler, davranışsal sonuçları şekillendirmek için kişilerarası etkiler ve durumsal etkilerle etkileşime girmektedir (Pender vd., 2014: 36; Pender, 2011: 4; Adams vd., 2017: 46).

Davranışa Özel Biliş ve Etkiler: Davranışsal sonuçlar üzerinde önemli etkiye sahip olan dört davranışa özel değişken bulunmaktadır. Bu dört değişken, eyleme geçmek için algılanan faydalar, algılanan engeller, algılanan öz yeterlik ve faaliyet ile ilgili duygudur. Algılanan faydalar, bir davranışı üstlenmenin olumlu ve pekiştirici sonuçlarının algılanmasını ifade etmektedir. Algılanan engeller, bireyin yeni bir davranışa başlama sürecinde karşılaşılabileceği engelleri ifade etmektedir. Algılanan öz yeterlik, bireyin bir sağlık davranışını başarılı şekilde yapabileceğine ilişkin inancıdır. Faaliyet ile ilgili duygular ise bir sağlık davranışından önce, sonra ya da davranış sırasında ortaya çıkan öznel duygulardır (Pender, 2011: 4; Adams vd., 2017: 46). Bu öznel duygular, bireyin davranışı tekrar edip etmeyeceğini veya davranışı uzun vadede devam ettirip ettirmeyeceğini etkileyecektir (Pender vd., 2014: 37). Bu değişkenler, kişilerarası etkiler ve durumsal etkiler ile birlikte, bir bireyin eylem planına olan bağlılığının bileşenleridir (Adams vd., 2017: 46).

Kişilerarası etkiler, başkalarının davranışlarını, inançlarını veya tutumlarını içeren bilişlerdir. Bir diğer deyişle, belli bir sağlık davranışına dahil olma ile ilgili aile, akranlar, sağlık hizmeti sağlayıcıları gibi kişilerin davranışları, inançları ve tutumlarına ilişkin algılardır. Kişilerarası etkiler arasında sosyal normlar (önemli başkalarının beklentileri), sosyal destek (araşsal ve duygusal teşvik) ve modelleme (başkalarını gözlemleyerek dolaylı öğrenme) bulunmaktadır. Bu üç kişilerarası etki, bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarda bulunma eğilimini belirlemektedir. Durumsal etkiler ise bireyin etkileşim içerisinde bulunduğu çevrenin belli bir sağlık davranışı ile uyumluluğunun algılanmasıdır. Yani, sağlığı geliştirici davranış

üzerindeki durumsal etkiler, mevcut seçeneklerin algılanmasını, talep özelliklerini ve belirli bir davranışın gerçekleşmesinin önerildiği çevrenin özelliklerini içermektedir (Pender vd., 2014: 38; Pender, 2011: 4).

Davranışsal Sonuçlar: Davranışa karar verme aşaması, bireyin sağlık davranışını uyguladığı, harekete geçtiği aşamadır. Birey, davranışı ile ilgili uygulayacağı stratejileri kendi yaşam biçimine göre belirlemektedir. Sonuçta ortaya çıkan sağlıklı geliştirme davranışı, bir bireyin üzerinde düşük kontrole sahip olduğu hemen rekabet eden taleplere ve bir bireyin üzerinde yüksek kontrole sahip olduğu tercihlere bağlı olmaktadır (Pender, 2011: 4; Adams vd., 2017: 46).

2.3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık hizmetlerindeki tarihsel sürece bakıldığında, insanların önce hastalıkları tedavi etmek için uğraştıkları daha sonra ise bu hastalıklardan korunma yöntemlerini aradıkları görülmektedir. Bu uğraşlar, insanların mümkün olduğu kadar sağlıklı bir yaşam geçirmeleri amacına yöneliktir. Bu amaç için de birçok uygulama ortaya koyulmuştur. Günümüzde bu uygulamalar “Sağlıklı Yaşam Biçimi” olarak ifade edilmektedir (Aksungur vd., 2011: 3).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireylerin hastalıklardan korunarak sağlıklı bir yaşam sürmek amacı ile seçtiği ve uyguladığı davranışların tümüdür (Güneş ve Şahin, 2019: 298). Bu davranışlar, bireylerin sağlık hallerinin ve yaşam biçimlerinin bütünleyicisidir. Bireyler sağlıklı olabilmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeli ve uygulamalıdır (Yılmaz vd., 2013: 262).

DSÖ, 2000 yılında “Herkes İçin Sağlık” sloganı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemini vurgulamıştır. Hedef, sağlıklı insan sayısının her geçen gün artırılmasıdır. Bu hedefe ulaşmak için de kalitenin yükseltilmesi ve kötü sağlık şartlarının iyileştirilerek sağlıklı yaşam biçiminin sağlanması gerekmektedir (Cihangiroğlu ve Devci, 2011: 78).

Yine DSÖ, yaşam biçiminin gelişmiş ülkelerde %70-80, az gelişmiş ülkelerde ise %40-50 oranında ölüme neden olduğunu ifade etmektedir (Ayaz vd., 2005: 27). Sigara, alkol, stres gibi yaşam biçimi öğelerinin özellikle kronik hastalıklar olmak

üzere bireyin sağlığını etkilediği ve ölüme neden olduğu bilinmektedir (Özcan ve Bozhüyük, 2016: 665). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanması, kronik hastalıklardan korunma, kronik hastalık olması durumunda ise yaşam kalitesini yükseltme ve sağlıklı yaşlanma durumlarında önem taşımaktadır. Yine bireylerin bu sağlıklı yaşam davranışlarına sahip olması, kronik hastalığın teşhisi ve tedavisi için önemli olduğu kadar tedavi maliyetlerinin düşmesi açısından da önemlidir. Bu sebeple tüm bireyler, sağlıklarını korumak ve geliştirmek amacıyla pozitif sağlık davranışı edinerek kendi sağlıklı yaşam biçimlerini oluşturmalı ve yaşam boyu uygulamalıdır (Aksoy ve Uçar, 2014: 54).

Pender, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olarak ifade etmektedir (Bahar vd., 2008: 2).

2.3.3.1. Manevi Gelişim

Makhija, maneviyatı değerleri ve amaçları kapsayan geniş bir kavram şeklinde ifade etmekte ve yaşamın anlamını ve amacını araştırmaya yönelik bir insan ihtiyacı olarak tanımlamaktadır (Makhija, 2002: 129).

Manevi gelişim, ruhsal değişime, dönüşüme, büyümeye veya olgunlaşmaya odaklanır. Bireyin, kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güç olarak ifade edilir (Benson vd., 2003 :210; Boztilki ve Ardıç, 2017: 40).

Maneviyat ile sağlık arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalara göre, manevi yönü gelişmiş bireylerin daha sağlıklı olduğu ortaya koyulmaktadır. Manevi inançlar, bu bireylerin sağlıklı beslenme, sağlıklı yaşama, alkol ve sigara gibi kötü alışkanlıklardan uzak durma gibi davranışlar göstermesinde etkili olmaktadır (Boztilki ve Ardıç, 2017: 41).

2.3.3.2. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireylerin iyilik hallerinin korunması amacıyla kendi üstlerine düşen rolleri yerine getirmeleri anlamına gelmektedir. Bu kavram, sağlık bakımının kalitesine etki etmekte ve bireylerin sağlıklarına ne seviyede katıldıklarını

ortaya koymaktadır. Bu kapsamda sağlık sorumluluğu, bireylerin kendi sorumluluklarını bilerek fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, sigara-alkol kullanmamak gibi sağlıklı yaşam davranışlarını gerçekleştirmesine, sağlığını izlemesine ve iyiliğini hissetmesine, sağlık ile ilgili yayınları takip etmesine, sağlık ile ilgili konularda kendini yenilemesine ve sağlık profesyonellerinin önerilerini uygulayarak sağlık kontrollerini zamanında yaptırmasına katkıda bulunacaktır (Avcı, 2016: 259; Bozhüyük vd., 2012: 19).

2.3.3.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, iskelet kasları kullanılarak üretilen ve enerji harcanmasına neden olan mesleki, boş zaman ve/veya günlük rutin aktiviteleri içeren herhangi bir vücut hareketi olarak tanımlanabilmektedir. Sağlıklı, enerjik ve üretken bir yaşam sürdürmek için düzenli fiziksel aktivite gereklidir (Pender vd., 2014: 121).

Düzenli fiziksel aktivite, fizyolojik stabiliteye ve üst düzey işleyişe katkıda bulunmakta ve bireylerde fiziksel performans potansiyelini geliştirmeye yardımcı olmaktadır. Bilimsel kanıtlar fiziksel aktivitenin erken ölüm riskini azaltma, kronik sağlık sorunlarını yönetme, fazla kilo ve obezite riskini azaltma, kemik, eklem ve kas sağlığının korunması gibi birçok faydasını ortaya koymaktadır. Aynı zamanda, kolon ve meme kanseri riskini azalttığı, depresyon ve anksiyete ile başa çıkmada önemli rol oynadığı ve bireyin psikososyal gelişimini de pozitif olarak etkilediği ifade edilmektedir (Pender vd., 2014: 122).

Bireysel ve toplumsal sağlığın, hem maliyeti düşük olan hem de yüksek verim sağlayan fiziksel aktivite ile korunması giderek maliyeti artan sağlık harcamalarının da azaltılması açısından önemli olmaktadır. Dolayısıyla, karşılaşılabilecek olan sağlık risklerinin azaltılması ve sağlığın korunması için çocukluktan itibaren fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırılması ve hareketin günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline getirilmesi önem arz etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008: 8-16).

2.3.3.4. Beslenme

Yaşamın devam ettirilmesi, büyüme, gelişme, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için besinlerin tüketilerek vücutta kullanılması “beslenme” olarak ifade edilmektedir. Vücudun büyümesi, gelişmesi ve fonksiyonlarını yerine getirmesi için ihtiyaç duyulan enerjinin ve çeşitli besinlerden bütün besin öğelerinin yeterli düzeyde alınması ve kullanılması ise “yeterli ve dengeli beslenme” bir diğer ifade ile “sağlıklı beslenme” olarak ifade edilmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015: 30; Hacettepe Üniversitesi, 2015: 11).

Sağlığın temel belirleyicilerinden biri de, sağlıklı beslenmedir. Dünya üzerinde ölümlerin yaklaşık %63’ü ve hastalık yükünün yaklaşık yarısı koroner arter hastalığı, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser, obezite gibi kronik hastalıklar nedeniyle meydana gelmektedir. Bu kronik hastalıkların artışından sorumlu olan iki ana risk faktörü, sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite eksikliğidir. Bu nedenle, sağlıklı beslenme ile bu hastalıkların büyük bir yüzdesi önlenebilir (Pender vd., 2014: 151-152).

Toplumun sağlıklı bir yaşam geçirmesi ve ekonomik olarak gelişmesi o toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı olması ile mümkündür. Sağlığın temeli de yeterli ve dengeli beslenme yani sağlıklı beslenmedir. Sağlıksız beslenen bireylerde bağışıklık sistemi zayıflamakta ve dolayısıyla bu bireyler kolay hasta olmaktadır. Aynı zamanda bir besin öğesinin eksik ve yetersiz alınması, vücudun çalışmasını aksatmakta ve yine hastalıklar meydana gelmektedir. Bu nedenle, hastalıklardan korunmak ve istenilen yaşam kalitesine ulaşmak için sağlıklı beslenmenin bir yaşam biçimi haline getirilmesi gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015: 26; Hacettepe Üniversitesi, 2015: 13).

2.3.3.5. Kişilerarası İlişkiler

Sosyal bir varlık olan insan, yaşamını başkaları ile ilişki ve iletişim kurarak şekillendirmekte ve sürdürmektedir. Kişilerarası ilişkiler, bireylerin karşılıklı şekilde birbirlerinden etkilendikleri bir süreçtir. Bu ilişkiler, bireyin kendini tanıması, kabul etmesi, kendisinin güçlü ve zayıf yönlerini belirlemesi ve yaşamının zenginleşmesi

noktasında yararlı olmaktadır (Bozhüyük vd., 2012: 19; Aydın ve Hiçdurmaz, 2016: 45).

Kişilerarası destek, bireyin olaylar ile başa çıkma yeteneğine fayda sağlamayı amaçlayan ve psikolojik ve maddi kaynaklar sağlayan kişilerarası ilişkiler ağı olarak tanımlanmaktadır (Pender vd., 2014: 200). Yapılan çalışmalar kişilerarası desteğin, düşük morbidite ve mortalite oranları ile bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum bize kişilerarası ilişkilerin ve desteğin bireyin sağlığı ve refahı üzerinde önemli rol oynadığını göstermektedir (Pender vd., 2014: 207).

2.3.3.6. Stres Yönetimi

“Zorlanma, gerilme, baskı” anlamları da taşıyan stres, beynin herhangi bir talebe verdiği tepkidir ve insan hayatı için kaçınılmazdır. Tüm yaşam olayları strese neden olabilir. Genel anlamda halk arasında kötü olarak algılanan stres, her zaman kötü değildir. İnsana ihtiyaç duyduğu güç ve zindeliği verdiği durumlarda iyi, başarılı yönlendirilemediği ve bireylere zarar vererek hastalıklara sebep olduğu durumlarda ise kötüdür (Balcıoğlu, 2005: 9-14; Pender vd., 2014: 178).

Stres, genel anlamda, fiziksel tehditlerden çok psikolojik tehditlerden kaynaklanmaktadır. Gereksiz ve aşırı stres, bireylerde bağışıklığın azalmasına, sindirim, boşaltım ve üreme sistemlerinin normal işleyişinin bozulmasına, baş ağrısı, sinirlilik, uykusuzluk ve depresyon gibi durumların yaşanmasına neden olabilir. Zamanla kronik hale gelen stres, kalp hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, obezite ve diğer hastalıkları içeren ciddi sağlık sorunlarına da yol açabilmektedir (Pender vd., 2014: 179).

Stres yönetiminin ilk adımları, mevcut stres düzeyi ile stres kaynaklarını değerlendirmek ve ardından uygun müdahaleleri belirlemektir. Müdahaleler, stresi tetikleyen durumların sıklığını en aza indirmeyi ve strese karşı direnci arttırmayı amaçlamalıdır (Pender vd., 2014: 187).

Baş çıkma stratejileri, strese karşı öğrenilmiş ve amaçlı bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler yoluyla ya çevreye uyum sağlayarak ya da onu değiştirerek bireylerin stresi yönetmelerine yardımcı olur. Başka bir deyişle, başa çıkma, stres

durumlarını yönetmek için mevcut kaynakları kullanan bir davranıştır (Pender vd., 2014: 180). Strese verilen cevap kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Stresle başa çıkma yöntemleri olarak; gevşeme yöntemleri, vücut egzersizleri, gerilime neden olan durumlardan kaçınma, sosyal aktivitelere katılma, zihinsel düzenleme, inanç ve davranış değişikliği sayılabilmektedir. Braham tarafından geliştirilen DKBY (D: değiştir, K: kabul et, B: boş ver, Y: yaşam tarzını yönet) modeli, bireysel olarak stresle başa çıkma yöntemlerinden biridir.

Değiştir: İmkan olması halinde içinde bulunulan olumsuz durumu değiştirmek olarak ifade edilmektedir. Bu sayede stres ortadan kaldırılabilir.

Kabul et: Değiştirilme imkanı olmayan durumların kabul edilmesi anlamına gelmektedir.

Boş ver: Olaylara zihinsel ve duygusal anlamda farklı bir yorum getirmek anlamına gelmektedir.

Yaşam tarzını yönet: İleride stres oluşturabilecek faktörlerin, fiziksel aktivite, diyet, duygusal destek ve rahatlama gibi bazı yöntemler ile ortadan kaldırılması anlamına gelmektedir (Bozhüyük vd., 2012: 16).

2.4. KRONİK HASTALIKLAR

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kronik hastalıkları, “uzun sürme eğiliminde olan ve genetik, fizyolojik, davranışsal ve çevresel faktörlerin birleşiminin bir sonucu olan hastalıklar” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2021).

Nüfusun yaşlanması, hızlı kentleşme nedeniyle ortaya çıkan stres etkenleri, gelişen teknoloji ile birlikte hareketsiz yaşam, sağlıklı beslenme gibi yaşam şeklindeki olumsuzluklar kronik hastalıkların insidans ve prevalansında artış meydana getirmektedir (Akpınar ve Ceran, 2019: 140).

Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik solunum sistemi hastalıkları insan sağlığını etkileyen önemli sorunları meydana getiren kronik hastalıkların başında gelmektedir. Bu hastalıkların her yıl 41 milyon ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir. 2017 yılında DSÖ tarafından yayımlanan raporda Türkiye’de kronik hastalık sebebiyle 392.000 ölüm olduğu ve bu hastalıkların tüm ölümlerin %88’inden sorumlu olduğu ifade edilmiştir. DSÖ, önümüzdeki 10 yıl içerisinde kronik hastalıklara bağlı bu ölümlerin %17 oranında artış göstereceğini ifade etmektedir (WHO, 2021; WHO, 2017: 193; Keçik, 2021: 2).

Kronik hastalıklara bağlı olan ölümlerin başlıca sebebi olan kardiyovasküler hastalıklara bağlı olarak yılda 17,9 milyon ölüm meydana gelmektedir. Bu rakam kronik hastalık sebebiyle ölümlerin %44’ünü ve tüm küresel ölümlerin ise %31’ini oluşturmaktadır. İkinci sırada yer alan kanserler yılda 9,3 milyon ölüme neden olmaktadır. Bu rakam kronik hastalık sebebiyle ölümlerin %22’sini ve tüm küresel ölümlerin ise %16’sını oluşturmaktadır. Üçüncü sırada yer alan kronik solunum yolu hastalıkları yılda 4,1 milyon ölüme neden olmakta ve bu rakam kronik hastalık sebebiyle ölümlerin %9’unu ve tüm küresel ölümlerin ise %7’sini oluşturmaktadır. Son olarak dördüncü sırada yer alan diyabet yılda 1,5 milyon ölüme neden olmaktadır. Bu rakam kronik hastalık sebebiyle ölümlerin %4’ünü ve tüm küresel ölümlerin %3’ünü oluşturmaktadır. Bu dört hastalık grubu tüm erken kronik hastalık ölümlerinin %80’inden fazlasını oluşturmaktadır (WHO, 2021; WHO, 2018: 10).

Ülkemizde de yaşam süresinin uzaması ve artan yaşlı nüfus ile birlikte kronik hastalıklardan korunma, teşhis, tedavi ve bakım süreçlerinin iyi yönetilememesinin sakatlık ve ölüm açısından önemli sorunlara sebep olacağı ifade edilmiştir. Bu nedenle bu sorunlar hem sağlık sistemini tehdit etmekte hem de ekonomik, insani, sosyal sorunlara sebep olmakta ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi açısından risk oluşturmaktadır (Aydemir ve Çetin, 2019: 110).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılı ölüm nedeni istatistiklerine göre ölümlerin %36,8'ini oluşturan dolaşım sistemi hastalıkları birinci sırada, %18,4 ile tümörler ikinci sırada ve %12,9 ile solunum sistemi hastalıkları üçüncü sırada yer almaktadır. Dolaşım sistemi hastalıklarının sebep olduğu ölümlerin alt ölüm nedenlerine bakıldığında ölümlerin sırasıyla iskemik kalp hastalığı, serebro-vasküler hastalık ve diğer kalp hastalıkları kaynaklı olduğu görülmektedir (TÜİK, 2022).

Kronik hastalıkların insan sağlığı ve yaşam kalitesine etkisinin yanında ekonomik boyutu da bulunmaktadır. Yüksek ölüm oranları ve artan sağlık harcamaları sağlık hizmeti sunumunda üretim kaybı meydana getirmekte ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Ulusal sağlık bütçeleri de gün geçtikte artan bir oranda kronik hastalıklara ayrılmaktadır. Türkiye'de kronik hastalıkların engellenmesi ve erken teşhis ve tedavi edilmesinin ülke ekonomisine %10 oranında katkı sağlayabileceği ifade edilmektedir (Akpınar ve Ceran, 2019: 141).

Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalığı ve diyabet olmak üzere dört ana kronik hastalık sigara kullanımı, alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve sağlıksız beslenme olmak üzere önde gelen dört davranışsal risk faktörü ile bağlantılıdır. Bu nedenle kronik hastalıkları azaltmanın önemli bir yolu bu davranışsal risk faktörlerini azaltmaya odaklanmaktır (WHO, 2018: 14; WHO, 2021). Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesi kronik hastalıklar açısından önem arz etmektedir. Bu davranışların kazanılıp geliştirilmesi için ise en önemli stratejilerden biri, bireyler arasında sağlık okuryazarlığının teşvik edilmesidir (Gaffari-fam vd., 2020: 500).

2.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞI ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALAR GENEL BİR BAKIŞ

Uluslararası literatürdeki sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin çalışmalar hakkında genel bir bilgi sunmak amacı ile “Web of Science Core Collection” veri tabanından ve “Google Akademik” arama motorundan yararlanılmıştır.

Web of Science Core Collection veri tabanında “health literacy” “healthy lifestyle” kelimeleri “Title” olarak aratılmış ve 9 çalışmaya ulaşılmıştır. Çalışmalar ait olduğu ülkelere göre incelendiğinde en çok yayına sahip olan ülke Türkiye (4) olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunu Japonya (3), İran (1) ve Kanada (1) izlemektedir. Çalışmalara ve sonuçlarına ilişkin bilgiler Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Web of Science Veri Tabanındaki Yurtdışı Çalışmalar

Yazar	Yıl	Çalışma Başlığı	Örneklem	Çalışma Sonucu
Eyimaya vd.	2021	Determining the Healthy Lifestyle Behaviors and e-Health Literacy Levels in Adolescents	Bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesinde 1.sınıfta okuyan 390 öğrenci	Ergenlerin e-SOY ölçeği puan ortalaması 27,51 ve SYBD-II ölçeği puan ortalaması 129,01 olarak tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda ergenlerde e-sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
Turan vd.	2021	The Effect of Undergraduate Nursing Students' e-Health Literacy on Healthy Lifestyle Behaviour	Hemşirelik bölümünde okuyan 205 üniversite öğrencisi	Öğrencilerin e-SOY ile genel sağlığı geliştirici yaşam tarzları arasında pozitif ilişkiler olduğu tespit edilmiştir.
Gaffari-fam vd.	2020	Adherence to a Health Literacy and Healthy Lifestyle with Improved Blood Pressure Control in Iran	Tebriz'de 30 yaş ve üzeri olan 210 hipertansiyon hastası	Araştırma sonucunda SOY ile SYBD arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Yokokawa vd.	2016	Association Between Health Literacy and Metabolic Syndrome or Healthy Lifestyle Characteristics Among Community-Dwelling Japanese People	Japonya'da bulunan iki hastanede sağlık kontrolüne katılan 1817 birey	Araştırma sonucunda SOY ile SYBD arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda kadın ve erkeklerin sağlığı geliştirici davranışlarda bulunma ve sağlıklı ilgili bilgilere dayalı kararlar alma olasılıklarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2. 'Devam' Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Web of Science Veri Tabanındaki Yurtdışı Çalışmalar

Kudo vd.	2016	Analysis of Associations between Health Literacy and Healthy Lifestyle Characteristics among Japanese Outpatients with Lifestyle-related Disorders	Japonya'daki bir klinikte tedavi gören ve yaşam tarzı bozukluğuna sahip 461 hasta	Çalışma, yaşam biçimiyle ilgili bozuklukları olan ayakta tedavi gören erkek hastalar arasında SOY ile SYBD arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Kadınlar arasında ise herhangi bir ilişki bulunmamıştır.
Bektaş vd.	2021	Predicting the Healthy Lifestyle Behaviors of Turkish Adolescents Based on their Health Literacy and Self-Efficacy Levels	13-18 yaş aralığında bulunan 440 öğrenci	Çalışmada ergenlerin öz-yeterlik düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri sağlık davranışlarını anlamlı düzeyde açıklamıştır. Bu sonuç, günümüz gençliğinde olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi için ergenlerin öz-yeterlik ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması gerektiğini düşündürmektedir.
Ayaz- Alkaya vd.	2019	A Healthy Lifestyle Education Programme for Health Literacy and Health-Promoting Behaviours: A Pre-Implementation and Post-Implementation Study	Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 30 kadın	Eğitim ve danışmanlık müdahale ziyaretleri sağlık okuryazarlığını artırmış, ancak kadınların sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını ve sağlık algılarını önemli ölçüde değiştirmemiştir.
Hyman vd.	2020	Testing a School-Based Program to Promote Digital Health Literacy and Healthy Lifestyle Behaviours in Intermediate Elementary Students: The Learning for Life Program	Kanada'da bulunan 3 okulda okuyan 126 öğrenci	9-14 yaşındaki çocukların dijital sağlık okuryazarlığını ele almak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını teşvik etmek için yüksek kaliteli, kapsamlı ve uygun maliyetli müdahalelere güncel ve acil bir ihtiyaç olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu tür müdahalelerin kısa vadede çocukların sağlıkla ilgili beceri ve davranışlarını artırma potansiyeline sahip olduğu ifade edilmiştir.
Uemura vd.	2020	The Effectiveness of an Active Learning Program in Promoting a Healthy Lifestyle among Older Adults with Low Health Literacy: A Randomized Controlled Trial	Japonya'da düşük sağlık okuryazarlığına sahip 65 yaş ve üzeri 60 katılımcı	Aktif öğrenme programının, düşük SOY sahip yaşlı yetişkinler arasında iletişimsel sağlık okuryazarlığı, yaşam biçimi davranışları, kavrama gücü, yürüme hızı ve depresif semptomları iyileştirmede etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Google Akademik arama motorunda, makale başlığında bulunsun sekmesi işaretlenerek, “health literacy” “healthy lifestyle” kelimeleri aratılmış ve 23 çalışmaya ulaşılmıştır. Bunlardan 9 tanesi Web of Science Core Collection veri tabanında ulaşılan çalışmalardır. Konu ile ilgisi olan diğer çalışmalara ve sonuçlarına ilişkin bilgiler Tablo 3’de yer almaktadır.

Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Google Akademik Arama Motorundaki Yurtdışı Çalışmalar

Yazar	Yıl	Çalışma Başlığı	Örneklem	Çalışma Sonucu
Yokokawa vd.	2015	Age- and Sex-Specific Impact of Health Literacy on Healthy Lifestyle Characteristics among Japanese Residents in a Rural Community	Sağlık kontrolü programına katılan 1348 Japon katılımcı	SOY ile sağlıklı yaşam biçimi özellikleri arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır.
Froze ve Arif	2019	Determinants Of Health Literacy And Healthy Lifestyle Against Metabolic Syndrome Among Major Ethnic Groups Of Sarawak, Malaysia: A Multi-Group Path Analysis	1006 katılımcı	Kadın katılımcıların ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanların sağlıklı yaşam biçimi uygulamalarına sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Daha yüksek SOY seviyesi, hem hastalık bilgisi hem de sağlıklı yaşam biçimi uygulaması ile ilişkili olarak saptanmıştır.
Fleary vd.	2013	A Parent-Focused Pilot Intervention to Increase Parent Health Literacy and Healthy Lifestyle Choices for Young Children and Families	21 çocuğun ebeveyni	Küçük çocukların ebeveynlerinin SOY ve sağlıklı yaşam biçimi seçimlerini hedef alan deneysel bir müdahale tasarlanmıştır. Hedeflenen davranışlarda iyileştirmelerin gerçekleştiği tespit edilmiştir. Aynı zamanda düşük gelirli bireylerin düşük SOY sahip olduğu ve SOY düşük olmasının sağlıklı yaşam biçimi seçimlerini olumsuz etkileyebileceği tespit edilmiştir.
Norozi vd.	2017	Mediation Effect of Healthy Lifestyle in the Relationship Between Health Literacy and Rural Women's Health-Related Quality of Life in West Islam Abad Township	15 ile 64 yaş arasındaki 250 kadın katılımcı	Sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili yaşam kalitesine olan olumlu etkisine sağlıklı yaşam biçiminin aracılık ettiği tespit edilmiştir.
Coşkun ve Bebiş	2019	Effects of Health Promotion Courses on Development of Healthy Lifestyle Behaviours and E-Health Literacy in Nursing	Bir üniversitenin hemşirelik bölümünde Sağlık Geliştirme dersi alan 133 öğrenci	Katılımcıların e-SOY puanları ile SYBD puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Aynı zamanda, Sağlık Geliştirme dersinin hemşirelik öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişimine ve e-SOY artmasına katkı sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.
Yalman ve Yaşar	2021	Relationships Between Health Literacy, Healthy Life Style And Rational Drug Use	Düzce ilinde faaliyet gösteren iki aile sağlığı merkezinden sağlık hizmeti alan 384 hasta ve hasta yakını	Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi ve akılcı ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.
Samruayruen vd.	2019	The Relationship Between Health Literacy and Healthy Lifestyle Behavior Among the Elderly in Ban Chom Thong, Mueang, Phitsanulok	207 yaşlı birey	Katılımcıların SOY ve SYBD düzeylerinin orta olduğu ve SOY ile SYBD arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. 'Devam' Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Google Akademik Arama Motorundaki Yurtdışı Çalışmalar

Yokokawa vd.	2019	Examining Health Literacy and Healthy Lifestyle Characteristics as Associated With Glycemic Control Among Community-Dwelling Japanese People	670 Japon hasta	Çalışma sonucu, sağlık okuryazarlığı ve yeterli egzersiz sıklığının kontrolsüz diyabet ile ters orantılı olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuç, klinik ortamlarda daha iyi glisemik kontrol için SOY dahil kapsamlı değerlendirmelerin önemini ve fiziksel aktiviteyi içeren yaşam biçimi değişikliğinin gerekliliğini vurgulamaktadır.
Gül vd.	2019	The Relationship Between Healthy Life Style Behaviors and Health Literacy: A Study On University Students	Kastamonu ilinde bir meslek yüksekokulunda okuyan 149 öğrenci	SOY ile SYBD arasında pozitif bir ilişki olduğu ve sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu gelişmeler yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır.
Kolnik vd.	2017	Health Literacy and Health Related Lifestyle Among Nursing Students	337 hemşirelik öğrencisi	SOY ile sağlık davranışları ile ilgili değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
Chu-Ko vd.	2021	Exploring the Factors Related to Adolescent Health Literacy, Health-Promoting Lifestyle Profile, and Health Status	Tayvan'da okuyan 918 üniversite 1.sınıf öğrencisi	Öğrencilerin %30,17'sinin yetersiz ya da sorunlu SOY düzeyine sahip olduğu ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin sağlıklı bir yaşam profili için ve sağlığı iyileştirmek için önemli olduğu saptanmıştır.
Burdbar vd.	2020	Investigating the Relationship Between Health Literacy and Health-Promoting Lifestyle in Youth	364 öğrenci	Gençler arasında SOY ile sağlığı geliştirici yaşam biçimi arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimini teşvik edeceği ve bu sayede hastalıklardan korunmayı artırabileceği ifade edilmiştir.

Ulusal alanyazındaki sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin çalışmalar hakkında genel bir bilgi sunmak amacı ile YÖK Tez veri tabanı ve “Google Akademik” arama motorundan yararlanılmıştır. YÖK Tez veri tabanında konu ile ilgili gerçekleştirilen 12 tez çalışmasına rastlanmıştır. Ulaşılan tez çalışmaları ile ilgili bilgiler Tablo 4’de yer almaktadır.

Google Akademik arama motorunda, makale başlığında bulunsun sekmesi işaretlenerek, “sağlık okuryazarlığı” “sağlıklı yaşam biçimi” kelimeleri aratılmış ve 5 çalışmaya ulaşılmıştır. Bunlardan 2 tanesi YÖK Tez veri tabanında ulaşılan tez çalışmalarıdır. Yine Google Akademik ara motorunda “sağlık okuryazarlık” “sağlıklı yaşam” kelimeleri aratılmış ve konu ile ilgili 6 çalışmaya daha rastlanmıştır. Çalışmalar ve sonuçlarına ilişkin bilgiler Tablo 5’de yer almaktadır.

Tablo 4. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Yapılan Yurtiçi Tez Çalışmaları

Yazar	Yıl	Tezin Türü	Tez Başlığı	Örneklem	Çalışma Sonucu
Mustafa TATAR	2020	Tıpta Uzmanlık Tezi	Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	Kırıkkale ilinde bir tıp fakültesinde öğrenim gören 746 öğrenci	Öğrencilerin %10,2'sinde yetersiz, %30'unda sorunlu-sınırlı, %33'ünde yeterli ve %26,8'inde ise mükemmel SOY düzeyi saptanmıştır. SYBD ölçeği puan ortalaması 123,46 olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin, SOY düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçim davranışları gösterme eğilimlerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.
Servet ALP	2021	Yüksek Lisans Tezi	Sağlık Okuryazarlığı, Öz Kontrol ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İİBF'de öğrenim gören 1023 lisans öğrencisi	Araştırmada, sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve sağlık okuryazarlığı ile öz kontrolün sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı etkisi olduğu belirlenmiştir.
Merve KARA GÖZO ĞLU	2021	Yüksek Lisans Tezi	Adolesanlarda Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi	İstanbul Anadolu Yakasında dört lisedeki 649 öğrenci	Araştırma sonucunda adolesanların sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık davranışlarının olumlu yönde arttığı belirlendi.
Ahmet ARIKAN	2020	Yüksek Lisans Tezi	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma	452 üniversite öğrencisi	Öğrencilerin genel SOY puanı "Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı" düzeyinde bulunmuştur. SOY ile SYBD arasında pozitif bir ilişki olduğu ve sağlık okuryazarlığının artmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.
Nuran YULU	2020	Yüksek Lisans Tezi	Ergenlerin Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlık Algısı, Tutumu Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	Ankara'da okuyan 770 lise öğrencisi	Araştırmada ergenlerin SOY düzeyi ile sağlık algısı, SYBD ve sağlık tutumu arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Ergenlerin SOY düzeyleri arttıkça sağlık tutumu, sağlık algısı ve SYBD da arttığı tespit edilmiştir.
Hazan SOYKAN	2020	Yüksek Lisans Tezi	Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla İlişkisi	293 Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencisi	SOY ile SYBD arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öğrencilerdeki artan sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu bir etkisi bulunmaktadır.

Tablo 4. 'Devam' Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Yapılan Yurtiçi Tez Çalışmaları

Ferihan DAYANI KLI	2019	Yüksek Lisans Tezi	Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı ve Dijital Okuryazarlık Arasındaki İlişki	270 Hemşirelik öğrencisi	Dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığının SYBD üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Ayşe SEZER	2012	Yüksek Lisans Tezi	Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi	Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-65 yaş arası 381 birey	Bireylerin SOY ortalama puanları 23 puan üzerinden 13,10 puan olarak ve SYBD puan ortalamaları 208 puan üzerinden 130,83 olarak tespit edilmiştir. SOY İle SYBD arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Kamil KOÇAK	2019	Yüksek Lisans Tezi	Adölesanlarda Sağlık Okuryazarlığının Riskli Sağlık Davranışları Üzerindeki Etkisi	382 Lise öğrencisi	Adölesanların SOY puanı arttıkça riskli sağlık davranışlarını gösterme durumlarının azaldığı tespit edilmiştir.
Abdullah Alper ERTEM	2019	Doktora Tezi	Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Davranışlarıyla İlişkisi (Sağlık Teknikerliği Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma)	Ankara ilinde öğrenim gören 420 sağlık teknikerliği öğrencisi	Sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlık davranışları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş ve bireylerin sağlık davranışlarının sağlık okuryazarlığı puanları ve sağlık okuryazarlığı düzeyinde belirleyici olduğu saptanmıştır
Naciye YÜCE	2021	Yüksek Lisans Tezi	Kalp Yetmezliği Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Davranışları ve Öz Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin kardiyoloji kliniklerinde yatan 120 kalp yetmezliği hastası	Kalp yetmezliği hastalarının SOY toplam puanı arttıkça, sağlık davranışları ve öz bakım davranışlarının arttığı tespit edilmiştir.
Seyyide ÖZDEN	2021	Yüksek Lisans Tezi	Çorum İl Merkezinde Lise Son Sınıf Öğrencilerinde E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Seçilmiş Sağlık Davranışları	Çorum il merkezinde öğrenim gören 1349 lise son sınıf öğrencisi	Katılımcıların e-sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bulunmuş ve seçilmiş sağlık davranışlarının e-sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Yapılan Yurtiçi Makale Çalışmaları

Yazar	Yıl	Çalışma Başlığı	Örneklem	Çalışma Sonucu
Ergün vd.	2019	Ergenlerde e-Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Balıkesir Örneği	Balıkesir ilinde öğrenim gören 553 ortaöğretim öğrencisi	Ergenlerde e-SOY ve SYBD puan ortalamalarının orta seviyenin biraz üzerinde olduğu tespit edilmiştir. SYBD ile e-SOY arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve e-SOY yüksek olan ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip oldukları saptanmıştır.
Kazak vd.	2021	Sağlıkla İlgili Bölümlerde Okuyan Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi	Üç farklı devlet üniversitesinde sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören 1086 öğrenci	Sağlık okuryazarlığı yüksek olan öğrencilerin daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip oldukları tespit edilmiştir.
Tuğut vd.	2021	Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki	Sivas ilinde bir üniversitede Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören 670 öğrenci	Öğrencilerin aldıkları hemşirelik eğitimi ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin arttığı ve beraberinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da geliştiği sonucuna ulaşılmıştır.
Tekin	2019	Tıbbi Sekreterlerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Davranışları: Öğrenci Sekreterler Boyutunda Bir Değerlendirme	218 Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik önlisans programı öğrencisi	Öğrencilerin genel SOY puanı kategorik değerlendirmeye göre yetersiz düzeyde bulunmuştur. Sağlık durumları ve sağlıklı yaşam davranışları sağlık okuryazarlık düzeyleri açısından incelendiğinde yalnızca egzersiz alışkanlığı ve sağlık sigortası kapsamında olma değişkenleri için anlamlı bir farklılık göstermiştir.
Abiş ve Yılmaz	2020	Yetişkinlerde E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışları Üzerindeki Etkisi: Kesitsel Bir Çalışma (İstanbul)	601 katılımcı	Katılımcıların e- Sağlık Okuryazarlık düzeylerinin sağlık davranışı üzerindeki etkilerini belirlemek için yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
Yalman ve Baydaş	2021	Sağlık Hizmetlerinin Etkin Yönetilmesi Açısından Sağlık Okuryazarlık Düzeyi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi	Düzce'de ikamet eden 400 katılımcı	Katılımcıların SYBD ortalama puanı yüksek, SOY seviyesinin ise orta olduğu tespit edilmiştir. SOY ile SYBD arasında ilişki olduğu, ilişkinin pozitif ve doğrusal olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Akgün vd.	2021	Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri	241 hemşirelik öğrencisi	Hemşirelik öğrencilerinin SOY ve SYBD düzeylerinin istenen düzeyde olmadığı saptanmıştır. SOY ile SYBD arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. 'Devam' Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Yapılan Yurtiçi Makale Çalışmaları

Mansur ve Şimdi	2022	Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Arama Davranışı ve Sağlıklı Yaşam Tarzı Davranışlarına Etkisi	314 Sağlık Yönetimi bölümü öğrencisi	SOY, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve sağlık arama davranışını etkilemekte ve sağlık arama davranışı da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemektedir.
Sezer ve Amarat	2018	Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi İlişkisi Üzerine Bir Çalışma	Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde okuyan 294 öğrenci	Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimini etkilediği ancak etkinin düşük olduğu saptanmıştır. Yeterli SOY seviyesi olan bireylerin, sağlığını geliştirmeye yönelik davranış sergilemede daha aktif oldukları tespit edilmiştir.

BÖLÜM III

3.1. YÖNTEM

3.1.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma nicel araştırma teknikleri kullanılarak kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir. Var olan durumu betimlemek amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli, iki veya daha fazla değişken arasındaki etkileşimin varlığını ve derecesini belirlemeyi amaçlayan bir araştırma modelidir (Şimşek, 2012: 92).

3.1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H_{1a}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H_{1b}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri yaşa göre farklılık göstermektedir.

H_{1c}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H_{1d}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{1e}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ekonomik duruma göre farklılık göstermektedir.

H_{1f}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri kronik hastalık türüne göre farklılık göstermektedir.

H_{1g}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri sağlık durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{1h}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri sağlık eğitimi alma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{1i}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri sigara kullanım durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{1j}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri alkol kullanım durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{1j}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri fiziksel aktivite yapma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{1k}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri sağlıklı beslenme durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{2a}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H_{2b}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri yaşa göre farklılık göstermektedir.

H_{2c}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H_{2d}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{2e}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri ekonomik duruma göre farklılık göstermektedir.

H_{2f}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri kronik hastalık türüne göre farklılık göstermektedir.

H_{2g}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri sağlık durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{2h}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri sağlık eğitimi alma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{2i}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri sigara kullanım durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{2j}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri alkol kullanım durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{2k}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri fiziksel aktivite yapma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{2l}: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri sağlıklı beslenme durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₃: Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.1.3. Evren Örneklem

Evren, araştırma sorununa ilişkin incelenecek en geniş küme olarak ifade edilmektedir. Yani evren, araştırma konusuna göre farklılık göstermektedir. Örneklem ise, evreni temsil eden daha küçük küme olarak tanımlanmaktadır (Padem vd., 2012: 62-63).

Örnekleme, evren içinden örneklem alma işlemi olarak ifade edilmektedir. Örnekleme yöntemleri ise olasılıklı örnekleme ve olasısız örnekleme olmak üzere iki başlığa ayrılmaktadır (Kılıç, 2013: 44). Olasılıklı örneklemede evrendeki tüm bireylerin ya da öğelerin seçilebilme olasılığı vardır. Kendi içinde “basit rastgele örnekleme, sistematik örnekleme, tabakalı örnekleme ve küme örnekleme” olarak sınıflandırılmaktadır. Olasısız örnekleme ise araştırmacının kendisinin belirleyip seçtiği örnekleme türüdür. Kendi içinde “gelişigüzel (rastgele) örnekleme, kota örnekleme, amaçlı örnekleme ve kartopu örnekleme” olarak sınıflandırılmaktadır (Padem vd., 2012: 86-87).

Bu araştırmanın evrenini, İstanbul iline bağlı Üsküdar ilçesinde yaşayan kronik hastalar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü aşağıdaki formül ile belirlenmiştir (Naing vd., 2006: 9):

$$n = \frac{Z^2 p(1 - p)}{d^2}$$

n=Örneklem büyüklüğü

Z= Bir güven düzeyi için Z istatistiği (Geleneksel olan% 95 güven düzeyi için Z değeri=1,96)

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı) =%50 (0,50)

d= Kabul edilen örnekleme hatası = %5 (0,05)

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,50 \times 0,50}{(0,05)^2} = 384$$

Güven düzeyi %95, hata payı 0,05 ve olayın görülme sıklığının 0,50 olarak kabul edildiği hesaplama sonucuna göre örneklem büyüklüğü 384 olarak bulunmuştur.

Araştırmada örnekleme yöntemi olarak ise olasılıksız örneklem seçim yöntemlerinden gelişigüzel (rastgele) örneklem yöntemi kullanılmıştır. Gelişigüzel (rastgele) örneklem yönteminde araştırmacı tarafından ulaşılabilen tüm kişiler örnekleme dahil edilmektedir. Bu durum, hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşıncaya kadar devam etmektedir (Padem vd., 2012: 89). Araştırma, pandemi sürecinde gerçekleştirildiğinden ve hem pandemi ile ilgili uygulanan yasaklardan hem de bireylerin çekingen tutumlarından dolayı bireylere ulaşabilmek zorlayıcı olmuştur. Bu nedenle ulaşılabilen tüm kronik hastaların örnekleme dahil edilmesi amacıyla bu örneklem seçim yöntemi tercih edilmiştir. Araştırmada 389 kişiye ulaşılmıştır.

3.1.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak 3 bölüm ve 98 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunun ilk bölümü araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. 14 sorudan oluşan bu bölüm bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve bazı sağlık davranışlarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Aynı zamanda bireylerin hangi kronik hastalıklara sahip olduğu da belirlenmiştir. Buradaki kronik hastalık çeşitleri, TÜİK tarafından 2019 yılında yapılan “Türkiye Sağlık Araştırması Mikro Veri Seti” adlı çalışma temel alınarak belirlenmiştir. Anket formunun ikinci bölümü, 32 sorudan oluşan, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)’dir. Son olarak üçüncü bölüm ise 52 soruluk Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’den oluşmaktadır.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32: TSOY-32, HLS-EU çalışması temel alınarak Okyay vd. tarafından geliştirilmiştir ve güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, 2x4’lük matris yapıdadır. Bu kapsamda, matris “tedavi ve hizmet” ile “hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi” olmak üzere iki boyut ve “bilgiye ulaşma”, “bilgiyi anlama”, “bilgiyi değerlendirme” ve “bilgiyi kullanma” olmak üzere dört süreçten meydana gelmektedir. Yani toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016: 43-44).

Ölçekte her madde, 1=çok zor, 2=zor, 3=kolay ve 4=çok kolay olacak şekilde dört dereceli olarak hazırlanmıştır ve “fikrim yok” ifadesi için ise 5 seçeneği kullanılmıştır.

Tablo 6. TSOY-32’nin 2x4’lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları

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

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 44

32 sorudan oluşan bu ölçeğin değerlendirilmesi, HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0-50 puan arasında olacak şekilde ayarlanmıştır. Bunun için kullanılan formül aşağıdaki gibidir (Sağlık Bakanlığı, 2016: 46):

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

Burada indeks, kişiye özgü hesaplanan indeksi ve ortalama, bir kişinin cevapladığı her maddenin ortalamasını ifade eder. Hesaplama sonucuna göre, 0 en düşük sağlık okuryazarlığı, 50 ise en yüksek sağlık okuryazarlığı anlamına gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016: 46).

Elde edilen indeks, HLS-EU çalışmasında olduğu gibi dört kategoride sınıflandırılmıştır. Aşağıda yer alan 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 ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016: 46).

Araştırmacılar tarafından yapılan faktör analizine göre tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,363-0,687 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Bu durum, bütün maddelerin sağlık okuryazarlığını ölçtüğünü destekler niteliktedir. Ölçeğin genel iç tutarlık (cronbach alfa) katsayısı 0,927 olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016: 51-53).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II: Ölçeğin ilk versiyonu, Walker ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir ve 48 madde ile 6 faktörden oluşmaktadır. Ölçek, 1996 yılında revize edilmiş ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” olarak adlandırılmıştır. Bu ölçek, 52 madde ve manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi olmak üzere 6 faktörden meydana gelmektedir. Ölçeğin tüm maddeleri 1-4 arası puanlanmaktadır ve 1=hiçbir zaman, 2=bazen, 3=sık sık ve 4=düzenli olarak

kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 52 iken, en yüksek puan 208'dir. Alınan puan arttıkça bireyin daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olduğu kabul edilmektedir. Söz konusu ölçek, Bahar vd. (2008) tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Walker vd., 1987: 78; Bahar vd., 2008: 2-9).

Araştırmacıları tarafından yapılan madde analizinde madde-toplam puan korelasyonunda sınır değer 0,30 olarak kabul edilmiştir ve maddeler 0,30-0,60 arasında değişim göstermiştir. Buna göre, ölçek maddelerinin toplam puan ile ve ölçeğin alt boyutundaki maddelerin alt boyutun toplam puanı ile yeterli korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durumda ölçeğin ve alt boyutların madde güvenirliklerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Madde-toplam puan analizi aynı zamanda geçerlik göstergesi olarak da kabul edilmektedir ve yapı geçerliliğini yansıttığı belirtilmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık (cronbach alfa) katsayısı ise 0,92 olarak tespit edilmiştir (Bahar vd., 2008: 5).

3.1.5. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizi

Güvenirlik, bir ölçümün hatasız ve tekrarlanan ölçümlerde tutarlı ve istikrarlı sonuçlar vermesi anlamına gelmektedir (Şencan, 2005: 14). Bu çalışmada güvenirliği ölçmek için Cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır.

Cronbach alfa, ölçek maddelerinin birbirleri ile ne ölçüde tutarlı olduğunu yani iç tutarlılığı hesaplar (Şencan, 2005: 231). Cronbach alfa değeri 0-0,40 arasında ise ölçek güvenilir değil; 0,40-0,60 arasında ise ölçek düşük güvenirliğe sahip; 0,60-0,80 arasında ise ölçek oldukça güvenilir; 0,80- 1,00 arasında ise ölçek yüksek güvenirliğe sahip yorumları yapılmaktadır (Yıldız ve Uzunsakal, 2018: 19).

Tablo 7. TSOY-32 Ölçeği Güvenirlik Değerleri

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları	Cronbach Alfa
Tedavi ve Hizmet	0,928
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	0,935
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	0,921
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	0,858
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	0,823
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma	0,857
Genel	0,961

Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini ölçmeyi amaçlayan TSOY-32 ölçeğinin güvenirlilik katsayısı 0,961 olarak saptanmıştır. Bu, ölçeğin yüksek güvenirliliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu için güvenirlilik katsayısı 0,928 olarak, “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutu için güvenirlilik katsayısı 0,935 olarak saptanmıştır. Süreçlerin güvenirlilik katsayıları ise 0,823-0,921 arasında bulunmuştur.

Tablo 8. SYBD-II Ölçeği Güvenirlik Değerleri

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutları	Cronbach Alfa
Sağlık Sorumluluğu	0,781
Fiziksel Aktivite	0,920
Beslenme	0,653
Manevi Gelişim	0,834
Kişilerarası İlişkiler	0,782
Stres Yönetimi	0,638
Genel	0,934

SYBD-II ölçeğinin güvenirlilik katsayısı “Sağlık Sorumluluğu” alt boyutu için 0,781, “Fiziksel Aktivite” alt boyutu için 0,920, “Beslenme” alt boyutu için 0,653, “Manevi Gelişim” alt boyutu için 0,834, “Kişilerarası İlişkiler” alt boyutu için 0,782 ve “Stres Yönetimi” alt boyutu için 0,638 olarak bulunmuştur. Ölçek geneli için ise

güvenirlilik katsayısı 0,934 olarak saptanmıştır. Bu, ölçeğin yüksek güvenirliliğe sahip olduğunu göstermektedir.

3.1.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasına başlamadan önce Düzce Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan 12.03.2021 tarihli ve E-78187535-300-24424 sayılı yazılı izin alınmıştır. Veriler anket tekniği ile toplanmıştır. Araştırma anketi 05 Nisan 2021- 15 Ağustos 2021 tarihleri arasında online ve yüz yüze olarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara bir kronik hastalığa sahip olup olmadıkları sorulmuş ve sahip olmaları durumunda anket yapılmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı ve kimlik bilgilerinin gizli tutulacağına dair bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olup online olarak 213, yüz yüze olarak 176 kişi olmak üzere toplam 389 kronik hastaya ulaşılmıştır.

3.1.7. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizi için SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences) programından yararlanılmıştır. Öncelikle verilerin analizinde hangi testlerin kullanılacağına karar vermek için ölçeklerin normallik varsayımını sağlayıp sağlamadığına bakılmış ve ölçeklerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, ölçeklerin normal dağılım varsayımını sağladığı anlamına gelmektedir (Büyüköztürk, 2020: 40).

Araştırmada ilk olarak tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, frekans, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, iki grup arasındaki ortalamaları karşılaştırmak için t testi (İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi) kullanılmıştır. İki'den fazla grup arasındaki ortalamaları karşılaştırmak için grupların varyansları homojen ise one way ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi), grupların varyansları homojen değil ise Welch istatistiği kullanılmıştır. Gruplar arasında farklılık söz konusu olduğunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacı ile varyanslar homojen ise Tukey HSD, varyanslar homojen değil ise Tamhane's T2 testinden yararlanılmıştır. Aynı zamanda alt gruplarda 30'un

altında değer olması durumunda Kruskal Wallis testi kullanılmış ve farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Mann Whitney U-testi yapılmıştır (Büyüköztürk, 2020: 168-171). Değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile Pearson Korelasyon Analizi ve sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek için Basit Regresyon Analizi yapılmıştır.



BÖLÜM IV

4.1. BULGULAR VE YORUM

Araştırmanın bu bölümünde öncelikle katılımcıların demografik bilgilerine yer verilmiştir. Ardından sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilgilerine ait analizlere yer verilmiş ve değişkenler arasındaki ilişkileri incelemeye yönelik analizler tablo kullanılarak verilmiştir.

4.1.1. Demografik Bilgiler

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin demografik bilgilerine ve hangi kronik hastalığa sahip olduklarına ilişkin sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır.

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Bireylere Ait Bazı Demografik Özelliklerin Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	236	60,7
	Erkek	153	39,3
Yaş	15-31	132	33,9
	32-48	114	29,3
	49-65	92	23,7
	66 +	51	13,1
Medeni Durum	Evli	232	59,6
	Bekar	157	40,4
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	73	18,8
	Ortaokul	47	12,1
	Lise	140	36
	Üniversite ve üstü	129	33,2
Ekonomik Durum	İyi	186	47,8
	Orta	203	52,2

Araştırmaya katılan 389 bireyin 236'sı (%60,7) kadın, 153'ü (%39,3) erkektir. Bireylerden 132'si (%33,9) 15-31 yaş, 114'ü (%29,3) 32-48 yaş, 92'si (%23,7) 49-65 yaş ve 51'i (%13,1) 66+ yaş aralığındadır. Bu bireylerin 232'sinin

(%59,6) evli, 157'sinin ise (%40,4) bekar olduğu görülmektedir. Eğitim durumuna bakıldığında bireylerin 73'ünün (%18,8) ilkokul ve altı, 47'sinin (%12,1) ortaokul, 140'mın (%36) lise ve 129'unun (%33,2) üniversite ve üstü mezunu olduğu tespit edilmiştir. Bireylerden ekonomik durumlarını çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü olarak değerlendirmeleri istenmiştir. Çok iyi yanıtını veren yalnızca 2 kişi olduğundan bu yanıt iyi yanıtı ile birleştirilmiştir. Kötü yanıtını veren 4, çok kötü yanıtını veren 0 kişi olduğundan bu yanıtlar ise orta yanıtı ile birleştirilmiştir. Sonuç olarak, ekonomik durumu iyi olan 186 (%47,8), orta olan 203 (%52,2) kişi olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylere Ait Diğer Özelliklerin Dağılımı

	Yanıtlar	n	%
Sağlık Durumu	İyi	165	42,4
	Orta	224	57,6
Sağlık İle İlgili Eğitim Alımı	Evet	71	18,3
	Hayır	318	81,7
Sigara Kullanım Durumu	Evet, her gün	171	44
	Evet, ara sıra	112	28,8
	Hiçbir zaman	75	19,3
	Bıraktım	31	8
Alkol Kullanım Durumu	Evet	96	24,7
	Hayır	293	75,3
Fiziksel Aktivite Durumu	Evet, her gün	31	8
	Evet, ara sıra	250	64,3
	Hiçbir zaman	108	27,8
Sağlıklı Beslenme Durumu	Evet, her gün	48	12,3
	Evet, ara sıra	308	79,2
	Hiçbir zaman	33	8,5

Araştırmaya katılan bireylerden sağlık durumlarını çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir. Çok iyi yanıtını veren 15 kişi olduğundan bu yanıt iyi yanıtı ile birleştirilmiştir. Kötü yanıtını veren 9 kişi olduğundan bu yanıt orta yanıtı ile birleştirilmiştir. Sağlık durumunu “çok kötü” olarak değerlendiren bir bireye rastlanmamıştır. Sonuç olarak, 165 kişinin (%42,4) sağlık durumunun iyi, 224 kişinin (%57,6) ise orta olduğu tespit edilmiştir. “Sağlık ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?” sorusuna bireylerin 71'i (%18,3) evet, 318'i

(%81,7) ise hayır yanıtını vermiştir. Bireylerin 171'i (%44) her gün, 112'si (%28,8) ara sıra sigara kullanmaktadır. Alkol kullanım durumuna bakıldığında 96 kişi (%24,7) alkol kullandığını, 293 kişi (%75,3) ise kullanmadığını ifade etmiştir. 31 kişi (%8) her gün, 250 kişi (%64,3) ara sıra fiziksel aktivite yapmaktadır. 108 kişi (%27,8) ise fiziksel aktivite yapmamaktadır. Son olarak araştırmaya katılan bireylerin 356'sının (%91,5) sağlıklı beslenmeye dikkat ettiği tespit edilmiştir.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kronik Hastalıklarının Dağılımı

Kronik Hastalıklar	n	%
Kalp ve Damar Hastalıkları	66	17,0
Diyabet	44	11,3
Kanser	9	2,3
Astım	36	9,3
Bronşit	38	9,8
Depresyon	8	2,1
Bel/Boyun Bölge Problemleri	37	9,5
Hipertansiyon	45	11,6
Diğer	106	27,2

Araştırmaya katılan bireylerden 66'sının (%17,0) kalp ve damar hastalıkları, 44'ünün (%11,3) diyabet, 9'unun (%2,3) kanser, 36'sının (%9,3) astım, 38'inin (%9,8) bronşit, 8'inin (%2,1) depresyon, 37'sinin (%9,5) bel/boyun bölge problemi, 45'inin (%11,6) hipertansiyon ve 106'sının (%27,2) diğer kronik hastalıklara sahip olduğu tespit edilmiştir. Obezite hastalığına sahip olduğunu belirten 1 kişi olduğundan "Diğer" seçeneğinin içine alınmıştır.

4.1.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Özellikleri

Bu başlık altında araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 ölçeğine verdikleri cevapların dağılımı, sağlık okuryazarlığı indeks puanları ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri verilmiştir.

4.1.2.1. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine (TSOY-32) Verdikleri Cevapların Dağılımı

Aşağıda yer alan Tablo 12’de, katılımcıların TSOY-32 ölçeğine verdikleri cevapların yüzde dağılımları gösterilmektedir.

Tablo 12. Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Madde Dağılımına Göre Cevap Yüzdeleri

		MADDELER	Çok Kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim Yok
TEDAVİ VE HİZMET BOYUTU	1	“Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak”	26	53,7	16,5	3,6	0,3
	2	“Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak”	13,9	46,5	30,6	4,4	4,6
	3	“Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek”	28,5	60,7	8,5	1	1
	4	“Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak”	33,2	58,6	6,9	0,8	0,5
	5	“Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak”	31,9	59,9	6,9	0,8	0,5
	6	“Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak”	36,2	51,7	10	1,5	0,5
	7	“Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak”	27,8	49,6	21,9	0,5	0,3
	8	“Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak”	25,4	69,2	4,4	0,5	0,5
	9	“Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek”	10,8	49,1	31,4	3,6	5,1
	10	“Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak”	41,4	55,3	2,8	0,3	0,3
	11	“İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak”	37,8	56,3	5,4	0,3	0,3
	12	“Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek”	18,8	63,8	15,2	0,8	1,5
	13	“Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak”	28,3	64,8	6,2	0,8	0

Tablo 12. ‘Devam’ Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Madde Dağılımına Göre Cevap Yüzdeleri

HASTALIKLARDAN KORUNMA SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİ BOYUTU	14	“Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak”	29,8	58,4	10	1,5	0,3
	15	“Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek”	17	63	14,9	2,3	2,8
	16	“Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak”	48,3	45,5	4,6	1,3	0,3
	17	“Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak”	29,8	61,2	7,5	1	0,5
	18	“Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak”	24,2	55	18	2,3	0,5
	19	“Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak”	25,7	70,2	3,3	0,5	0,3
	20	“Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak”	23,7	55	19,5	1,3	0,5
	21	“Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak”	25,4	68,1	5,7	0,3	0,5
	22	“Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak”	23,1	52,7	21,9	1,5	0,8
	23	“İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak”	22,1	62,7	13,9	0,8	0,5
	24	“İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek”	16,5	48,8	30,1	3,1	1,5
	25	“Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak”	9,8	38,8	33,2	14,9	3,3
	26	“Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek”	14,9	51,9	26,5	3,6	3,1
	27	“Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak”	13,1	49,6	30,8	2,1	4,4

Tablo 12. ‘Devam’ Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Madde Dağılımına Göre Cevap Yüzdeleri

28	“Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek”	19,5	74,3	4,9	0,8	0,5
29	“Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek”	15,7	54,5	18,5	3,1	8,2
30	“Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek”	16,2	58,6	21,6	2,3	1,3
31	“Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak”	22,9	69,4	4,6	1,3	1,8
32	“Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak”	7,7	56	19	5,4	11,8

Tablo 12 incelendiğinde katılımcıların çoğunun 32 sorunun 31’ine “*Kolay*” 1’ine ise “*Çok Kolay*” cevabını verdiği görülmektedir.

“*Çok Kolay*” seçeneğine verilen yanıtların yüzdelerinin ortalaması 23,9 olup, 16.soru olan “*Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak*” sorusunda en yüksek değerini (%48,3) almaktadır. (Tablo 8)

“*Kolay*” seçeneğine verilen yanıtların yüzdelerinin ortalaması 57,3 olup, 28.soru olan “*Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek*” sorusunda en yüksek değerini (%74,3) almaktadır. (Tablo 8)

“*Zor*” seçeneğine verilen yanıtların yüzdelerinin ortalaması 14,9 olup, 25.soru olan “*Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak*” sorusunda en yüksek değerini (%33,2) almaktadır. (Tablo 8)

“*Çok Zor*” seçeneğine verilen yanıtların yüzdelerinin ortalaması 2,1 olup, 25.soru olan “*Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak*” sorusunda en yüksek değerini (%14,9) almaktadır. (Tablo 8)

“*Fikrim Yok*” seçeneğine verilen yanıtların yüzdelerinin ortalaması 1,8 olup, 32.soru olan “*Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak*” sorusunda en yüksek değerini (%11,8) almaktadır. (Tablo 8)

4.1.2.2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanları

Aşağıdaki tabloda, araştırmaya katılan bireylerin, TSOY-32 ölçeği alt boyutlarına göre, sağlık okuryazarlığı indeks puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Alt Boyutlarına Göre İndeks Puan Ortalamaları

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca (Minimum-Maximum)
Genel	34,09	7,30	33,29 (5,21-50,00)
Tedavi ve Hizmet	35,52	7,43	33,33 (3,13-50,00)
Bilgiye ulaşma	35,65	9,35	33,33 (8,33-50,00)
Bilgiyi anlama	35,27	7,67	33,33 (0-50,00)
Bilgiyi değerlendirme	32,86	7,39	33,33 (0-50,00)
Bilgiyi kullanma	38,31	8,47	37,50 (4,17-50,00)
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	32,67	7,85	32,29 (7,29-50,00)
Bilgiye ulaşma	32,43	10,22	33,33 (7,38-50,00)
Bilgiyi anlama	33,02	8,33	33,33 (4,17-50,00)
Bilgiyi değerlendirme	31,19	8,43	32,29 (0-50,00)
Bilgiyi kullanma	34,02	8,23	33,33 (0-50,00)
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	34,04	9,22	33,33 (10,42-50,00)
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	34,14	7,45	33,33 (2,08-50,00)
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	32,03	7,27	31,25 (0-50,00)
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma	36,16	7,47	35,42 (8,33-50,00)

Katılımcıların TSOY-32 ölçeği genel indeks puan ortalaması ($34,09 \pm 7,30$) olarak bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı puanlamasına göre bu rakam, yeterli sağlık okuryazarlığı anlamına gelmektedir. Alt boyutların indeks puan ortalamasına bakıldığında “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu ortalama puanı ($35,52 \pm 7,43$) olarak,

“Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutu ortalama puanı ise $(32,67 \pm 7,85)$ olarak hesaplanmıştır.

Süreçlerin indeks puan ortalamaları incelendiğinde “Bilgiye Ulaşma” sürecinin $(34,04 \pm 9,22)$, “Bilgiyi Anlama” sürecinin $(34,14 \pm 7,45)$, “Bilgiyi Değerlendirme” sürecinin $(33,03 \pm 7,27)$ ve “Bilgiyi Kullanma” sürecinin $(36,16 \pm 7,47)$ ortalama puanının olduğu görülmektedir.

Tablo 13’e göre en yüksek puan ortalamasının “Tedavi ve Hizmet” alt boyutunun “Bilgiyi Kullanma” sürecinde $(38,31 \pm 8,47)$ ve en düşük puan ortalaması ise “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutunun “Bilgiyi Değerlendirme” sürecinde $(31,19 \pm 8,43)$ olduğu görülmektedir.

4.1.2.3. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri

Aşağıdaki tabloda, araştırmaya katılan bireylerin, TSOY-32 ölçeği alt boyutlarına göre sağlık okuryazarlık düzeyleri ifade edilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların Alt Boyut ve Süreçlere Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı

		Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri				
		Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
ALT BOYUTLAR	Tedavi ve Hizmet	n %	23 5,9	118 30,3	163 41,9	85 21,9
	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	n	75	131	126	57
		%	19,3	33,7	32,4	14,7
	SÜREÇLER	Bilgiye Ulaşma	n %	76 19,5	60 15,4	176 45,2
Bilgiyi Anlama		n	24	152	149	64
		%	6,2	39,1	38,3	16,5
Bilgiyi Değerlendirme		n	58	156	133	42
	%	14,9	40,1	34,2	10,8	
Bilgiyi Kullanma	n	20	86	202	81	
	%	5,1	22,1	51,9	20,8	

Alt boyutlar incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun (%41,9) “Tedavi ve Hizmet” alt boyutunda “Yeterli Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmektedir. “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutunda ise katılımcıların çoğunluğunun (%33,7) “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Süreçler incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun “Bilgiye Ulaşma” (%45,2) ve “Bilgiyi Kullanma” (%51,9) süreçlerinde “Yeterli Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine; “Bilgiyi Anlama” (%39,1) ve “Bilgiyi Değerlendirme” (%40,1) süreçlerinde ise “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığının bilgiye ulaşmada en yüksek oranda (%19,5) olduğu; sorunlu-sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığının bilgiyi değerlendirmede en yüksek oranda (%40,1) olduğu; yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığının bilgiyi kullanmada en yüksek oranda (%51,9) olduğu ve mükemmel sağlık okuryazarlığının ise tedavi ve hizmet alt boyutunda en yüksek oranda (%21,9) olduğu görülmektedir.

Tablo 15. Katılımcıların Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	n	%
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı (0-25 puan)	27	6,9
Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı (>25-33 puan)	163	41,9
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı (>33-42 puan)	126	32,4
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı (>42-50 puan)	73	18,8

Sağlık okuryazarlığı indeks puanlarına göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve yüzdeleri Tablo 15’de gösterilmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun (%41,9) “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

4.1.2.4. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının Demografik Özellikleri Açısından İncelenmesi

Bu başlık altında araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet, yaş gibi demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı indeks puanları incelenmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı

Cinsiyet		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				Toplam
		Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
Kadın	n	17	95	74	50	236
	%	7,2	40,3	31,4	21,2	60,7
Erkek	n	10	68	52	23	153
	%	6,5	44,4	34,0	15,0	39,3

Hem kadınlarda hem de erkeklerde çoğunluğun “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı kadın katılımcılarda %31,4 oranında, erkek katılımcılarda ise %34,0 oranında tespit edilmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları

Cinsiyet	n	Ortalama±SS	t	p
Kadın	236	34,72±7,49	2,141	0,033
Erkek	153	33,13±6,90		

Katılımcıların cinsiyetlerine göre sağlık okuryazarlığı indeks puan ortalamaları, kadınlarda (34,72±7,49), erkeklerde (33,13±6,90) olarak bulunmuştur. Kadın ve erkek katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (t=2,141, p=0,033). Buna göre H_{1a} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların Yaş Aralığına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı

Yaş Aralığı		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				Toplam
		Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
15-31	n	7	37	44	44	132
	%	5,3	28	33,3	33,3	33,9
32-48	n	2	41	49	22	114
	%	1,8	36	43	19,3	29,3
49-65	n	8	55	22	7	92
	%	8,7	59,8	23,9	7,6	23,7
66 +	n	10	30	11	0	51
	%	19,6	58,8	21,6	0	13,1

15-31 yaş aralığındaki katılımcıların %33,3'ünün “Yeterli Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine, %33,3'ünün ise “Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmektedir. 32-48 yaş aralığındaki katılımcıların çoğunluğu (%43) “Yeterli Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahiptir. 49-65 yaş ve 66+ yaş aralığındaki katılımcıların çoğunluğunun ise “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların Yaş Aralığına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları

Yaş Aralığı	n	Ortalama±SS	İstatistik	p	Anlamlı Fark
15-31 ¹	132	37,13±7,58			1-3
32-48 ²	114	35,34±6,23	32,820	0,000	1-4
49-65 ³	92	31,27±6,43			2-3
					2-4
66 + ⁴	51	28,55±5,10			3-4

Katılımcıların yaş aralığına göre sağlık okuryazarlığı indeks puan ortalamaları incelenmiş olup 15-31 yaş arası katılımcıların ortalama puanı (37,13±7,58), 32-48 yaş arası katılımcıların ortalama puanı (35,34±6,23), 49-65 yaş arası katılımcıların ortalama puanı (31,27±6,43) ve 66+ yaş aralığında olan katılımcıların ortalama puanı (28,55±5,10) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların yaş

aralığına göre sağlık okuryazarlığı ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,000$). Buna göre H_{1b} hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın hangi yaş grupları arasında olduğunu belirlemek için yapılan çoklu eşleştirmelerde 1. grup ile 3. grup arasında, 1. grup ile 4. grup arasında, 2. grup ile 3. grup arasında, 2. grup ile 4. grup arasında ve 3. grup ile 4. grup arasında sağlık okuryazarlığı açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı

Medeni Durum		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				Toplam
		Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
Evli	n	20	115	73	24	232
	%	8,6	49,6	31,5	10,3	59,6
Bekar	n	7	48	53	49	157
	%	4,5	30,6	33,8	31,2	40,4

Evli katılımcıların çoğunluğu (%49,6) “Sorunlu-Sınırlı Sağlık okuryazarlığı” düzeyine sahip iken, bekar katılımcıların çoğunluğunun (%33,8) “Yeterli Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 21. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları

Medeni Durum	n	Ortalama±SS	t	p
Evli	232	32,11±6,58	-6,742	0,000
Bekar	157	37,02±7,35		

Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık okuryazarlığı indeks puan ortalamaları Tablo 21’de gösterilmiştir. Evli katılımcıların ortalama puanı (32,11±6,58), bekar katılımcıların ortalama puanı (37,02±7,35) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=-6,742$, $p=0,000$). Buna göre H_{1c} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı

Sağlık Okuryazarlık Düzeyi						
Eğitim Durumu		Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	Toplam
İlkokul ve altı	n	12	49	12	0	73
	%	16,4	67,1	16,4	0	18,8
Ortaokul	n	6	30	9	2	47
	%	12,8	63,8	19,1	4,3	12,1
Lise	n	3	44	71	22	140
	%	2,1	31,4	50,7	15,7	36,0
Üniversite ve üstü	n	6	40	34	49	129
	%	4,7	31,0	26,4	38,0	33,2

İlkokul ve altı mezunu katılımcılar ile ortaokul mezunu katılımcıların çoğunluğunun “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Lise mezunu katılımcıların çoğunluğu (%50,7) “Yeterli Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine ve üniversite ve üstü katılımcıların çoğunluğu (%38,0) ise “Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahiptir.

Tablo 23. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları

Eğitim Durumu	n	Ortalama±SS	İstatistik	p	Anlamlı Fark
İlkokul ve altı ¹	73	28,37±4,48			1-3
Ortaokul ²	47	30,09±6,56			1-4
Lise ³	140	35,25±5,48	50,310	0,000	2-3 2-4
Üniversite ve üstü ⁴	129	37,53±8,01			3-4

Katılımcıların eğitim durumlarına göre sağlık okuryazarlığı indeks puanları incelenmiş olup ilkokul ve altı mezunu olanlarda (28,37±4,48), ortaokul mezunu olanlarda (30,09±6,56), lise mezunu olanlarda (35,25±5,48) ve üniversite ve üstü mezunu olanlarda (37,53±8,01) ortalama puanları tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,000). Buna göre H_{1d} hipotezi kabul

edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan çoklu eşleştirmelerde 1. grup ile 3. grup arasında, 1. grup ile 4. grup arasında, 2. grup ile 3. grup arasında, 2. grup ile 4. grup arasında ve 3. grup ile 4. grup arasında sağlık okuryazarlığı açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 24. Katılımcıların Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı

Sağlık Okuryazarlık Düzeyi						
Ekonomik Durum		Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	Toplam
İyi	n	4	60	63	59	186
	%	2,2	32,3	33,9	31,7	47,8
Orta	n	23	103	63	14	203
	%	11,3	50,7	31,0	6,9	52,2

Ekonomik durumu iyi olan katılımcıların çoğunluğu “Yeterli Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip iken, ekonomik durumu orta olan katılımcıların çoğunluğunun “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 25. Katılımcıların Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları

Ekonomik Durum	n	Ortalama±SS	t	p
İyi	186	37,08±7,30	8,313	0,000
Orta	203	31,36±6,15		

Katılımcıların ekonomik durumlarına göre sağlık okuryazarlığı indeks puan ortalamaları Tablo 25’de gösterilmiştir. Ekonomik durumu iyi olan katılımcıların ortalama puanı (37,08±7,30), orta olan katılımcıların ortalama puanı (31,36±6,15) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların ekonomik durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (t=8,313, p=0,000). Buna göre H_{1c} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 26.Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı

		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				
Kronik Hastalıklar		Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	Toplam
Kalp ve Damar Hastalıkları	n	6	32	11	17	66
	%	9,1	48,5	16,7	25,8	17,0
Diyabet	n	5	23	16	0	44
	%	11,4	52,3	36,4	0	11,3
Kanser	n	0	2	5	2	9
	%	0	22,2	55,6	22,2	2,3
Astım	n	1	5	12	18	36
	%	2,8	13,9	33,3	50,0	9,3
Bronşit	n	0	23	11	4	38
	%	0	60,5	28,9	10,5	9,8
Depresyon	n	3	2	2	1	8
	%	37,5	25	25	12,5	2,1
Bel/Boyun Bölge Problemleri	n	2	18	6	11	37
	%	5,4	48,6	16,2	29,7	9,5
Hipertansiyon	n	6	29	5	5	45
	%	13,3	64,4	11,1	11,1	11,6
Diğer	n	4	29	58	15	106
	%	3,8	27,4	54,7	14,2	27,2

Kalp ve damar hastalıkları, diyabet, bronşit, bel/boyun bölge problemi ve hipertansiyonu olan katılımcıların çoğunluğunun “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Depresyon hastalarının çoğunluğu (%37,5) “Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı”; astım hastalarının çoğunluğu (%50) “Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı”; kanser ve diğer kronik hastalıklara sahip katılımcıların çoğunluğu ise “Yeterli Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahiptir.

Tablo 27. Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Kronik Hastalıklar	n	Sıra Ortalaması	sd	X ²	p	Anlamlı Fark
Kalp ve Damar Hast. ¹	66	182,48				
Diyabet ²	44	137,34				1-3 3-8
Kanser ³	9	279,94				1-4 4-5
Astım ⁴	36	279,38				1-8 4-6
Bronşit ⁵	38	189,24	8	66,57	0,000	1-9 4-7 2-3 4-8
Depresyon ⁶	8	133,38				2-4 4-9 2-5 5-8
Bel/Boyun Bölge P. ⁷	37	209,31				2-7 5-9 2-9 7-8
Hipertansiyon ⁸	45	122,34				3-5 8-9 3-6
Diğer ⁹	106	223,43				

Tablo 27’de katılımcıların kronik hastalıklarına göre sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının Kruskal Wallis testi sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre katılımcıların kronik hastalıklarına göre sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,000). Buna göre H_{1f} hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla ikili karşılaştırmalarda kullanılan Man Whitney U testi kullanılmış ve tabloda gösterilmiştir.

Tablo 28. Katılımcıların Sağlık Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı

Sağlık Durumu	Sağlık Okuryazarlık Düzeyi					
	Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	Toplam	
İyi	n	0	41	65	59	165
	%	0	24,8	39,4	35,8	42,4
Orta	n	27	122	61	14	224
	%	12,1	54,5	27,2	6,3	57,6

Sağlık durumu iyi olan katılımcıların çoğunluğu “Yeterli Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip iken, sağlık durumu orta olan katılımcıların çoğunluğunun “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 29. Katılımcıların Sağlık Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları

Sağlık Durumu	n	Ortalama±SS	t	p
İyi	165	38,32±6,63	11,157	0,000
Orta	224	30,98±6,11		

Katılımcıların sağlık durumlarına göre sağlık okuryazarlığı indeks puan ortalamaları Tablo 29’da gösterilmiştir. Sağlık durumu iyi olan katılımcıların ortalama puanı (38,32±6,63), orta olan katılımcıların ortalama puanı (30,98±6,11) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlık durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (t=11,157, p=0,000). Buna göre H_{1g} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 30. Katılımcıların Sağlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı

		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				
Sağlık Eğitimi		Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	Toplam
Evet	n	1	26	15	29	71
	%	1,4	36,6	21,1	40,8	18,3
Hayır	n	26	137	111	44	318
	%	8,2	43,1	34,9	13,8	81,7

Sağlık eğitimi alan katılımcıların çoğunluğunun (%40,8) “Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmekte iken sağlık eğitimi almayan katılımcıların çoğunluğunun (%43,1) “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 31. Katılımcıların Sağlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları

Sağlık Eğitimi	n	Ortalama±SS	t	p
Evet	71	38,58±7,36	5,749	0,000
Hayır	318	33,09±6,91		

Tablo 31 incelendiğinde sağlık eğitimi alan katılımcıların almayanlara göre daha yüksek ortalamaya (38,58±7,36) sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlık eğitimi alma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (t=5,749, p=0,000). Buna göre H_{1h} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 32. Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı

Sigara Kullanım Durumu		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				Toplam
		Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
Evet, her gün	n	7	69	57	38	171
	%	4,1	40,4	33,3	22,2	44
Evet, ara sıra	n	3	49	43	17	112
	%	2,7	43,8	38,4	15,2	28,8
Hiçbir zaman	n	9	31	21	14	75
	%	12	41,3	28	18,7	19,3
Bıraktım	n	8	14	5	4	31
	%	25,8	45,2	16,1	12,9	8

Katılımcıların sigara kullanım durumlarına göre sağlık okuryazarlık düzeylerine bakıldığında tüm yanıtlarda en yüksek oranın “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyinde olduğu görülmektedir.

Tablo 33. Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları

Sigara Kullanım Durumu	n	Ortalama±SS	İstatistik	p
Evet, her gün ¹	171	34,76±7,31		
Evet, ara sıra ²	112	34,39±6,24	2,318	0,079
Hiçbir zaman ³	75	33,66±7,66		
Bıraktım ⁴	31	30,40±8,97		

Tablo 33 incelendiğinde her gün sigara içen katılımcıların en yüksek ortalamaya (34,76±7,31) sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p=0,079). Buna göre H₁₁ hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 34. Katılımcıların Alkol Kullanım Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı

Sağlık Okuryazarlık Düzeyi						
Alkol Kullanım Durumu		Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	Toplam
Evet	n	2	31	44	19	96
	%	2,1	32,3	45,8	19,8	24,7
Hayır	n	25	132	82	54	293
	%	8,5	45,1	28	18,4	75,3

Alkol kullanan katılımcıların çoğunluğu (%45,8) “Yeterli Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip iken, kullanmayan katılımcıların çoğunluğu (%45,1) “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahiptir.

Tablo 35. Katılımcıların Alkol Kullanım Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları

Alkol Kullanım Durumu	n	Ortalama±SS	t	p
Evet	96	35,37±6,19	1,978	0,049
Hayır	293	33,68±7,59		

Tablo 35 incelendiğinde alkol kullanan katılımcıların kullanmayanlara göre daha yüksek ortalamaya ($35,37\pm 6,19$) sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($t=1,978$, $p=0,049$). Buna göre H_{1i} hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 36. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı

Fiziksel Aktivite Durumu		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				Toplam
		Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
Evet, her gün	n	0	4	7	20	31
	%	0	12,9	22,6	64,5	8
Evet, ara sıra	n	13	82	104	51	250
	%	5,2	32,8	41,6	20,4	64,3
Hiçbir zaman	n	14	77	15	2	108
	%	13	71,3	13,9	1,9	27,8

Her gün fiziksel aktivite yapan katılımcıların çoğunluğunun (%64,5) “Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine; ara sıra fiziksel aktivite yapan katılımcıların çoğunluğunun (%41,6) “Yeterli Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine; fiziksel aktivite yapmayan katılımcıların çoğunluğunun (%71,3) ise “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 37. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları

Fiziksel Aktivite Durumu	n	Ortalama \pm SS	İstatistik	p	Anlamlı Fark
Evet, her gün ¹	31	42,58 \pm 6,66			1-2
Evet, ara sıra ²	250	35,15 \pm 6,70	70,660	0,000	1-3 2-3
Hiçbir zaman ³	108	29,20 \pm 5,34			

Tablo 37 incelendiğinde her gün fiziksel aktivite yapan katılımcıların en yüksek ortalamaya ($42,58\pm 6,66$) sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların fiziksel

aktivite yapma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,000$). Buna göre H_{1j} hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan çoklu eşleştirmelerde 1. grup ile 2. grup arasında, 1. grup ile 3. grup arasında ve 2. grup ile 3. grup arasında sağlık okuryazarlığı açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 38. Katılımcıların Sağlıklı Beslenme Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Dağılımı

Sağlıklı Beslenme Durumu		Sağlık Okuryazarlık Düzeyi				Toplam
		Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
Evet, her gün	n	0	10	9	29	48
	%	0	20,8	18,8	60,4	12,3
Evet, ara sıra	n	23	136	108	41	308
	%	7,5	44,2	35,1	13,3	79,2
Hiçbir zaman	n	4	17	9	3	33
	%	12,1	51,5	27,3	9,1	8,5

Her gün sağlıklı beslenen katılımcıların çoğunluğunun (%60,4) “Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmekte iken, ara sıra sağlıklı beslenen ve sağlıklı beslenmeyen katılımcıların çoğunluğunun “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 39. Katılımcıların Sağlıklı Beslenme Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları

Sağlıklı Beslenme Durumu	n	Ortalama±SS	İstatistik	p	Anlamlı Fark
Evet, her gün ¹	48	42,11±7,18			
Evet, ara sıra ²	308	33,98±6,30	30,651	0,000	1-2 1-3
Hiçbir zaman ³	33	31,20±8,39			

Tablo 39 incelendiğinde her gün sağlıklı beslenen katılımcıların en yüksek ortalamaya (41,77±7,44) sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların sağlıklı

beslenme durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,000$). Buna göre H_{1k} hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan çoklu eşleştirmelerde 1. grup ile 2. grup arasında ve 1. grup ile 3. grup arasında sağlık okuryazarlığı açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

4.1.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Özellikleri

Bu başlık altında araştırmaya katılan bireylerin SYBD ölçeğine verdikleri cevapların dağılımı, SYBD puanları verilmiştir.

4.1.3.1. Katılımcıların SYBD Ölçeğine Verdikleri Cevapların Dağılımı

Aşağıda yer alan Tablo 40'da, katılımcıların SYBD ölçeğine verdikleri cevapların yüzde dağılımları gösterilmektedir.

Tablo 40. Katılımcıların SYBD Ölçeği Madde Dağılımına Göre Cevap Yüzdeleri

	MADDELER	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	3,1	41,6	38,3	17
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	12,1	58,9	19,8	9,3
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	3,6	24,9	59,6	11,8
4	Düzeni bir egzersiz programı yaparım.	25,4	58,9	9,3	6,4
5	Yeterince uyurum.	7,5	48,1	31,1	13,4
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.	1,8	50,6	41,1	6,4
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.	2,3	23,9	60,2	13,6
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.	13,1	67,6	15,9	3,3
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	32,9	45,2	18	3,9
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).	31,1	53,5	10,8	4,6
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	7,7	62,2	22,9	7,2
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	2,1	22,1	50,1	25,7
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	2,3	21,6	68,4	7,7
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	26,7	56	13,6	3,6
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	3,3	46,8	35,2	14,7

Tablo 40. ‘Devam’ Katılımcıların SYBD Ölçeği Madde Dağılımına Göre Cevap Yüzdeleri

16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla)yürürüm.	21,1	60,9	12,9	5,1
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	11,1	41,4	41,1	6,4
18	Geleceğe umutla bakarım.	4,4	28,5	43,2	23,9
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	7,2	35	46,5	11,3
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	13,9	61,4	22,4	2,3
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	10,3	66,6	21,9	1,3
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.	42,2	47,3	8,2	2,3
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	17,7	40,4	27	14,9
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.	2,8	31,4	55,3	10,5
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	3,6	29	51,4	15,9
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	6,4	63,5	27,2	2,8
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	3,9	35,7	40,6	19,8
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	30,8	57,3	9,5	2,3
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	6,4	68,9	22,1	2,6
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	4,6	19,3	47	29
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.	3,3	24,2	55,8	16,7
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.	4,6	56,6	33,7	5,1
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	14,1	72,8	10	3,1
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).	23,4	61,2	10,3	5,1
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	6,4	65,6	17,2	10,8
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	29,6	59,4	9	2,1
37	Yakın dostlar edinmek için caba harcarım.	28,8	53	16,2	2,1
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	5,7	73,3	18,3	2,8
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	8	69,9	17,2	4,9
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	31,1	53,2	12,6	3,1
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	19	67,6	10	3,3
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	2,3	19,8	47,6	30,3

Tablo 40. ‘Devam’ Katılımcıların SYBD Ölçeği Madde Dağılımına Göre Cevap Yüzdeleri

43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	4,4	53,5	31,9	10,3
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	37	47,3	12,9	2,8
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	62,7	31,4	4,4	1,5
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	36	48,3	11,6	4,1
47	Yorulmaktan kendimi korurum.	12,3	62,2	15,4	10
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.	2,1	13,1	28	56,8
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	2,3	27	49,9	20,8
50	Kahvaltı yaparım.	1,8	21,1	34,2	42,9
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	8,2	30,3	40,4	21,1
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	6,2	31,9	39,6	22,4

Katılımcıların SYBD ölçeğine verdikleri cevapların yüzdeleri Tablo 40’da verilmiştir. Katılımcıların çoğunun 52 sorunun 34’üne “*Bazen*” 15’ine “*Sık Sık*” 2’sine “*Düzenli*” ve 1’ine “*Hiçbir Zaman*” cevabını verdiği görülmektedir.

“*Hiçbir Zaman*” seçeneğine verilen yanıtların yüzdelerinin ortalaması 13,7 olup, 45.madde olan “*Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.*” maddesinde en yüksek değerini (%62,7) almaktadır.

“*Bazen*” seçeneğine verilen yanıtların yüzdelerinin ortalaması 46,4 olup, 38.madde olan “*Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.*” maddesinde en yüksek değerini (%73,3) almaktadır.

“*Sık Sık*” seçeneğine verilen yanıtların yüzdelerinin ortalaması 28,8 olup, 13.madde olan “*İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.*” maddesinde en yüksek değerini (%68,4) almaktadır.

“*Düzenli*” seçeneğine verilen yanıtların yüzdelerinin ortalaması 11,2 olup, 48.madde olan “*İlahi bir gücün varlığına inanırım.*” maddesinde en yüksek değerini (%56,8) almaktadır.

4.1.3.2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları

Aşağıdaki tabloda, araştırmaya katılan bireylerin, SYBD ölçeği alt boyutlarına göre puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 41. Katılımcıların SYBD Ölçeği Puanlarının Alt Boyutlarına Göre İncelenmesi

SYBD Ölçeği Alt Boyutları	Soru Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Minimum-Maksimum
Sağlık Sorumluluğu	9	20,64	3,93	9-36
Fiziksel Aktivite	8	15,10	4,77	8-32
Beslenme	9	20,27	3,25	9-32
Manevi Gelişim	9	25,20	4,48	9-35
Kişilerarası İlişkiler	9	23,92	3,94	11-34
Stres Yönetimi	8	18,36	3,24	9-31
Toplam	52	123,49	18,25	56-195

Katılımcıların “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” ortalama puanı (123,49±18,25) olarak bulunmuştur. Alınan en düşük puan 56, en yüksek puan ise 195 olarak hesaplanmıştır. En yüksek ortalamaya (25,20±4,48) “*Manevi Gelişim*” boyutu sahip iken en düşük ortalamaya ise (15,10±4,77) “*Fiziksel Aktivite*” boyutunun sahip olduğu görülmektedir.

4.1.3.3. Katılımcıların SYBD Ölçeği Puanlarının Demografik Özellikleri Açısından İncelenmesi

Bu başlık altında araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet, yaş gibi demografik özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları incelenmiştir

Tablo 42. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları

Cinsiyet	n	Ortalama±SS	t	p
Kadın	236	126,25±18,88	3,769	0,000
Erkek	153	119,22±16,38		

Tablo 42 incelendiğinde kadın katılımcılar ($126,25\pm 18,88$), erkek katılımcılar ($119,22\pm 16,38$) ortalamaya sahiptir. Kadın ve erkek katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=3,769$, $p=,000$). Buna göre H_{2a} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 43. Katılımcıların Yaş Aralığına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları

Yaş Aralığı	n	Ortalama \pm SS	İstatistik	p
15-31	132	127,33 \pm 23,30		
32-48	114	121,59 \pm 15,17	2,280	0,081
49-65	92	121,08 \pm 15,50		
66 +	51	122,16 \pm 12,03		

Katılımcıların yaş aralığına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları incelenmiş olup 15-31 yaş arası katılımcılarda ($127,33\pm 23,30$), 32-48 yaş arası katılımcılarda ($121,59\pm 15,17$), 49-65 yaş arası katılımcılarda ($121,08\pm 15,50$) ve 66+ yaş arası katılımcılarda ($122,16\pm 12,03$) ortalamaları elde edilmiştir. Katılımcıların yaş aralığına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,081$). Buna göre H_{2b} hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 44. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları

Medeni Durum	n	Ortalama \pm SS	t	p
Evli	232	121,23 \pm 14,80	-2,788	0,006
Bekar	157	126,83 \pm 22,03		

Tablo 44 incelendiğinde bekar katılımcıların ortalamasının ($126,83\pm 22,03$) evli katılımcıların ortalamasına ($121,23\pm 14,80$) göre yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=-2,788$, $p=0,006$). Buna göre H_{2c} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 45. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları

Eğitim Durumu	n	Ortalama±SS	İstatistik	p	Anlamlı Fark
İlkokul ve altı ¹	73	119,22±13,47			
Ortaokul ²	47	120,62±16,83	5,408	0,001	1-4
Lise ³	140	121,35±14,04			2-4
Üniversite ve üstü ⁴	129	129,27±23,23			3-4

Tablo 45 incelendiğinde üniversite ve üstü mezunu katılımcıların (129,27±23,23) ortalama ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,001). Buna göre H_{2d} hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan çoklu eşleştirmelerde 1. grup ile 4. grup arasında, 2. grup ile 4. grup arasında ve 3. grup ile 4. grup arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 46. Katılımcıların Ekonomik Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları

Ekonomik Durum	n	Ortalama±SS	t	p
İyi	184	126,26±19,24	2,769	0,006
Orta	197	121,12±16,98		

Tablo 46 incelendiğinde ekonomik durumu iyi olan katılımcıların ortalama puanı (126,26±19,24), orta olan katılımcıların ortalama puanı (121,12±16,98) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların ekonomik durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (t=2,769, p=0,006). Buna göre H_{2e} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 47. Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Kronik Hastalıklar	n	Sıra Ortalaması	sd	X ²	p	Anlamlı Fark
Kalp ve Damar Hastalıkları ¹	66	171,46				
Diyabet ²	44	178,35				1-3
Kanser ³	9	267,50				1-4
Astım ⁴	36	234,92				1-7
Bronşit ⁵	38	188,82	8	19,186	0,014	2-3
Depresyon ⁶	8	158,69				2-4
Bel/Boyun Bölge Problemleri ⁷	37	223,66				3-5
Hipertansiyon ⁸	45	166,07				3-8
Diğer ⁹	106	204,09				4-8
						7-8

Tablo 47’de katılımcıların kronik hastalıklarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının Kruskal Wallis testi sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre katılımcıların kronik hastalıklarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,014). Buna göre H_{2f} hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla ikili karşılaştırmalarda kullanılan Man Whitney U testi kullanılmış ve tabloda gösterilmiştir.

Tablo 48. Katılımcıların Sağlık Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları

Sağlık Durumu	n	Ortalama±SS	t	p
İyi	165	127,75±17,81		
Orta	224	120,35±17,97	4,025	0,000

Tablo 48 incelendiğinde sağlık durumu iyi olan katılımcıların ortalama puanı (127,75±17,81), orta olan katılımcıların ortalama puanı (120,35±17,97) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlık durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları

puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=4,025$, $p=0,000$). Buna göre H_{2g} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 49. Katılımcıların Sağlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları

Sağlık Eğitimi	n	Ortalama±SS	t	p
Evet	71	135,04±21,92	5,126	0,000
Hayır	318	120,90±16,27		

Tablo 49 incelendiğinde sağlık eğitimi alan katılımcıların almayanlara göre daha yüksek ortalamaya (135,04±21,92) sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlık eğitimi alma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=5,126$, $p=0,000$). Buna göre H_{2h} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 50. Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik ANOVA Sonuçları

Sigara Kullanım Durumu	n	Ortalama±SS	F	p	Anlamlı Fark
Evet, her gün ¹	171	120,71±18,56	5,626	0,001	1-2 2-4
Evet, ara sıra ²	112	129,13±14,89			
Hiçbir zaman ³	75	123,09±19,36			
Bıraktım ⁴	31	119,35±20,76			

Tablo 50 incelendiğinde ara sıra sigara kullanan katılımcıların (129,13±14,89) ortalama ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların sigara kullanım durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=5,626$, $p=0,001$). Buna göre H_{2i} hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan çoklu eşleştirmelerde 1. grup ile 2. grup arasında ve 2. grup ile 4. grup arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 51. Katılımcıların Alkol Kullanım Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik t-testi Sonuçları

Alkol Kullanım Durumu	n	Ortalama±SS	t	p
Evet	96	121,40±16,40	-1,289	0,198
Hayır	293	124,17±18,79		

Tablo 51 incelendiğinde alkol kullanmayan katılımcıların kullananlara göre daha yüksek ortalamaya (124,17±18,79) sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların alkol kullanım durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (t=-1,289, p=0,198). Buna göre H_{2i} hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 52. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları

Fiziksel Aktivite Durumu	n	Ortalama±SS	İstatistik	p	Anlamlı Fark
Evet, her gün ¹	31	147,38±16,13	48,323	0,000	1-2
Evet, ara sıra ²	250	123,65±17,70			1-3
Hiçbir zaman ³	108	116,24±13,67			2-3

Tablo 52 incelendiğinde her gün fiziksel aktivite yapan katılımcıların (147,38±16,13) ortalama ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların fiziksel aktivite yapma durumlarına sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,000). Buna göre H_{2j} hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan çoklu eşleştirmelerde 1. grup ile 2. grup arasında, 1. grup ile 3. grup arasında ve 2. grup ile 3. grup arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 53. Katılımcıların Sağlıklı Beslenme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği Puanlarının İncelenmesine Yönelik Welch İstatistiği Sonuçları

Sağlıklı Beslenme Durumu	n	Ortalama±SS	İstatistik	p	Anlamlı Fark
Evet, her gün ¹	48	138,58±21,91			1-2
Evet, ara sıra ²	308	122,01±15,99	14,714	0,000	1-3
Hiçbir zaman ³	33	115,33±21,14			

Tablo 53 incelendiğinde her gün sağlıklı beslenen (138,58±21,91) katılımcıların en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların sağlıklı beslenme durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,000). Buna göre H_{2k} hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan çoklu eşleştirmelerde 1. grup ile 2. grup arasında ve 1. grup ile 3. grup arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

4.1.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan bireylerin genel sağlık okuryazarlığı puanları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasındaki ilişkinin belirlenebilmesi için korelasyon analizi yapılmıştır. Veriler normal dağılım gösterdiği için “Pearson Korelasyon Analiz Yöntemi” tercih edilmiştir.

Korelasyon katsayısı, -1 ile +1 arasında değer almaktadır. +1, pozitif yönlü doğrusal ilişkiyi; -1 ise negatif yönlü doğrusal ilişkiyi ifade etmektedir. 0,00 değeri ise ilişkinin olmadığını göstermektedir. Korelasyon katsayısı (r), mutlak değeri alındığında, 0,00-0,30 arasında ise düşük düzeyde ilişki; 0,30-0,70 arasında ise orta düzeyde ilişki ve 0,70-1,00 arasında ise yüksek düzeyde ilişki yorumu yapılmaktadır (Büyüköztürk, 2020: 32).

Tablo 54. Katılımcıların Genel Sağlık Okuryazarlığı Puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Analizi

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Boyutları	Genel Sağlık Okuryazarlığı		
	n	r	p
Sağlık Sorumluluğu	389	0,168	0,001
Fiziksel Aktivite	389	0,517	0,000
Beslenme	389	0,197	0,000
Manevi Gelişim	389	0,212	0,000
Kişilerarası İlişkiler	389	0,231	0,000
Stres Yönetimi	389	0,280	0,000
SYBD Genel	389	0,358	0,000

Tablo 54’de görüldüğü üzere katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı puanları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasında istatistiksel açıdan orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,358$, $p=0,000$). SYBD alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanları ile genel sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel açıdan düşük düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. SYBD alt boyutlarından olan fiziksel aktivite ile genel sağlık okuryazarlığı puanları arasında ise istatistiksel açıdan orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna göre H_3 hipotezi kabul edilmiştir.

4.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Regresyon analizi, aralarında ilişki bulunan iki ya da daha çok değişkenden birinin bağımlı, diğerlerinin ise bağımsız değişkenler şeklindeki ayrımı ile, bu ilişkinin matematiksel bir eşitlik olarak açıklanması sürecini ifade etmektedir. Bir bağımlı ve bir bağımsız değişken var ise bu yöntem “basit regresyon analizi”, bir bağımlı ve iki ya da daha çok bağımsız değişken var ise “çoklu regresyon analizi” olarak adlandırılmaktadır (Büyüköztürk, 2020: 93).

Bu araştırmada sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla basit regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 55. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisine İlişkin Basit Regresyon Analizi

Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit Sayı	92,976	4,138		22,47	0,000
SOY	0,895	0,119	0,358	7,541	0,000
R: 0,358	R ² : 0,128	F: 56,862	p: 0,000		
Durbin-Watson: 1,749	VIF: 1	Tolerance: 1	Cook's Distance (max): 0,123		

Regresyon analizi öncesinde gerekli varsayımların sağlandığının kontrolleri yapılmış ve Tablo 55'de ayrıca gösterilmiştir. Normallik varsayımının sağlandığı histogram grafiği ile belirlenmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişken arasında doğrusallığın olup olmadığı saçılma diyagramı ile incelenmiş ve doğrusal olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde uç değerlerin bulunmadığı ve eş varyanslılık da saçılma diyagramı ile kontrol edilmiştir. Çoklu doğrusal bağlantı sorununun değerlendirilmesi için tolerans ve VIF değerlerine bakılmıştır. Değerlerin ikisi de 1 olarak bulunmuştur. Tolerans değerinin 0,2'den küçük olmaması ve VIF değerinin ise 10'dan küçük olması gerekmektedir (Büyüköztürk, 2020: 103). Bu kapsamda çoklu doğrusal bağlantı sorununun bulunmadığı tespit edilmiştir. Otokorelasyonun tespiti için Durbin-Watson değeri incelenmiş ve 1,749 olarak bulunmuştur. Bu değer 2'ye yakın olması beklenmektedir (Gamgam ve Altunkaynak, 2021: 208). Bu kapsamda otokorelasyon sorunu bulunmamaktadır. Son olarak etkili gözlem olup olmadığı Cook Uzaklığı İstatistiği ile belirlenmiş ve değerlerin 0,000 ile 0,123 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Bulunan değerlerin 1'in altında olması gerektiği için etkili gözlem bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Gamgam ve Altunkaynak, 2021: 197).

Yapılan basit regresyon analizi sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını pozitif yönde ve anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir (R=0,358, R²= 0,128, F= 56,862, p= 0,000). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin toplam varyansın %12,8'inin sağlık okuryazarlığı ile açıklandığı sonucuna ulaşılmıştır. SOY puanındaki 1 birimlik artışın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında 0,895'lik bir artışa neden olduğu görülmektedir.

Modelin tahmini sonucu:

$$Y (\text{SYBD}) = 92,976 + 0,895 X \text{SOY} \text{ olarak bulunmuştur.}$$

BÖLÜM V

4.1. TARTIŞMA, SONUÇLAR VE ÖNERİLER

4.1.1. Tartışma ve Sonuçlar

Araştırma, İstanbul iline bağlı Üsküdar ilçesinde yaşayan kronik hastaların sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam davranışları ilişkisini incelemek amacıyla 389 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma bulgularına göre katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeks puan ortalaması 34,09 olarak tespit edilmiştir. Tanrıöver vd. tarafından 2014 yılında hazırlanan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması”nda bu rakam 30,4 olarak bulunmuştur. Yine Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında yayınlanan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması”nda genel sağlık okuryazarlığı indeks puan ortalaması 29,5 olarak; Arıkan’ın 2020 yılında üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği tez çalışmasında 30,76 olarak, Tekin tarafından 2019 yılında tıbbi sekreterlik öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen çalışmada 32,9, 2018 yılında yapılan çalışmada ise 33,9 olarak tespit edilmiştir (Tanrıöver vd., 2014: 42; Sağlık Bakanlığı, 2016: 56; Arıkan, 2020: 73; Tekin, 2019: 585; Tekin, 2018: 87). Ölçeğin “Tedavi ve Hizmet” boyutunun ortalaması (35,52) genel ortalamadan yüksek iken, “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” boyutunun ortalamasının (32,67) genel ortalamadan düşük olduğu görülmüştür. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alanının gelişim açısından daha çok ele alınması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

TSOY-32 ile ölçülen sağlık okuryazarlığının düzeyleri incelendiğinde katılımcıların %6,9’unun yetersiz, %41,9’unun sorunlu-sınırlı, %32,4’ünün yeterli ve %18,8’inin mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışmasında bireylerin %12,4’ünün yetersiz, %35,2’sinin sorunlu-sınırlı, %36’sının yeterli ve %16,5’inin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (HLS-EU Consortium, 2012: 31). ABD Ulusal Erişkin Okuryazarlığı çalışmasında katılımcıların %12’sinin yeterli,

%53'ünün orta seviyede, %22'sinin temel seviyede ve %14'ünün temel seviyenin altında sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır (Kutner vd., 2006: 10). Tanrıöver vd. tarafından hazırlanan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması"nda ise bireylerin %24,5'inin yetersiz, %40,1'inin sorunlu-sınırlı, %27,8'inin yeterli ve %7,6'sının mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (Tanrıöver vd., 2014: 43). Tekin tarafından tıbbi sekreterlik öğrencileri ile yapılan çalışma sonuçlarına göre bireylerin %7,3'ü yetersiz, %34,5', sorunlu-sınırlı, %41,8'i yeterli ve %16,4'ü ise mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ifade edilmiştir (Tekin, 2018: 86).

Araştırmaya katılan kadın katılımcıların sağlık okuryazarlığı indeks puan ortalamasının (34,72) erkek katılımcıların puan ortalamasına göre (33,13) daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalara bakıldığında bu konuda farklı sonuçlara rastlanmıştır. Bu çalışmada olduğu gibi kadınların erkeklere göre daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu ifade eden çalışmalar olduğu kadar (Kutner vd., 2006: 10; von Wagner vd., 2007: 1088; Sorensen vd., 2015: 1056; Vozikis vd., 2014: 5; Çimen ve Temel, 2017: 113; Arıkan, 2020: 74) erkeklerin daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (Tanrıöver vd., 2014: 45; Morris vd., 2013: 641; Cho vd., 2008: 1813; Liu vd., 2015: 9719).

Katılımcıların yaş ortalaması $42,75 \pm 16,51$ yıl olarak tespit edilmiştir. Yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlık düzeyleri incelendiğinde 15-31 yaş aralığında olanların en yüksek ortalamaya, 66+ yaş aralığında olanların ise en düşük ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Bu durumda, sağlık okuryazarlık düzeyinin genç yaşlarda daha yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe giderek düştüğü yorumu yapılabilir. Yine Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda, ABD Ulusal Erişkin Okuryazarlığı çalışmasında ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışmasında aynı şekilde, ilerleyen yaşlarda sağlık okuryazarlık düzeyinin giderek düştüğü sonucuna ulaşılmıştır (Tanrıöver vd. 2014: 44; Kutner vd., 2006: 12; HLS-EU Consortium, 2012: 37). Kobayashi vd. tarafından 2016 yılında yapılan meta-analiz çalışmasında incelenen araştırmaların ileriki yaşlarda sağlık okuryazarlık düzeyinin düştüğü

sonucuna ulaştıkları görülmüştür (Kobayashi vd., 2016: 452). Yaş ile sağlık okuryazarlığı arasındaki bu ilişki, kişilerin yaşlılık ile birlikte eğitimden uzaklaşması, kavrama ve algılama yetilerinde azalma meydana gelmesi, sağlık bilgilerine ve hizmetlerine ulaşımının zorlaşması gibi nedenler dolayısıyla sağlık okuryazarlıklarının olumsuz etkilenmesi şeklinde açıklanabilir.

Çimen ve Temel tarafından 2017 yılında yapılan çalışmada evli katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin bekar katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çimen ve Temel, 2017: 115). Kaya ve Uludağ tarafından 2017 yılında yapılan çalışmada bekar katılımcıların evli katılımcılara göre daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (Kaya ve Uludağ, 2017: 201). Bu çalışmada ise medeni durum ile sağlık okuryazarlık düzeyleri karşılaştırıldığında, bekar katılımcıların evli katılımcılara göre daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu ve aralarında istatistiksel açından anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlık düzeyi incelendiğinde üniversite ve üstü mezunlarının en yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu saptanmış ve katılımcıların eğitim seviyeleri arttıka sağlık okuryazarlık düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan birçok çalışma incelendiğinde benzer şekilde eğitim seviyesinin bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri üzerinde belirleyici bir etken olduğu görülmektedir (Kutner vd., 2006: 13; HLS-EU Consortium, 2012: 49; Liu vd., 2015: 9719; Smith vd., 2009: 1811; Sağlık Bakanlığı, 2016: 60; Çimen ve Temel, 2017: 115; Tanrıöver vd. 2014: 46; Toçi ve ark., 2013: 1649). Okuryazarlığın temelinde eğitim yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı da genel okuryazarlığa dayanan bir kavram olduğundan eğitim ile ilişkili olması doğal bir sonuçtur. Doğru bilginin ne olduğunu, nasıl ulaşılacağını, nasıl değerlendirilip kullanılacağını bilen bireyler doğal olarak sağlık konusunda daha duyarlı olacak ve bu da sağlık okuryazarlık düzeylerinde olumlu etki yaratacaktır. Aynı zamanda sağlık eğitimi alan katılımcıların almayan katılımcılara göre daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu ve aralarında istatistiksel açından anlamlı farklılık olduğu da tespit edilmiştir. Buna göre, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık eğitimi alması, sağlık okuryazarlık düzeylerini olumlu etkilemektedir yorumu yapılabilir.

Kronik hastalıklar bireylerde yalnızca sağlık sorunları değil artan sağlık harcamaları nedeniyle ekonomik sorunlara da yol açmaktadır. Sağlık okuryazarlığı katılımcıların ekonomik durumuna göre incelendiğinde daha iyi ekonomik güce sahip olan katılımcılarda sağlık okuryazarlık düzeyinin de daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde benzer şekilde ekonomik durumun sağlık okuryazarlık üzerinde belirleyici olduğu sonucuna ulaşıkları görülmüştür (Sorensen vd., 2015: 1055; Balçık vd., 2014: 324; Morris vd., 2013: 641; Kutner vd., 2006: 13). Bu durum bireylerin ekonomik gücü arttıkça sağlık hizmetlerine erişebilmelerinin kolaylaşması, dilediklerinde sağlık ile ilgili konularda özel harcamalarda bulunabilmeleri gibi nedenlerle açıklanabilir. Aynı zamanda ekonomik gücü yüksek olan bireylerin sağlık bilgisine de ulaşmasının kolaylaşması sağlık okuryazarlık düzeylerini olumlu etkileyecektir.

Dünya üzerinde sadece 2012 yılında meydana gelen 56 milyon ölümün 38 milyonu kronik hastalıklara bağlı olarak gerçekleşmiştir (WHO, 2014: 9). Hastalık yükünde önemli bir yeri olan kronik hastalıklarda yıllar içinde yaşanan artışlar bireylerin hizmet sürecine katılımını önemli hale getirmektedir. Çünkü kronik hastalıklar bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili konularda süreçlere katılmalarını, sağlık sistemine düzenli ve sık sık erişmelerini, sağlıklarını korumak ve geliştirmek için sağlık bilgilerini anlayıp doğru şekilde hareket etmelerini gerektirir. Bu da bireylerin sağlık okuryazarı olmalarının önemini ortaya koymaktadır. Literatürde birçok çalışma kronik hastalığa sahip olanların hastalık yönetimini başarılı bir şekilde yürütebilmeleri ve sağlıklarını geliştirebilmeleri açısından sağlık okuryazarlığının önemi üzerinde durmaktadır (Güner vd., 2020: 73; Dageforde ve Cavanaugh, 2013: 2; Schillinger vd., 2002: 475; Williams vd., 1998: 167; Taggart vd., 2012: 9). Bu çalışmada bireylerin kronik hastalıklarına göre sağlık okuryazarlık düzeyleri incelendiğinde kalp ve damar hastalıkları, diyabet, bronşit, bel/boyun bölge problemi ve hipertansiyonu olan katılımcıların çoğunluğunun “Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Depresyon hastalarının çoğunluğu (%37,5) “Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı”; astım hastalarının çoğunluğu (%50) “Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı”; kanser ve diğer kronik hastalıklara sahip katılımcıların çoğunluğu ise “Yeterli Sağlık Okuryazarlığı” düzeyine sahiptir.

Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyleri karşılaştırıldığında, sırasıyla, sağlığını çok iyi ve iyi olarak değerlendiren katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendiren katılımcıların sıklığı yetersiz sağlık okuryazarlığında %0, sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığında %6,7, yeterli sağlık okuryazarlığında %26,7 ve mükemmel sağlık okuryazarlığında %66,7'dir. Yine sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren katılımcıların sıklığı yetersiz sağlık okuryazarlığında %0, sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığında %26,7, yeterli sağlık okuryazarlığında %40,7 ve mükemmel sağlık okuryazarlığında %32,7 olduğu görülmektedir. Literatürde benzer sonuca ulaşan birçok çalışma mevcuttur (U.S. Department of Health and Human Services, 2016: 9; Sağlık Bakanlığı, 2018: 84; Tokuda vd., 2009: 415; Uğurlu ve Akgün, 2019: 104; von Wagner vd., 2007: 1088; Toçi ve ark., 2013: 1649; Liu vd., 2015: 9720). Sağlığını iyi olarak hisseden bireyler doğal olarak sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerini daha çok yerine getirecek, sağlık bilgi düzeyleri artacak ve bu durum onların sağlık okuryazarlık düzeylerinde olumlu etki yaratacaktır.

Çalışmaya katılan bireylerin %44'ü her gün ve %28,8 ara sıra sigara kullandığını ifade etmiştir. Alkol kullanım durumuna bakıldığında ise katılımcıların %24,7'si alkol kullandığını, %75,3'ü kullanmadığını belirtmiştir. Sigara ve alkol kullanımı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişki karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Katılımcıların %72,3'ü fiziksel aktivite yapmaya ve %91,5'i de sağlıklı beslenmeye dikkat ettiğini ifade etmiştir. Fiziksel aktivite yapma ve sağlıklı beslenme ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişki karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olan bireylerin sigara ve alkol tüketiminden kaçınma, fiziksel aktivite yapma ve sağlıklı beslenme gibi sağlıklı yaşam davranışlarını daha fazla sergilediklerini göstermektedir (Liu vd., 2015: 9721; von Wagner vd., 2007: 1088; Aaby vd., 2017: 1884; Rueda-Medina vd., 2020: 3). Yine, Tekin tarafından yapılan bir çalışmada egzersiz alışkanlığı bulunan bireylerde SOY puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tekin, 2019: 587).

Katılımcıların “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II” ölçeğinden aldıkları ortalama puan 123,49 olarak tespit edilmiştir. Alınan en düşük puan 56 iken, en yüksek puan 195 olarak karşımıza çıkmaktadır. Ölçekte en yüksek ortalamaya 25,20 ile “*Manevi Gelişim*” boyutu sahip iken en düşük ortalamaya 15,10 ile “*Fiziksel Aktivite*” boyutunun sahip olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, sağlık bilimleri öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ortalama puan 124,30 (Özcan ve Bozhüyük, 2016: 668), sağlık yüksekokulu öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada 121,75 (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011: 81), hemşirelik yüksekokulu öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada 122,0 (Ayaz vd., 2005: 28), birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelleri üzerinde yapılan bir çalışmada 117,5 (Pasinlioğlu ve Gözüm, 1998: 63) ve yine üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada 125,9 (Karadeniz vd., 2008: 499) olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde, Meksika’da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada çoğunluğun sağlıklı yaşam davranışlarını sergilemediği tespit edilmiştir (Ulla Diez ve Perez-Fortis, 2009: 92). Japonya’da yapılan bir çalışmada SYBD ortalama puanı orta seviyede bulunmuştur (Wei vd., 2012: 222). Adams vd. tarafından 2017 yılında yalnızca kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise SYBD ortalama puanı 131, 45 olarak tespit edilmiştir (Adams vd., 2017: 57).

SYBD puanları cinsiyete göre incelendiğinde kadın katılımcıların ortalama puanının erkek katılımcıların ortalama puanına göre daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni, kültürel yapıdan dolayı olabileceği gibi kadınların sağlık, beslenme gibi konularda erkeklere göre daha sorumlu olmalarından dolayı olabilir. Literatürde benzer sonuçlar olduğu kadar farklı sonuçlar da yer almaktadır. SYBD ortalama puanının kadınlarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar olmakla birlikte (Farokhzadian vd., 2018: 4; Ünal vd., 2007: 105; Suraj ve Singh, 2011: 648; Karadeniz vd., 2008: 499) erkeklerde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar da mevcuttur (Ulla Diez ve Perez-Fortis, 2009: 88; Al-Khawaldeh, 2014: 29).

Yaş aralığına göre SYBD puanları incelendiğinde aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Literatürde yer alan birçok araştırma, yaş ilerledikçe bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığı sonucuna ulaşmıştır (Walker vd., 1988: 78; Ünalın vd., 2007: 107; Cihangiroğlu ve Deveci, 2011: 81). Bunun sebebi, bireylerde yaş ile birlikte sağlık sorumluluğunun da artması, sağlık sorunlarının ortaya çıkmasıyla beslenmeye daha çok özen gösterilmesi, daha stressiz ve stabil bir hayat sürmeleri olabilir.

SYBD ile medeni durum arasındaki ilişki incelendiğinde bekarların ortalama puanı evlilere göre daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlara ulaşan çalışmalara rastlanmaktadır (Sural ve Tamer, 2021: 172; Kolaç vd., 2018: 273; Yanık ve Noğay, 2017: 173).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre SYBD puanları incelendiğinde eğitim seviyesi yükseldikçe SYBD ortalama puanlarının da yükseldiği görölmektedir. Yapılan birçok çalışma incelendiğinde benzer şekilde eğitim seviyesinin SYBD üzerinde etkili olduğu görölmektedir (Esin, 1997: 145; Weitzel, 1989: 102; Kolaç vd., 2018: 270; Lee vd., 2006: 297). Benzer şekilde, yapılan çalışmalarda, eğitim seviyesi düşük olan bireylerde sigara-alkol kullanımı, hareketsiz yaşam gibi sağlığı olumsuz etkileyen davranışların daha çok göröldüğü ifade edilmektedir (Bilir, 2014: 65). Aynı zamanda yine sağlık eğitimi alan katılımcıların da SYBD puanları yüksek olmaktadır. Çünkü bireyler aldıkları bu eğitimler sayesinde sağlık bilinci kazanacak ve bunu davranışlarına yansıtacaktır. Yine eğitim ile birlikte bireylerde özellikle kronik hastalıklar için oldukça önemli olan hastalık yönetimi yeteneği artacaktır. Aynı zamanda sağlık profesyoneli olmak için bir sağlık eğitimi alınmışsa, bu bireylerin sağlık hizmeti vermeye başladıklarında sağlıklı bir toplum oluşmasında etkili olacaktır.

SYBD katılımcıların ekonomik durumuna göre incelendiğinde daha iyi ekonomik güce sahip olan katılımcılarda SYBD ortalama puanının daha yüksek olduğu görölmüştür. Yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde benzer şekilde ekonomik durumun SYBD üzerinde belirleyici olduğu sonucuna ulaştıkları görölmüştür (Ulla Diez ve Perez-Fortis, 2009: 88; Cihangiroğlu ve Deveci, 2011: 81; Arıkan, 2020: 77; Karadeniz vd., 2008: 499). Bu durumun nedenini, ekonomik gücün başta beslenme

olmak üzere bireylerin yaşam şeklini ve standartlarını etkilemesi olarak açıklayabiliriz. Yine bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının var olması kronik hastalıkların tanı, tedavi, bakım gibi sağlık harcamalarında önemli derecede azalma sağlayacağı da ifade edilebilir.

Katılımcıların kronik hastalıklarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kalp ve damar hastalıkları, diyabet, kanser gibi hastalık yükünde önemli yeri olan kronik hastalıklar sigara kullanımı, alkol kullanımı, hareketsizlik, düzensiz beslenme gibi birçok risk faktörü ile ilişkilidir. Bu kronik hastalıklar ancak bu risk faktörlerinin önüne geçerek önlenebilir. Bu sebeple kronik hastalıklarda SYBD kazanılıp sürdürülmesi önemli rol oynamaktadır. Literatürde birçok çalışma kronik hastalıklar açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi üzerinde durmaktadır (Farokhzadian vd., 2018: 1; Aksoy ve Uçar, 2014: 54; Yalçınkaya vd., 2007: 418).

Katılımcıların kendi sağlıklarını değerlendirme düzeyleri çok iyi ve iyi yönünde yükseldikçe SYBD puanlarının da yükseldiği görülmektedir. Bu sonuç şaşırtıcı değildir. Çünkü bir kişi sağlığının ne kadar iyi olduğuna inanırsa onu korumak için o kadar çok çabalayacaktır, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerini daha çok yerine getirecektir. Ünalın vd. tarafından meslek yüksekokulu öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada benzer şekilde sağlık durumunu “mükemmel” olarak belirtenlerde SYBD puanları daha yüksek bulunmuştur (Ünalın vd., 2007: 108). Cihangiroğlu ve Deveci tarafından sağlık yüksekokulu öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin sağlık durumlarını değerlendirme dereceleri “iyi” yönünde yükseldikçe SYBD ölçeği toplam puanlarının da yükseldiği ifade edilmiştir (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011: 82). Yine üniversite öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada da sağlığı algılama durumları arttıkça SYBD ölçeği puanlarının da arttığı tespit edilmiştir (Tuğut ve Bekar, 2008: 23).

Katılımcıların alkol kullanım durumlarına göre SYBD puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Benzer şekilde Ertop vd. tarafından yapılan çalışmada da alkol kullanımı ile SYBD arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (Ertop vd., 2012: 6). Ancak sigara kullanım durumlarına göre SYBD puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ara sıra sigara kullanan ve hiç

kullanmayan katılımcıların SYBD puanları daha yüksek bulunmuştur. Yılmaz vd. tarafından hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada hiç sigara içmeyenlerin beslenme alt grubundan aldıkları puanın yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yılmaz vd., 2013: 264). Chalmers vd. tarafından yapılan bir başka araştırmada sigara içmeyenlerin daha çok sağlıklı yaşam davranışları sergiledikleri tespit edilmiştir (Chalmers vd., 2002: 23). Yine Cihangiroğlu ve Deveci tarafından yapılan araştırmada sigara içenlerin beslenme alt grubu puanlarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011: 82).

Kronik hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite yapma ve sağlıklı beslenme durumlarına göre SYBD puanları incelendiğinde her gün fiziksel aktivite yapan ve her gün sağlıklı beslenen katılımcıların en yüksek ortalama puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Benzer şekilde Yalçınkaya vd. tarafından yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite yapanlarda SYBD puanları daha yüksek bulunmuştur (Yalçınkaya vd., 2007: 418). Düzenli yapılan fiziksel aktivite ve düzenli olarak sağlıklı beslenme doğal olarak sağlık üzerinde olumlu etkiler yaratacaktır.

Katılımcıların TSOY-32 ölçeği indeks puanları ile SYBD-II ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin belirlenmesi için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre $r=0,358$ olarak bulunmuştur. Bu sağlık okuryazarlığı indeks puanları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasında istatistiksel açıdan orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu anlamına gelmektedir. Buna göre kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergileme eğilimlerinin de arttığı söylenebilir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde benzer şekilde sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı ilişki saptandığı görülmüştür (Arıkan, 2020: 78; Soykan, 2020: 64; Tatar, 2020: 72; Yokokawa vd., 2016: 8; Rueda-Medina vd., 2020: 4-5). Fleary vd. tarafından 2018 yılında yapılan meta-analiz çalışmasında incelenen on yedi çalışmadan on üçü sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır (Fleary vd., 2018: 121).

4.1.2. Öneriler

- Bireylerin sağlığını ve yaşam kalitesini arttırmak, özellikle kronik hastalıklar olmak üzere hastalık oluşumunda etkili olan sağlıksız davranışların (sigara-alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme vb.) önüne geçmek ve sağlıklı toplumlar oluşturmak amacıyla sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik eylemler uygulanmalıdır.
- Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için tüm sektörler iş birliği içerisinde olmalıdır.
- Bireylerin eğitim seviyelerinin iyileştirilmesi, hem sağlık eşitsizliklerinin hem de sosyal eşitsizliklerin önüne geçmek için önemli bir önceliktir. Bu araştırma, yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerde hem sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının görülme olasılığının hem de sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığı sonucuna ulaşmıştır. Bu nedenle, düzenli eğitim programları uygulayarak bireylerin sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemeleri ve böylece sağlık okuryazarlık düzeylerinde olumlu gelişmeler yaşanması sağlanabilir.
- Sağlık okuryazarlığı aynı zamanda sağlık profesyonellerinin sağlık bilgilerini anlaşılır ve kolay bir şekilde aktarma yetenekleri ile de ilgilidir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalık düzeyleri artırılmalı ve eğitim programları uygulanmalıdır. Bu şekilde hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki iletişim güçlendirilmelidir.
- Hasta eğitim materyallerinde görselliğin ön planda olmasına ve tıbbi terimlerin daha az kullanılmasına dikkat edilmelidir. Böylece daha anlaşılır olmaları sağlanabilir.
- Özellikle kronik hastalar ve yaşlılar gibi riskli grupta bulunan ve düşük sağlık okuryazarlığa sahip olan bireylere öncelik verilmelidir.
- Öz yönetim konusunda yetersiz kalan kronik hastaların bilgi eksikliğinin doldurulması gerekmektedir.

- Yaşlılık ile birlikte özellikle kronik hastalıklar olmak üzere birçok sağlık sorunu da ortaya çıkmakta ve bu sebeple yaşlılar için sağlık hizmetlerinin kullanımı önemli hale gelmektedir. Bu araştırmada, artan yaş ile birlikte bireylerde daha düşük sağlık okuryazarlık düzeylerinin olduğu görülmüştür. Bu sebeple yaşlıların sağlık ihtiyaçlarının karşılanması konusundaki bilgi eksikliğinin doldurulması gerekmektedir.
- Bu araştırmada, katılımcıların kendi sağlıklarını değerlendirme düzeyleri yükseldikçe hem sağlık okuryazarlığı düzeylerinin hem de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle bireylerin sağlık algılarının geliştirilmesi için uygun yaklaşımlar belirlenmelidir.
- Teknolojinin sağlık sistemindeki rolü dikkate alınarak bireylere doğru ve güvenilir yerlerden bilgiye ulaşma, anlama ve kullanma konusunda eşit fırsatlar yaratılmalıdır.
- İnternet kullanma olasılığı düşük olan bireylerin sağlık bilgi düzeylerinin artırılması amacıyla televizyonda hem konu ile ilgili hem de hastalıklara yönelik eğitici içerikler yer almalıdır. Bu sayede sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi sağlanabilir.
- Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam davranışlarının artırılması amacıyla bu hastalara fiziksel aktivite ve beslenme listeleri verilerek bunlara uymaları sağlanabilir. Sağlıklı yaşam biçimine uygun davranış geliştirmek için kişilere bu konuların önemi anlatılabilir.
- Ergenlik ve gençlik çağlarındaki bireyler çevrenin de etkisiyle sigara-alkol kullanımı, hareketsiz yaşam, sağlıksız beslenme gibi davranışlara yönelebilmektedir. Bu nedenle bireylere çocukluk dönemlerinden itibaren sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması için çalışmalar yürütülmelidir.
- Sigara ve/veya alkol kullananların bu alışkanlıklarından kurtulmaları için onlara özel destek programları uygulanmalı ve takibi yapılmalıdır.

- Sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bunları etkileyen etmenlerin tespiti ile ilgili daha geniş çaplı araştırmalar yapılmalıdır. Bu kapsamda gelecekte, kronik hastalığa sahip bireyler ile kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelenerek karşılaştırılabilir. Yapılan araştırmaları inceleme sırasında daha önce rastlanılmadığı için ilaç üreticilerinin ve eczacıların sağlık okuryazarlığı araştırılabilir ve diğer sektör çalışanları ile karşılaştırılabilir.
- Araştırma kapsamında katılımcılar yalnızca sahip oldukları temel kronik hastalık üzerinden araştırmaya dahil edilmiştir, sonraki araştırmalarda komorbidite hastalıklar açısından da araştırma yapılabilir.
- Türkiye’de sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan bir meta analiz çalışmasına rastlanmamıştır. Bu nedenle konu ile ilgili meta analiz çalışmaları yapılabilir.

KAYNAKÇA

Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G. and Maindal H.T. (2017). Health Literacy is Associated with Health Behaviour and Self-Reported Health: A Large Population-Based Study In Individuals With Cardiovascular Disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(17), 1880-1888.

Abiş, T. ve Yılmaz, F.K. (2020). Yetişkinlerde E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışlar Üzerindeki Etkisi: Kesitsel Bir Çalışma (İstanbul). *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(111), 511-525.

Adams, M.H., Bowden, A.G., Humphrey, D.S. and McAdams, L.B. (2017). Social Support and Health Promotion Lifestyles of Rural Women. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 1(1), 43-65.

Akbulut, Y. (2015). Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları Ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. (Editörler: Filiz Yıldırım ve Alev Keser). *Sağlık Okuryazarlığı*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 113-132.

Akgün, Ş., Öztaş, D. ve Tok, H.H. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 247-256.

Akpınar, N.B. ve Ceran, M. A. (2019). Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 140-152.

Aksoy, T. ve Uçar, H. (2014). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 53-67.

Aksungur, A., Gökteş, B., Önder, Ö.R. ve Cankul, İ.H. (2011). Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 1-12.

Aktaş, H. (2018). Sağlık ve Eğitimi Değerlendirmede Bir Ölçme Aracı; Sağlık Okuryazarlığı. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 1(1), 12-16.

Al-Khawaldeh, O.A. (2014). Health Promoting Lifestyles of Jordanian University Students. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 3(1), 27-31.

Alp, S. (2021). *Sağlık Okuryazarlığı, Öz Kontrol ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

American Medical Association (AMA). (1999). Health Literacy. Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552-557.

Andrus, M.R. and Roth, M.T. (2002). Health Literacy: A Review. *Pharmacotherapy*, 22(3), 282-302.

Angner, E., Miller, M.J., Ray, M.N., Saag, K.G. and Allison, J.J. (2010). Health Literacy and Happiness: A Community-based Study, *Social Indicators Research*, 95(2), 325-338.

Arıkan, A. (2020). *Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Aslantekin, F. ve Yumrutaş M. (2014). Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 327-334.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) (2013). *Consumers, The Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality*. Consultation Paper. Sydney.

Avcı, E. ve Özkan, S. (2020). Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 1(1), 5-13.

Avcı, Y.D. (2016). Kişisel Sağlık Sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 259-266.

Ayaz, S., Tezcan, S. ve Akıncı, F. (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Geliştirme Davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 26-34.

Ayaz-Alkaya, S., Terzi, H., Işık, B., Sönmez, E. (2019). A Healthy Lifestyle Education Programme for Health Literacy and Health-Promoting Behaviours: A Pre-Implementation and Post-Implementation Study. *International Journal of Nursing Practice*, 26(2), 1-8.

Aydemir, T. ve Çetin, Ş. (2019). Kronik Hastalıklar ve Psikososyal Bakım. *Journal of Anatolian Medical Research*, 4(3), 109-115.

Aydın, A. ve Hiçdurmaz, D. (2016). Kişilerarası Duyarlılık ve Hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 45-49.

Bahar, Z. ve Açıl, D. (2014). Sağlık Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(1), 59-67.

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. ve Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.

Baker, D.W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-83.

Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker, R.M., Green, D., Ren, J. and Peel, J. (2004). Health Literacy and Use of Outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees. *Journal of General Internal Medicine*, 19(3), 215-220.

Baker, D.W., Williams, M.V., Parker, R.M., Gazmararian, J.A. and Nurss, J. (1999). Development of a Brief Test to Measure Functional Health Literacy. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 33-42.

Balciođlu, İ. (2005). *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri*. Sempozyum Dizisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi. Yayın No: 47.

Balçık, P.Y., Taşkaya, S. ve Şahin, B. (2014). Sağlık Okur-Yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326.

Barrett, S.E. and Puryear, J.S. (2006). Health Literacy: Improving Quality of Care in Primary Care Settings. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17(4), 690-697.

Bass, P.F., Wilson, J.F. and Griffith, C.H. (2003). A Shortened Instrument for Literacy Screening. *Journal of General Internal Medicine*, 18(12), 1036-1038.

Batterham, R.W., Hawkins, M., Collins, P.A., Buchbinder, R. and Osborne, R.H. (2016). Health Literacy: Applying Current Concepts To Improve Health Services And Reduce Health İnequalities. *Public Health*, 132, 3-12.

Baydaş, A. ve Yalman, F. (2021). Sağlık Hizmetlerinin Etkin Yönetilmesi Açısından Sağlık Okuryazarlık Düzeyi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(22), 791-823.

Beauchamp, A., Buchbinder, R., Dodson, S., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., McPhee, C., Sparkes, L., Hawkins, M. and Osborne, R.H. (2015). Distribution of Health Literacy Strengths and Weaknesses Across Socio-Demographic Groups: A Cross-Sectional Survey Using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 15(678), 1-13.

Bektaş, İ., Kudubeş, A.A., Ayar, D. ve Bektaş, M. (2021). Predicting the Healthy Lifestyle Behaviors of Turkish Adolescents Based on their Health Literacy and Self-Efficacy Levels. *Journal of Pediatric Nursing*, 59, 1-6.

Benson, P.L., Roehlkepartain, E.C. and Rude, S.P. (2003). Spiritual Development in Childhood and Adolescence: Toward a Field of Inquiry. *Applied Developmental Science*, 7(3), 205-213.

Berkman, N.D., Davis, T.C. and McCormack, L. (2010). "Health Literacy: What is it?". *Journal of Health Communication*, (15), 9-19.

Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. and Crotty, K. (2011). . Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.

Bilir, N. (2014). Sağlık Okur-yazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, 12(1), 61-68.

Bilişli, Y. (2019). Medya ve Sağlık Arasındaki Sınırları Keşfetmek: Eleştirel Medya Sağlığı Okuryazarlığı Bağlamında Sağlık Haberlerine Yaklaşım. *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 5(2), 197-219.

Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E. ve Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(1), 13-21.

Boztilki, M. ve Ardiç, E. (2017). Maneviyat ve Sağlık. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(1), 39-45.

Burdbar, F. T., Esmaili, M., and Shafiee, F. S. (2020). Investigating the Relationship Between Health Literacy and Health-Promoting Lifestyle in Youth. *Archives of Pharmacy Practice*, 11(1), 86-91.

Burnham, E. and Peterson, E.B. (2005). Health Information Literacy: A Library Case Study. *Library Trends*, 53(3), 422-433.

Büyüköztürk, Ş. (2020). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum* (28.Basım). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Chalmers, K., Seguire, M. and Brown, J. (2002). Tobacco Use and Baccalaureate Nursing Students: A Study of Their Attitudes, Beliefs and Personal Behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 17-24.

Champion, V.L. and Skinner, C.S. (2008). The Health Belief Model. Karen Glanz, Barbara K. Rimer, and K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education*. San Fransisco: Jossey- Boss, 45-65.

Chang, L.C. (2010). Health Literacy, Self-Reported Status and Health Promoting Behaviours for Adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2), 190-196.

Cho, Y.I., Lee, S.Y.D., Arozullah, A.M. and Crittenden, K.S. (2008). Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization Amongst The Elderly. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1809-1816.

Chu-Ko, F., Chong, M. L., Chung, C. J., Chang, C. C., Liu, H. Y., and Huang, L. C. (2021). Exploring the Factors Related to Adolescent Health Literacy, Health-Promoting Lifestyle Profile, and Health Status. *BMC Public Health*, 21(1), 1-12.

Cihangirođlu, Z. ve Deveci, S.E. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yůksekokulu Őđrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83.

Coşkun, S. and Bebiş, H. (2019). Effects of Health Promotion Courses on Development of Healthy Lifestyle Behaviours and E-Health Literacy in Nursing. *Gůlhane Tıp Dergisi*, 61(2), 52-58.

Çaylan, A., Yayla, K., Őztora, S. ve Dağdeviren, H.N. (2017). Assessing Health Literacy, The Factors Affecting it and Their Relation to Some Health Behaviors Among Adults. *Biomedical Research*, 28(15), 6803-6807.

Çenesiz, E. ve Atak, N. (2007). Tůrkiye’de Sađlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Deđerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bůlteni*, 6(6), 427-434.

Çimen, Z. ve Temel, A.B. (2017). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakůltesi Dergisi*, 33(3), 105-125.

Çopurlar, C.K. ve Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 10(1), 42-47.

Dageforde, L.A. and Cavanaugh, K.L. (2013). Health Literacy: Emerging Evidence and Applications in Kidney Disease Care. *Adv Chronic Kidney Dis.*, 20(4), 311-319.

Dayanıklı, F. (2019). *Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı ve Dijital Okuryazarlık Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi, Düzce.

Değerli, H. ve Tüfekçi, N. (2018). Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 6(15), 467-488.

Değerli, H. ve Yiğit, A. (2020). Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeyinin Belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(27), 573-586.

Deniz, S. (2020). Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi. *İnsan ve İnsan*, 7(24), 84-96.

Erdağ, G.Ç. (2015). Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı. (Editörler: Filiz Yıldırım ve Alev Keser) *Sağlık Okuryazarlığı*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 1-14.

Ergün, S., Sürücüler, H.K., Işık, R. (2019). Ergenlerde e-Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Balıkesir Örneği. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(3), 194-203.

Eroğlu, N. ve Oflaz, N.K. (2017). Türkiye’de Yerleşik Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Genel Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi. *İşletme ve Finans Çalışmaları Dergisi*, 6(2), 44-59.

Ertem, A.A. (2019). *Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Davranışlarıyla İlişkisi (Sağlık Teknikerliği Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma)*. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Ertop, N.G., Yılmaz, A. ve Erdem, Y. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimleri. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 1-7.

Ertuğrul, B. ve Albayrak, S. (2020). Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Belirlemede Kullanılabilecek Bazı Ölçekler. *Sağlık ve Toplum*, 30(2), 16-22.

Eser, U. (2014). Kronik Hastalıklar ve Aile Hekimliği. *Smyrna Tıp Dergisi*, 55-57.

Esin, M.N. (1997). *Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Eyimaya, A.Ö. Özdemir, F., Tezel, A. ve Apay, S.E. (2021). Determining The Healthy Lifestyle Behaviors and e-Health Literacy Levels in Adolescents. *Rev Esc Enferm USP*, 55, 1-7.

Farokhzadian, J., Karami, A. and Forouzi, M.A. (2018). Health-Promoting Behaviors in Nursing Students: Is It Related to Self-Efficacy for Health Practices and Academic Achievement? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 32(3),1-10.

Fleary, S., Heffer, R.W., McKyer, E.L. and Taylor, A. (2013). A Parent-Focused Pilot Intervention to Increase Parent Health Literacy and Healthy Lifestyle Choices for Young Children and Families. *International Scholarly Research Notices*, 1-11.

Fleary, S.A., Joseph, P. and Pappagianopoulos, J. E. (2018). Adolescent Health Literacy and Health Behaviors: A Systematic Review. *Journal of Adolescence*, 62, 116-127.

Frisch, A.L., Camerini, L., Diviani, N. and Schulz, P.J. (2011). Defining And Measuring Health Literacy: How Can We Profit From Other Literacy Domains? *Health Promotion International*, 27(1), 117-126.

Froze, S. and Arif, M.T. (2019). Determinants Of Health Literacy And Healthy Lifestyle Against Metabolic Syndrome Among Major Ethnic Groups Of Sarawak, Malaysia: A Multi-Group Path Analysis. *The Open Public Health Journal*, 12(1), 172-183.

Gaffari-fam, S., Babazadeh, T., Oliaei, S., Behboodi, L. and Daemi, A. (2020). Adherence to a Health Literacy and Healthy Lifestyle with Improved Blood Pressure Control in Iran. *Patient Preference and Adherence*, 14, 499-506.

Gamgam, H. ve Altunkaynak, B. (2021). *SPSS Uygulamalı Regresyon Analizi (Lojistik Regresyon-Eğri Uydurma- Tahmin)* (3.Basım). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Peel, J. ve Baker, D.W. (2003). Health Literacy And Knowledge Of Chronic Disease. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 267-275.

Gözlü, K. (2020). Sağlıkın Sosyal Bir Belirleyicisi: Sağlık Okuryazarlığı. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 137-144.

Gözüm, S. ve Çapık, C. (2014). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-237.

Gül, İ., Yeşiltaş, A. ve Şahin, S. (2019). The Relationship Between Healthy Life Style Behaviors and Health Literacy: A Study On University Students. *Journal of International Health Sciences and Management*, 5(9), 26- 43.

Güner, A.E., Şahin, E., Peksu, S., Şengül, S.K. ve Güngör, M. (2020). Sınıf Öğretmenlerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Belirleme, Bilgi, Tutum, Davranış Değişikliği ve Eğitim İhtiyacını Saptama Çalışması. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 1(1), 69-87.

Güneş, K. ve Şahin, G. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(4), 297-303.

Hacettepe Üniversitesi. (2015). *Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi* (1.Basım). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Harper, R. (2013). *Comprehensive Health Literacy Assessment For College Students*. Doctoral Dissertation, Colorado State University, Colorado.

Hazer, O. ve Ateşoğlu, L. (2019). Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığının Başarılı Yaşlanma Üzerine Etkisi: Ankara İli Örneği. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 5(2), 48-56.

HLS-EU Consortium (2012). *Comparative Report Of Health Literacy In Eight Eu Member States*. The European Health Literacy Survey HLS-EU (Second Extended and Revised Version). The International Consortium of The HLS-EU Project.

Hyman, A., Stewart, K., Jamin, A.M., Lauscher, H.N., Stacy, E., Kasten, G. and Ho, K. (2020). Testing a School-Based Program to Promote Digital Health Literacy and Healthy Lifestyle Behaviours in Intermediate Elementary Students: The Learning for Life Program. *Preventive Medicine Reports*, 19, 1-33.

Ishikawa, H. and Yano, E. (2008). Patient Health Literacy And Participation In The Health-Care Process. *Health Expectations*, 11(2), 113–122.

Jeong, S.H. and Kim, H.K. (2016). Health Literacy And Barriers To Health Information Seeking: A Nationwide Survey In South Korea. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1880-1887.

Johnson, A. (2014). Health literacy, does it make a difference? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 39-45.

Jordan, J.E., Buchbinder, R. and Osborne, R.H. (2010). Conceptualising Health Literacy From The Patient Perspective. *Patient Education and Counseling*, 79(1), 36-42.

Jordan, J.E., Osborne, R.H. and Buchbinder, R. (2011). Critical Appraisal of Health Literacy Indices Revealed Variable Underlying Constructs, Narrow Content and Psychometric Weaknesses. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 366-379.

Kanj, M. and Mitic, W. (2009). 7th Global Conference on Health Promotion. *Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*. October 26-30. Nairobi, Kenya.

Karadeniz, G., Uçum, E.Y., Dedeli, Ö. ve Karaağaç, Ö. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 497-502.

Karagözoğlu, M. (2021). Adolesanlarda Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi, İstanbul.

Kaya, Ş.D. ve Uludağ, A. (2017). Relationship Between the Health and Media Literacy-Sağlık ve Medya Okuryazarlık Arasındaki İlişki. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(22), 194-206.

Kazak, A., Başaran, F., Coşkun, N. ve Karakullukçu, S. (2021). Sağlıkla İlgili Bölümlerde Okuyan Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 10(3), 273-283.

KDTD (Kanıt Dayalı Tıp Derneği). (2013). Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Raporu. *Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi*. Ankara: KDTD, 1-13.

Keçik, M. (2021). Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Tedavisinde İlaç Uyuncu ve Sağlık Okur Yazarlığının Etkisi. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 2(1), 1-11.

Keleher, H. and Hagger, V. (2007). Health Literacy in Primary Health Care. *Australian Journal of Primary Health*, 13(2), 24-30.

Kılıç, S. (2013). Örneklem Yöntemleri. *Journal of Mood Disorders*, 3(1), 44-46.

Kickbusch, I. (2008). Health Literacy: An Essential Skill For The Twenty-First Century. *Health Education*, 108(2), 101-104.

Kickbusch, I.S. (2001). Health Literacy: Addressing The Health And Education Divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289-297.

Kobayashi, L.C., Wardle, J., Wolf, M.S. and von-Wagner, C. (2016). Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 71(3), 445-457.

Koçak, K. (2019). *Adölesanlarda Sağlık Okuryazarlığının Riskli Sağlık Davranışları Üzerindeki Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.

Kolaç, N., Balcı, A.S., Şişman, F.N., Ataçer, B.E. ve Dinçer, S. (2018). Fabrika Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Sağlık Algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 267-274.

Kolnik, T.S., Hozjan, D. and Babnik, K. (2017). Health Literacy and Health Related Lifestyle Among Nursing Students. *Pielegniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century*, 16(2), 42-46.

Kudo, N., Yokokawa, H., Fukuda, H., Hisaoka, T., Isonuma, H. and Naito, T. (2016). Analysis of Associations between Health Literacy and Healthy Lifestyle Characteristics among Japanese Outpatients with Lifestyle-related Disorders. *Journal of General and Family Medicine*, 17(4), 299-306.

Kutlu, G. ve Akbulut, Y. (2019). Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Politikalarının Hastaneler Açısından Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(1), 134-145.

Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y. and Paulsen, C. (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Washington: U.S.Department of Education .

Lee, T.W., Ko, I.S. and Lee, K.J. (2006). Health Promotion Behaviors and Quality of Life Among Community-Dwelling Elderly in Korea: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 293-300.

Levin-Zamir, D. and Bertschi, I. (2018). Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1-12.

Levin-Zamir, D. and Peterburg, Y. (2001). Health Literacy in Health Systems: Perspectives on Patient Self-Management in Israel. *Health Promotion International*, 16(1), 87-94.

Levin-Zamir, D., Lemish, D. and Gofin, R. (2011). Media Health Literacy (MHL): Development and Measurement of the Concept Among Adolescents. *Health Education Research*, 26(2), 323-335.

Liu, Y.B., Liu, L., Li, Y.F. and Chen, Y.L. (2015). Relationship Between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(8), 9714-9725.

Madalı, B., Dikmen, D. ve Piyal, B. (2017). Beslenme Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesinde Sağlık Okuryazarlığı Yeterli mi? *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 45(2), 153-160.

Madi, H.H. and Hussain, S.J. (2008). Health Protection and Promotion. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14, 15-22.

Makhija, N. (2002). Spiritual Nursing. *Nursing Journal of India*, 93(6), 129-130.

Malatyalı, İ. ve Biçer, E.B. (2018). Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 17(2), 16-27.

Mancuso, J.M. (2008). Health Literacy: A Concept/Dimensional Analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10(3), 248-255.

Mancuso, J.M. (2009). Assessment And Measurement Of Health Literacy: An Integrative Review Of The Literature. *Nursing and Health Sciences*, 11(1), 77-89.

Mansur, F. ve Şimdi, R.Ü. (2022). Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Arama Davranışı Ve Sağlıklı Yaşam Tarzı Davranışlarına Etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(1), 127-138.

Maville, J.A. and Huerta, C.G. (2013). *Health Promotion in Nursing* (Third Edition). USA: Delmar Cengage Learning.

McCormack, L., Haun J., Sorensen, K. and Valerio, M. (2013). Recommendations for Advancing Health Literacy Measurement. *Journal of Health Communication*, 18, 9-14.

McCray, A.T. (2005). Promoting Health Literacy. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12(2), 152-163.

Morris, N.S., MacLean, C.D. and Littenberg, B. (2013). Change in Health Literacy Over 2 Years in Older Adults With Diabetes. *The Diabetes Educator*, 39(5), 638-646.

Murphy, P.W., Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H. and Decker, B.C. (1993). Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM): A Quick Reading Test For Patients. *Journal of Reading*, 37(2), 124-130.

Murray, T.S. and Shillington, R. (2012). *Understanding the Link Between Literacy, Health Literacy and Health*. Canada: Data Angel.

Naing, L., Winn, T. and Rusli, B.N. (2006). Practical Issues in Calculating the Sample Size for Prevalence Studies. *Archives of Orofacial Sciences*, 1(1), 9-14.

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M. and Kindig, D. A. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington: Institute of Medicine of the National Academies.

Norman, C.D. and Skinner, H.A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e9, 1-10.

Norozi, S., Rezaei, R. and Safa, L. (2017). Mediation Effect of Healthy Lifestyle in the Relationship Between Health Literacy and Rural Women's Health-Related Quality of Life in West Islam Abad Township. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 15(3), 1-30.

Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.

Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.

Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept Of Health Literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.

Nutbeam, D. (2009). Defining And Measuring Health Literacy: What Can We Learn From Literacy Studies? *Int J Public Health*, 54, 303-305.

Onotai, L.O. (2008). A Review Of The İmpact Of The Health Literacy Status Of Patients On Health Outcomes. *The Nigerian Health Journal*, 8(3-4), 32-38.

Osborne, H. (2018). *Health Literacy From A to Z: Health Literacy from A to Z: Practical Ways to Communicate Your Health Message* (Second Edition). USA: Aviva Publishing.

Özcan, S. ve Bozhüyük, A. (2016). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Davranışları. *Cukurova Medical Journal*. 41(4). 664-674.

Özdemir, H., Alper Z., Uncu, Y. and Bilgel, N. (2010). Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477.

Özden, S. (2021). *Çorum İl Merkezinde Lise Son Sınıf Öğrencilerinde E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Seçilmiş Sağlık Davranışları*. Yüksek Lisans Tezi, Hitit Üniversitesi, Çorum.

Özer, Ö., Özmen, S. ve Özkan, O. (2020). Sosyal Medya Kullanımının E-Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin İncelenmesi. *Alanya Akademik Bakış Dergisi*, 4(2), 353-367.

Paasche-Orlow, M.K. and Wolf, M.S. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 19-26.

Padem, H., Göksu, A. ve Konaklı, Z. (2012). *Araştırma Yöntemleri: SPSS Uygulamalı* (1. Basım). Sarajevo: IBU Publications.

Parker, R. (2000). Health Literacy: A Challenge For American Patients And Their Health Care Providers. *Health Promotion International*, 15(4), 277-283.

Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V. and Nurss J.R. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills. *J Gen Intern Med*, 10(10), 537-541.

Pasinlioğlu, T. ve Gözüm, S. (1998). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 60-68.

Pender, N.J. (2011). The Health Promotion Model Manual. <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85350> Erişim: 18.03.2021

Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice* (Seventh Edition). USA: Pearson Publishing.

Pleasant, A. (2014). Advancing Health Literacy Measurement: A Pathway to Better Health and Health System Performance. *Journal of Health Communication*, 19(12), 1481-1496.

Porche, D.J. (2004). *Public and Community Health Nursing Practice: A Population-Based Approach* (First Edition). USA: SAGE.

Rueda-Medina, B., Gomez-Urquiza, J.L., Tapia-Haro, R., Casas-Barragan, A., Aguilar-Ferrandiz, M.E. and Correa-Rodriguez, M. (2020). Assessing Health Science Students' Health Literacy and its Association with Health Behaviours. *Health & Social Care in the Community*, 28(6), 1-6.

Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S. and Goldstein, R. (2013). Growing Awareness of the Importance of Health Literacy in Individuals with COPD. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(1), 72-78.

Samruayruen, K., Kaewkanjanawong, J. and Khamondee, N. (2019). The Relationship Between Health Literacy and Healthy Lifestyle Behavior Among the Elderly in Ban Chom Thong, Mueang, Phitsanulok. *Rajabhat Journal of Sciences, Humanities & Social Sciences*, 20(2), 327-337.

Sarıyar, S. ve Kılıç, H.F. (2019). Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 126-131.

Saygın, E., Tolon, M., Doğan, B. ve Atalay, K.D. (2021). Covid – 19 Pandemi Döneminde E-Sağlık Okuryazarlığının İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 56(3), 1559-1575.

Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G.D. and Bindman, A.B. (2002). Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *JAMA*, 288(4), 475-482.

Sezer, A. (2012). *Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Sezer, C. ve Amarat, M. (2018). Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi İlişkisi Üzerine Bir Çalışma. 2. *Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı*, 11-13 Ekim, Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Yayını, 1811-1813.

Sezgin, D. (2013). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. (Editörler: İnci Çınarlı ve Halime Yücel). *Sağlık İletişimi*. Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayını, 73-92.

Smith, S. and McCaffery, K. (2010). Health Literacy: A Brief Literature Review. Australia: NSW Clinical Excellence Commission.

- Smith, S.K., Dixon, A., Trevena, L., Nutbeam, D. and McCaffery, K.J. (2009). Exploring Patient Involvement in Healthcare Decision Making Across Different Education and Functional Health Literacy Groups. *Social Science & Medicine*, 69(12), 1805-1812.
- Sorensen, K., Broucke, S.V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. and Brand, H. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *Biomed Central (BMC) Public Health*, 12(80), 1-13.
- Sorensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H. (2015). Health Literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Soykan, H. (2020). *Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul.
- Speros, C. (2005). Health Literacy: Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633–640.
- Srof, B.J. and Velsor-Friedrich, B. (2006). Health Promotion in Adolescents: A Review of Pender's Health Promotion Model. *Nursing Science Quarterly*, 19(4), 366-373.
- Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B. and Chavarria, E.A. (2011). eHealth Literacy Among College Students: A Systematic Review With Implications for eHealth Education. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e102, 1-12.
- Suraj, S. and Singh, A. (2011). Study of Sense of Coherence Health Promoting Behaviour in North Indian Students. *Indian Journal of Medical Research*, 134(5), 645-652.

Sural, V. ve Tamer, K. (2021). Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 26(1), 163-180.

Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. (1.Basım). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Şimşek, A. (2012). Araştırma Modelleri. (Editör: Ali Şimşek). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 80-107.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri, Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. Yayın No:1025.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı. <https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/stratejikplan2019-2023pdf.pdf> adresinden 20 Ocak 2021 tarihinde alınmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2015). *Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2021). *Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. Yayın No: 1206.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (2018). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması*, Ankara: Özyurt Matbaacılık.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2008). *Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Ankara: Anıl Matbaacılık.

Taggart, J., Williams, A., Dennis, S., Newall, A., Shortus, T., Zwar, N., Denney-Wilson, E. and Harris, M.F. (2012). A Systematic Review of Interventions in

Primary Care to Improve Health Literacy for Chronic Disease Behavioral Risk Factors. *BMC Family Practice*, 13(49), 1-12.

Tanrıöver, M.D., Yıldırım, H.H., Ready, N.D., Çakır, B., Akalın, H.E. (2014). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması* (1.Basım). Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.

Taş, T.A. ve Akış, N. (2016). Sağlık Okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(3), 119-124.

Tatar, M. (2020). *Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale.

Tekin, P.Ş. (2018). Health Literacy: An Overview of the Medical Secretarial Training in Turkey. *International Journal of Research - Granthaalayah*, 6(9), 79-92.

Tekin, P.Ş. (2019). Tıbbi Sekreterlerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Davranışları: Öğrenci Sekreterler Boyutunda Bir Değerlendirme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 577-598.

The Joint Commission (2007). *“What Did the Doctor Say?:” Improving Health Literacy to Protect Patient Safety*. Washington: The Joint Commission.

Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, K., Jerliu, N., Ramadani, N, Roshi, E. and Brand, H. (2013). Health Literacy and Socioeconomic Characteristics among Older People in Transitional Kosovo. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 3(4), 1646-1658.

Tokuda, Y., Doba, N., Butler, J.P. and Paasche-Orlow, M.K. (2009). Health Literacy and Physical and Psychological Wellbeing in Japanese Adults. *Patient Education and Counseling*, 75(3), 411-417.

Tözün, M. ve Sözmen, M.K. (2014). Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 48-54.

Tuğut, N. ve Bekar, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 17-26.

Tuğut, N., Yılmaz, A. ve Çelik, B.Y. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 103-111.

Turan, N., Özdemir, N.G., Çulha, Y., Aydın, G.Ö., Kaya, H. ve Aştı, T. (2021). The Effect of Undergraduate Nursing Students' e-Health Literacy on Healthy Lifestyle Behaviour. *Global Health Promotion*, 28(3), 6-13.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2022). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> adresinden 22 Nisan 2022 tarihinde alınmıştır.

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2016). *Quick Guide to Health Literacy*. Washington.

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). *National Action Plan to Improve Health Literacy*. Washington.

Uemura, K., Yamada, M. and Okamoto, H. (2021). The Effectiveness of an Active Learning Program in Promoting a Healthy Lifestyle among Older Adults with Low Health Literacy: A Randomized Controlled Trial. *Gerontology*, 67(1), 25-35.

Uğurlu, Z. ve Akgün, H.S. (2019). Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 12(1), 96-106.

Ulla Diez, S.M. and Perez-Fortis, A. (2009). Socio-Demographic Predictors of Health Behaviors in Mexican College Students. *Health Promotion International*, 25(1), 85-93.

Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A. ve Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 101-109.

Ürgün, S. ve Yıldırım, F. (2020). The Importance of the Health Literacy Interventions From Social Work Perspective. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(1), 203-217.

von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A. and Wardle, J. (2007). Functional Health Literacy and Health-Promoting Behaviour in a National Sample of British Adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(12), 1086-1090.

Vozikis, A., Drivas, K. and Milioris, K. (2014). Health Literacy Among University Students in Greece: Determinants and Association With Self-Perceived Health, Health Behaviours and Health Risks. *Archives of Public Health*, 72(15), 1-6.

Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R. ve Pender, N. J. (1988). Health-Promoting Life Styles of Older Adults: Comparisons With Young and Middle-Aged Adults, Correlates and Patterns. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 76-90.

Walker, S.N., Sechrist, K.R. and Pender, N.J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.

Wei, C.N., Harada, K., Ueda, K., Fukumoto, K., Minamoto, K. and Ueda, A. (2012). Assessment of Health-Promoting Lifestyle Profile in Japanese University Students. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 17(3), 222-227.

Weiss, B.D., Mays, M.Z., Martz, W., Castro, K.M., Dewalt, D.A., Pignone, M.P., Mockbee, J. and Hale, F.A. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.

Weitzel, M.H. (1989). A Test of The Health Promotion Model With Blue Collar Workers. *Nursing Research*, 38(2), 99-104.

Williams, M.V., Baker, D.W., Parker, R.M. and Nurss J.R. (1998). Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease. A Study of Patients With Hypertension and Diabetes. *Arch Intern Med.*, 158(2), 166-172.

Williams, M.V., Davis, T., Parker, R.M. and Weiss B.D. (2002). The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. *Family Medicine*, 34(5), 383-389.

Wittink, H. and Oosterhaven, J. (2018). Patient Education And Health Literacy. *Musculoskeletal Science and Practice*, 38, 120-127.

World Health Organization (WHO) (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO) (2014). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO) (2017). *Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe (2013). *Health Literacy The Solid Facts*. Copenhagen: WHO.

World Health Organization (WHO). (2018). *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2021). *Noncommunicable Diseases*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> adresinden 10 Ağustos 2021 tarihinde alınmıştır.

Yalman, F. and Yaşar, M.E. (2021). Relationships Between Health Literacy, Healthy Life Style And Rational Drug Use. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 28, 292-307.

Yanık, A. ve Noğay, N.H. (2017). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 22(4), 167-176.

Yıldız, D. ve Uzunsakal, E. (2018). Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 14-28.

Yılmaz, M. ve Tiraki, Z. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-147.

Yılmaz, S. ve Günal, A.M. (2020). Bir Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 547-560.

Yılmazel, G., Çetinkaya, F. ve Naçar, M. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlığı Geliştirme Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 261-270.

Yılmazel, G.ve Çetinkaya, F. (2016). Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 69-74.

Yokokawa, H., Fukuda, H., Fujibayashi, K., Yuasa, M., Okamoto, A., Taneda, Y. Tani, M. Sugimoto, K., Hisaoka, T. and Naito, T. (2019). Examining Health Literacy and Healthy Lifestyle Characteristics as Associated With Glycemic Control Among Community-Dwelling Japanese People. *Diabetes Management*, 9(1), 39-47.

Yokokawa, H., Fukuda, H., Yuasa, M., Sanada, H., Hisaoka, T. and Naito, T. (2016). Association Between Health Literacy and Metabolic Syndrome or Healthy Lifestyle Characteristics Among Community-Dwelling Japanese People. *Diabetol Metab Syndr*, 8(30), 1-9.

Yokokawa, H., Yuasa, M., Sanada, H., Hisaoka, T. and Fukuda, H. (2015). Age- and Sex-Specific Impact of Health Literacy on Healthy Lifestyle Characteristics among Japanese Residents in a Rural Community. *Health*, 7(6), 679-688.

Yulu, N. (2020). *Ergenlerin Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı, Tutumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Yüce, N. (2021). *Kalp Yetmezliği Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Davranışları ve Öz Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Yükseköğretim Kurulu (2022). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden 12 Mart 2022 tarihinde alınmıştır.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A. and Greer, D.S. (2005). Understanding Health Literacy: An Expanded Model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A.F. and Greer, D.S. (2006). *Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action* (First Edition). San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Zaybak, A. ve Fadıloğlu, Ç. (2014). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 20(1), 77-95.

Zhang, F., Or, P.P.L. and Chung, J.W.Y. (2021). How Different Health Literacy Dimensions Influences Health and Well-Being Among Men and Women: The Mediating Role of Health Behaviours. *Health Expectations*, 24(2), 617-627.

EKLER**Ek 1: Araştırma İzin Belgesi**

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.03.2021-24424



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu

Sayı : E-78187535-300-24424
Konu : Etik Kurul İzni-Emine YALÇIN

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTUSUNE

İlgi : 02.03.2021 tarihli ve E-57345088-300-20278 sayılı yazı,

Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitümüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emine YALÇIN'ın, "Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Yaşam Davranışları İlişkisi" tez çalışması kapsamında İstanbul Üsküdar İlçesinde uygulamak istediği anket araştırma ölçeği Etik Kurulumuzca incelenmiş olup ilgili çalışmanın araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olmak koşulu ile uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna; Kurulumuzca alınan 12.03.2021 tarihli ve 2021/67 sayılı karar ekte gönderilmekte olup anılan kararın Emine YALÇIN'a tebliğ edilmesi hususunda;
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Metin POLAT
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu
Birim Sorumlusu

Ek:Kurul Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu *HEB4KH2N1* Pin Kodu :55891 Belge Takip Adresi : <http://www.turkiye.gov.tr/duzce-universitesi-ebyn?V=HEB4KH2N1>
Adres:Konaklıp Yerleşkesi 81620 Merkez/DÜZCE
Telefon:0380 542 11 00 Faks:0 380) 542 11 03
e-Posta:genelgi@duzce.edu.tr Web:www.duzce.edu.tr
Kep Adresi:duzceunivresitisi@ha01.kep.tr

Belgi için: Gözden Geçir
Uzvan: Bilgiyaar İletmeni
Tel No: 1054



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 2: Anket Formu

Bölüm 1: Demografik Bilgiler Formu

1. Cinsiyet:

Kadın Erkek

2. Yaş:

3. Kilo:

4. Medeni Durum:

Evli Bekar

5. Eğitim durumu:

İlkokul ve altı Ortaokul Lise Üniversite ve üstü

6. Ailenin ekonomik durumu:

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

7. Kronik bir hastalığınız var mı? (Son 12 ay içerisinde):

Var Yok

8. Kronik bir hastalığınız var ise nedir?

Kalp ve Damar Hastalıkları Diyabet Obezite
 Kanser Astım Bronşit
 KOAH İnme-Felç Depresyon
 Bel/Boyun Bölge Problemleri Hipertansiyon Diğer

9. Size göre sağlığınız nasıl?:

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

10. Sağlık ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?:

Evet Hayır

11. Sigara kullanıyor musunuz?:

Evet, her gün Evet, ara sıra Hiçbir zaman Bıraktım

12. Alkol kullanıyor musunuz?:

Evet Hayır

13. Fiziksel aktivite yapıyor musunuz?:

Evet, her gün Evet, ara sıra Hiçbir zaman

14. Sağlıklı beslenmeye dikkat ediyor musunuz?:

Evet, her gün Evet, ara sıra Hiçbir zaman

Bölüm 2: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32 (TSOY-32)

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	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 duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					

19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde 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					

Bölüm 3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği

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

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