

T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM
ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

DR. ÖMER ÖZER

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Talat EZMECİ

ERZİNCAN - 2021

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TABLolar LİSTESİ	III
ONAY	V
KISALTMALAR	VI
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Okuryazarlık Nedir?	3
2.2. Sağlık Okuryazarlığı (SOY) Tanımı	3
2.3. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Çerçevesi	4
2.4. Tarihsel Süreç İçerisinde Sağlık Okuryazarlığı	5
2.5. e-Sağlık Okuryazarlığı nedir?	6
2.6. e-Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Çerçevesi	6
2.7. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	8
2.7.1. Sağlık Okuryazarlığının Uluslararası Önemi	9
2.8. Sağlık Okuryazarlığının Çeşitleri	10
2.9. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi	11
2.9.1. REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)	12
2.9.2. TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)	12

2.9.3. WRAT-R3 (The Wide Range Achievement Test) (Geniş Kapsamlı Başarı Testi)	13
2.9.4. LAD (Literacy Assessment for Diabetes) (Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirmesi)	13
2.9.5. MART (Medical Terminology Achievement Reading Test) (Tıbbi Terminoloji Başarı Okuma Testi)	14
2.9.6. SORT-R3 (Slosson Oral Reading Test-Revised 3) (Slosson Sözlü Okuma Testi Revize 3)	14
2.9.7. NVS (Newest Vital Sign) (En Yeni Yaşamsal Bulgu)	14
2.9.8. HLS-EU (Health Literacy Survey-European Union) (Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketi)	15
2.9.9. ASOY-TR	15
2.9.10. TSOY-32	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
4. BULGULAR	20
4.1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri Hakkındaki Veriler	20
4.2. Öğrencilerin TSOY-32 Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi	27
4.3. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin SOY Düzeylerine göre Karşılaştırılması	31
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇLAR	54
7. ÖNERİLER	56
KAYNAKÇA	57
EKLER	1

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. SOY Düzeyi Puan Aralıkları _____	18
Tablo 2. Çalışmaya Katılan Öğrencilere Ait Demografik Bilgiler _____	20
Tablo 3. Çalışmaya Katılan Öğrencilere ve Ailelerine İlişkin Bazı Özellikler _____	21
Tablo 4. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları _____	22
Tablo 5. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Organ Bağışı Hakkındaki Düşüncelerine, Kendilerinde Ve Ailelerinde Kronik Hastalık Olma Durumlarına Göre Dağılımları _____	23
Tablo 6. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Hanede Ve Çevrelerinde Sağlık Çalışanı Olma Durumlarına Göre Dağılımları _____	23
Tablo 7. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin İnternet Erişim Ve Sağlıkla İlgili Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları _____	24
Tablo 8. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Kitap Okuma ve Çeşitli Kültürel Aktivite Durumlarına Göre Dağılımları _____	25
Tablo 9. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Fakülte Ve Sınıf Bilgilerinin Dağılımı _____	26
Tablo 10. TSOY-32 ölçeğine verilen yanıtların dağılımı(%) _____	28
Tablo 11. Ölçek Bileşenlerinin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi _____	30
Tablo 12. Öğrencilerin TSOY-32 Ölçeği Kategorilerine Göre Genel SOY Düzeyleri _____	31
Tablo 13. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet, Medeni Durum ve Çocuk Sahibi Olmalarına Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımları _____	32
Tablo 14. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Anne Ve Baba Eğitim Durumuna Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı _____	33
Tablo 15. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Aile Ve Öğrenci Gelir Düzeylerine Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı _____	34
Tablo 16. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Aile İkamet Yerlerine Ve Hanedeki Kişi Sayılarına Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı _____	34

Tablo 17. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sigara Ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı _____	35
Tablo 18. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Organ Bağışlamayı Düşünme, Kendisinde Ve Ailesinde Kronik Hastalık Varlığı Durumlarına Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı _____	36
Tablo 19. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Hanesinde Ve Çevresinde Sağlık Çalışanı Bulunma Durumlarına Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı _____	37
Tablo 20. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin İnternet Erişim Kolaylığı, Sağlıkla İlişkili Etkinliğe Katılım Ve Sağlıkla İlgili Bir Organizasyonda Gönüllü Çalışma Durumlarına Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı _____	38
Tablo 21. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Kitap Okuma, Tiyatroya Gitme, Sinemaya Gitme, Resim Ve Görsel Sanat Sergisi Gezme, Müze Veya Tarihi Eserleri Gezme Ve Konsere Katılma Durumlarına Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı _____	39
Tablo 22. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Bölümlere Göre SOY Düzeylerinin Dağılımı _____	40
Tablo 23. SOY’u Etkileyen Faktörlere Ait Regresyon Analizi Sonuçları _____	41

ONAY

Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığımız “Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler” konulu tezin araştırma görevlisi Dr. Ömer ÖZER tarafından çalışılmasını uygun görmüştür. Tez konusu Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi etik kurulu tarafından 15.01.2019 tarih ve 37/01 no’lu karar ile görüşülmüş olup uygun bulunmuştur (Ek 1).



KISALTMALAR

SOY: Sağlık okuryazarlığı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TDK: Türk Dil Kurumu

AMA: American Medical Association (Amerikan Tıp Derneği)

IOM: The Institute of Medicine (Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü)

HLS-EU: European Health Literacy Survey (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi)

MYO: Meslek Yüksek Okulu

NALS: The National Adult Literacy Survey (Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması)

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

WRAT-R3 (The Wide Range Achievement Test) (Geniş Kapsamlı Başarı Testi)

LAD: Literacy Assessment for Diabetes (Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirmesi)

MART: Medical Terminology Achievement Reading Test (Tıbbi Terminoloji Başarı Okuma Testi)

SORT-R3: Slosson Oral Reading Test-Revised 3 (Slosson Sözlü Okuma Testi Revize 3)

NVS: Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Bulgu)

HLS-EU: Health Literacy Survey-European Union (Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketi)

ASOY-TR: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32



ÖZET

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler

Sağlık okuryazarlığı bireysel ve toplumsal sağlığın iyileştirilebilmesi için gereken bilgi, beceri ve davranışların bütünü olarak ifade edilebilir. Toplumun her kesiminden insana hitap etmesi ve etkilediği alanlar nedeniyle üzerinde durulması gereken bir kavramdır. Bu çalışma Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Öğrencileri üzerinde sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve etkili diğer faktörleri araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamız kesitsel nitelikte tanımlayıcı bir çalışma olup 358'i erkek 477'si kadın olmak üzere toplamda 835 kişi üzerinde uygulanmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlemek için TSOY-32 testi kullanıldı. Sonuçlar ki-kare, Fisher's exact test ve lojistik regresyon analizleriyle değerlendirildi.

Öğrencilerin genel ortalama sağlık okuryazarlık puanı $33,4 \pm 8,1$ bulundu. Katılımcıların %14,0'ü yetersiz, %34,1'i sınırlı, %37,0' si yeterli ve %14,9'u mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisindeydi. Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin internet erişimi, sağlıkla ilişkili etkinliğe katılım, sağlık organizasyonlarında gönüllü çalışma ve sağlık alanında öğrenim görme durumlarıyla anlamlı ilişkili olduğu bulunurken; cinsiyet, ebeveyn eğitim durumu, gelir düzeyi, aile ikamet yeri, hanedeki kişi sayısı, çevresinde sağlık çalışanı olma, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı, organ bağışlamayı düşünme, kitap okuma ve kültürel faaliyetlerde bulunma gibi durumlarla anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.

Sonuç olarak bu çalışmada üniversite öğrencilerinin toplumun geneline göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri yüksek bulunsa da istenilen seviyede olmadığı tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı üzerine yapılacak çalışmalarla konu hakkında farkındalık oluşturulup sağlık alanıyla beraber birçok parametrenin geliştirilmesine katkı sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, TSOY-32, üniversite öğrencileri

ABSTRACT

Health Literacy Level and its Associated Factors among Erzincan Binali Yıldırım University Students

Health literacy can be defined as knowledge that consists of, skills and behaviors necessary to improve individual and community health. This concept is highlighted concerning its appealing effect to diverse fields and communities. This study was carried out to investigate the health literacy levels and other effective factors on Erzincan Binali Yıldırım University Students.

This research was designed as a cross-sectional, descriptive study and it was conducted on a total of 835 people consisting of 358 male and 477 female participants. Turkish Health Literacy Scale 32 (TSOY-32) was used to determine health literacy. Chi-square, Fisher's exact test and logistic regression analysis were used to examine the survey data.

Overall mean health literacy score of the students was 33.4 (± 8.1). Respectively, 14.0 %, 34.1%, 37.0%, and 14.9% of the participants fell into inadequate, limited, adequate, and excellent health literacy categories. Health literacy levels were significantly associated with an individual's internet accessibility, participation in health-related activities, volunteering in health-related organizations, and receiving education in health. In contrast, gender, parental education and income level, family housing, number of people in the household, having a healthcare professional as a relative, concomitant chronic disease, smoking and alcohol consumption, opinion on organ donation, reading habit, and participation in cultural activities were found as insignificant.

In conclusion, although the health literacy level among university students was higher than the general population, did not reach the desired level. Studies on health literacy can contribute to awareness and the development of the medical field along with many others.

Keywords: Health literacy, TSOY-32, college students

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeryüzünde canlılığın başlamasından bu yana yaşamın devam etmesi tüm canlıların sürekli dinamik halde bulunan kendi iç dengelerinin, yaşadıkları çevrenin yıkıcı etkilerine karşı koyarak hayatta kalmalarıyla mümkün olabilmıştır. Bu sürecin canlının yaşam fonksiyonlarını devam ettirip hayatta kalması ve kendi türünün devamlılığını sağlaması açısından sürdürülebilir olması aslında sağlık fenomeninin de temelini oluşturmaktadır.

Biyolojik açıdan bakıldığında sağlıklı canlı metabolizmasının bütünlüğünün ve devamlılığının sağlanması ve diğer üst bütünlüklerin oluşturulması süreci şeklinde ifade etmek mümkündür (1). DSÖ'nün sağlık tanımı ise; yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halidir şeklindedir (2).

Doğadaki çoğu canlı türü için sağlık kavramı her canlının kendi iç bütünlüğünü sağlaması olarak gözlenebilirken, topluluk halinde yaşayan canlı türlerinde sağlık kavramı türün diğer bireyleriyle de yakından ilişkilidir. Bu durum söz konusu insan olduğunda topluluk halinde yaşama ve iş bölümü yapma zorunluluklarından dolayı daha da karmaşık hale gelebilmektedir. Toplum sağlığının bireyin sağlığı kadar önemli olduğunu da göstermektedir (1).

İnsanın, bulunduğu toplum içerisinde sağlığını devam ettirebilmesi gerekli ve yeterli düzeyde tıbbi bakım alabilmesiyle mümkün olabilmektedir. Ancak sağlıklı desteklemek ve sürdürülebilir hale getirmek için tıbbi bakım tek başına yeterli olmamakta, bunun yanı sıra birtakım sosyoekonomik faktörler de bu duruma katkı sağlamaktadır (3). Bireylerin sağlığı ilerletmek ve devamlılığını sağlamak için ihtiyaç duydukları bilgiye erişme, onu anlama ve hayatlarına tatbik etmeleri kendileri ve içerisinde yaşadıkları toplum açısından önemlidir. Bu gereksinimlerin tümü zaman içerisinde sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramını gündeme getirmiştir (4).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkla ilgili bilinçli kararlar vermek için gereken sağlıkla ilgili bilgileri elde etme, işleme, anlama ve bunlarla ilgili iletişim

kurma derecesi olarak ifade edilebilir. Bilimsel gelişmelerden ve değişen toplumsal şartlardan etkilenebilen sağlık okuryazarlığı, başta sağlık olmak üzere sosyal ve ekonomik alanları da içine alacak biçimde insan faktörü ile ilişkili diğer alanları doğrudan veya dolaylı etkileyebilecek çok boyutlu bir kavramdır (5-7).

Uluslararası platformda son yıllarda SOY kavramının önemi daha iyi anlaşılmakta ve konu üzerinde yapılan çalışmalar artmaktadır. Amerika’ da 2003 yılında 19000’den fazla yetişkinle yapılan Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi araştırmasına göre katılımcıların %14’ ü temel düzeyin altında, %22’ si temel düzeyde, %53’ ü orta düzeyde ve %12’ si yetkin SOY düzeyine sahiptir (8). Benzer şekilde 2009-2012 yılları arasında 8 farklı ülkeyi kapsayan (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya, İspanya) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışmasında %12,4 yetersiz, %35,2 sorunlu, %36,0 yeterli, %16,5 mükemmel SOY düzeyi saptanmıştır (9).

Gelişen teknolojiyle beraber değişen yaşam tarzları, sağlık sorunlarının ülkelerin sınırlarını aşıp küreselleşmesine neden olmaktadır. Bu durum da SOY kavramının önemini artırmakta ve daha geniş bir bakış açısıyla ele alınması gerektiğini göstermektedir (6,7).

Bu çalışma 2019-2020 yılları arasında Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi öğrencilerindeki sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve sağlık okuryazarlığı seviyelerine etki eden ilişkili faktörleri incelemek ve geliştirilmesi adına yapılabilecekleri değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Okuryazarlık Nedir?

Okuryazarlık TDK'nın tanımlamasına göre okuryazar olma durumu şeklinde, okuryazar ise TDK'ya göre “okuması yazması olan öğrenim görmüş kimse” olarak ifade edilmiştir (10).

Quebec Okuryazarlık Merkezi'nin çeşitli faktörleri göz önünde bulundurarak okuryazarlık ile ilgili yapmış olduğu tanımlamada okuryazarlığın kişisel ve kitlesel gelişim için bir kültürün sembol sistemini anlamak, kullanmak olduğunu; bunu uygularken de toplumlar arası değişiklik gösteren bir dizi karmaşık yetenekler bütününe ihtiyaç duyulduğunu belirtir (6).

Okuryazarlık, her ne kadar okuma ve yazma kelimelerini içerse de bunlarla sınırlı kalmayıp okuma yazma eylemleriyle elde edilen bilgiyi zihinsel faaliyetlerle beraber değerlendirmek, anlamak ve kendi hayatına uygulamak olarak açıklanabilir.

Okuryazarlık bilgi çağı olarak nitelendirdiğimiz günümüzde geleneksel, güncel ve yenilikçi çalışmalar bütünü olarak karşımıza çıkmaktadır. Geleneksel anlamda eğitimin hem temel insan hakkı, hem de bireysel ve toplumsal olarak varlığı sürdürme aracı olarak görülmesi okuryazarlığı ve okuryazarlık türlerini ortaya çıkartmıştır. Güncel olarak bilgi birikiminin kullanılması ve ilgili teknolojilerin izlenmesi, yaşamı mümkün kılmakla kalmamış, aynı zamanda yaşama anlam kazandırmıştır. Yenilikçi çalışmalarla herkesin yaşamla en olumlu biçimde bütünleşmesi ve sahip oldukları değerleri geliştirme yolunda uğraşması vurgulanmıştır (11).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı (SOY) Tanımı

Sağlık okuryazarlığı DSÖ'nün tanımlamasında “kişisel yaşam tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek için elde edilmesi gereken bilgi ve beceriler” şeklinde yer alır (12). American Medical Association (AMA) ise sağlık okuryazarlığını sağlık ortamında çalışmak için gereken

temel okuma ve sayısal görevleri yerine getirme becerileri de dâhil olmak üzere ilaç reçeteleri, randevu kartları ve sağlıkla ilgili diğer temel materyalleri okuma ve anlama yeteneği gibi günlük sağlık işlevleri becerilerinin bütünü olarak tanımlamıştır (13). Institute of Medicine (IOM) sağlık okuryazarlığını tanımlarken, bireylerin uygun sağlık kararları almak için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesi olduğunu dile getirmektedir (14). Nutbeam'e göre sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkları ve sağlığın kişisel, sosyal ve çevresel belirleyicileri üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarını sağlayan bir araç olarak ifade edilmektedir (15).

Yapılan daha yeni tanımlar genellikle sağlık sisteminde bulunmak için gereken belirli becerilere ve sağlık hizmeti sunanlar ile hastaları arasındaki açık iletişimin önemine odaklanmaktadır. Hem sağlık hizmetini verenler hem de hastalar sağlık okuryazarlığında önemli roller oynamaktadır. Sağlık okuryazarlığı için yapılan farklı tanımların sayısı aslında bizlere alanın nasıl geliştiğini göstermektedir (14).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Çerçevesi

Sağlık okuryazarlığı kavramı, sağlık sisteminde etkili bir şekilde işlev görmek ve sağlık bakım bilgileri ışığında hareket edebilmek için gerekli becerilerin bir birleşimini temsil eder (16).

Sağlık okuryazarlığı, bireysel hayat tarzını ve yaşam şartlarını değiştirerek kişisel sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için bir bilgi, kişisel beceri ve güven seviyesine ulaşılması anlamına gelir. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığı, broşürleri okuyabilme ve söylenenleri yapabilmekten daha fazlasıdır. İnsanların sağlık bilgisine erişimini ve bunu etkili bir şekilde kullanma kapasitesini iyileştiren sağlık okuryazarlığı, bireye yetki ve sorumluluk kazandırmak açısından çok önemlidir. Sağlık okuryazarlığının kendisi, okuryazarlığın daha genel düzeylerine bağlıdır. Okuryazarlık durumunun zayıf olması insanların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimini sınırlandırarak ve sağlık okuryazarlığına engel olarak kişilerin sağlığını doğrudan etkileyebilir (17).

Sağlık eğitiminin sağlık okuryazarlığını artırdığı, bunun daha sonra bireyleri, aileleri ve toplumu güçlendirdiği bildirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı, sosyal, çevresel ve politik konuları ele almak için dar çerçeveli sağlık eğitimi kavramının ve bireysel davranış odaklı iletişimin ötesine geçmektedir (18).

Sağlık okuryazarlığı, bireyin okuryazarlık kabiliyetleri ile sağlık bağlamı arasındaki köprüdür. Aynı zamanda bireylerin sağlık bilgilerini ve endişelerini anlamalarını ve iletmelerini sağlayan beceriler de sağlar. Sağlık okuryazarlığının bağlamını oluşturan başlıca kavramlar kültür ve toplum, sağlık sistemi ve eğitim sistemidir. Bu kavramlar aynı zamanda sağlık okuryazarlığını geliştirmek için bünyesinde zorluklarla beraber fırsatları da barındıran müdahale noktaları sunmaktadır (19,20).

2.4. Tarihsel Süreç İçerisinde Sağlık Okuryazarlığı

SOY kavramı 1970'lerde gündeme geldikten itibaren 1990'lı yıllara kadar göz ardı edilmiştir. Bu tarihten sonra konunun önemine binaen ABD başta olmak üzere birçok gelişmiş ülkede SOY hakkında çalışmalar yapılmıştır. 2000'li yıllara gelindiğinde ise SOY kavramının diğer dünya ülkelerinin dikkatlerini üzerinde toplaması, konu ile ilgili yapılan araştırmaların artmasına ve kavram çerçevesinin genişlemeye başlamasına neden olduğu görülmektedir. 2011 yılından bu yana ise yapılan araştırmalar artan bir ivme ile devam etmekte olup diğer dünya ülkelerinin de katılımıyla küresel boyutta sağlığın geliştirilmesine ve insan yaşamına olumlu katkı yapmaktadır (5,21,22).

Sanayileşmiş ülkelerdeki gelişen teknolojiye paralel olarak neredeyse zorunlu hale gelmiş okullaşmanın ve bundan dolayı diğer ülkelere göre fazla olan okuma-yazma oranlarının SOY başta olmak üzere diğer birçok okuryazarlık alanı için de geçerli olduğu, okuma-yazma oranı fazla olan ülkelerin genel okuryazarlık ve SOY oranlarının da yeterli düzeyde olduğu düşüncesi kabul görmekteydi. 1990'lı yıllara kadar geçerliliğini koruyan bu fikir, 1992 yılında ABD'de yapıp 1993 yılında yayımlanan Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması (NALS) sonuçlarıyla birlikte geçerliliğini kaybetmiştir. Araştırma sonuçları okullaşmanın ve okuma-yazma

oranlarının düşük olduğu kesimlerdeki beklenen düşük okuryazarlık seviyelerinin, tam tersine okullaşmanın yüksek olduğu bölgelerde de gözlenebildiğini ortaya koymaktadır (21).

Yazılı (okuma ve anlama yetenekleri) okuryazarlık, aritmetik/sayısal (sayı kullanma becerisi) okuryazarlık ve sözlü (konuşma, telaffuz, dinleme yetenekleri) okuryazarlık sağlık okuryazarlığının temel bileşenleri olarak kabul edilmektedir. Bu bileşenlerden herhangi birinin yetersizliği sağlık okuryazarlığı düzeylerini olumsuz etkilemektedir. Bazı bireyler yeterli yazılı okuryazarlığa sahip olabilmelerine rağmen mevcut sağlık sistemiyle başarılı bir şekilde etkileşime girmek için gereken beceriden yoksundurlar. Genellikle bu kişiler gıda üzerindeki etiketleri yorumlamak, kan şekeri ölçmek, ilaçlara yönelik dozlama talimatlarını takip etmek gibi sayısal bilgilere dayanan sağlıkla ilgili görevleri tam manasıyla yerine getiremezler (23).

2.5. e-Sağlık Okuryazarlığı nedir?

e-Sağlık okuryazarlığı “elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme ve elde edilen bilgileri bir sağlık sorununu ele alma veya çözme konusunda uygulama becerisidir” şeklinde tanımlanmaktadır (24).

2.6. e-Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Çerçevesi

Çağımızda diğer konularda olduğu gibi sağlık alanında da internet ve çeşitli sanal platformlar bilgiye ulaşmak için birer araç olarak kullanılmaktadır. İnterneti sağlık bilgisi elde etmek için kullanmanın zorlukları vardır. Bu tür zorluklara yanıt olarak e-Sağlık okuryazarlığı kavramı geliştirilmiştir. İnternet karmaşıktır ve diğer ağa bağlı araçların kullanımı ile beraber yeni bir dil formu oluşturur. Bunu tam olarak anlamak için yeni bir beceriler bütününe ihtiyaç vardır. e-Sağlık okuryazarlığı tanımı, eylem açısından çerçevelenmiştir. Çünkü kişi eğer bir sağlık problemi hakkında bilgi arıyorsa, sadece bilgi için değil, bir sağlık problemini çözmek için yapabileceği eylemleri de arar (24,25).

Bloglar, forumlar, “wiki”ler gibi çeşitli güncel web teknolojileri, yeterli deneyim ve bilgi düzeyine sahip olmayan kişilerin çevrimiçi bilgi yayınlamasına

olanak tanır. Bu da internette bulunan sağlık bilgileri de dâhil olmak üzere bilgi miktarının her zamankinden daha hızlı ve daha çeşitli kaynaklardan geldiği anlamına gelir. Ne yazık ki, bu bilgilerin güvenilirliğini izlemek ve değerlendirmek için genel bir mekanizma yoktur, bu da halka e-sağlık okuryazarlık becerileri kazandırmayı özellikle önemli kılmaktadır (25).

e-Sağlık (sağlık iletişimi ve hizmetleri sağlamak için İnternet ve telekomünikasyon teknolojisini kullanma) okuryazarlığı sadece bir bireyin okuryazar olup olmadığının statik ve nesnel bir değerlendirmesi değil, teknolojinin ve iletişim araçlarının gelişimiyle birlikte kendini sürekli yenileyen bir öğrenme sürecidir. Bu nedenle teknoloji değiştikçe e-Sağlık okuryazarlığı seviyeleri sürekli değişecektir. Okuryazarlık becerileri, uygulandıkları ortamla ilgilidir. Bu beceriler öğretilebilir, ancak sürekli iyileştirme ve güncelleme gerektirir (25).

Gelişen teknolojiyle birlikte değişen koşullar sağlık alanındaki bilgilere erişimi kolaylaştırmanın yanında bu bilgilerin hızlı ve etkin bir biçimde değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Ulaşılan ve yerinde kullanılan sağlık bilgisi kişilerin hastalıkları tanıma, korunmak için gerekli önlemleri alma, tedavi ve karar süreçlerinde etkin rol oynama ve bu süreçlere uyum sağlama gibi hayati önem taşıyan fonksiyonları uygulayabilmede son derece yararlı olmaktadır. İletişimin arttığı haber, bilgi akışının yüksek miktarlarda ve çok hızlı gerçekleştiği, sağlık alanındaki güncel veriyi takip etmenin hayati derecede önem kazandığı günümüz dünyasında akıllı telefon uygulamaları, web siteleri, forum sayfaları gibi sağlık bilgi teknolojisi uygulamalarının özellikle son yıllarda artan bir hızla geliştirilip çeşitlendirilmesi sağlık okuryazarlığı ve e- sağlık okuryazarlığı için son derece önemlidir. Bilgiye ulaşımın çok daha kolay hale gelmesi her ne kadar beraberinde bilgi karmaşası yaratsa da insanların bireysel ve kitlesel olarak farkındalık düzeylerinin artmasını, kendi sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olup korunma ve tedavi süreçlerine daha bilinçli yaklaşımlarını sağlamıştır (26,27).

2.7. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Bir toplumda sağlık okuryazarlığı geliştirmek, sağlık konusundaki bilgilerin bireye ve topluma iletilmesinden daha fazlasını içerir. İnsanların bu bilgiler doğrultusunda yol alabilmeleri için hem bu bilgilere hem de birey ve toplum bazında güven duygusu geliştirmelerine yardımcı olmak ve toplumdaki diğer bireylerle birlikte çalışmalarını için desteklemek gereklidir. Kişisel iletişim biçimlerini doğru, etkili kullanmak ve toplum temelli eğitime yoğunlaşmak topluma yönelik desteklerden birkaçıdır (28).

Eğitim ve okuryazarlık toplumun sağlık seviyesinin belirlenmesinde etkin rol alırlar. Bununla birlikte okuryazarlığın önemli alt başlıklarından olan sağlık okuryazarlığı sosyal ve ekonomik kalkınma için giderek daha önemli hale gelmektedir (6). Bu önemi Dünya'daki çoğu ülkeden erken fark eden Amerika Birleşik Devletleri'nde 1991 yılında yetişkinlerin okuryazarlığının temel becerilerini geliştirmek, ülkedeki tüm yetişkinlerin çalışma ve sosyal yaşamlarında etkili ve işlevsel olabilmeleri için gerekli temel becerileri edinmelerini sağlamak ve yetişkin okuryazarlığı programlarını güçlendirip, koordine etmek çerçevesinde kongre kararı alınmıştır (29).

Sağlık okuryazarlığının son yıllardaki gelişiminin ve üzerinde önemle durularak politika geliştirilmesinin nedenlerinden biri de kişilerin kendi sağlıkları üzerinde daha fazla kontrole sahip olmak istemeleridir (30). Son 25 yılda yapılan çalışmalarda sosyal ve mesleki statü, eğitim ve gelir düzeyi, refah seviyesi gibi sosyal belirteçlerin insan sağlığını uzun yıllar içerisinde etkilediği ve bu etkinin ilerleyen nesiller boyunca da devam edebildiği belirtilmiştir (3).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı sağlık uzmanları ve sağlık otoriteleri tarafından halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmış ve hastane yatış oranlarının yüksek olması, acil servislerin fazlaca kullanımı, uzun iyileşme süreleri, yüksek orandaki hastalık komplikasyonları gibi birtakım sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmiştir (31).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan sağlık okuryazarlığı çalışmalarında, İngilizce konuşan hastaların yaklaşık üçte birinde sağlık okuryazarlığının düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmalar, sınırlı sağlık okuryazarlığı ile sağlık hakkında yeterli bilgiye sahip olmamanın; önleyici hizmetlerin daha az kullanımı, ilaç kullanımlarına daha fazla uymama oranları, daha yüksek hastaneye yatış oranları gibi kötü sağlık sonuçlarıyla arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (32).

Morrison'un 1990 yılındaki çalışmasına göre hastaya, uygun kişisel bakım bilgilerinin iletilmesinin ve bu konuda bilgilendirilmesinin sağlık hizmetlerinin kullanımını %7 – 17 oranında azaltabileceği gösterilmiştir (33).

Clark ve arkadaşlarının 1991 yılındaki çalışmasına göre bireyin; semptomları tanımak ve bunlara göre hareket etmek, ilacı doğru kullanmak, acil durumları yönetmek, diyet ve egzersiz planlamak, sağlık hizmeti veren kurum ve sağlık personelleriyle etkili bir şekilde etkileşimde bulunmak gibi hem kendini hem de toplumu ilgilendiren durumlarda aldığı karar ve eylemlerin geliştirilmesi için sağlık okuryazarlığının teşvik edilmesi sağlık alanındaki merkezi stratejilerden biridir (33). Bu nedenle toplumun sağlık okuryazarlık seviyesini geliştirmek için eğitim sistemleri ve sağlık sistemleri birlikte uyum içerisinde çalışmalıdırlar (34). Toplumun bilinç düzeyini yükseltmek ve farkındalık oluşturma açısından toplum taramaları ve mobil sağlık hizmetleri sırasında halkın önemli bir kısmına erişilmesi, sağlık okuryazarlığının bileşenlerinden biri olan sağlık eğitiminin verilmesinde etkili bir yöntem teşkil etmektedir. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığı koruyucu hekimlik ile yakından ilgilidir (35).

2.7.1. Sağlık Okuryazarlığının Uluslararası Önemi

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitliği gibi birçok sağlık politikası son zamanlarda sıkça sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı Avrupa Birliği üye devletlerinde sağlık alanındaki birçok politik dokümanda yer almakta ve devletlerin ulusal halk sağlığı hedefleri için önemli bir yer tutmaktadır (36).

Nairobi (2009) ve Şangay (2016) bildirilerinin ardından sağlık okuryazarlığı, çeşitli halk sağlığı politikalarına dâhil olan önemli bir sağlığı geliştirme hedefine dönüşmüştür (37).

Ottawa’da yapılan 1. Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı’nda sağlık gelişimine yönelik sorumluluğun bireyler, topluluk grupları, sağlık çalışanları, sağlık hizmeti veren kurumlar, hükümetler arasında paylaşılması ve bu bileşenlerin sağlık sistemi içerisinde beraber çalışması gerektiğinden bahsetmektedir. Bu da sağlık okuryazarlığının gelişimiyle doğru orantılı olarak gerçekleşebilecek bir sonuçtur (38).

Artan kanıtlar, sağlık okuryazarlığının tedavi, önleme, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili alınan kararlar ve sağlık hizmetleri sonuçları ile ilgili olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda veriler, birçok ülkedeki büyük nüfus oranlarının düşük seviyelerde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının iyileştirilmemesi sağlık politikası oluşturanlar için endişe konusu olmalıdır (39).

2.8. Sağlık Okuryazarlığının Çeşitleri

Temel / fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: Okuma yazma yetisi ile beraber günlük hayatta karşılaşılabilecek durumlara karşı geliştirilen etkin temel becerilerdir. Bilgilendirici broşürlerinin üretimi ve geleneksel hasta eğitimi gibi sağlık sisteminin nasıl kullanılacağına ilişkin olgusal bilgilerin iletilmesine dayanır.

İletişimsel / etkileşimli-interaktif sağlık okuryazarlığı: Sosyal becerilerin yanı sıra günlük aktivitelerde sağlık problemleriyle ilgili etkin rol almak ve yeni bilgileri değişen yaşam koşullarına göre uyarlayabilmek için kullanılabilen gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık yeteneğidir.

Eleştirel-kritik sağlık okuryazarlığı: Sosyal becerilerin yanında çeşitli iletişim araçlarıyla toplanan bilgileri eleştirel olarak analiz edip değerlendirebilmek ve hayatta karşılaşılabilecek çeşitli olaylar ve durumlar üzerinde kontrol sağlamak için kullanılabilen daha gelişmiş bilişsel yeteneklerdir. Bireye dönük bilişsel beceri ve

davranışları desteklemenin yanı sıra topluma yönelik sosyo-ekonomik ve çevresel faktörleri de içine alan politika ve davranışların bütünüdür (28).

Teorik verilerin çoğuna göre eleştirel sağlık okuryazarlığının ortaya çıkabilmesi için kişide okuryazarlık ve dil becerilerinin yanı sıra fonksiyonel ve iletişimsel sağlık okuryazarlığının da bulunması gerektiği belirtilmiştir (40). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı yeterli olan hastalarda bile iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlık seviyesi, birinci basamaktaki sağlık çalışanları başta olmak üzere tüm sağlık personelinin hasta ile olan etkileşiminde belirleyici rol oynamaktadır (41).

Wills' in de makalesinde ifade ettiği “ Bir gıda etiketini okuyabilmek bir şeydir. McDonalds'ın neden bu kadar ucuz, doyurucu ve yaygın olduğunu anlamak başka bir şeydir.” bu durum sağlık okuryazarlığının işlevsel ve eleştirel boyutlarının arasındaki farka dikkati çekmektedir (30).

Günümüzde kitle iletişim araçlarının ve internetin yaygın olarak kullanılmasının da etkisiyle nitelik açısından çokça mevcut ve kolayca erişim imkânı olan sağlık alanındaki enformasyonların hastalar ya da daha geniş bir ifadeyle bireyler tarafından eleştirel bakış açısıyla süzülüp günlük yaşamlarında işlevsel bir şekilde kullanılabilmesi için uygun bir biçimde yorumlanması; sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olmasının yanı sıra medya okuryazarlığının da geliştirilmesiyle mümkün olmaktadır (42).

2.9. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

IOM uzman paneli sağlık okuryazarlığı alanını, konuşma ve dinleme becerileri, kültürel ve kavramsal bilgileri de kapsayacak şekilde içine alan sözlü okuryazarlık, yazma ve okuma becerilerini kapsayan yazılı okuryazarlık ve hesaplama becerilerini içeren sayısal (nicel) okuryazarlık olarak kategorize etmiştir (43).

Sağlık okuryazarlığının ilerleyen zaman içerisinde kapsam bakımından genişlemesi, beraberinde ironik olarak kavramsal ve ölçümsel çerçevede birtakım karışıklıklara ve tartışmalara yol açmıştır. Genel olarak kabul gören merkezi bir

kavram olgusunun ve tanımının olmaması, uzmanların SOY ‘nın nasıl ölçülmesi gerektiği noktasında fikir birliğine ulaşmalarının önüne geçmektedir (43). Ortak bir tanımı ve ölçüm yöntemi olmamasına rağmen sağlık okuryazarlığı ölçme yöntemleriyle sağlık hizmeti veren kişi ve kurumların sağlıkla ilgili bilgileri açık ve anlaşılır bir biçimde iletme yeteneği artırılabilir ve reçete edilen bir tedavi rejiminin başarılı olma şansı önemli ölçüde iyileştirilebilir (44).

Sağlık okuryazarlığını ölçmek için sağlık literatüründe en sık kullanılan araçlar, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini) (REALM) ve The Test of Functional Health Literacy in Adults (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)'dir (TOFHLA). Bunların yanı sıra günümüze kadar ulusal ve uluslararası platformlarda orijinal ve çeviri halinde hazırlanıp uygulanan birçok test de bulunmaktadır (45).

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

Yetişkinlerin tıp alanındaki okuryazarlığını geniş çapta değerlendirmek için tasarlanan REALM, anlama, kelime tanıma ve doğru telaffuzu değerlendirir. Test, okuma yeteneğinin bir aracı olarak onaylanmıştır ve eğitim literatüründeki geleneksel okuma yöntemleriyle yakından ilişkili sözcük tanıma testidir. WRAT (The Wide Range Achievement Test) (Geniş Aralık Başarı Testi) ile korelasyon: $r = 0,88$ 'dir. REALM, hecelerin sayısına, telaffuz zorluğuna ve karmaşıklık sırasına göre düzenlenmiş 66 tıbbi terimin bir listesidir. (Testin kısaltılmış hali olan REALM-R, sadece sekiz tıbbi terim kullanır.) Testi yapmak için, hastalar yapabildikleri tüm terimleri okurlar. Terimlerin doğru telaffuzu not edilmiş ve tablolştırılmıştır. Bu testin uygulanması hızlı ve kolaydır. Minimum eğitim almış personel tarafından uygulanması sadece 2-3 dakika sürmektedir (44 - 46).

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

Bu test, hastaların sağlık sistemi içerisinde karşılaşabilecekleri gerçek materyalleri kullanarak özellikle sağlık okuryazarlığına odaklanmaktadır. Bir

okuduğunu anlama bölümü ve bir sayısal bölümden meydana gelir. Hastaların ilaç alma, kan şekeri izleme, klinik randevuları tutma ve finansal yardım alma yönlerini test etmek için gerçek hastane formlarını ve etiketli reçeteli şişeleri kullanan 17 maddeden oluşmaktadır. TOFHLA REALM' den ayrı olarak hem okuma becerilerini hem de aritmetik yetenekleri değerlendirmektedir. TOFHLA'yı geliştirip doğrularken, araştırmacılar okuduğunu anlama alt testi ile “aritmetik” alt testinin yüksek derecede korelasyonlu olduğunu bulmuşlardır ($r = 0,79$). TOFHLA' nın ayrıca REALM ($r = 0,84$) ve WRAT ($r = 0,74$) ile yüksek derecede korele olduğu belirtilmiştir. Literatürde kısa bir versiyonu olan S-TOFHLA yaygın olarak kullanılmaktadır (44 – 47).

2.9.3. WRAT-R3 (The Wide Range Achievement Test) (Geniş Kapsamlı Başarı Testi)

Bu test temel okuma, heceleme ve aritmetik becerilerini öğrenmek için gerekli kodları ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Üç formun her biri için uygulanması yaklaşık 15 ila 30 dakika sürer. Test, okuma (bağlam ve harfleri ve kelimeleri tanıma ve adlandırma), yazım (sözlü istemlerden harf ve kelime yazma ve kendi adını yazma) ve aritmetik hesaplamalar (sayma, sayı sembollerini okuma ve sözlü problemleri çözme) olmak üzere üç alt bölümden oluşmaktadır. Bu testin genel kullanımları arasında kişilerin yeteneklerini karşılaştırmak, öğrenme yeteneğini belirlemek, iyileştirici programlar sağlamak ve öğretim programlarını planlayıp değerlendirmek yer alır (44,48).

2.9.4. LAD (Literacy Assessment for Diabetes) (Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirmesi)

Zorluk düzeyi giderek artan üç aşamalı kelime listesinden oluşan bir kelime tanıma testidir. Diyabete özgü olup hastaların klinik ziyaretler sırasında ve kişisel bakım talimatlarında karşılaşılabilecekleri terimleri telaffuz etme yeteneğini ölçer. Bu testin uygulanması yaklaşık 3 dakika sürer. Diyabetli yetişkinlerde okuryazarlığı ölçmek için güvenilir ve geçerli bir araçtır. Testin REALM ve WRAT-R3 ile korelasyonu iyidir (44,49).

2.9.5. MART (Medical Terminology Achievement Reading Test) (Tıbbi Terminoloji Başarı Okuma Testi)

Temel tasarım olarak WRAT' ı baz alan bu test, küçük baskı boyutu, kapak tasarımı ve tıbbi terminoloji kullanımı ile reçete etiketine benzeyecek şekilde tasarlanmıştır. Bu unsurların teste dahil edilmesi, uygulayıcıların ve araştırmacıların, metni okuma becerilerini veya yetenek eksikliğini değerlendirmelerini sağlar. MART' ın farklı tasarımı, hastaları diğer okuryazarlık testlerinden daha az ölçüde kaygılandırmaktadır (44,50).

2.9.6. SORT-R3 (Slosson Oral Reading Test-Revised 3) (Slosson Sözlü Okuma Testi Revize 3)

Bu test çocuklar ve yetişkinlerin kelime tanıma düzeylerini hızlı ve etkili bir şekilde belirlemek üzere tasarlanmıştır. Uygulanması nispeten kısa bir testtir, sadece 5 ila 10 dakika sürer ve uygulanması için diğer testlere göre daha az eğitim gerektirir. Test, artan zorluk derecesinde 200 kelimeden oluşur. SORT-R3 bireyin SOY seviyesini belirlemekle beraber esasında tarama aracı olarak kullanılmaktadır (44,51).

2.9.7. NVS (Newest Vital Sign) (En Yeni Yaşamsal Bulgu)

Weiss ve meslektaşları (2005) tarafından geliştirilen bu sağlık okuryazarlığı testinde, ölçüm aracı olarak bir dondurma kutusunun arkasındaki beslenme etiketi kullanılmaktadır. NVS'nin güçlü yanlarından biri, hem metni okuma ve anlama yeteneğini hem de sayıları (aritmetik, işlem yapabilme) test etmesidir. Hastalara beslenme etiketinin basılı bir kopyası verilir ve dördü hesaplama gerektiren altı soru sorulur. NVS'nin diğer okuryazarlık testlerine göre birçok avantajı vardır. NVS'nin kısa soru listesi, çoğu tüketicinin aşına olduğu (veya en azından görsel olarak tanıdığı) bir görselle eşleştirilmesi ve kısa uygulama süresi (yaklaşık 3 dakika) hastanın okuryazarlık becerilerini hızlı bir şekilde ele almaktadır. Kişinin sınava girme kaygısı, dondurma beslenme etiketi olarak günlük hayatta aşına olunan bir öğenin kullanımı vasıtasıyla resmi bir sınav ortamı oluşturulmadan ortadan kaldırılabilir. Bu özelliklerine karşılık Weiss ve meslektaşları tarafından, NVS'nin özgüllüğünün olması gereken optimal düzeyden daha az olduğu ifade edilmektedir (44,52).

2.9.8. HLS-EU (Health Literacy Survey-European Union) (Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketi)

Sağlık okuryazarlığının artan önemi sonucunda Avrupa'yı genel olarak temsil edebilecek, büyük bir veri kaynağı oluşturabilecek geniş kapsamlı bir araştırmaya ihtiyaç duyulmuştur. Bu sebeple 2009-2012 yılları arasında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi gündeme gelmiştir. Proje sekiz AB(Avrupa Birliği) üyesi ülkenin (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya) katılımıyla oluşturulan konsorsiyumla başlatılmıştır. Projede Avrupa insanının sosyo-kültürel özelliklerini dikkate alarak Sorensen ve ark. tarafından oluşturulan HLS-EU (Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketi) katılımcıların sağlık hizmetlerinden faydalanmasını, sağlık davranışlarını, kişisel sağlık durumu ve okuryazarlığın hızlı bir değerlendirmesini yapabilecek, 47 sorudan meydana gelen, içerisinde çok kolay, kolay, zor, ve çok zor seçeneklerini barındıran 4'lü likert tip şeklinde tasarlanmıştır (9).

2.9.9. ASOY-TR

Avrupa SOY ölçeğinin (HLS-EU CONSORTIUM 2012) Türkçe' ye uyarlanmış halidir. Orijinal ölçekteki gibi 3 kavramsal temel (hastalıktan korunma, tedavi, sağlığın geliştirilmesi) üzerine kurulan 47 sorudan meydana gelmiştir. 15 yaş üzeri kişilerin SOY düzeylerinin belirlenmesi amacıyla çok kolay, kolay, zor, çok zor seçeneklerini içeren 4'lü likert tip şeklinde tasarlanmıştır; test sonucunda 47-188 aralığında alınan puan değeri karşılaştırma kolaylığı olması açısından ve ortak kavramlar üzerinden değerlendirilebilmesi için 0-50 puan değerine indirgenebilen ((0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı, (>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı) bir yapıda dizayn edilmiştir (53).

2.9.10. TSOY-32

ASOY-TR'nin tasarımı, puanlaması gibi birçok özelliği korunarak Türkiye şartları göz önüne alınıp kavramsal çerçevesinde değişikliğe gidilmesiyle esas alınan 3 temel kavramdan sağlığın geliştirilmesi ve hastalıktan korunma kavramları

birleştirilerek 2 temel kavramsal çerçeveye (tedavi, hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi) indirgenmiş, bununla birlikte 47 olan madde sayısı 32' ye dūřürülmüřtür. Bu veriler ışığında yeni oluşturulan ölçeğin hem daha hızlı hem de Türkiye' ye özgün olması amaçlanmıştır (53).

řu anda, sağlık okuryazarlığı kavramını tam anlamıyla değerlendirmek için kabul gören altın standart bir yöntem bulunmamakla birlikte, sağlık okuryazarlığı kavramını uygun bir şekilde açıklayabilecek daha etkin ve geniş çaplı tanımlama ve ölçme çalışmaları devam etmektedir (45). Bununla beraber ilerleyen zaman içerisinde, sürekli güncellenen veriler ışığında hali hazırda hastaların ve toplumun sağlık okuryazarlığı düzeylerine odaklanan bir yapıdan sağlık sisteminin ve hizmetlerinin kişilerin farklı sağlık okuryazarlığı ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik sonuç odaklı bir yapıya doğru evrildiği gözlenmektedir (54).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi'nde öğrenim gören üniversite öğrencilerinde 2019 yılı Kasım-Aralık aylarında yapılan tanımlayıcı ve kesitsel nitelikli bir çalışmadır. Bu çalışma için gerekli izinler Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Rektörlüğü'nden alınmıştır (Ek 1, 2). TSOY-32 ölçeği için gerekli izin Prof. Dr. Pınar Okyay'dan alınmıştır.

Araştırmanın evrenini Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi'nde öğrenim gören üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı eğitim-öğretim yılında üniversitedeki toplam öğrenci sayısı 22435'tir. Üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek adına TSOY-32 ölçeği uygulanması gereken örneklem ölçümü hesaplanırken evren hacmi bilindiği durumda geçerli olan örneklem ölçümü hesaplama formülü kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli-mükemmellik oranı %30 olduğu tahmin edilerek %95 güven aralığında ve %3 hata payı ile örneklem büyüklüğü 862 olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı (eksik veya uygun doldurulmamış anket) yaşanabileceği göz önünde bulundurularak, hesaplanan örneklem büyüklüğüne ek olarak yaklaşık %10 oranında fazla öğrenciye anket uygulaması yapılmıştır. Eksik anketler çalışma dışı bırakıldığında 835 öğrenci değerlendirilmeye alınmıştır.

Uygulanan anket formları demografik bilgiler, yakın çevrede veya ailede sağlık çalışanı olma bilgisi, sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı, sağlık durumu ve kültürel faaliyetler gibi soruları içermektedir (Ek 3). Ayrıca öğrencilere sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için kullanılan TSOY-32 ölçeği uygulanmıştır (Ek 4).

TSOY-32 ölçeği Okyay ve arkadaşları tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU)'nin Türkçe'ye uyarlanması ile geliştirilen 32 maddeden oluşan bir ölçektir. Maddelerin her biri 5'li likert tipindedir (Çok kolay, Kolay, Zor, Çok zor ve Fikrim yok). Kategorilerde puanlama 1 ile 4 arasında yapılmıştır (1=çok zor, 2=zor, 3=kolay, 4=çok kolay). İndeks puanı hesaplaması için

kullanılan formül: $\text{İndeks} = (\text{ortalama} - 1) \times (50/3)$ şeklindedir. Bu formülde, ortalama bir kişinin maddelere verdiği yanıtların ortalamasını ifade etmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Hesaplanan bu indeks puanlarına göre sağlık okuryazarlığı dört kategoride sınıflandırılmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. SOY Düzeyi Puan Aralıkları

Puan aralığı	SOY düzeyi
0-25	Yetersiz sağlık okuryazarlığı
>25-33	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı
>33-42	Yeterli sağlık okuryazarlığı
>42-50	Mükemmel sağlık okuryazarlığı

TSOY-32, iki temel boyut alınarak 2X4'lük bir matris şeklinde yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır.

Tedavi ve hizmet alt boyutunun sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma bileşeni 1,4,5,7; sağlıkla ilgili bilgiyi anlama bileşeni 2,8,11,13; sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme bileşeni 3,9,12,15 ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma bileşeni 6,10,14,16'ncı maddelerden oluşmaktadır.

Hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda ise sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma bileşeni 18,20,22,27; sağlıkla ilgili bilgiyi anlama bileşeni 19,21,23,25; sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme bileşeni 24,26,28,32 ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma bileşeni 17,29,30,31'inci maddelerden oluşmaktadır.

Tüm istatistiksel analizlerde IBM SPSS ver. 22 (Armonk, NY: IBM Corp.) paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sunulurken kategorik değişkenlerde sayı (n) ve yüzde (%), yaş ve ölçek puanı gibi sürekli değişkenlerde ise ortalama $\pm$ standart sapma, medyan (minimum-maksimum) değeri kullanıldı. Kategorik değişkenlerin analizinde ki-kare testi uygulandı. Hücrelerde beklenen değeri <5 olan durumlarda Fisher's Exact testi kullanıldı. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri belirlemek adına, tekil analizler sonucunda $p<0,25$ olan durumlarda aday değişken olduğu düşünülen değişkenler ile lojistik regresyon analizi gerçekleştirildi (55). Enter metoduyla modele tüm değişkenler dahil edildikten sonra çoklu regresyon analizinde Forward LR metodu kullanılarak anlamlı değişkenlerden oluşan final modeli oluşturuldu. Tüm istatistiksel testlerde $p<0,05$ olan durumlar anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri Hakkındaki Veriler

Araştırmaya 835 öğrenci katıldı. Öğrencilerin yaş ortalaması $20,71 \pm 2,19$ 'du. Öğrencilerin yaşları 17 ile 50 arasında değişmekte olup %72,1'i 20-24 yaş arasında, %57,1'i kadın, %98,8'i bekâr, %0,8'i çocuk sahibiydi (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Öğrencilere Ait Demografik Bilgiler

Özellik	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yaş		
<20	207	24,8
20-24	602	72,1
25 ve üzeri	26	3,1
Toplam	835	100,0
Cinsiyet		
Erkek	358	42,9
Kadın	477	57,1
Toplam	835	100,0
Medeni Durum		
Evli	10	1,2
Bekâr	825	98,8
Toplam	835	100,0
Çocuk Sahibi Olma		
Evet	7	0,8
Hayır	827	99,2
Toplam	834	100,0

Öğrencilerin %45,4'ünün anne eğitim durumu ilkökul düzeyinde, %25,4'ünün baba eğitim durumu ortaokul seviyesindeydi. Çalışmaya katılan öğrencilerden %46,2'sinin aile gelir düzeyi 2020TL ve altı iken, %58,3'ünün aylık ortalama eline geçen para miktarı 500TL ve altıydı. Öğrencilerin %49,6'sının

aile ikamet yeri il merkezleri iken, %34,0 kadarının hanedeki kişi sayısına 6 ve üzeri olarak yanıt verdikleri görüldü (Tablo 3).

Tablo 3. Çalışmaya Katılan Öğrencilere ve Ailelerine İlişkin Bazı Özellikler

Özellik	Sayı(n)	Yüzde(%)
Anne Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	126	15,1
Okuryazar	59	7,1
İlkokul	379	45,4
Ortaokul	142	17,0
Lise	97	11,6
Üniversite	32	3,8
Toplam	835	100,0
Baba Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	18	2,2
Okuryazar	22	2,6
İlkokul	268	32,1
Ortaokul	212	25,4
Lise	209	25,0
Üniversite	106	12,7
Toplam	835	100,0
Aile Gelir Düzeyi		
2020 TL ve altı	386	46,2
2021-4500	336	40,2
4501 ve üzeri	113	13,5
Toplam	835	100,0
Kişi Gelir Düzeyi		
500 ve altı	487	58,3
501-1000	280	33,5
1001 ve üzeri	68	8,1
Toplam	835	100,0
Aile İkamet Yeri		
İl merkezi	414	49,6
İlçe merkezi	215	25,8
Belde	46	5,5
Köy	159	19,1
Toplam	834	100,0

Özellik	Sayı(n)	Yüzde(%)
Hanedeki Kişi Sayısı		
İki ve daha az	24	2,9
Üç	84	10,1
Dört	220	26,3
Beş	223	26,7
Altı ve üzeri	284	34,0
Toplam	835	100,0

Öğrencilerin %29,2'si sigara kullandığını belirtti. Sigara içenlerin günlük kullanım adedi 1 ile 50 arasında değişiyordu. Sigara içen öğrenciler günlük ortalama $14,7 \pm 9,8$ kadar sigara kullanıyordu. Öğrencilerin %80,4'ü hiç alkol kullanmıyordu (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları

Özellik	Sayı(n)	Yüzde(%)
Sigara Kullanımı		
Evet	244	29,2
Hayır	558	66,8
Bıraktım	33	4,0
Toplam	835	100,0
Alkol Kullanımı		
Ayda 2 kez ve daha fazla	40	4,8
Ayda 1 kez	19	2,3
Yılda birkaç kez	89	10,7
Hiç	671	80,4
Bıraktım	16	1,9
Toplam	835	100,0

Öğrencilerin %60,4'ü organ bağış yapabileceğini belirtti. Öğrencilerin %89,1'i kronik hastalığa sahip olmadığını ifade ederken, %79,3'ü ailesinde herhangi bir kronik hastalığın bulunmadığını belirtti (Tablo 5).

Tablo 5. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Organ Bağışı Hakkındaki Düşüncelerine, Kendilerinde Ve Ailelerinde Kronik Hastalık Olma Durumlarına Göre Dağılımları

Özellik	Sayı(n)	Yüzde(%)
Organ Bağışı		
Evet	504	60,4
Hayır	312	37,4
Bağışladım	19	2,3
Toplam	835	100,0
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	91	10,9
Hayır	744	89,1
Toplam	835	100,0
Ailede Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	173	20,7
Hayır	662	79,3
Toplam	835	100,0

Araştırmaya katılan öğrencilerden %88,1'i hanede sağlık çalışanı olmadığını bildirirken, %65,1'i çevrelerinde sağlık çalışanı olduğunu ifade etti (Tablo 6).

Tablo 6. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Hanede Ve Çevrelerinde Sağlık Çalışanı Olma Durumlarına Göre Dağılımları

Özellik	Sayı(n)	Yüzde(%)
Hanede Sağlık Çalışanı Olma Durumu		
Evet	99	11,9
Hayır	736	88,1
Toplam	835	100,0
Çevrede Sağlık Çalışanı Olma Durumu		
Evet	542	65,1
Hayır	291	34,9
Toplam	833	100,0

Araştırmaya katılan öğrencilerin %87,1'i istediği zaman internete erişiminin mümkün olduğunu belirtti. Öğrencilerden %37,0'sinin son bir yıl içerisinde sağlıkla ilişkili bir etkinliğe katıldığı, %74,2'sinin sağlıkla ilgili bir organizasyonda çalışabileceği saptandı (Tablo 7).

Tablo 7. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin İnternet Erişim Ve Sağlıkla İlgili Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları

Özellik	Sayı(n)	Yüzde(%)
İnternet Erişim		
Evet	727	87,1
Hayır	108	12,9
Toplam	835	100,0
Sağlıkla İlişkili Etkinliğe Katılım		
1 yıldan az oldu	309	37,0
1-5 yıl oldu	221	26,5
5 yıldan fazla oldu	95	11,4
Hiç	210	25,1
Toplam	835	100,0
Sağlıkla İlgili Organizasyonda Gönüllü Çalışma		
Evet	618	74,2
Hayır	215	25,8
Toplam	833	100,0

Katılımcıların %66,0'sı vakit bulduğunda kültürel etkinlik olarak kitap okuduğunu, %15,4'ü tiyatroya gittiğini, %62,0'si sinemaya gittiğini, %12,0'si resim veya görsel sanatlar sergisi gezdiğini, %24,9'u müze veya tarihi eserleri ziyaret ettiğini, %34,4'ü de konsere katıldığını belirtti (Tablo 8).

Tablo 8. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Kitap Okuma ve Çeşitli Kültürel Aktivite Durumlarına Göre Dağılımları

Özellik	Sayı(n)	Yüzde(%)
Kitap Okumak		
Evet	551	66,0
Hayır	284	34,0
Toplam	835	100,0
Tiyatroya Gitmek		
Evet	129	15,4
Hayır	706	84,6
Toplam	835	100,0
Sinemaya Gitmek		
Evet	517	62,0
Hayır	317	38,0
Toplam	834	100,0
Resim, Görsel Sanatlar Sergisi Gezmek		
Evet	100	12,0
Hayır	735	88,0
Toplam	835	100,0
Müze veya Tarihi Eserleri Gezmek		
Evet	208	24,9
Hayır	627	75,1
Toplam	835	100,0
Konsere Katılmak		
Evet	287	34,4
Hayır	548	65,6
Toplam	835	100,0

Araştırmaya katılan öğrencilerin fakültelere göre dağılımlarına bakıldığında il merkezinde bulunanlar arasında ilk üç sırayı %11,4 (n:95) ile Eğitim Fakültesi, %10,3 (n:86) ile Meslek Yüksekokulu (M.Y.O) ve %9,1 (n:76) ile Fen-Edebiyat Fakültesi yer almaktaydı. Katılımcılardan %34,6'sı birinci sınıfta öğrenim görmekte olduğunu belirtti (Tablo 9).

Tablo 9. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Fakülte Ve Sınıf Bilgilerinin Dağılımı

Özellik	Sayı(n)	Yüzde(%)
Fakülte		
Tıp Fakültesi	13	1,6
Diş Hekimliği Fakültesi	9	1,1
Eczacılık Fakültesi	31	3,7
Sağlık Bilimleri Fakültesi	45	5,4
Sağlık Hizmetleri M.Y.O	33	4,0
Hukuk Fakültesi	56	6,7
Eğitim Fakültesi	95	11,4
Fen-Edebiyat Fakültesi	76	9,1
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	57	6,8
İlahiyat Fakültesi	24	2,9
Mühendislik Fakültesi	17	2,0
M.Y.O	86	10,3
Adalet M.Y.O	16	1,9
Ali Cavit Çelebi Sivil	20	2,4
Havacılık Yüksekokulu		
Beden Eğitimi ve Spor	19	2,3
Yüksekokulu		
Turizm ve Otelcilik M.Y.O	56	6,7
İlçe – M.Y.O	182	21,8
Toplam	835	100,0
Sınıf		
1	289	34,6
2	257	30,8
3	150	18,0
4	139	16,6
Toplam	835	100,0

4.2. Öğrencilerin TSOY-32 Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi

Öğrencilerin TSOY-32 ölçeğine verdikleri yanıtlar incelendiğinde tedavi ve hizmet boyutunda 6. Madde olan “bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığıyla randevu almak” %69,9 ile en yüksek oranda “çok kolay”; 15. Madde olan “acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek” %8,7 ile en yüksek oranda “çok zor”; 9. Madde olan “doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek” ile 12. Madde olan “farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek” maddeleri %6,2’şer yüzdeler ile en yüksek oranda “fikrim yok” yanıtı verilen maddelerdir.

Hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunda 28. Madde olan “gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek” %42,5 ile en yüksek oranda “çok kolay”; 30. Madde olan “diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek” %14,6 ile en yüksek oranda “çok zor”; 32. Madde olan “sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak” %12,5 ile en yüksek oranda “fikrim yok” yanıtı verilen maddelerdir.

Katılımcıların “Fikrim yok” yanıt yüzdeleri, %0,4 ile %12,5 arasındadır. Sadece 32. Soruda %12,5 gibi yüksek oran elde edilmiştir. Bu değerden önceki en yüksek ilk yüzde %8,1 ile 30. sorudadır. Tüm diğer yüzdeler %6’in altındadır. Ölçek ile ilgili matris skorları ve toplam skor hesaplanırken “Fikrim yok” yanıtları 0 olarak kabul edildi. TSOY-32 Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10. TSOY-32 ölçeğine verilen yanıtların dağılımı(%)

Tedavi ve Hizmet Boyutu	Çok Kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim yok
1. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	30,2	54,2	12,2	1,7	1,7
2. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	29,3	50,4	13,8	3,0	3,5
3. Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	20,7	49,9	20,5	5,1	3,8
4. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	47,3	38,1	9,5	3,2	1,9
5. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	66,9	26,8	3,1	1,8	1,4
6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	69,9	24,0	4,1	1,6	0,4
7. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	41,0	44,9	10,5	2,2	1,4
8. Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	33,8	44,4	16,4	3,4	2,0
9. Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	21,9	43,9	24,3	3,7	6,2
10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	47,8	40,0	8,1	2,5	1,6
11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	46,5	39,4	9,9	2,2	2,0
12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	25,6	39,8	25,4	3,0	6,2
13. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	33,4	42,3	16,8	3,5	4,0
14. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	35,3	40,0	18,4	4,9	1,4
15. Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	20,5	32,8	32,5	8,7	5,5
16. Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	51,5	38,9	6,1	1,2	2,3

Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu	Çok Kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim yok
17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	27,5	41,4	21,1	7,4	2,6
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	39,8	44,6	9,8	2,0	3,8
19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	41,3	45,6	8,4	1,8	2,9
20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	42,1	41,7	9,5	3,6	3,1
21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	41,7	42,8	9,8	2,9	2,8
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	32,1	45,5	14,3	3,7	4,4
23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	34,7	46,6	10,5	3,4	4,8
24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	24,8	35,7	24,4	11,0	4,1
25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	25,9	38,7	23,5	7,8	4,1
26. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	30,7	46,4	16,3	3,1	3,5
27. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	31,0	43,8	16,9	4,6	3,7
28. Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek	42,5	45,0	8,0	2,6	1,9
29. Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	30,8	35,9	21,0	9,1	3,2
30. Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	18,2	30,4	28,7	14,6	8,1
31. Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	30,2	48,1	15,3	3,4	3,0
32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	19,6	35,6	25,6	6,7	12,5

TSOY-32 Ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmede genel SOY puanı $33,4 \pm 8,1$ olarak bulunmuştur. “Tedavi ve hizmet” boyutunun genel puanı ($34,9 \pm 8,0$), ölçeğin genel puanından yüksekken, “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” boyutunun genel puanı ($32,0 \pm 9,6$), ölçeğin genel puanından düşüktür. “Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma” boyutunun puanı $36,1 \pm 9,0$ olup en yüksek, “sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” boyutunun puanı $29,4 \pm 9,9$ olup en düşüktür (Tablo 11).

Tablo 11. Ölçek Bileşenlerinin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

	Ortalama	SS	Medyan (min.- maks.)
Genel sağlık okuryazarlığı puanı	33,4	8,1	33,3 (1-50)
Tedavi ve hizmet	34,9	8,0	35,4 (2,1-50)
Bilgiye ulaşma	38,0	9,4	37,5(0-50)
Bilgiyi anlama	34,5	10,3	33,3(0-50)
Bilgiyi değerlendirme	28,4	11,2	29,2(0-50)
Bilgiyi kullanma/uygulama	38,8	9,3	41,7(0-50)
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	32,0	9,6	32,3(0-50)
Bilgiye ulaşma	34,3	11,3	33,3(0-50)
Bilgiyi anlama	34,0	10,9	33,3(0-50)
Bilgiyi değerlendirme	30,5	11,5	33,3(0-50)
Bilgiyi kullanma/uygulama	29,3	11,6	29,2(0-50)
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	36,1	9,0	37,5(2,1-50)
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	34,3	9,4	33,3(0-50)
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	29,4	9,9	29,2(0-50)
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	34,0	8,9	33,3(0-50)

Genel SOY puanına göre öğrencilerin %51,9’u yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahipken, “Tedavi ve hizmet” boyutunda bu oran %62,6, “Hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” boyutunda ise %48,1’dir. Benzer değerlendirme için “Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma” boyutunda yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahip kişilerin oranı %69,9 ile en yüksek, “Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” boyutunda ise bu oran %39,6 ile en düşüktür (Tablo 12).

Tablo 12. Öğrencilerin TSOY-32 Ölçeği Kategorilerine Göre Genel SOY Düzeyleri

	Yetersiz sağlık okuryazarlığı		Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı		Yeterli sağlık okuryazarlığı		Mükemmel sağlık okuryazarlığı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Genel	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9
Tedavi ve hizmet	93	11,1	220	26,3	357	42,8	165	19,8
Bilgiye ulaşma	97	11,6	63	7,5	415	49,7	260	31,1
Bilgiyi anlama	187	22,4	96	11,5	376	45,0	176	21,1
Bilgiyi değerlendirme	359	43,0	133	15,9	276	33,1	67	8,0
Bilgiyi kullanma/uygulama	84	10,1	70	8,4	386	46,2	295	35,3
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	195	23,4	239	28,6	277	33,2	124	14,9
Bilgiye ulaşma	186	22,3	109	13,1	348	41,7	192	23,0
Bilgiyi anlama	190	22,8	104	12,5	368	44,1	173	20,7
Bilgiyi değerlendirme	311	37,2	97	11,6	311	37,2	116	13,9
Bilgiyi kullanma /uygulama	333	39,9	129	15,4	288	34,5	85	10,2
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	104	12,5	147	17,6	374	44,8	210	25,1
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	145	17,4	185	22,2	327	39,2	178	21,3
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	288	34,5	217	26,0	251	30,1	79	9,5
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	142	17,0	182	21,8	373	44,7	138	16,5

4.3. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin SOY Düzeylerine göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan öğrencilerin %51,9'unun genel SOY düzeyleri yeterli-mükemmel olarak saptandı. Genel SOY düzeylerinin cinsiyete göre dağılımına baktığımızda yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahip erkeklerin sıklığı %48,4 iken yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahip kadınların sıklığı %54,5 olarak saptandı. Genel SOY kategorilerinin öğrencilerin cinsiyetlerine göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlılık gözlenmedi ($\chi^2 = 4,94$, $p=0,18$). Genel SOY düzeylerinin medeni duruma göre dağılımında ise yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahip evlilerin oranı %60,0 iken yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahip bekârların oranı %51,8 olarak bulundu. Medeni duruma göre SOY kategorilerinin dağılımları

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2 = 0,60$ $p=0,97$). Genel SOY düzeylerinin katılımcıların çocuk sahibi olmalarına göre dağılımına bakıldığında yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahip çocuk sahibi olanların oranı %42,9 iken yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahip çocuk sahibi olmayanların oranı %52,0 olarak tespit edildi. Çocuk sahibi olmaya göre genel SOY kategorilerinin dağılımına baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi ($\chi^2 = 1,07$ $p=0,86$) (Tablo 13).

Tablo 13. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet, Medeni Durum ve Çocuk Sahibi Olmalarına Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımları

	Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet											
Erkek	58	16,2	127	35,5	128	35,8	45	12,6	358	100	$\chi^2=4,94$ p=0,18
Kadın	59	12,4	158	33,1	181	37,9	79	16,6	477	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Medeni Durum											
Evli	1	10,0	3	30,0	4	40,0	2	20,0	10	100	$\chi^2=0,60^*$ p=0,97*
Bekâr	116	14,1	282	34,2	305	37,0	122	14,8	825	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Çocuk Sahibi Olma											
Evet	1	14,3	3	42,9	3	42,9	0	0,0	7	100	$\chi^2=1,07^*$ p=0,86*
Hayır	116	14,0	281	34,0	306	37,0	124	15,0	827	100	
Toplam	117	14,0	284	34,1	309	37,0	124	14,9	834	100	

*Fisher Exact test uygulandı.

Anne eğitim durumuna göre öğrencilerin genel SOY düzeylerine bakıldığında yeterli-mükemmel SOY sıklığının lise mezunu grupta yüksek olup (%60,8), öğrencilerin anne eğitim durumlarına göre genel SOY seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($\chi^2 = 15,24$, $p=0,43$). Katılımcıların baba eğitim durumlarına göre genel SOY düzeyleri incelendiğinde yeterli-mükemmel SOY sıklığının lise mezunu grupta yüksek olup (%55,0), öğrencilerin baba eğitim durumlarına göre genel SOY seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($\chi^2 = 8,41$, $p=0,91$) (Tablo 14).

Tablo 14. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Anne Ve Baba Eğitim Durumuna Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı

	Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Anne Eğitim Durumu											
Okuryazar değil	21	16,7	50	39,7	41	32,5	14	11,1	126	100	$\chi^2=15,24$ $p=0,43$
Okuryazar	9	15,3	23	39,0	20	33,9	7	11,9	59	100	
İlkokul	50	13,2	129	34,0	138	36,4	62	16,4	379	100	
Ortaokul	20	14,1	43	30,3	62	43,7	17	12,0	142	100	
Lise	12	12,4	26	26,8	38	39,2	21	21,6	97	100	
Üniversite	5	15,6	14	43,8	10	31,3	3	9,4	32	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Baba Eğitim Durumu											
Okuryazar değil	3	16,7	7	38,9	6	33,3	2	11,1	18	100	$\chi^2=8,41$ $p=0,91$
Okuryazar	4	18,2	8	36,4	9	40,9	1	4,5	22	100	
İlkokul	34	12,7	95	35,4	101	37,7	38	14,2	268	100	
Ortaokul	34	16,0	74	34,9	79	37,3	25	11,8	212	100	
Lise	27	12,9	67	32,1	77	36,8	38	18,2	209	100	
Üniversite	15	14,2	34	32,1	37	34,9	20	18,9	106	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	

Öğrencilerin aile gelir durumlarına göre genel SOY düzeyleri incelendiğinde yeterli-mükemmel SOY sıklığı aylık 2021-4500TL gelire sahip grupta yüksek (%56,3) olarak tespit edilip, katılımcıların aile gelir düzeyleriyle genel SOY seviyeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamadı ($\chi^2=7,53$, $p=0,27$). Katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre genel SOY seviyelerine bakıldığında yeterli-mükemmel SOY sıklığının aylık geliri 501-1000TL olan grupta yüksek (%53,2) olarak tespit edilip, öğrencilerin aylık gelir düzeyleriyle genel SOY seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi ($\chi^2=8,74$, $p=0,19$) (Tablo 15).

Tablo 15. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Aile Ve Öğrenci Gelir Düzeylerine Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı

	Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Aile Gelir Düzeyi											
2020 TL ve altı	55	14,2	144	37,3	139	36,0	48	12,4	386	100	$\chi^2=7,53$ $p=0,27$
2021-4500 TL	42	12,5	105	31,3	132	39,3	57	17,0	336	100	
4501 ve üzeri	20	17,7	36	31,9	38	33,6	19	16,8	113	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Öğrenci Gelir Düzeyi											
500 TL ve altı	71	14,6	168	34,5	182	37,4	66	13,6	487	100	$\chi^2=8,74$ $p=0,19$
501-1000 TL	31	11,1	100	35,7	104	37,1	45	16,1	280	100	
1001 ve üzeri	15	22,1	17	25,0	23	33,8	13	19,1	68	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	

Aile ikamet yerlerine göre katılımcıların genel SOY düzeyleri incelendiğinde yeterli-mükemmel SOY sıklığının aile ikamet yeri ilçe merkezi olanlarda yüksek (%54,9) olup öğrencilerin aile ikamet yerleriyle genel SOY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi ($\chi^2=8,58$, $p=0,48$). Öğrencilerin hanedeki kişi sayısına göre genel SOY düzeyleri incelendiğinde yeterli-mükemmel SOY sıklığının hanedeki kişi sayısı 5 ve 5'ten az olanlarda yüksek (%52,8) olup katılımcıların hanedeki kişi sayısı ile genel SOY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=1,42$, $p=0,70$) (Tablo 16).

Tablo 16. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Aile İkamet Yerlerine Ve Hanedeki Kişi Sayılarına Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı

	Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Aile İkamet Yeri											
İl merkezi	54	12,8	139	33,6	163	39,4	59	14,3	415	100	$\chi^2=8,58$ p=0,48
İlçe merkezi	28	13,0	69	32,1	83	38,6	35	16,3	215	100	
Belde	5	10,9	20	43,5	14	30,4	7	15,2	46	100	
Köy	30	18,9	57	35,8	49	30,8	23	14,5	159	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Hanedeki Kişi Sayısı											
5 ve altı	74	13,4	186	33,8	204	37,0	87	15,8	551	100	$\chi^2=1,42$ p=0,70
6 ve üzeri	43	15,1	99	34,9	105	37,0	37	13,0	284	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	

Sigara kullanma durumlarına göre öğrencilerin genel SOY düzeylerine bakıldığında sigara kullanmayanların genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%52,3) yüksek olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=4,63$, $p=0,59$). Katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre genel SOY düzeyleri incelendiğinde alkol kullanmayanların genel SOY düzeyi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%53,2) yüksek olduğu saptandı. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=9,65$, $p=0,14$) (Tablo 17).

Tablo 17. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sigara Ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı

	Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sigara											
Evet	37	15,2	82	33,6	97	39,8	28	11,5	244	100	$\chi^2=4,63$ $p=0,59$
Hayır	74	13,3	192	34,4	202	36,2	90	16,1	558	100	
Bıraktım	6	18,2	11	33,3	10	30,3	6	18,2	33	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Alkol											
Evet	27	18,2	51	34,5	45	30,4	25	16,9	148	100	$\chi^2=9,65$ $p=0,14$
Hayır	85	12,7	229	34,1	260	38,7	97	14,5	671	100	
Bıraktım	5	31,3	5	31,3	4	25,0	2	12,5	16	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	

Organ bağışısı durumlarına göre öğrencilerin genel SOY düzeylerine bakıldığında organ bağışısını düşünenlerin genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%54,2) yüksek olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=6,32$, $p=0,39$). Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre genel SOY düzeyleri incelendiğinde kronik hastalığa sahip olanların genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%55,0) olmayanlara göre yüksek olduğu saptandı. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark gözlenmedi ($\chi^2=3,73$, $p=0,29$). Ailede kronik hastalık varlığına göre katılımcıların genel SOY düzeyleri incelendiğinde ailede kronik hastalığı bulunanların genel SOY düzeyi yeterli-

mükemmel olma sıklığının (%54,4) bulunmayanlara göre yüksek olduğu izlendi. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($\chi^2=0,62$, $p=0,89$) (Tablo 18).

Tablo 18. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Organ Bağışlamayı Düşünme, Kendisinde Ve Ailesinde Kronik Hastalık Varlığı Durumlarına Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı

	Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Organ Bağışı											
Evet	61	12,1	170	33,7	191	37,9	82	16,3	504	100	$\chi^2=6,32$ $p=0,39$
Hayır	52	16,7	110	35,3	110	35,3	40	12,8	312	100	
Bağışladım	4	21,1	5	26,3	8	42,1	2	10,5	19	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Kronik Hastalık Varlığı											
Evet	16	17,6	25	27,5	39	42,9	11	12,1	91	100	$\chi^2=3,73$ $p=0,29$
Hayır	101	13,6	260	34,9	270	36,3	113	15,2	744	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Ailede Kronik Hastalık Varlığı											
Evet	23	13,3	56	32,4	66	38,2	28	16,2	173	100	$\chi^2=0,62$ $p=0,89$
Hayır	94	14,2	229	34,6	243	36,7	96	14,5	662	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	

Hanede sağlık çalışanı varlığına göre öğrencilerin genel SOY düzeylerine bakıldığında hanede sağlık çalışanı olanların genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%54,6) olmayanlara göre yüksek olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=1,77$, $p=0,62$). Öğrencilerin yakın çevrelerinde sağlık çalışanı varlığına göre genel SOY düzeylerine bakıldığında yakın çevrelerinde sağlık çalışanı olanların genel SOY düzeyleri yeterli-mükemmel olma sıklığının (%53,2) olmayanlara göre yüksek olduğu gözlemlendi. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=1,30$, $p=0,73$) (Tablo 19).

Tablo 19. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Hanesinde Ve Çevresinde Sağlık Çalışanı Bulunma Durumlarına Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı

Yetersiz			Sorunlu		Yeterli		Mükemmel		Toplam		İstatistik
n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	
Hanede Sağlık Çalışanı											
Evet	14	14,1	31	31,3	35	35,4	19	19,2	99	100	$\chi^2=1,77$ p=0,62
Hayır	103	14,0	254	34,5	274	37,2	105	14,3	736	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Çevrede Sağlık Çalışanı											
Evet	76	14,0	180	32,8	203	37,5	85	15,7	544	100	$\chi^2=1,30$ p=0,73
Hayır	41	14,1	105	36,1	106	36,4	39	13,4	291	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	

Katılımcıların internet erişim durumlarına göre genel SOY düzeylerine bakıldığında internet erişimi olanların genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%53,5) olmayanlara göre yüksek olduğu bulundu. İstatistiksel olarak dağılımları arasında anlamlı fark olduğu izlendi ($\chi^2=18,69$, $p<0,001$). Öğrencilerin sağlıkla ilişkili etkinliğe katılım durumlarına göre genel SOY düzeyleri incelendiğinde son beş yıl içerisinde sağlıkla ilişkili etkinliğe katılanların genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%54,6) yüksek olduğu saptandı. Dağılımlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu görüldü ($\chi^2=11,57$, $p=0,01$). Sağlıkla ilişkili bir organizasyonda gönüllü çalışma durumlarına göre katılımcıların genel SOY düzeylerine bakıldığında sağlıkla ilişkili bir organizasyonda gönüllü çalışmayı düşünenlerin genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%54,3) düşünmeyenlere göre yüksek olduğu bulundu. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi ($\chi^2=10,48$, $p=0,02$) (Tablo 20).

Tablo 20. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin İnternet Erişim Kolaylığı, Sağlıkla İlişkili Etkinliğe Katılım Ve Sağlıkla İlgili Bir Organizasyonda Gönüllü Çalışma Durumlarına Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı

Yetersiz			Sorunlu		Yeterli		Mükemmel		Toplam		İstatistik
n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	
İnternet Erişim											
Evet	89	12,2	249	34,3	272	37,4	117	16,1	727	100	$\chi^2=18,69$ p<0,001
Hayır	28	25,9	36	33,3	37	34,3	7	6,5	108	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Son 5 yıl İçerisinde Sağlıkla İlişkili Etkinliğe Katılım											
Evet	64	12,1	175	33,0	198	37,4	93	17,5	530	100	$\chi^2=11,57$ p=0,01
Hayır	53	17,4	110	36,1	111	36,4	31	10,2	305	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Sağlıkla İlgili Organizasyonda Gönüllü Çalışma											
Evet	80	12,9	203	32,7	232	37,5	105	16,8	620	100	$\chi^2=10,48$ p=0,02
Hayır	37	17,2	82	38,1	77	35,8	19	8,8	215	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	

Öğrencilerin vakit bulduklarında kitap okuma durumlarına göre genel SOY düzeylerine bakıldığında kitap okuyanların genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%52,4) okumayanlara göre yüksek olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=0,34$, p=0,95). Tiyatroya gitme durumlarına göre katılımcıların genel SOY düzeylerine bakıldığında tiyatroya gidenlerin genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%55,8) gitmeyenlere göre yüksek olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark gözlenmedi ($\chi^2=7,18$, p=0,07). Sinemaya gitme durumlarına göre katılımcıların genel SOY düzeylerine bakıldığında sinemaya gidenlerin genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%53,0) gitmeyenlere göre yüksek olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=0,93$, p=0,82). Resim veya görsel sanatlar sergisi gezme durumlarına göre katılımcıların genel SOY düzeylerine bakıldığında resim veya görsel sanatlar sergisi gezmenin istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmadığı görüldü ($\chi^2=3,50$, p=0,32). Öğrencilerin müze veya tarihi eserleri gezme durumlarına göre genel SOY düzeylerine bakıldığında müze veya tarihi eserleri gezenlerde genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%53,4) gezmeyenlere göre yüksek olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=0,29$,

p=0,96). Katılımcıların konsere katılma durumlarına göre genel SOY düzeylerine bakıldığında konsere katılmayanlarda genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%52,2) katılanlara göre yüksek olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmadı ($\chi^2=4,89$, p=0,18) (Tablo 21).

Tablo 21. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Kitap Okuma, Tiyatroya Gitme, Sinemaya Gitme, Resim Ve Görsel Sanat Sergisi Gezme, Müze Veya Tarihi Eserleri Gezme Ve Konsere Katılma Durumlarına Göre Genel SOY Düzeylerinin Dağılımı

	Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kitap Okumak											
Evet	77	14,0	185	33,6	205	37,2	84	15,2	551	100	$\chi^2=0,34$ p=0,95
Hayır	40	14,1	100	35,2	104	36,6	40	14,1	284	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Tiyatroya Gitmek											
Evet	22	17,1	35	27,1	45	34,9	27	20,9	129	100	$\chi^2=7,18$ p=0,07
Hayır	95	13,5	250	35,4	264	37,4	97	13,7	706	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Sinemaya Gitmek											
Evet	69	13,3	175	33,7	194	37,5	80	15,5	518	100	$\chi^2=0,93$ p=0,82
Hayır	48	15,1	110	34,7	115	36,3	44	13,9	317	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Resim, Görsel Sanatlar Sergisi Gezme											
Evet	20	20,0	33	33,0	33	33,0	14	14,0	100	100	$\chi^2=3,50$ p=0,32
Hayır	97	13,2	252	34,3	276	37,6	110	15,0	735	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Müze veya Tarihi Eserleri Gezme											
Evet	29	13,9	68	32,7	79	38,0	32	15,4	208	100	$\chi^2=0,29$ p=0,96
Hayır	88	14,0	217	34,6	230	36,7	92	14,7	627	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	
Konsere Katılmak											
Evet	34	11,8	106	36,9	98	34,1	49	17,1	287	100	$\chi^2=4,89$ p=0,18
Hayır	83	15,1	179	32,7	211	38,5	75	13,7	548	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	

Katılımcıların öğrenim gördükleri bölümlerin SOY düzey dağılımlarına baktığımızda sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin yeterli-mükemmel SOY düzey oranlarının (%61,1) sağlık alanı dışındaki öğrencilere göre yüksek olduğu tespit edildi. Dağılımlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptandı ($\chi^2=23,03$, p<0,001) (Tablo 22).

Tablo 22. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Bölümlere Göre SOY Düzeylerinin Dağılımı

	Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sağlıkla ilişkili olmayan bölümler	108	15,3	243	34,5	265	37,6	88	12,5	704	100	$\chi^2=23,03$ $p<0,001$
Sağlıkla ilişkili bölümler	9	6,9	42	32,1	44	33,6	36	27,5	131	100	
Toplam	117	14,0	285	34,1	309	37,0	124	14,9	835	100	

Genel SOY seviyeleri üzerine etkili faktörleri bulmak amacıyla $p<0,25$ kriteri dikkate alınarak cinsiyet, gelir düzeyi, alkol kullanımı, tiyatro ve konsere katılım, internet erişimi, sağlıkla ilişkili etkinliğe katılım durumu, sağlıkla ilgili organizasyonlarda gönüllü çalışma durumu, sağlık alanındaki bölümde eğitim görme değişkenleriyle model oluşturuldu. Analiz sonrasındaki final modelinde internet erişimi, sağlıkla ilgili organizasyonlarda gönüllü çalışma ve sağlıkla ilişkili bölümde eğitim alma değişkenleri kaldı. Değerlendirmeler sonucunda internet erişimine sahip olmak SOY düzeyinin yeterli-mükemmel olması olasılığını yaklaşık olarak 1,7 kat, sağlıkla ilgili organizasyonlarda gönüllü çalışma durumu yaklaşık 1,5 kat ve sağlık alanındaki bir bölümde öğrenim görmek ise yaklaşık 1,6 kat arttırmaktaydı (Tablo 21.).

Tablo 23. SOY'u Etkileyen Faktörlere Ait Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	p	OR	OR için %95 G.A.		OR*	OR* için %95 G.A.	
			Alt sınır	Üst sınır		Alt sınır	Üst sınır
Cinsiyet (erkek)	0,693	1,062	0,788	1,431	-	-	-
Orta gelir düzeyi (düşük)	0,970	0,994	0,732	1,350	-	-	-
Yüksek gelir düzeyi (düşük)	0,675	1,121	0,658	1,909	-	-	-
Alkol kullanımı (kullanmamak)	0,109	0,745	0,520	1,067	-	-	-
Tiyatro (katılmamak)	0,380	1,198	0,800	1,793	-	-	-
Konser (katılmamak)	0,818	0,965	0,710	1,311	-	-	-
İnternet erişim (olmaması)	0,011	1,728	1,131	2,640	1,686	1,114	2,553
Sağlıkla ilgili etkinlik (katılmamak)	0,558	1,101	0,798	1,517	-	-	-
Sağlıkla ilgili gönüllü çalışma (çalışmamak)	0,026	1,438	1,044	1,981	1,466	1,068	2,011
Sağlıkla ilişkili bölümde okumak (okumamak)	0,032	1,547	1,038	2,305	1,584	1,072	2,340

Regresyon analizinde parantez içerisinde belirtilen durumlar referans alınmıştır.

*Çoklu regresyon sonucunda modelde kalan değişkenlere ait OR değerlerini ifade eder. GA: Güven aralığı OR: Odds Ratio

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve bu düzeylere etki eden faktörler literatür verileriyle kıyaslanmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili bilgi, beceri ve davranışların bütünüdür. Düşük sağlık okuryazarlığının insanların sağlık ve sosyoekonomik durumlarına olan olumsuz etkileri bilinmektedir. Sağlığın geliştirilmesi yönüyle bireylerin içinde yaşadıkları toplum dikkate alınarak sağlık okuryazarlık düzeylerinin tespit edilip sonuçların uygun biçimde değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Bu amaçla Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nden Okyay ve ark. tarafından Türkiye şartları göz önünde bulundurularak uyarlanan TSOY-32 ölçeği birçok araştırmacı tarafından kullanılmıştır (53,56 – 61).

Ölçeğin genel olarak tüm topluma uygulanan çalışmalarda kullanılmasının (56,59,60) yanı sıra, lise ve üniversite gibi daha spesifik gruplar üzerinde uygulanan çalışmalarla da literatürde karşılaşılmaktadır (57, 58, 61).

Bu tez çalışmasında üniversite öğrencilerinde SOY (Sağlık Okuryazarlık) düzeylerini belirlemek için TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı 32) ölçeği kullanıldı (53). Ölçeğin iç tutarlılığı araştırma grubunda test edildi elde edilen verilerin yüksek güvenirlikte olduğu bulundu (Cronbach alfa: 0,907). Literatürde yapılan çalışmalarda ölçeğe ait iç tutarlılık katsayısı toplumda yapılan çalışmada (60) 0,940; üniversite gruplarına yönelik yapılan bağımsız bir çalışmada (57) 0,913 ve lise gruplarında yapılan çalışmada da (58) 0,927 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki ölçek güvenirliği belirtilen tüm çalışmalarla benzer şekilde yüksek güvenirlikte bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin TSOY-32 ölçeğine verdikleri yanıtlar incelendiğinde tedavi ve hizmet boyutunda 6. Madde olan “bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığıyla randevu almak” %69,9 ile en yüksek oranda “çok kolay”; 15. Madde olan “acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek” %8,7 ile en yüksek oranda “çok zor”;

9. Madde olan” doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek” ile 12. Madde olan “farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek” maddeleri %6,2’şer yüzdeler ile en yüksek oranda “fikrim yok” yanıtı verilen maddelerdi.

Hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunda 28. Madde olan “gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek”%42,5 ile en yüksek oranda “çok kolay”; 30. Madde olan “diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek” %14,6 ile en yüksek oranda “çok zor”; 32. Madde olan “sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak” %12,5 ile en yüksek oranda “fikrim yok” yanıtı verilen maddelerdi. Ölçekteki maddelerin çok büyük bir kısmında “fikrim yok” yanıtının %6’yı geçmediği görüldü.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması’ nın sonuçları değerlendirildiğinde tedavi ve hizmet boyutunda 16. Madde olan “gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak” % 38,3 ile en yüksek oranda “çok kolay”; 15. Madde olan “acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek” %14,2 ile en yüksek oranda “çok zor”; 3. Madde olan “sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek” ile 12. Madde olan “farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek” maddeleri %3,5’şer yüzdeler ile en yüksek oranda “fikrim yok” yanıtı verilen maddelerdir. Hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunda 28. Madde olan “gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek” % 33,2 ile en yüksek oranda “çok kolay”; 29. Madde olan “sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek” %21,5 ile en yüksek oranda “çok zor”; 32. Madde olan “sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak” %17,0 yüzdeler ile en yüksek oranda “fikrim yok” yanıtı verilen maddelerdir (53). Ölçekteki 6. ve 30. Maddelerin bu çalışmada 2. en yüksek çok kolay ve 2. en yüksek çok zor yanıtı verilen maddeler olduğu gözlemlendi. Katılımcıların hem “tedavi ve hizmet” boyutunda

hem de “hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi” boyutunda en yüksek oranda “çok zor”, “çok kolay” ve “fikrim yok” şeklinde yanıtladıkları ölçek maddelerinin çalışmamızın sonuçlarıyla benzer olduğu görüldü. Her iki çalışmada da katılımcıların “fikrim yok” yanıtlarının en yüksek oranda verildiği ölçek maddesinin 32. Madde “sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak” olduğu tespit edildi. Bu durum, dinamik bir şekilde değişen sağlık politikalarının sağlıklı birebir ilişkili olmayan kişiler tarafından algılanmasının zor olmasıyla ilişkilendirilebilir. Politika ile ilgili bireylerin bile sağlık politikalarını karmaşık olarak değerlendirdiği tahmin edilmektedir. (62,63)

Çalışmamızda üniversite öğrencilerine uygulanan ölçekten elde edilen ortalama puan $33,4 \pm 8,1$ olarak bulundu. Akpınar toplum üzerinde yaptığı çalışmasında TSOY-32 indeks puan ortalamasını $29,8 \pm 5,4$; Güven hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında katılımcıların ortalama indeks puanını $29,68$; İşler toplum üzerinde yaptığı çalışmasında katılımcıların puan ortalamasını $30,4 \pm 7,8$ ve Kavuncuoğlu toplum üzerinde yaptığı çalışmasında $31,9 \pm 9,5$ olarak bulmuştur (56,59,60,64). Lise düzeyinde yapılan bir çalışmada ise indeks puan ortalaması $29,9 \pm 10,1$ olarak elde edilmiştir (58). Bayazit ve ark. üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada TSOY-32 ölçeğinden elde edilen ortalama puan $35,2 \pm 7,7$ olarak bulunmuştur (61). Arıkan’ın üniversite öğrencilerine uyguladığı çalışmada ise ortalama puan $30,8 \pm 8,0$ olarak sunulmuştur (57). Çalışmamızın sonuçlarının literatür sonuçlarıyla benzer olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızın alt boyutlarından olan “Tedavi ve hizmet” boyutunun puan ortalaması $34,9 \pm 8,0$; “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” boyut puanı $32,0 \pm 9,6$ olarak bulundu. Bayazit ve ark. çalışmasında tedavi ve hizmet alt boyutu ortalama puanı ($35,8 \pm 7,7$) hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu ortalama puanına ($34,5 \pm 8,7$) göre yüksek olduğu tespit edilmiş (61). Kavuncuoğlu toplumda yaptığı çalışmada da benzer şekilde “Tedavi ve hizmet” boyutunun puan ortalamasını ($32,8 \pm 10,6$), “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” boyut puanından ($32,0 \pm 10,5$) daha yüksek bulmuştur (60). Sonuçların araştırmamızın sonuçlarıyla benzer olduğu gözlenmiştir. Buradan yola çıkarak toplumun genel anlamda hastalıkların iyileştirilme süreçlerindeki sağlık bilgisini

anlama, değerlendirme ve gerekli davranışları gösterebilme yetkinliğinin hastalık öncesi döneme kıyasla daha ön planda olduğu söylenebilir (65,66).

Çalışmamızda ölçek indeks puan kategorileri değerlendirildiğinde öğrencilerin %51,9'u yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahipti. Akpınar'ın çalışmasında bu oran %22,7 iken Daşdemir'in çalışmasında %39,9; İşler'in çalışmasında %31,8 ve Güven'in çalışmasında ise yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahip katılımcıların oranı %22,1 olarak saptanmıştı (56 – 59, 64). Çalışmamızın sonuçları literatür sonuçlarıyla kıyaslandığında farklılık göstermektedir. Yukarıda ele alınan çalışmalar lise öğrencileri veya genel toplumda yapıldığı için SOY oranlarının çalışmamıza göre daha düşük olduğu söylenebilir. Arıkan'ın üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada yeterli-mükemmel SOY oranı (%37,9) bizim çalışmamıza göre daha düşük bulunmuştur (57). Bu farklılık çalışmamızdaki sağlıkla ilişkili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin daha yüksek oranda bulunmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda, öğrencilerin cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde, yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahip erkeklerin sıklığı %48,4 iken yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahip kadınların sıklığı %54,5 olarak saptandı. Her iki cinsiyet grubunda yapılan analizlerde istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması'nda yeterli-mükemmel SOY düzeylerine sahip erkeklerin oranı %34,6 kadınların oranı ise %27,6 olarak görülmüştür (67). Cinsiyetler arasında SOY düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bayazit ve ark. çalışmasında erkek öğrencilerde indeks puan ortalamasını $35,2 \pm 7,9$ kız öğrencilerde indeks puan ortalamasını ise $35,2 \pm 7,6$ olarak bulunmuştur (61). Daşdemir'in çalışmasında erkek öğrencilerin %13,4'ü kız öğrencilerin %15,4'ü mükemmel SOY düzeyine sahip olup, aralarında istatistiksel fark bulunamamıştır (58). Kavuncuoğlu'nun çalışmasında genel SOY puanlarına göre mükemmel SOY düzeylerine sahip kadınların oranı (%16,8) erkeklerin oranından (%16,2) yüksek bulunup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (60). Güven'in çalışmasında erkeklerin ortalama

SOY indeks puanı ($26,35 \pm 5,45$) kadınlarınkinden ($31,10 \pm 3,60$) düşük bulunmuştur (64).

Literatürlerde SOY düzeylerinin erkeklerde yüksek olduğunu gösteren çalışmaların (68 - 70) yanında kadınlarda yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (57, 71 – 74).

Çalışmamız Daşdemir, Kavuncuoğlu, Güven, Arıkan, Jovic-Vranes ve ark, Williams ve ark, Gazmararian ve ark, Schillinger ve ark çalışmalarıyla benzerlik göstermekteyken; Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması, Bayazit ve ark, Durusu-Tanrıöver ve ark, Toçi ve ark, Zhang ve ark çalışmalarıyla farklılık göstermektedir. Bu durum araştırma gruplarındaki yaş, eğitim ve sosyokültürel özelliklerin farklılık göstermesiyle açıklanabilir.

Anne ve baba eğitim durumuna göre öğrencilerin genel SOY düzeyleri incelendiğinde, yeterli-mükemmel SOY sıklığının her iki grupta da lise mezunu olanlarda yüksek olup (anne %60,8; baba %55,0), öğrencilerin anne ve baba eğitim durumlarına göre genel SOY seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Daşdemir'in çalışmasında annesi lise mezunu olan öğrencilerin ($31,69 \pm 10,09$) ilkokul mezunu olanlara ($28,45 \pm 9,56$) göre SOY puanları yüksek olarak gözlenmiş ve gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Aynı çalışmada baba eğitim düzeyi üniversite olan grupta SOY puanları ($31,33 \pm 9,75$) diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. SOY puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (58). Çalışmamızın sonuçları Daşdemir'in çalışmasıyla uyumluk göstermektedir.

Çalışmamızda, öğrencilerin aile gelir durumlarına göre genel SOY düzeyleri incelendiğinde, yeterli-mükemmel SOY sıklığı aylık 2021-4500TL gelire sahip grupta yüksek (%56,3) olarak tespit edilip, katılımcıların aile gelir düzeyleriyle genel SOY seviyeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Ailelerinden bağımsız olarak öğrencilerin aylık gelir düzeylerine göre genel SOY seviyelerine bakıldığında, yeterli-mükemmel SOY sıklığının aylık geliri 501-1000TL olan grupta

yüksek (%53,2) olarak tespit edildi. Öğrencilerin aylık gelir düzeyleriyle genel SOY seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması'nda hane halkı gelirinin ihtiyaçları karşılama yeterliliği arttıkça SOY düzeylerinin de anlamlı şekilde arttığı bulunmuştur (67). Çin'de yapılan çalışmada (75) ve Güven'in çalışmasında (64) gelir düzeyi arttıkça SOY seviyelerinin arttığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Arıkan, Duman, Nacar, Bayezit ve ark. araştırmalarında da aile ve katılımcıların gelir düzeyleri arttıkça SOY seviyelerinin arttığı tespit edilmiş olup istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunamamıştır. (57,61,76,77). Araştırmamızın sonuçları mevcut çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Aile ikamet yerlerine göre katılımcıların SOY düzeyleri incelendiğinde yeterli-mükemmel SOY sıklığının aile ikamet yeri kentsel bölgelerde olanlarda aile ikamet yeri kırsal kesimde olanlara göre yüksek olup öğrencilerin aile ikamet yerleriyle genel SOY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi.

Türkiye SOY Araştırmasına (2014) göre genel sağlık okuryazarlığı indeksi kent ortalaması $30,7 \pm 0,17$ iken, kırsal bölge ortalaması $29,1 \pm 0,41$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında elde edilen bu sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlıdır (70). Bayezit ve ark. çalışmalarında yaşadıkları yere göre genel sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında kırsal bölgede yaşayanlarda genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması kentsel bölgede yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur (61). Kentsel bölgede ikamet eden katılımcıların SOY düzeylerinin kırsal bölgede ikamet edenlere göre yüksek olması çalışmamızdaki bulgularla benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin hanedeki kişi sayısına göre genel SOY düzeyleri incelendiğinde yeterli-mükemmel SOY sıklığının hanedeki kişi sayısı 5 ve 5'ten az olanlarda yüksek (%52,8) olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Duman'ın çalışmasında çekirdek ailede yaşayanların ortalama SOY indeks puanı ($28,8 \pm 7,47$) geniş ailede yaşayanlara göre yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (76). Çaylan ve ark. çalışmalarında hanede yaşayan ortalama kişi

sayısı $3,36 \pm 1,09$ olarak bulunmuş ve hanede yaşayan kişi sayılarıyla SOY düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (78). Çalışmamız literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Sigara kullanma durumlarına göre öğrencilerin genel SOY düzeylerine bakıldığında sigara kullanmayanların genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%52,3) yüksek olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre genel SOY düzeyleri incelendiğinde alkol kullanmayanların genel SOY düzeyi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%53,2) yüksek olduğu saptandı. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada sigara içmeyen öğrencilerin SOY düzeyleri yeterli-mükemmel olanların oranı (%41,8) içenlere göre yüksek bulunmuştur (58). Çaylan ve ark. toplum üzerine yaptıkları çalışmada katılımcıların SOY düzeyleriyle sigara ve alkol kullanmaları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (78). ABD’de yaşlı popülasyon üzerinde yapılan bir araştırmada SOY düzeyi yetersiz olan katılımcılardan sigara ve alkol kullanmayanların sıklığı SOY düzeyleri yeterli olan gruba göre yüksek olduğu belirtilmiş ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur (79). Çalışmamız Daşdemir’in, Çaylan ve ark. çalışmaları ile benzerlik göstermekte, Wolf ve ark. çalışmasıyla farklılık göstermektedir. Bu durum araştırma grubunun gelir düzeyi, yaş ve bölgesel farklılıklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Organ bağışı durumlarına göre öğrencilerin genel SOY düzeylerine bakıldığında organ bağışı yapmayı düşünenlerin genel SOY seviyesinin yeterli-mükemmel olma sıklığının (%54,2) yüksek olduğu tespit edildi. Fakat istatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmadı. Dageforde ve ark. çalışmalarında organ bağışı yapanların %60’ının yeterli SOY düzeylerine sahip olduğu bulunmuştur (80). ABD’de yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde organ bağışı yapanların SOY seviyelerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (81). Organ bağışı ve sağlık okuryazarlığı ilişkisini gösteren çalışmalar yeteri kadar olmamakla birlikte çalışmamızın sonuçları mevcut literatürle benzerlik göstermektedir.

Hanede sağlık çalışanı varlığına göre öğrencilerin genel SOY düzeyleri incelendiğinde hanesinde sağlık çalışanı olanların genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%54,6) olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Öğrencilerin yakın çevrelerinde sağlık çalışanı varlığına göre genel SOY düzeylerine bakıldığında ise yakın çevrelerinde sağlık çalışanı olanların genel SOY düzeyleri yeterli-mükemmel olma sıklığının (%53,2) olmayanlara göre yüksek olduğu gözlendi. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Kavuncuoğlu'nun çalışmasında ailesinde sağlık çalışanı olan katılımcıların genel SOY düzeyi yeterli-mükemmel olanların sıklığı (%49,8) ailesinde sağlık çalışanı olmayan bireylerden (%42,5) daha yüksek olup katılımcıların ailesinde sağlık çalışanı olma durumuna göre genel SOY düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir (60). Güven'in çalışmasında hanede sağlık çalışanı bulunan katılımcıların SOY indeks ortalamaları bulunmayan katılımcılara göre yüksek bulunmuş ve sonuçlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir (64). Araştırmamız literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre genel SOY düzeyleri incelendiğinde kronik hastalığa sahip olanların genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%55,0) olmayanlara göre yüksek olduğu saptandı. İstatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Ailede kronik hastalık varlığına göre katılımcıların genel SOY düzeyleri incelendiğinde ailede kronik hastalığı bulunanların genel SOY düzeyi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%54,4) bulunmayanlara göre yüksek olduğu saptandı. İstatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması'nda katılımcıların SOY düzeyleri yükseldikçe kronik hastalığa sahip olma oranlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı bulunmuştur (67). Erzurum genelinde yapılan bir çalışmada en az bir kronik hastalığı bulunan katılımcıların yeterli mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%32,1) kronik hastalığı olmayan bireylerden (%47,7)

daha düşüktü ve kronik hastalık bulunma durumuna göre genel SOY düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Katılımcılarda birinci derece yakınlarında kronik hastalık bulunanların yeterli-mükemmel SOY düzeyi sıklığı (%33,0) birinci derece yakınlarında kronik hastalık bulunmayanlardan (%50,6) daha düşük olup, istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (60). Sivas ilinde lise öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olmayan öğrencilerin (%40,1) olanlara göre SOY düzeyi yeterli-mükemmel olma oranı yüksek olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (58). Buna karşılık, Güven'in çalışmasında kronik hastalığı olan katılımcıların ortalama SOY indeks puanı ($31,84 \pm 3,74$) olmayanlara ($28,13 \pm 4,05$) göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada ailede kronik hastalığı bulunan katılımcıların ortalama SOY indeks puanları bulunmayanlara göre yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (64).

Çalışmamız Güven'in çalışmasıyla benzerlik göstermekte iken, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması, Kavuncuoğlu ve Daşdemir'in çalışmalarıyla farklılık göstermektedir. Bu farklılık çalışma gruplarının yaş ortalamaları, eğitim düzeyleri, bölgesel konumları ile birlikte kronik hastalığa sahip katılımcıların hastalıkları araştırma ve bilgi sahibi olma davranışlarının farklılık göstermesi ile açıklanabilir.

Çalışmamızda internet erişim durumlarına göre öğrencilerin genel SOY düzeylerine bakıldığında internet erişimi olanların genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma oranlarının (%53,5) internet erişimi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması'nda yeterli-mükemmel SOY seviyesine sahip bireylerde bilgi kaynağı olarak internet kullananlar (%45,7) ile kullanmayanlar (%17,2) arasında benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (67). Kobayashi ve ark. yaptığı kohort çalışmasında sürekli internet kullanan katılımcıların zamanla SOY puanlarındaki azalma kullanmayanlara göre daha az olduğu belirtildi. Aralarında istatistiksel anlamlı fark olduğu belirtildi (82). Benzer tasarıma sahip kesitsel araştırmalarda, düşük SOY düzeylerine sahip katılımcıların internet kullanım

miktarlarının, yeterli SOY düzeylerine sahip olanlara göre daha az olduğu gözlenmiştir (83,84). Çalışmamız literatür bulgularıyla uyumluluk göstermektedir.

Öğrencilerin sağlıkla ilişkili etkinliğe (eğitim, seminer, konferans... vs.) katılım durumlarına göre genel SOY düzeyleri incelendiğinde son beş yıl içerisinde sağlıkla ilişkili etkinliğe katılanların genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%54,6) yüksek olduğu saptandı. Dağılımlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu görüldü. Sağlıkla ilişkili bir organizasyonda gönüllü çalışma durumları göz önüne alındığında, sağlıkla ilişkili bir organizasyonda gönüllü çalışmayı düşünenlerin genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%54,3) düşünmeyenlere göre yüksek olduğu bulundu. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi.

Bakan ve ark. çalışmalarında sağlıkla ilgili eğitime katılmış olanların SOY puan ortalamalarının katılmayanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (85). Düzce Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada katılımcılardan sağlık eğitimi alanların SOY ortalama puanları daha az alanlara ve almayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olarak tespit edilmiştir (64). ABD'de yapılan bir araştırmada öğrenciler üzerinde sağlıkla ilişkili seminer ve düzenli eğitimlerin yapılmasının sağlık okuryazarlığını güçlendirdiği gözlenmiştir (86). Çalışmamızın sonuçlarının literatürdeki çalışmalar ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Öğrencilerin vakit bulduklarında kitap okuma durumlarına göre yapılan analizlerde kitap okuyanların genel SOY seviyesi yeterli-mükemmel olma sıklığının (%52,4) okumayanlara göre yüksek olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmadı. Katılımcıların sosyal ve kültürel etkinlikte (sinemaya ve tiyatroya gitme, müze ve tarihi eser ziyaretleri... vs.) bulunma durumları incelendiğinde sosyal ve kültürel faaliyette bulunanların SOY düzeyleri bulunmayan öğrencilere göre yüksek saptanıp aralarında istatistiksel açıdan fark gözlenmedi.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması'nda son bir yıl içinde en az bir kitap okuma durumlarına göre SOY düzeylerine bakıldığında kitap okuyanların SOY düzeylerinin yeterli-mükemmel olma oranının (%47,9) kitap okumayanlara (%21,9) göre yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (67). Daşdemir'in çalışmasında kitap okuma alışkanlığı olan öğrencilerin hiç kitap okumayanlara göre genel SOY indeks puan ortalamalarının istatistiksel anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (58). İstanbul'da öğrenci velileri üzerinde yapılan bir çalışmada kitap okuma alışkanlığı olanlarda olmayanlara göre sağlık okuryazarlığının anlamlı yüksek olduğu tespit edilmiştir (76). Chen ve ark. Eczacılık Fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmalarında müfredata eklenen sosyal ve kültürel faaliyetlerin her yıl düzenli uygulanmasının öğrencilerin SOY düzeylerini yükselttiği belirtilmiştir (87). Çalışmamız literatür bulgularıyla uyumluluk göstermektedir

Katılımcıların öğrenim gördükleri bölümlerin SOY düzey dağılımlarına baktığımızda sağlık alanındaki bölümlerde okuyan öğrencilerin yeterli-mükemmel SOY düzey oranlarının (%61,1) sağlık alanı dışındaki öğrencilere göre yüksek olduğu tespit edildi. Dağılımlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptandı.

Arıkan'ın çalışmasında sağlık alanında öğretim gören öğrencilerin ortalama SOY indeks puanı $34,04 \pm 6,81$ ile yeterli düzeyde iken sağlık dışı alanlardaki öğrencilerin genel ortalama SOY indeks puanı $30,22 \pm 8,04$ ile sınırlı düzeyde bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir (57). Bayazit ve ark. çalışmalarında sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin diğer alanlarda öğrenim gören öğrencilere göre indeks puan ortalamaları yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (61). Daşdemir'in çalışmasına göre sağlık meslek liselerinin diğer liselere göre genel SOY indeks ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu belirtilmiştir (58). Malatya' da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada sağlık alanında öğrenim görmekte olan öğrencilerin SOY düzeyleri sağlık dışı alanlardaki öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (77). Çin'de mühendislik ve tıp alanında öğrenim görmekte olan öğrenciler arasında yapılan çalışmada tıp fakültesi

öğrencilerin SOY düzeyleri mühendislik fakültesi öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (69). Çalışmamız literatür sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir.



6. SONUÇLAR

1. Araştırmaya katılan öğrencilerin genel ortalama sağlık okuryazarlık puanı $33,4 \pm 8,1$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %51,9'u yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindedir.
2. Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyutundaki ortalama ölçek puan değerleri ($34,9 \pm 8,0$) hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutuna ($32,0 \pm 9,6$) göre daha yüksek bulunmuştur.
3. Çalışmamızda yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olan kız öğrencilerin oranı (%54,5) erkek öğrencilerden (%48,4) yüksek tespit edilmiştir.
4. Ailesinde ve yakın çevresinde sağlık çalışanı olan öğrencilerin olmayanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı sıklığı daha yüksektir.
5. Kendisinde ve ailesinde kronik hastalığı bulunan öğrencilerin bulunmayanlara göre yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı oranı daha yüksektir.
6. Araştırmamızda sigara ve alkol kullanmayan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri yeterli-mükemmel olanların oranı (sırasıyla %52,3; %53,2) kullananlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
7. Organ bağışı düşünen öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri yeterli-mükemmel olanların sıklığı (%54,2) organ bağışı düşünmeyen öğrencilere (%48,1) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
8. İnternete kolay ulaşabilmek yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahip olma olasılığını 1,7 kat arttırmaktadır.
9. Yakın zamanda sağlıkla ilişkili etkinliğe (sağlık eğitimi, seminer, konferans... vs.) katılanlarda sağlık okuryazarlığı seviyesi istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Sağlıkla ilgili organizasyonlarda gönüllü çalışmak yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahip olma olasılığını 1,5 kat arttırmaktadır.

10. Düzenli kitap okuyan ve çeşitli kültürel etkinliklerde bulunan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri diğer öğrencilere göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

11. Sağlıkla ilişkili bölümlerde öğrenim görmek yeterli-m kemmek SOY düzeyine sahip olma olasılığını 1,6 kat arttırmaktadır.



7. ÖNERİLER

1. Sağlığın geliştirilmesi için tedavi kadar hastalıklardan korunmanın da önemini anlatan eğitimler ve seminerler düzenlenmelidir.
2. Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin internete erişimle yükseldiği gözlenmiştir. Hızlı ve kolay sağlık bilgisine ulaşmak için özellikle internete erişim sağlayamayan öğrencilerin internete erişimleri konusunda gerekli alt yapı hizmetleri sunulmalıdır.
3. Düzenli kitap okuma ve kültürel faaliyetler teşvik edilmelidir. Bu amaçla üniversitelerde kütüphane hizmetleri geliştirilmeli, kültürel etkinlikler planlanmalı ve gerçekleştirilmelidir.
4. Sağlık alanı dışında öğrenim gören diğer öğrencilerin SOY düzeylerinin yükseltilebilmesi için eğitimler ve seminerler verilmeli; gerekirse sağlık alanındaki öğrencilerden bu konuda destek alınmalıdır.
5. Maddi olanakları kısıtlı üniversite öğrencileri desteklenmelidir.
6. Üniversitelerde sağlıkla ilgili etkinlikler, organizasyonlar gerçekleştirilmeli ve öğrencilerin katılımı teşvik edilmelidir.
7. Öğrenciler alkol ve sigara gibi zararlı alışkanlıklar hakkında bilgilendirilmeli, üniversiteler içerisinde kullanımını olabildiğince azaltmak için tedbirler alınmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Hamzaoglu O. Sağlık Nedir? Nasıl Tanımlanmalıdır? Toplum ve Hekim. 2010;25(6):403-410.
2. WHO. What is the WHO definition of health? [Erişim Tarihi: 08 Mart 2020]. Web Sayfası: <https://web.archive.org/web/20181018032807/http://www.who.int/suggestions/faq/en/>.
3. Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. 2014;129(2):19-31.
4. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(4).
5. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health Literacy: What Is It? Journal of Health Communication. 2010;15(2):9-19.
6. Kickbusch IS. Health literacy: Addressing the health and education divide. Health Promotion International (Oxford University Press). 2001;16(3):289–297.
7. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? Int J Public Health. 2009;54(303).
8. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–483). U.S. Department of Education, Washington, DC: National Center for Education, 2006.
9. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European Journal of Public Health. 2015;25(6):1053-1058.
10. Türk Dil Kurumu Başkanlığı. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. [Erişim Tarihi: 5 Ağustos 2020]. Web Sayfası: <https://sozluk.gov.tr/>.

11. Önal İ. Tarihsel Değişim Sürecinde Yaşam Boyu Öğrenme ve Okuryazarlık: Türkiye Deneyimi. Bilgi Dünyası. 2010;11(1).
12. WHO. Health Literacy. [Erişim Tarihi: 10 Mart 2020]. Web Sayfası: <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>.
13. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. The Journal of the American Medical Association. 1999;281(6):552-557.
14. NNLM. Health Literacy Definition. [Erişim Tarihi: 2 Nisan 2020]. Web Sayfası: <https://nnlm.gov/initiatives/topics/health-literacy>.
15. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008;67(12):2072-2078.
16. NCBI. Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. [Erişim Tarihi: 4 Aralık 2019]. Web Sayfası: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82423/#introduction.s1>.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Yayın No: 814, Ankara, 2011.
18. Hernandez LM. Health Literacy Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around The World. Washington, D.C: The National Academies Press, 2013.
19. Kirsch, IS. The framework used in developing and interpreting the International Adult Literacy Survey (IALS). European Journal of Psychology of Education. 2001;16(3):335-361.
20. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy A Prescription to End Confusion. Washington, D.C: The National Academies Press, 2004.
21. Rudd RE. Health Literacy Considerations for a New Cancer Prevention Initiative. The Gerontologist. 2019;59(1):7-16.

22. Rudd RE, Anderson JE, Oppenheimer S, et al. Health literacy: An update of medical and public health literature. Review of adult learning and literacy. 2007;7:175-203.
23. RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center. Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services, 2011.
24. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. J Med Internet Res. 2006;8(2):e9.
25. Hernandez LM. Health Literacy, eHealth and Communication. Washington, D.C: The National Academies Press, 2009.
26. Mackart M, Mabry-Flynn A, Champlin S, et al. Health Literacy and Health Information Technology Adoption: The Potential for a New Digital Divide. Journal of Medical Internet Research. 2016;18(10):e264.
27. Avcı K, Avşar Z. Sağlık İletişimi ve Yeni Medya. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi. 2014;(39):181-190.
28. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15(3):259–267.
29. US Congress National Literacy Act of 1991. Public Law. 1991;102-73.
30. Wills J. Health literacy: New packaging for health education or radical movement? International Journal of Public Health. 2009;54(1):3-4.
31. Betz LC, Ruccione K, Meeske K, Chang N. Health Literacy: A Pediatric Nursing Concern. Pediatric Nursing. 2008;34(3):231-239.
32. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. Family Medicine. 2004;36(8):588-594.
33. Levin-Zamir D, Peterburg Y. Health literacy in health systems: Perspectives on patient self-management in Israel. Health Promotion International. 2001;16(1):87–94.

34. Parker RM, Wolf MS, Kirsch I. Preparing for an Epidemic of Limited Health Literacy: Weathering the Perfect Storm. *Journal of General Internal Medicine*. 2008;23(8):1273–1276.
35. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(1):69-74.
36. Organised by: EUPHA (HP), Bielefeld University, NIVEL, CAPHRI at Maastricht University, Newcastle University, Global Health Literacy Academy, M-POHL Network WHO. Workshop: Health literacy: an asset to public health policy. *European Journal of Public Health*. 2019;29(4).
37. Organised by: EUPHA (HP) Chair persons: Luís Saboga-Nunes - EUPHA (HP), Carine Simar - France. Round table: Health literacy and life skills: children and adolescents' tools for health promotion. *European Journal of Public Health*. 2019;29(4).
38. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler. Yayın No: 813, Ankara, 2011.
39. Dietscher D. Using data on population health literacy as a basis for evidence-informed health policy. *European Journal of Public Health*. 2019;29(4).
40. Sykes S, Wills J, Rowlands G, Popple K . Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health*. 2013;13(150).
41. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: A cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Family Practice*. 2013;14(40).
42. Yıldırım F, Keser A. Sağlık Okuryazarlığı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, 2015.
43. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;878-883.

44. Mayer GG, Villaire M. Health Literacy in Primary Care. Springer Publishing Company, New York, 2007.
45. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE. Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD), 2011.
46. Davis TC, Long SW, Jackson RH, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. Family Medicine. 1993;25(6):391-395.
47. Parker RM, Baker DW, Williams MW, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. Journal of General Internal Medicine. 1995;10(10):537-541.
48. Wilkinson GS. Wide range achievement test–revision 3. Jastak Association, 20, Wilmington DE, 1993;20.
49. Nath CR, Sylvester ST, Yasek V, Gundel E. Development and validation of a literacy assessment tool for persons with diabetes. The Diabetes Educator. 2001;21(6):857-864.
50. Hanson-Divers EC. Developing a Medical Achievement Reading Test to Evaluate Patient Literacy Skills: A Preliminary Study. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 1997;8(1):56-69.
51. Slosson RL. Slosson oral reading test-revised 3. Slosson Educational Publishers, East Aurora, NY, 1990.
52. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, et al. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. The Annals of Family Medicine. 2005;3(6):514-522.
53. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Yayın No: 1025, Ankara, 2016.
54. Lloyd J, Thomas L, Powell-Davi G, et al. How can communities and organisations improve their health literacy? Public Health Research and Practice. 2018;28(2).

55. Bursac Z, Gauss CH, Williams DK, Hosmer DW. Purposeful selection of variables in logistic regression. Source Code Biol Med. 2008;3(17).
56. Akpınar ÖF. Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Birinci basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanımı Üzerine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, 2019.
57. Arıkan A. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2020.
58. Daşdemir AC. Sivas Lise Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2019.
59. İşler AO. 18-65 Yaş Arası Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir, 2019.
60. Kavuncuoğlu D. Erzurum İl Merkezinde Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkili Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2020.
61. Bayazit T, Sümer H. Cumhuriyet Üniversitesi Lisans Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Enst. Derg. 2019;4(3):34-47.
62. Mankiw NG. Why Health Care Policy Is So Hard. 28 7 2017. [Erişim Tarihi: 14 Aralık 2019]. Web Sayfası: <https://www.nytimes.com/2017/07/28/upshot/why-health-care-policy-is-so-hard.html>.
63. Aldemir C, Kaya M. “Dürtme” Fikrinin Bir Kamu Politikası Aracı Olarak Covid-19 Döneminde Hükümetler Tarafından Uygulanması. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;19(COVID-19 Özel Sayı):122-142.

64. Güven A. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2016.
65. İlhan MN, Tüzün H, Aycan S, et al. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25(3):33-41.
66. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(1):49-56.
67. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Yayın No: 1103, Ankara, 2018.
68. Toçi E, Burazeri G, Kamberi H, et al. Socio-economic correlates of functional health literacy among patients of primary health care in Kosovo. Public Health. 2014;128(9):842-48.
69. Zhang Y, Zhang F, Hu P, et al. Exploring Health Literacy in Medical University Students of Chongqing, China: A Cross-Sectional Study. PLoS One. 2016;11(4).
70. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, et al. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Ankara, Sağlık-Sen Yayınları, 2014.
71. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J, et al. Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. Int J Public Health. 2011;56(2):201-7.
72. Williams MV, Baker DW, Parker RM, et al. Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease A Study of Patients With Hypertension and Diabetes. Arch Intern Med. 1998;158(2):166-172.

73. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, et al. Health Literacy Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. JAMA. 1999;281(6):545-551.
74. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, et al. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. JAMA. 2002;288(4):475-482.
75. Liu YB, Liu L, Li YF, et al. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(8):9714-25.
76. Duman A. Fatih İlçesinde İlkokul 1. Sınıf Aşılamalarında Velilerin Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Belirleme. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2017.
77. Nacar E. İnönü Üniversitesi Öğrencilerinde Aşılar Bakış Açısı ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya, 2018.
78. Çaylan A, Yayla K, Öztora S, et al. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. Biomedical Research. 2017;28(15).
79. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health Literacy and Health Risk Behaviors Among Older Adults. American Journal of Preventive Medicine. 2007;32(1):19-24.
80. Dageforde LA, Petersen AW, Feurer ID, et al. Health literacy of living kidney donors and kidney transplant recipients. Transplantation. 2014;98(1):88-93.
81. Chisholm-Burns MA, Spivey CA, Pickett LR. Health literacy in solid-organ transplantation: a model to improve understanding. Patient Prefer Adherence. 2018;12:2325-2338.
82. Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Internet use, social engagement and health literacy decline during ageing in a longitudinal cohort of older English adults. J Epidemiol Community Health. 2015;69(3):278-283.

83. Echt KV, Burridge AB. Predictors of Reported Internet Use in Older Adults with High and Low Health Literacy: The Role of Socio-Demographics and Visual and Cognitive Function. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*. 2011;29(1):23-43.
84. Wister AV, Malloy-Weir LJ, Rootman I, et al. Lifelong educational practices and resources in enabling health literacy among older adults. *J Aging Health*. 2010;22(6):827-54.
85. Bakan AB, Yıldız M. 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. *Sağlık ve Toplum*. 2019;29(3):33-40.
86. Kripalani S, Weiss BD. Teaching About Health Literacy and Clear Communication. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):888-890.
87. Chen AMH, Cailor SM, Wicker E, et al. Integrating Health Literacy and Cultural Competency Concepts Across the Doctor of Pharmacy Curriculum. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2020;84(10).

EKLER

EK 1 - Etik Kurul İzni



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı :
Konu : Etik Kurul Kararı
33216249-604.01.02-E.3302

17/01/2019

Arş. Gör. Ömer ÖZER
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üniversitemiz Etik Kurul Başkanlığının 15/01/2019 tarih ve 37 sayılı oturumunda alınan 37/01 sayılı kararı aşağıya çıkarılmıştır.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Talat EZMECİ
Klinik Etik Kurul Başkanı

KARAR:37 /1

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalında görev yapan Arş. Gör. Ömer ÖZER' e ait "Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörler " konulu çalışmasının görüşüldü.

Yapılan görüşmelerden sonra; adı geçen öğretim üyesinin değerlendirilmek üzere Etik Kurula sunduğu bilimsel çalışmasının; Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği ile ilgili mevzuat hükümleri bakımından uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres : Erzincan Binali Yıldırım Ün. Tıp Fakültesi Dekanlığı
Telefon : 0 (446) 226 18 18
E-mail : dmicakmak@gmail.com

Dahili: 31038

Bilgi İçin : D. TURGUT

Web : dmicakmak@gmail.com
Faks : 0 (446) 226 18 18
KEP : erzincanuniv@hs02.kep.tr



Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Talat EZMECİ tarafından 17.01.2019 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <http://evrakdogrulama.erkincan.edu.tr> linkinden 01505013X2 kodu ile doğrulayabilirsiniz.



EK 2 - Rektörlük İzni



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Personel Dairesi Başkanlığı

Sayı : 60533393-200.99-E.19106
Konu : Anket İzni

12/04/2019

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 10.04.2018 tarihli ve 21142744-903.99-E.18694 sayılı yazınız.

Fakültenizde görev yapan Arş. Gör. Ömer ÖZER'in, Üniversitemiz öğrencilerine yönelik "Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler" adlı anket çalışmasını yapma talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Adnan ÖZEL
Rektör Yardımcısı

Adres : Erzincan Binali Yıldırım Ünv. Rektörlüğü 24100/Erzincan
Telefon : 0 (446) 226 66 66
E-mail : genelkurultume@erzincan.edu.tr

Dahili : 11324
Bilgi İçin : Memur Merve YÜKSEK

Web : www.erzincan.edu.tr
Faks : 0 (446) 226 66 74
KEP : erzincanuniv@hs02.kep.tr



Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Adnan ÖZEL tarafından 12.04.2019 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <http://evrakdogrulama.erzincan.edu.tr> linkinden E0EFA16FXC kodu ile doğrulayabilirsiniz.



EK-3 Anket Soruları

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz :
 - a. Erkek
 - b. Kadın
3. Medeni durumunuz nedir?
 - a. Evli
 - b. Bekar
 - c. Boşanmış
4. Çocuğunuz var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
5. Cevabınız evet ise kaç çocuğunuz var ?.....
6. Okuduğunuz fakülte hangisidir?..... (yazınız)
7. Kaçınıcı sınıftasınız?.....(yazınız)
8. Annenizin eğitim durumu nedir?
 - a. Okuryazar değil
 - b. Okuryazar
 - c. İlkokul mezunu
 - d. Ortaokul mezunu
 - e. Lise mezunu
 - f. Üniversite mezunu
9. Babanızın eğitim durumu nedir?
 - a. Okuryazar değil
 - b. Okuryazar
 - c. İlkokul mezunu
 - d. Ortaokul mezunu
 - e. Lise mezunu
 - f. Üniversite mezunu
10. Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır?
 - a. 2020 tl ve altı
 - b. 2021-4500 tl
 - c. 4501 tl üzeri
11. Aylık ortalama elinize geçen para (ek iş, harçlık, burs, vb.) ne kadardır?
 - a. 500 tl ve altı
 - b. 501-1000 tl
 - c. 1001tl ve üzeri
12. Ailenizin yaşam yeri neresidir?
 - a. İl merkezi
 - b. İlçe merkezi
 - c. Belde
 - d. Köy
13. Hanenizde yaşayan kişi sayısı (yazınız)
14. Hane halkı içerisinde sağlık çalışanı var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır

15. Yakın çevrenizde (akraba, arkadaş) sağlık çalışanı var mı?
- Evet
 - Hayır
16. Son 12 ay içerisinde kaç defa doktora başvurduunuz?(Yazınız)
17. Kronik bir hastalığınız var mı?
- Evet
 - Hayır
18. Anne, baba veya kardeşlerde halen tedavi gördüğü kronik hastalığı olan var mı?
- Evet
 - Hayır
19. Sigara kullanıyor musunuz, kullanıyorsanız günde kaç adet kullanıyorsunuz? (örnek: 20 adet)
- Evet, kullanıyorum (belirtiniz).....
 - Hayır, kullanmıyorum
 - Bıraktım
20. Alkol kullanıyor musunuz, kullanıyorsanız ne sıklıkla kullanıyorsunuz, belirtiniz.
- Ayda 2 kez ve daha fazla
 - Ayda 1 kez
 - Yılda birkaç kez
 - Hayır, kullanmıyorum
 - Bıraktım
21. Organlarınızı bağışlar mısınız ?
- Evet
 - Hayır
 - Bağışladım
22. İstedığınız zaman internete erişim imkanınız var mı?
- Evet
 - Hayır
23. En son ne zaman sağlığı ilgilendiren konular ile alakalı bir etkinliğe (kurs, seminer, kongre..vs.) katıldınız?
- 1 yıldan az oldu
 - 1-5 yıl oldu
 - 5 yıldan fazla oldu
 - Hiç katılmadım
24. Sağlıkla ilgili herhangi bir organizasyonda gönüllü olarak çalışmak ister misiniz?
- Evet
 - Hayır
25. Vakit bulduğunuzda aşağıdakilerden hangilerini yaparsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Kitap okumak
 - Tiyatroya gitmek
 - Sinemaya gitmek
 - Resim, Görsel sanatlar sergisi gezmek
 - Müze veya tarihi eserleri gezmek
 - Konsere katılmak

EK-4 TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

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

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl 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/tetikik 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,anlamak gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri					
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	Yaşadığınızda çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlen-					
27	Yaşadığınızda çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri					
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					

