

T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIK
DÜZEYİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NERİMAN SAVAŞ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. TÜRKAN KARACA

ADİYAMAN, 2024

ÖZET

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Neriman SAVAŞ

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Adıyaman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Temmuz/2024, Sayfa:53

Danışman: Doç. Dr. Türkan KARACA

Araştırma, Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinde sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini, 267 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Araştırma verileri, 11.03.2024-24.04.2024 tarihleri arasında "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32 (TSOY-32)" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği- II (SYBD-II)" ile toplanmıştır. Verilerin analizi için bağımsız gruplarda t Testi, Mann Whitney U Analizi, Kruskal Wallis Analizi ve Varyans Analizi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin TSOY-32 ölçek toplam puan ortalaması $38,08 \pm 7,34$ olarak bulunmuştur. Ölçek kesme noktalarına göre katılımcıların %49,8'i yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptirler. Öğrencilerin SYBD-II toplam puan ortalaması $126,30 \pm 21,88$ olarak bulunmuştur. TSOY-32 ölçeği Tedavi ve Hizmet bileşeni tüm alt boyutlarının SYBD-II ölçeği alt boyutlarından Stres Yönetimi, Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Kişilerarası İlişkiler, Manevi Gelişim ve SYBD-II toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü düşük düzeyli bir ilişki olduğu saptanmıştır. TSOY-32 ölçeği Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi bileşeni ile SYBD-II ölçeği alt boyutları olan Stres Yönetimi, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır. TSOY-32 toplam puanı ile SYBD-II ölçeği alt boyutları olan Stres Yönetimi, Kişilerarası İlişkiler, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir. Sonuç: TSOY-32 ile SYBD-II ölçeklerinden elde edilen veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda, SOY ve SYBD artırılması için yapılması gerekenler hakkında öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik öğrencisi; Sağlık davranışı; Sağlık okuryazarlığı; Sağlıklı yaşam biçimi

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF NURSING STUDENTS

Neriman SAVAŞ

Department of Fundamentals of Nursing

Adıyaman University, Graduate Education Institute, July 2024, Page:53

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Türkan KARACA

The research was conducted to examine the relationship between the level of health literacy and healthy lifestyle behaviors among nursing students studying in the Nursing Department of the Faculty of Health Sciences at Adıyaman University. This research is a descriptive and cross-sectional study. The sample of the study consisted of 267 nursing students. The data were collected between 11.03.2024 and 24.04.2024 using the "Descriptive Information Form," the "Turkey Health Literacy Scale - 32" (TSOY-32), and the "Healthy Lifestyle Behaviors Scale - II" (SYBD-II). For data analysis, t-Test for independent groups, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test, and Variance Analysis were used. The average total score of the TSOY-32 scale for the participating nursing students was found to be 38.08 ± 7.34 . According to the scale cut-off points, 49.8% of the participants have an adequate level of health literacy. The average total score of the SYBD-II was found to be 126.30 ± 21.88 . A statistically significant, positive, and low-level relationship was found between all sub-dimensions of the TSOY-32 scale's Treatment and Service component and the sub-dimensions of the SYBD-II scale, including Stress Management, Health Responsibility, Nutrition, Interpersonal Relations, Spiritual Growth, and the total SYBD-II score. A statistically significant, positive, and low-level relationship was found between the Prevention of Diseases/Health Promotion component of the TSOY-32 scale and the sub-dimensions of the SYBD-II scale, including Stress Management, Spiritual Growth, and the total SYBD-II scores. A statistically significant, positive, and low-level relationship was found between the total TSOY-32 score and the sub-dimensions of the SYBD-II scale, including Stress Management, Interpersonal Relations, Spiritual Growth, and the total SYBD-II scores. Conclusion: A statistically significant positive relationship was found between the data obtained from the TSOY-32 and SYBD-II scales. Based on the research results, recommendations were provided on what needs to be done to increase health literacy and healthy lifestyle behaviors.

Keywords: Healthbehavior; Healthy lifestyle; Healthliteracy; Nursing student

TEŞEKKÜR

Başta, hayalini kurduğum akademik kariyerimin ilk basamağı olan yüksek lisans eğitimini alabilmeyi bana nasip eden Rabbime hamdolsun.

Tez çalışmam süresince katkı ve desteklerinden dolayı danışmanım Sayın Doç. Dr. Türkan Karaca'ya, çalışmalarımı yürütebilmem için destek olan Adıyaman Üniversitesi Hemşirelik Bölümü hocalarıma, deprem sürecinde desteklerini hissettiğimiz Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Bölümü hocalarıma, çalışmaya katılım göstererek destek olan tüm öğrencilere, benim en kıymetli varlığım olan ve yüksek lisans sürecimde maddi manevi desteklerini eksik etmeyen canım ailem; kıymetli babacığım Mustafa Savaş, sevgili anneciğim Sadiye Savaş ve canım kardeşlerim Elif Savaş, Ahmet Turan Savaş'a, yürekten teşekkürlerimi sunuyorum...

..../..../.....

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Adıyaman Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

Neriman SAVAŞ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BAŞLIK SAYFASI.....	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık Okuryazarlığı.....	4
2.1.1. Sağlık.....	4
2.1.2. Okuryazarlık	4
2.1.3. Sağlık okuryazarlığı tanımı.....	4
2.1.4. Sağlık okuryazarlığı kavramı tarihçesi.....	5
2.1.5. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler	5
2.1.6. Yetersiz sağlık okuryazarlığı.....	7
2.1.7. Dünyada ve ülkemizde sağlık okuryazarlığı.....	8
2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	9
2.2.1. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı kavramı.....	9
2.2.2. Beslenme	10
2.2.3. Fiziksel aktivite.....	10
2.2.4. Sağlık sorumluluğu	11
2.2.5. Manevi gelişim.....	12
2.2.6. Kişilerarası destek.....	12
2.2.7. Stres yönetimi	12
2.2.8. Dünyada ve ülkemizde sağlıklı yaşam biçimi davranışları	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	16

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	16
3.3. Araştırmanın Evreni.....	16
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	16
3.5. Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri	17
3.6. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri	17
3.7. Veri Toplama Araçları	17
3.7.1. Tanıtıcı özellikler formu	17
3.7.2. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği - 32 (TSOY-32).....	17
3.7.3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği - II (SYBD-II)	18
3.8. Araştırmanın Uygulanması ve Verilerin Toplanması	19
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	21
3.11. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları.....	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA.....	33
5.1. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine İlişkin Bulgularının Tartışılması	33
5.2. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	37
5.3. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	41
KAYNAKÇA.....	44
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 3.1. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu	20
Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri	22
Tablo 4.2. Çalışmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı	24
Tablo 4.3. Ölçek kesme noktalarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri.....	25
Tablo 4.4. Demografik özelliklere göre TSOY-32 ölçeği ve SYBD-II ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.5. Yaş, kardeş sayısı ile TSOY-32 ve SYBD-II puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	28
Tablo 4.6. TSOY-32 ile SYBD-II puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	28

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2.1. Potansiyel SOY müdahale alanları	7
---	---



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AMA	: Amerikan Tıp Derneği
COE	: Council of Europe
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBD-II	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHO	: World Health Organization

1. GİRİŞ

Sağlık, insanlığın var olduğu ilk zamandan beri en elzem kavramlar arasında yer almıştır. En yüksek iyilik halinden ölüme kadar geçen zamanda yaşamın farklı düzeylerdeki iyilik hallerini kapsayan bir süreç şeklinde sağlık kavramını tanımlamak mümkündür (Aksoy ve Uçar, 2014:53). Mevcut şartlarda en yüksek standarttaki sağlık seviyesine ulaşmak, ırk, siyasi görüş, ekonomik ve sosyal konumu ne olursa olsun tüm bireylerin temel hakkıdır (Demir, 2024; DSÖ 1948).

Okuryazarlık kavramı tanımlaması ise en kapsamlı tarifi ile Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) tarafından yapılmıştır; Farklı yazılı kaynakları ve kayıtları kullanarak anlama, yorumlama ve iletişim kurma becerisi” şeklinde yapmıştır. Geniş kitlelere hitap edebilme amacına ulaşmak için kişiye bilgi ve güç kazandıran bir olgu olarak ifade edilmiştir (UNESCO, 2008)

Sağlık ve okuryazarlık kavramlarının COVID-19 pandemisi dolayısıyla ne kadar elzem ve birbirini destekleyen iki kavram olduğu anlaşılmıştır. Karantina süreci bireysel yaşamın beraberinde getirdiği ihtiyaçlarla birlikte kitle iletişim araçlarının daha da ön plana çıktığı bir dönem olmuştur. Yaşanan bu kriz durumu başta sağlık profesyonelleri ve salgından etkilenen bireyler olmak üzere çoğu insan için kitle iletişim aracılığıyla doğru bilgiyi yayma, buna ulaşma ihtiyacı doğurmuştur. Böylece sağlık ve okuryazarlık kavramları üzerine çalışmalar yapılmıştır (Özkan, 2020; Koç Akran, 2021:143).

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında Scott K. Simonds’ ın yazmış olduğu HealthEducation as SocialPolicy kitabında yer almıştır. 1990’lı yıllar ile tekrar gündeme gelmiş fakat 2000’li yıllar sağlık okuryazarlığının önem kazandığı dönem olmuştur. DSÖ sağlık okuryazarlığını, bireylerin sağlığını geliştirme ve sürdürme amacıyla bilgiye ulaşması, kullanması için gerekli motivasyonu sağlayacak kişisel beceri olarak tanımlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı son yıllarda ön plana çıkmış ve önemi giderek artan bir konu olmuştur (Tatar, 2020; Štemberger Kolnik, 2020:196; WHO 2023).

Kişisel ve toplumsal anlamda sağlık okuryazarlığı konusunda gereken bilinç düzeyine sahip olunmaması sağlık sisteminin devamlılığı açısından aksiliklere ve hatalı tutumlara neden olmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı (SOY) düzeyinin yetersiz olması kronik hastalıkların yönetimini zorlaştırması, hastaneye başvuruda gereksiz yoğunluk oluşması, yanlış inançların benimsenmesine neden olması, tedaviye uyum aşamasını zorlaştırması gibi problemlere neden olmaktadır (Akça, 2019).

Avrupa Konseyi'nin 2022 yılında yayınladığı sağlık okuryazarlığı rehberi ile beş temel amaç belirlenmiştir. Bunlar; mevcut sağlık bilgilerine erişim, uygun tedaviye ulaşım, sağlık alanında yetkin ve sorumluluk sahibi insanlarla iletişim, tedavi ve bakım ile ilgili alınan kararlara etki etme, sağlık hizmetlerinin anlaşılması için dijital platformlara erişimdir (COE, 2022). Belirlenen bu amaçlar sağlığa ulaşım hakkı için tüm yollara eşitlik getirmektedir (COE, 2019). DSÖ tarafından 2022'de başlatılan sağlık okuryazarlığı geliştirme serisi ile Portekiz'de, Mali'de ve Kuzey Hindistan bölgelerinde çalışmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmaların ortak özellikleri; yaşanan sağlık problemlerine ilişkin, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin teşvik edilmesi ve öneminin açıklanmasıdır (WHO, 2022). Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi için dünyanın farklı ülkelerinde ve ülkemizde çalışmalar yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığı araştırmalarının amacı sağlık ekibi ile hasta arasındaki iletişimde anlaşmazlıkların en aza indirilmesidir (İlgün vd., 2015:2629).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili Amerika'da, Avrupa'nın sekiz ülkesinde (Almanya, Polonya, Avusturya, Bulgaristan, İrlanda, Yunanistan, Hollanda ve İspanya) ve Asya ülkelerinde (Tayvan, Endonezya, Malezya, Myanmar, Vietnam, Kazakistan) çalışmalar yürütülmüştür. Çalışmalar bu bölgelerde sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğunu ortaya çıkarmıştır (Raingruber, 2014; Sorensen vd., 2015:83; Duong vd., 2017:80). Türkiye' de yapılan geneli temsil eden kesitsel tipteki çalışma sonucunda ise toplumun % 68.9'luk bir oranın sağlık okuryazarlığı konusunda sorunlu ya da yetersiz olduğu görülmüştür (Özkan, 2018:105). Yapılan çalışmalar sonucu her ülkenin kendine göre farklı sonuçları olsa da SOY düzeyinin sorunlu-yetersiz bir düzeyde olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre küresel olarak kabul gören sonuç; toplumların yetersiz SOY düzeylerinin olduğu ve geliştirilmesi gerektiğidir (Akça, 2019) . Günümüz dünyasında gelişen ve değişen şartlara bağlı olarak ölüm sebepleri eski dönemdeki gibi salgın hastalıklardan çok yaşam biçiminin sebep olduğu hipertansiyon diyabet gibi hastalıklardır (Şen vd., 2017:7; Akçilek, 2017; Zengin, 2022). Tüm bunlarla beraber sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının paralel şekilde düşük olduğu görülmüştür (Akçilek, 2017).

Üniversite dönemi bireylerin yeni sosyal çevre edindiği bir süreç olmakla beraber sorumluluklarının da arttığı bir dönemdir. Yeni bir döneme ve sorumluluklara adaptasyon süreciyle beraber genç bireylerde düzensiz beslenme, düzensiz ve yetersiz uyku, fiziksel aktivite yetersizliği gibi sağlığı ciddi şekilde etkileyen durumlar ortaya çıkmaktadır (Şener

vd., 2018). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanımı için çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olarak ifade edebileceğimiz üniversite dönemi oldukça önemlidir (Çıtak Bilgin vd., 2019:188). Üniversiteler sağlığın geliştirilmesi hedefi için en etkili ve ideal ortamlardır. Bu dönemde öğrencilerin; kendi sağlıkları için, sağlığın sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesi için daha fazla sorumluluk almaya motive edilmesi önemlidir (Almutairi, 2018:5). Sağlık okuryazarlığının sağlığı teşvik etmesi olumlu sağlık sonuçlarına olanak sağlayabilir. Böylece sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlaşılup sorunların tanınması ve sağlığın geliştirilmesi sağlanabilir (Yang vd., 2017). Üniversite öğrencileri eğitim düzeyleri itibariyle okuryazarlığın etkilerinin en net şekilde izlenebileceği bir gruptur (Yang vd., 2017).

Sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam davranışlarına yön verebilen bir etkidir (Aaby vd., 2017:1880). Bireylerin sağlıklı olma durumunu etkileyen fiziksel, psikolojik ve sosyolojik etmenlerin tümü sağlıklı yaşam biçimini oluşturmaktadır (Şen vd., 2017:7). Sağlığın sürdürülebilir ve geliştirilebilir olması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ile mümkün olacaktır (Değerli ve Yiğit Öz, 2020:573). Geleceğin sağlık profesyonelleri olarak hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimine katkısının önemini anlayacak ve anlatacak olmaları bilinci oldukça önemlidir (Akgün vd., 2021:247). Sağlık okuryazarlığı ile güçlenecek sağlık bilinciyle koruyucu sağlık hizmetleri başta olmak üzere toplumsal sağlık daha üst düzeylere ulaşacaktır. Bu nedenle özellikle sağlık alanında nüfusunun en fazla olduğu meslek grubu olarak hemşirelik alanına yapılacak olan katkılarla eğitim ve öğretimde sağlık okuryazarlığı yaygınlaştırılarak sağlıklı yaşam biçimine katkısı sağlanmalıdır. Böylece bu bilinçle yetişen sağlık profesyoneli hastane süreçlerinde düzenin sağlanmasına, hastalıklarla mücadele ve toplumsal bilinçlenmeye katkı sağlayacaktır (Akgün vd., 2021:247; Tuğut vd., 2021:120; Soykan ve Şengül 2021:691).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

2.1.1. Sağlık

Sağlık kavramı bireylerin, ailenin ve toplumun genel sağlığını koruyucu sürdürülebilir ve geliştiren bakış açısıyla sağlık merkezli bütüncül bir yaklaşımı ön plana çıkarmaktadır (Sisk, 2000:37). En yüksek iyilik halinden ölüme kadar geçen zamanda yaşamın farklı düzeylerdeki iyilik hallerini kapsayan bir süreç şeklinde sağlık kavramını tanımlamak mümkündür (Aksoy ve Uçar, 2014). Sahip olunabilecek en yüksek standartlardaki sağlık seviyesi, ırk, siyasi görüş, ekonomik ve sosyal konumu ne olursa olsun tüm bireylerin temel haklarından biridir (Demir, 2024; DSÖ 1948).

Türk Dil Kurumu, sağlık tanımını şu şekilde yapmaktadır: “Bireyin sosyal, ruhsal ve fiziksel olarak tam iyilik hali, vücut esenliği, keyifli ve sıhhatli olma durumudur.” (TDK, Erişim 2024). Florence Nightingale sağlık kavramını “bireyin iyi olması ve mevcut potansiyelini en üst düzeyde kullanması, bununla birlikte çevresel faktörlerin en iyi şekilde yönetilmesi ile hastalığın önlenmesi” şeklinde tanımlamıştır (Ünsal, 2017:11; Velioğlu, 1999). Sağlık kavramı ruh ve bedenin bir uyum içerisinde çalışmasıdır. Aynı zamanda insan sağlığına zarar verecek durumlardan uzak durma farkındalığı şeklinde de tanımlamak mümkündür (Koç Akran, 2021).

2.1.2. Okuryazarlık

Türk Dil Kurumu, okuryazarlık tanımını okuryazar olma durumu şeklinde tanımlamaktadır (TDK, Erişim 2024). 2008 yılında UNESCO okuryazarlık tanımını, “farklı yazılı kaynakları ve kayıtları kullanarak anlama, yorumlama ve iletişim kurma becerisi” şeklinde yapmıştır. Geniş kitlelere hitap edebilme amacına ulaşmak için kişiye bilgi ve güç kazandıran bir olgu olarak ifade edilmiştir (UNESCO, 2008).

Okuryazarlık kavramı okuma-yazmadan daha geniş perspektife hitap eden bir kavramdır. Sözlü ve yazılı iletişim süreçlerini kapsayarak okuma-yazma becerilerinin etkin kullanılmasını sağlar (Koç Akran, 2021:143).

2.1.3. Sağlık okuryazarlığı tanımı

Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığı kavramını, kişilerin sağlığını geliştirme ve sürdürme amacıyla bilgiye ulaşması, kullanması için gerekli motivasyonu sağlayacak

kişisel beceri olarak tanımlamaktadır (WHO,2020). T.C Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde sağlık okuryazarlığı şu şekilde tanımlanmıştır;

“Sağlık okuryazarlığı, kişileri sağlıklı olmaya yönlendirecek ve bu sağlıklı olma durumunu devam ettirebilecek şekilde bilgiye ulaşma, anlama ve kullanmak için motivasyonu sağlayacak bilişsel ve sosyal becerileri ifade eder.” (Erkoç, 2011).

AMA (Amerikan Tıp Derneği) ise sağlık okuryazarlığı tanımını yaparken “ kişilerin sağlık ile ilgili mesajları, ilaç kutuları ve reçeteleri okuyup anlaması, sağlık çalışanlarının söylediklerini anlayıp uygulayabilmesi” ifadelerini kullanmıştır (AMA, 1999).

2.1.4. Sağlık okuryazarlığı kavramı tarihçesi

Sağlık okuryazarlığı alanı 1970'lerde tanıtılmış ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri tarafından sağlık profesyonellerinin halkın sağlık bilgileri ve hizmetlerine olan ilgisi ve anlayışı konusunda beceri, bilgi ve beklentilerini içeren karmaşık bir olgu olarak kabul edilmiştir (Paul Roetert vd., 2019:61). 1990'lı yılların başlarında 22 ülkenin yetişkin okuryazarlık oranının araştırılmasıyla sağlık sonuçlarının okuryazarlık ile ilişkili olduğunu ortaya çıkaran bulgular elde edilmiştir (Rudd, 2015:7). 1990'lı yıllar ile tekrar gündeme gelmiş fakat 2000'li yıllar, sağlık okuryazarlığının önem kazandığı dönem olmuştur (Akça, 2019).

Çalışmalarla konu olmaya devam etmekte olan sağlık okuryazarlığı kavramı Don Nutbeam tarafından ele alınarak, kavram alt grupları oluşturulmuştur. (Nutbeam, 2000:2072) Son olarak DSÖ ve Avrupa Konseyi de 2022 yılında sağlık okuryazarlığı üzerine kapsamlı çalışmalar yürütmüştür (WHO, 2022; COE, 2022).

2.1.5. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler

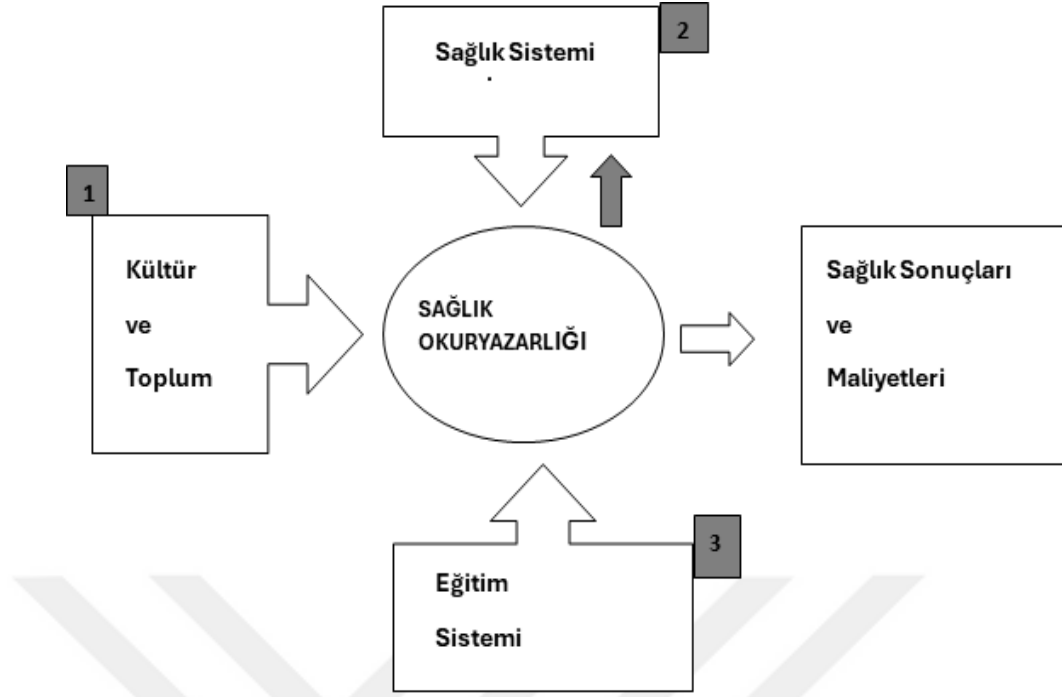
Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerini anlama, yorumlama ve sağlığını geliştirebilmesi için gerekli bilgi, yeterlilik ve beceriye sahip olmasını kapsamaktadır (Pender vd., 2015). Bunlarla beraber sağlık okuryazarlığı, toplumsal yapı, kültürel yapı, eğitim ve sağlık sistemi gibi toplumun büyük kesimini ilgilendiren başlıklarda sağlık sonuçlarına geniş yelpazede etki etmektedir (Yılmaz ve Tiryaki, 2016). Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık okuryazarlığının etki alanının geniş olması birçok faktörden etkilenmesi sonucunu da beraberinde getirmektedir (WHO, 2019; Uğurlu, 2011; Sadeghi vd., 2013:72; DeWalt, 2009:265; Morris, 2006:21).

Sağlık okuryazarlığının konuşulan dil, genel okuryazarlık düzeyi, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, etnik köken, eğitim düzeyi, meslek durumu, etkili iletişim kurabilme becerileri, dinleyebilme becerileri, deneyimler, göç durumu, hastalık durumu, bilişsel yeterlilik ve medya kullanımı gibi toplumu ilgilendiren birçok konuda etkilenmiş olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; Morris, 2006:21; DeWalt, 2009:265).

Bazı çalışmalarda da eğitim seviyesi liseden az olan bireylerin, azınlıkların, yaşlıların, yaşadığı toplumda aynı dili konuşmayanların ve yoksulluk ile mücadele eden bireylerin düşük sağlık okuryazarlığından daha muzdarip olduğu görülmüştür (Pender vd., 2015:263; DeWalt, 2009:265).

Toplumlarda kişilerin hastalık ve sağlık konularındaki inanç tarzları ve bilgi eksikliği buna bağlı olarak sağlık algılarının düşük olması öte yandan edinilen sağlık davranışlarının uygulamaya geçirilememesi, sosyal desteğin yetersiz olması da sağlık okuryazarlığını negatif yönde etkilemektedir (Özbaşaran ve Çetinkaya, 2004:43).

Belli bir coğrafyada ana dilden farklı bir dilde konuşmanın sağlık okuryazarlığını düşürdüğü gözlemlenmiştir. Bununla beraber Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ana dil olan İngilizce konuşan yetişkin kesimin yalnızca yüzde 12'si sağlık okuryazarlık becerilerine sahip olduğu araştırmalar sonucu ortaya çıkmıştır. Yapılan bu çalışma neticesinde ortaya çıkan tablo gösteriyor ki konuşulan dilin bile tek başına yeterli gelmemesi, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin aslında bir bütün olarak değerlendirilmenin gerekliliği ve önemini göstermektedir (DeWalt, 2009:265).



Şekil 2.1. Potansiyel SOY müdahale alanları (Tanrıöver vd., 2014)

Şekil 2.1'e bakıldığında sağlık okuryazarlığının etki kapsamına giren alanlar, sağlık sistemi, toplum yapısı, kültür ve eğitim sistemidir. Bu etkileşim sağlık çıktılarına, bireyin sağlık sonuçlarını ve tüm sağlık giderlerini etkilemektedir. Buna bağlı olarak SOY düzeyinin artması bireylerin öz yönetimini destekleyerek ve güçlenmeyi sağlayarak daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamaktadır. Artan sağlık okuryazarlığı düzeyi; eşit sağlık şartlarının oluşması, devamlılığın ve pozitif sağlık sonuçlarının elde edilmesine olanak sağlamaktadır (Taş ve Akış, 2016:119). Sağlık okuryazarlığı alanında yapılan çalışmalara bakıldığında daha çok; mevcut sağlık hizmetinden yeterli faydalanımın sağlanması, sağlık maliyeti, sağlık davranışları ve bunların neticesinde meydana gelen sağlık sonuçları noktalarında yoğunlaşarak çalışmalar yürütülmektedir (Sorensen vd., 2015:80).

2.1.6. Yetersiz sağlık okuryazarlığı

Yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlık akışına olan etkisi yapılan çalışmalarda ifade edilmektedir. Bu yetersizliğin sonucunda gereksiz hastane giderleri dolayısıyla harcamaların artması ve buna bağlı olarak yüksek tetkik yaptırma oranları olması, daha uzun hastane yatış sürelerinin yaşanması ve acil servis kullanımlarında görülen artışlar gibi sebeplerden dolayı gereksiz iş yükü ters orantılı olarak iş gücü oranının düşmesi ve yüksek sağlık harcamalarına sebebiyet vermektedir (Baker vd., 1998:76; Özman, 2023). Bir diğer

yandan, sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan bireyler sağlık sistemine yapılan geç başvuru sebebiyle koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamamalarına ve hastaneye yapılan yatış oranlarında artmalara sebep olduğu anlaşılmaktadır (Davis vd., 1996:1912).

Bireylerde yetersiz sağlık okuryazarlığı öz güven eksikliği nedeniyle sağlık personeliyle zayıf iletişime sebebiyet vermektedir. Bu iletişim şekli doğru sağlık sonuçlarının önüne geçerek tam bir sağlık hizmeti almaya engel oluşturmaktadır. Bu sebeple hastalar, yaşadığı sağlık sorunu ile ilgili sürecini yönetememe, sağlıkla ilgili verilen talimatları anlamakta zorlanma, reçeteleri anlayamama ve ilaç kullanımı konusunda sıkıntı yaşama gibi sonuçlarla karşı karşıya kalmaktadır. Sonuçta bireylerin sağlık durumlarının gerilemesine, hastaneye daha sık başvuru yapmalarına ve fazla sağlık harcaması yapmalarına neden olabilmektedir (Sezgin, 2013:73). Freedman ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı, toplum ve birey sağlığı ve sağlık sistemine yönelik ciddi etkisini kanıtlayan çalışmaların zamanla arttığı ifade edilmiştir. Bunlar;

- ✓ z-bakımda yetersizlik,
- ✓ Hastalıkların semptomatik döneminde sağlık bakımı arayışında yaşanan gecikme,
- ✓ Koruyucu sağlık hizmetleri konusunda düşük düzeyde bilgi ve faydalanma,
- ✓ Bireyin tıbbi durumunu anlamasında yetersizlik ve bu konuda yaşanan kaygı,
- ✓ Tıbbi neri ve talimatlara uyumda yetersizlik,
- ✓ Genel mortalitede artış,
- ✓ Sağlık bakım maliyetlerinde yükselme olarak ifade edilmektedir (Freedman vd., 2009:446).

2.1.7. Dünyada ve ülkemizde sağlık okuryazarlığı

Avrupa Konseyi'nin 2022 yılında yayınladığı sağlık okuryazarlığı rehberi ile beş temel amaç belirlenmiştir. Bunlar; mevcut sağlık bilgilerine erişim, uygun tedaviye ulaşım, sağlık alanında yetkin ve sorumluluk sahibi insanlarla iletişim, tedavi ve bakım ile ilgili alınan kararlara etki etme, sağlık hizmetlerinin anlaşılması için dijital platformlara erişimdir (COE, 2022). Belirlenen bu amaçlar sağlığa ulaşım hakkı için tüm yollara eşitlik getirmektedir (COE, 2019).

DSÖ tarafından 2022'de başlatılan sağlık okuryazarlığı geliştirme serisi ile Portekiz'de, Mali'de ve Kuzey Hindistan bölgelerinde çalışmalar yapılmıştır. Yapılan

Çalışmaların ortak özellikleri; yaşanan sağlık problemlerine ilişkin, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin teşvik edilmesi ve öneminin açıklanmasıdır (WHO, 2022).

ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi (United States National Library of Medicine, NLM) ToxTown adlı interaktif bir web sitesi ve mobil uygulama geliştirmiştir. Bu proje, çevresel sağlık risklerini anlamak için görsel ve etkileşimli bir platform sunarak sağlık okuryazarlığını artırmayı hedeflemektedir (Hochstein vd., 2007:21).

Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi için dünyanın farklı ülkelerinde ve ülkemizde çalışmalar yapılmıştır. Amerika’da, Avrupa’nın sekiz ülkesinde (Almanya, Polonya, Avusturya, Bulgaristan, İrlanda, Yunanistan, Hollanda ve İspanya) ve Asya lkelerinde (Tayvan, Endonezya, Malezya, Myanma, Vietnam, Kazakistan) alışmalar yrtlmştir. alışmalar bu bölgelerde sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğunu ortaya çıkar mıştır (Raingruber, 2014; Sorensen vd., 2015; Duong vd., 2017).

Türkiye’ de yapılan geneli temsilen kesitsel tipteki çalışma sonucunda ise toplumun % 68.9’luk bir oranın sağlık okuryazarlığı konusunda sorunlu ya da yetersiz olduğu grlmştir (zkan, 2018). Yapılan alışmalar sonucu her ülkenin kendine göre farklı sonuçları olsa da SOY düzeyinin sorunlu-yetersiz bir düzeyde olduğu grlmştir. Bu sonuçlara göre küresel olarak kabul gören sonuç; toplumların yetersiz SOY düzeylerinin olduğu ve geliştirilmesi gerektiğidir (Akça, 2019).

2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı

2.2.1. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı kavramı

Her insanın temel haklarından biri de sağlıklı olmaktır. Sağlık olarak tanımlanan iyilik halinin elde edilmesi ve devamlılığın sürdürülmesi, bireylerin sorumluluğu olduğu kadar sağlık çalışanlarının da temel amaçları arasındadır. Bireylerin, sağlığın devamlılığının sağlanması ve geliştirilmesi konusunda davranış kazanılabilmesi için önemli olan öz denetime sahip olmaları ve uygulamaya aktarmaya istekli olmaları önemlidir. Çünkü sağlığın geliştirilmesi konusunda bireylere düşen sorumluluk olumlu sağlık davranışlarının edinilmesi ve devamlılığının sağlanmasıdır (WHO,2010).

Çocukluk ağlarında başlayan ve ailede temelleri atılan sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitimi oldukça önemlidir. Bu davranışların eğitimle kazanılmasıyla beraber sosyal ilişkilerin de katkısı vardır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hayatına entegre eden bireylerin yaşam kalitesi de gelişmektedir (WHO,2019).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında yapılan çalışmalarda, bu davranışlara sahip olan kişilerde depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemlerle karşılaşma oranının düştüğü aynı zamanda diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalıkları gibi kronik rahatsızlıklardan korunmayı desteklediği ortaya çıkmıştır (Saneei vd., 2016; Shafieyan vd., 2015:161). Tüm bunlara ek olarak sigara içmemek, egzersiz yapmak ve normal kiloyu korumak gibi faktörlerin bireylerin yaşam sürelerine ve kalitelerine pozitif yönlü katkı sağladığı görülmüştür (Stenholm vd., 2016:8).

Pender ve arkadaşları yaptığı çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sağlığı geliştirme çalışmalarının bir parçası olarak ele almıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bileşenleri olarak bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alma, dengeli ve yeterli beslenme, kişiler arası ilişkiler, düzenli bir şekilde egzersiz yapma, stres yönetimi ve kendini gerçekleştirme başlıklarını ele almıştır (Pender vd., 2014:17).

2.2.2. Beslenme

Yaşamın temel gereksinimlerinden biri beslenmedir. Büyüme, gelişme ve yaşamın başarılı bir şekilde sürdürülmesi için beslenme şarttır. Toplumda bilindiği gibi beslenme, karın doyurmak açlığı bastırmak veya canının çektiği bir şeyi yemek anlamlarına gelmez. Beslenme, vücudun sağlığını korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini arttırmak amaçlarıyla ihtiyaç duyulan besinleri yeterli ölçüde ve uygun zamanlama ile bilinçli bir şekilde almaktır (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004).

Literatürde bakıldığında genel olarak Pender ve arkadaşlarının yaptığı tanımlama esas alınmaktadır. Bu tanımlamada beslenme davranışı, sağlığın temel bileşenlerinden biri ve sağlıklı beslenme davranışını ise dünya obezite oranını yükselten temel risk faktörlerinden biri şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Pendervd., 2014:17). Motivasyon, öz yeterlilik, geleceğe yönelik eylem planlama, hedef koyma davranışları, algılanan ebeveyn desteği beslenme davranışını etkileyen faktörler içerisinde ön plana çıkmaktadır (Kelly vd., 2017:21).

2.2.3. Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite, iskelet kaslarının aktif rol aldığı ve enerji harcamayı gerektiren tüm hareketler olarak ifade edilmektedir (Eichler, 2009:313). Egzersiz ise planlı, düzenli ve tekrarlı olacak şekilde fiziksel uygunluğun korunmasını ve geliştirilmesini hedefleyen fiziksel aktiviteler şeklinde tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Toplumun daha mutlu ve sağlıklı bir hale gelebilmesi için hareketli ve aktif bir yaşamın benimsenmesi ile mümkün olmaktadır. Egzesizler günlük yaşantımızın bir parçası olmalıdır. Düzenli fiziksel aktivitenin bireylerin psikolojik, sosyal, bedensel, entelektüel ve ruhsal anlamda iyilik halini geliştirmeye ve korumaya büyük katkıları olduğu görülmüştür (Tatar, 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Dünya geneli mortalitede önde gelen en önemli risk unsurlarından birisi de yetersiz fiziksel aktivitedir. Fiziksel aktivitenin birçok yararının yanında bulaşıcı olmayan hastalıklardan koruması ön plana çıkmaktadır. Dünya üzerinde dört yetiştikenden birinin yeteri kadar aktif olmadığı görülmektedir. Bu nedenle DSÖ'ye üye olan devletler 2025 yılına kadar yetersiz fiziksel aktiviteyi % 10 oranında azaltmak konusunda ortak bir karara varmış ve çalışmalar yürütmektedirler (WHO, 2022).

Düzenli ve devamlı fiziksel aktivite diyabet, felç, kalp hastalıkları ve kanser türleri gibi hastalıklardan korunmak ve hasta bireylerin iyileşme sürecini hızlandırmak için bütüncül pozitif bir etkisi olduğu ispatlanmıştır. Sağlıklı beden ağırlığının korunmasını sağlar, zihinsel sağlığı korur, düzenli bir yaşam şekli sağlar ve yaşam konforunu iyileştirir (Demirtürk vd., 2017:169).

2.2.4. Sağlık sorumluluğu

Bireyin kişisel sağlığına yönelik olumlu sağlık davranışları kazanarak sağlığı geliştirici, koruyucu tutum ve davranış değişiklikleri sergileyebilmesi sağlık sorumluluğu olarak ifade edilmektedir. Sağlık sorumluluğu, sağlık kontrollerinin zamanında yapılmasını, sağlık hizmetlerinin uyarı ve önerilerine uyulmasını ve sağlık konusunda istekli olunmasını gerektirmektedir (Demir Avcı, 2016). Sağlık sorumluluğu düzeyinin belirlenmesi için bazı kriterler şu şekildedir;

- ✓ Kişinin ilk olarak kendini ve bedenini tanıması,
- ✓ Düzenli aralıklarla sağlık kontrollerini yaptırmayı,
- ✓ Sağlık ile alakalı değişikliklerin önemsenip bir hekime ya da sağlık kuruluşuna başvurulması,
- ✓ Sağlık alanında ki yeniliklerin ve değişikliklerin takip edilmesi, sağlık önlemleri ve erken teşhis konularına vakit ayrılması,
- ✓ Tedavi ve önlemlerin ciddiye alınması olarak ifade edilebilir. Sağlık sorumluluğu yaşam boyu fayda getiren bir kavramdır (Arslan ve Ceviz, 2007:211).

2.2.5. Manevi gelişim

Manevi gelişim, esasında maddi varoluşun ötesinde bir şeye inanmak, mekan ve zaman kavramlarının ötesindeki hakikatin farkındalığı konusundaki çaba, manevi gelişim olarak ifade edilmektedir (Sokal, 2010; Ahmed, 2023).

Hayatın anlamı ve amacı ile alakalı herkesi ilgilendiren temel sorular manevi gelişimin kapsamı içindedir. Manevi gelişim, kişilerin dini inançlarıyla veya bağlılıklarıyla bağdaştırılamaz. Toplumsal ve bireysel kimliğin daima içinde bulunduğu manevi arayışla ölüme, acıya, güzelliğe, iyiye, kötüye, olumlu ve olumsuz deneyimlere verdiğimiz tepkiler manevi bağlamı ifade eder. Bu, manevi değerlerin kavranması ve varoluşsal soruları yanıtlamanın yollarını aramakla alakalıdır (Ahmed, 2023:43; Cüceloğlu, 2009).

Manevi gelişim konusunda yapılan bazı çalışmalar, bu konuda gelişimine özen gösteren hastaların duygusal, sosyal ve fiziki yönden daha iyi durumda olduğunu göstermiştir. Sağlık düzeyinin maneviyat ile paralel şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır (Ahmed, 2023:43; Cüceloğlu, 2009; Boztilki ve Ardıç, 2017:24).

2.2.6. Kişilerarası destek

Kişinin öncelikle kendini tanıması, kabul etmesiyle başlayan diğer bireylerden aldığı geribildirimler aracılığıyla güçlü ve zayıf yönlerinin ortaya konması ile yaşamının zenginleşmesi süreci kişilerarası iletişim olarak tanımlanır (Aydın, 2016).

Bireylerin, bir veya daha fazla kişiyle birlikte kişilerarası kabiliyetlerini artıran ebeveynler, öğretmenler, dahil olunan topluluk üyeleri ve akranlarla sosyal etkileşim amacıyla sağlanan faaliyetler veya stratejilerin tümü kişilerarası destek kavramını oluşturmaktadır. Kişilerarası destek bağlamında hedeflenecek sorumluluklar veya beceriler, ortak yönelim, bakış açısı edinme, aktiviteler , sosyal katılım ve problem çözme faaliyetlerini içerir (Luisell vd., 2008).

Özetle, kişilerarası destek programları ile aktif hale gelen kişilerarası ilişkiler hastalıkların mortalite ve morbiditesini azalttığını gösteren çalışmalar yapılmıştır. Toplumsal ve sosyal ilişkilerin sağlık üzerinde oldukça güçlü bir etkiye sahip olduğu anlaşılmıştır (Tatar, 2020:53; House vd., 1988:293).

2.2.7. Stres yönetimi

Modern yaşam olarak tabir edilen günümüz standartlarında stres, bir hastalık olarak kabul görmektedir. Hayat sürecinin doğal sonucu olarak karşılaştığımız değişimlere ayak

uydurma zorunluluğu, beraberinde fiziksel, sosyal ve psikolojik açılardan gerilimlere maruz kalarak bireyin kendini tehdit altında hissetmesi durumunu ortaya çıkarmaktadır (Aydın, 2008). Ortaya çıkan bu tablo stres olarak adlandırılmaktadır. İnsan organizması stres tablosundan oldukça fazla etkilenmekte ve yıkıcı sonuçlarla karşılaşmaktadır. Stresin yıkıcı etkileri sonucu insan sağlığı bozulmaktadır (Ağiroğlu vd., 2017:50).

Birçok hastalığın en kapsamlı etyolojileri arasında büyük yeri olan stres, sağlığın geliştirilmesi konusunda ciddi emek isteyen bir konudur. Stres ile mücadelede önemli noktalar; stres kaynağını tanıma, kaynağa yönelik çalışmalarda bulunma, en kısa sürede müdahale etme ve yaşam boyu stresle mücadele konusunda aktif rol almaktır (Demirci vd., 2013:288).

İnsanların sık sık maruz kaldığı stresle aslında iyi bir şekilde yönetilerek başa çıkmak mümkündür. İyi bir stres yönetimi, stresi çok yönlü ele alan yani fiziksel ve psikolojik olarak dayanıklılık ve başa çıkma yetileri geliştirmeye dayalı planlı bir çalışmayı içerir. Literatürde stresle başa çıkma çalışmalarında esas alınan kaynaklar, psikanalitik savunma mekanizması kavramı üzerine çalışmaktadır. Bu savunma mekanizmasında, kişinin bilinçli çabaları ve bilinç dışı savunma mekanizmaları strese karşı sosyal ve psikolojik bütünlüğü korumayı hedeflemektedir (Doğan ve Eser, 2013:28).

2.2.8. Dünyada ve ülkemizde sağlıklı yaşam biçimi davranışları

Amerika'da yapılan "The Blue Zones" araştırması adını 100 yaşından büyük ve kronik hastalıklara yakalanmadan yaşayan uzun ömürlü insanların yoğun bulunduğu bölgelerin mavi ile işaretlenmesiyle oluşturulmuştur. Bu araştırma, dünyanın en uzun ömürlü insanların yaşadığı beş bölgeyi inceleyerek sağlıklı yaşam biçimlerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Blue Zones projesi, sağlıklı yaşam biçimlerini teşvik eden stratejilerin ve topluluk tabanlı uygulamaların geliştirilmesine yönelik ilham verici bir kaynak oluşturmuştur (Ersoy vd., 2023:49).

Avrupa ve Dünya Geneline, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) başlattığı Healthy Cities (Sağlıklı şehirler) Hareketi, kentlerde sağlıklı yaşam biçimini teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Bu hareket kapsamında, kent planlaması, çevre düzenlemesi, toplu taşıma sistemleri ve yeşil alanların artırılması gibi stratejiler uygulanarak sağlıklı yaşam biçimi desteklenmektedir (WHO, 2021; Gür, 2024:167).

Kanada ve Amerika'da aktifliğini sürdüren "5-2-1-0" kampanyası, çocuklara ve ailelere sağlıklı yaşam biçimini teşvik etmek için dört basit kural sunmaktadır: Her gün 5

porsiyon meyve ve sebze tüketmek, günde 2 saatten az ekran kullanım süresi (TV, bilgisayar vb.), her gün 1 saatten az olmamak kaydıyla fiziksel aktivite yapmak ve her gün 0 şekerli içecek tüketmek. Böylece sağlıklı yaşam biçimini yaşamımıza entegre etmeyi hedeflemektedir (Khalsa vd., 2017:79; Foltz, 2011:424).

Çin Kadoorie Biobank İşbirliği Grubu tarafından yürütülen çalışmaya Çin'de 451.233 katılımcı dahil edilmiş ve 11 yıl süren bu çalışma sonucunda beş düşük riskli yaşam tarzı faktörü, yani hiç sigara içmemek, aşırı alkol kullanmamak, fiziksel olarak aktif olmak, sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve sağlıklı vücut yağ seviyeleri daha uzun sağlıklı yaşam beklentisi ile ilişkilendirilmiştir (China Kadoorie Biobank Collaborative Group, 2023:1542).

YueLi ve arkadaşları tarafından, Amerika Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Araştırması'ndan yakın zamanda yayımlanan verileri kullanarak ABD'li 20 yaş ve üzeri yetişkinlerin sağlıklı yaşam tarzı eğilimleri değerlendirilmiş. Bu çalışmada 1999-2016 ile 2017-2020 döngüleri (1999'dan 2016'ya kadar dokuz adet 2 yıllık döngü ve 2017'den Mart 2020'ye kadar 1 birleşik döngü) arasında sigara içmeme, sağlıklı beslenme ve yeterli fiziksel aktivitede artışlar gözlenirken, sağlıklı kiloda da azalma gözlenmiştir. Yaş grubuna göre eşitsizliğin giderek arttığı ve ırk, etnik köken, eğitim düzeyi ve gelir düzeyine göre kalıcı eşitsizliklerin olduğu sağlıklı yaşam tarzında bir iyileşme tespit edilmiştir (Li vd., 2023).

Ayan Chatterjee ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışma sonucunda sağlıklı yaşam tarzına yönelik dijital müdahaleler sağlıklı yaşam biçimi yönetimini etkilediği ortaya çıkarmıştır. Dijital okuma ve araştırmalar kişinin doğru tespitler yapabilmesini ve bunları davranışa çevirebilmeyi sağladığı görülmüştür (Chatterjee vd., 2021).

Nevin Çıtak Bilgin ve arkadaşlarının 2019 yılında 2060 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışmada araştırma sonuçları, sağlık alanında eğitim alan öğrencilerin, bu alan dışında eğitim alan öğrencilere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının nispeten iyi düzeyde olduğunu göstermiştir. Sağlık bilimleri ile alakalı bölümlerde eğitim alan öğrencilerde; gelir durumu, cinsiyet, beden kitle indeksi ve ebeveynlerin eğitim düzeyinin SYBD'yi etkilemediği görülmüştür. Sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerde ise; sınıf, cinsiyet, beden kitle indeksi ve yaşın SYBD'yi etkilemediği saptanmıştır. Bunlarla beraber daha iyi gelir durumuna sahip olan, ilde yaşamış olan, eğitim düzeyi daha yüksek ebeveynleri olan, sağlıkla alakalı konularda aktif medyayı takip eden ve sağlık durumlarını iyi olarak ifade eden bireylerin sağlık alanında eğitim almaları farketmeksizin

sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha olumlu olduğu görülmüştür (Çıtak Bilgin N. vd., 2019:188).

Değerli'nin 2020 yılında yapmış olduğu çalışmanın örneklemini 18 yaş üstü 510 birey oluşturmaktadır. Çalışma sonucunda SYBD düzeyi “orta” düzeyde tespit edilmiştir. Sağlığın geliştirilmesi ve korunması konusunda yapılan çalışmalarda bireylerin davranışlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına önemli bir etkisi olduğu saptanmıştır. Kişiler uygun sağlık davranışları göstermesi durumunda sağlığını korumakla beraber sağlığını geliştirebilir aynı zamanda bu sağlık halinin sürdürülmesini sağlayabileceği de düşünülmektedir (Değerli, 2020:66).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde okuyan hemşirelik öğrencilerinde sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmış bir çalışmadır.

Yapılan çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde yürütülmüştür. Araştırma, Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan 2, 3 ve 4.sınıf hemşirelik öğrencilerinden 11.03.2024-24.04.2024 tarihleri arasında çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hemşirelik öğrencileri ile yapılmıştır. 1. sınıf öğrencileri uzaktan eğitim aldıkları için ulaşılabilirlik kısıtlı olması sebebiyle çalışmada yer almamıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde okuyan öğrencilerden 2. sınıftan 109, 3. sınıftan 105 ve 4. sınıftan 110 kişi olmak üzere toplam 324 öğrenci oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma için örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmanın örneklemi, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelik öğrencileri oluşturmuştur. Evreni oluşturan tüm bireylere ulaşılmaya çalışılmış ancak öğrencilerin anket uygulanması sırasında fakültede bulunmama ve çalışmaya katılmak istememe gibi nedenlerle 267 öğrenciye ulaşılmıştır. Araştırmanın dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uyan tüm hemşirelik öğrencileri araştırma kapsamına alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri

Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde okuyan öğrenci olmak, kendi isteğiyle çalışmaya katılmayı kabul etmek, soruları anlamasını engelleyecek görsel, bilişsel ve zihinsel bir mani oluşturacak durumun olmaması.

3.6. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uymamak, veri toplama aracını eksik doldurmak, kendi isteğiyle çalışmaya katılmamak.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği - II ” ile toplanmıştır.

3.7.1. Tanıtıcı özellikler formu

Tanıtıcı Özellikler Formu araştırmacılar tarafından konu ile alakalı literatür incelendikten sonra oluşturulmuştur (Arıkan A. 2020; Tatar M. 2020; Akça A. 2019; Değerli H. ve Yiğit Öz A. 2020). Tanıtıcı özellikler formu sınıf, yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığınız yer, yaşadığınız bölge, kardeş sayısı, aile yapısı, anne eğitim düzeyi, anne mesleği, baba eğitim düzeyi, baba mesleği, sosyo-ekonomik durumu, üniversite eğitimi dönemi boyunca kaldığı yer, kişinin son mezun olduğu okul, hemşirelikte lisansüstü eğitim yapmayı düşünüyor olma durumuna ilişkin 16 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği - 32 (TSOY-32)

TSOY-32, 32 soru ihtiva etmektedir, kişiler her bir soru için zorluk derecesine göre yapılmış beşli Likert ölçeğinin ifade ettiği; çok kolay, kolay, zor, çok zor, fikrim yok cevaplarından herhangi birini işaretlemeleri beklenmektedir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) tarafından geliştirilen ölçek Türkçe 'ye uyarlanarak, TSOY-32'nin Türkçe versiyonu 2016 yılında Okyay ve arkadaşları tarafından Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır.

TSOY-32, en az ilkokul mezunu ve 15 yaş üstü olan bireylerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş bir öz bildirim ölçeğidir. Türkiye Sağlık

Okuryazarlığı Ölçeği, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından oluşturulan ölçeğin kavramsal çerçevesine dayanarak hazırlanmıştır. Fakat TSOY-32' nin özgün ölçekten farkı, üç temel boyut yerine iki temel boyut esas alınarak, 2X4'lük bir matris şeklinde düzenlenmiştir. Yapılan bu düzenlemeye göre, matrisin iki boyutu olarak tedavi ve hizmet bir de hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi ele alınmıştır. Dört süreç ise sağlıkla alakalı bilgiye ulaşma, sağlıkla alakalı bilgiyi anlama, sağlıkla alakalı bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla alakalı bilgiyi uygulama olmak üzere toplam sekiz bileşenden meydana gelmiştir.

Ölçeğin Türkçe' de güvenirliği, Cronbach Alfa ile değerlendirilmiş, iç tutarlık katsayısı 0.927 olarak hesaplanmıştır. Matrisin birinci boyutu olan tedavi ve hizmetin iç tutarlılık katsayısı 0,880'dir. İkinci boyut olarak hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0,863'tür. Ölçeğin kapsadığı kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili iki boyut (tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla alakalı karar alma ile ilgili dört bilgi elde etme sürecini (ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama) içermektedir (Okyay P. ve Abacıgil F. 2016).

Çalışmamızda kullandığımız TSOY-32 ölçeği Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.960 olarak hesaplanmıştır.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre şu şekilde kategorize edilmiştir:

0-25 puan aralığı, yetersiz sağlık okuryazarlığı

25-33 puan aralığı, sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

33-42 puan aralığı, yeterli sağlık okuryazarlığı

42-50 puan aralığı, mükemmel sağlık okuryazarlığı şeklinde tanımlanmaktadır.

Ölçekte elde edilen puanlara göre 0 puan en düşük SOY düzeyini, 50 puan ise en yüksek SOY düzeyini göstermektedir. (Okyay vd., 2016)

3.7.3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği - II (SYBD-II)

SYBD-II, Walker ve çalışma arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. İlk oluşturulduğunda 48 maddeden oluşmaktaydı. (Walker vd., 1987) Sonra ölçek 1996 yılında yeniden düzenlenerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II adı ile yeniden adlandırılmıştır. Ölçek yeni haliyle 52 maddeden oluşmaktadır (Walker, Volkan, Pender 1988).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin 2008 yılında ülkemizde Zuhul Bahar ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. SYBD-II, 6 alt

grup içermektedir; fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi (Walker, 1988 ; Bahar vd., 2008:13). 4'lü likert tipi puanlamaya sahip bir ölçek olan SYBD-II' yi oluşturan sorulara verilen cevaplar için 'hiçbir zaman', 'bazen', 'sık sık' ve 'düzenli olarak' seçenekleri yer almaktadır. Cronbach alpha değeri güvenirlik katsayısı ölçeğin geneli için 0.94 olarak, altı alt faktörleri için 0.79-0.87 arasında bir değer alacak şekilde hesaplanmaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği - II, 52 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılar sorulan faaliyetleri ne sıklıkla yaptıklarını gösteren seçeneği işaretleyeceklerdir. Verilen cevaplardan (1) hiçbir zaman , (2) bazen , (3) sık sık , (4) düzenli şeklinde puanlandırılmıştır. Anket sonunda her soru için verilen cevabın puanları toplanarak toplam puan elde edilmektedir. Bu hesaplama sonucu alınabilecek en düşük puan 52 ve en yüksek puan 208 olacak şekildedir. (Bahar vd., 2008:13)

Çalışmamızda kullandığımız SYBD-II ölçeği Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.940 olarak hesaplanmıştır.

3.8. Araştırmanın Uygulanması ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulanması fakültede araştırmacı tarafından anket formlarının öğrencilere verilmesi ve yüz yüze görüşme yolu ile gerçekleştirilmiş, öğrencilere veri toplama formları sınıf ortamında uygulanmıştır. 11.03.2024-24.04.2024 tarihleri arasında çalışmanın kapsamıyla ilgili öğrencilere bilgilendirme yapılmış ve daha sonrasında çalışmaya dahil olmayı kabul eden öğrencilere Tanıtıcı Bilgi Formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği - II uygulanmıştır. Formlar yaklaşık olarak 15-20 dakika kadar sürede doldurulmaktadır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

SPSS for Windows 22 paket programı ile verilerin analizi sağlanmıştır. Verilerin analizi yüzdelik değerler, en az ve en çok değerler, sayılar, standart sapmalar ve ortalama değerler ile birlikte istatistiksel analizler kullanılarak yapılmıştır. İkili grupların karşılaştırılmasında normal dağılan ölçümler için bağımsız gruplarda t Testi, normal dağılmayan ölçümlerde Mann Whitney U Analizi uygulanmıştır. Çoklu grupların karşılaştırılmasında normal dağılan ölçümler için varyans analizi uygulanmıştır. İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnett C kullanılmıştır. Çoklu grupların normal dağılmayan ölçümlerinde Kruskal Wallis Analizi

kullanılmış ve ileri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır. Verilerin “Kurtosis” ve “Skewness” kat sayıları aracılığı ile normallik varsayımına uygunlukları hesaplanmıştır.

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 5.9.1’de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Stres Yönetimi	267	0.668	0.149	0.854	0.297
Sağlık Sorumluluğu	267	0.444	0.149	0.707	0.297
Beslenme	267	0.683	0.149	1.386	0.297
Fiziksel Aktivite	267	0.624	0.149	0.413	0.297
Kişilerarası İlişkiler	267	0.147	0.149	0.389	0.297
Manevi Gelişim	267	0.240	0.149	-0.036	0.297
SYBD-II	267	0.579	0.149	1.416	0.297
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma –t*	267	-1.336	0.149	3.726	0.297
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama t	267	-0.964	0.149	1.365	0.297
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme t	267	-0.949	0.149	1.908	0.297
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama t*	267	-1.359	0.149	2.816	0.297
Tedavi ve hizmet*	267	-1.209	0.149	3.033	0.297
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma -h	267	-0.991	0.149	1.227	0.297
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama h	267	-1.160	0.149	1.615	0.297
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme h	267	-0.996	0.149	1.433	0.297
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama h	267	-0.771	0.149	0.884	0.297
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	267	-1.024	0.149	1.452	0.297
TSOY-32	267	-1.043	0.149	1.713	0.297
Yaş*	267	4.794	0.149	37.831	0.297
Kardeş sayısı	267	0.954	0.149	1.548	0.297

* Normal dağılmayan verilerdir. Tüm veriler normal dağılmaktadır.

Çalışmada kullanılan SYBD-II ölçeği için Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.940, TSOY-32 ölçeği için Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.960 olarak hesaplanmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma yapılmadan Adıyaman Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 05/12/2023-480 karar no'lu 05.12.2023 tarihli izin onayı ile araştırmanın uygulanacağı Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden yazılı izin alınmıştır. “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği - II kullanımı için mail üzerinden iletişime geçilerek izin alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin sözlü bilgilendirilmiş onamları alınması amacıyla araştırmanın amacı ve sürecine yönelik bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin verdikleri bilgilerin doğruluğunu sağlamak ve kimlik bilgilerinin gizliliğini korumak adına bireylerden anket formlarına isimlerini yazmaları istenmemiştir.

3.11. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları

Araştırmamız sürecinde 1. sınıf öğrencileri uzaktan eğitim aldıkları için ulaşılabilirlik kısıtlı olması sebebiyle çalışmada yer almamıştır. Araştırma sonucunda edinilen bulgular yalnızca örneklem kapsamındaki hemşirelik öğrencileriyle sınırlıdır, bütün hemşirelik öğrencilerine genellenemez.

4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. *Katılımcıların demografik özellikleri*

		n	%
Sınıf	2	85	31.8
	3	95	35.6
	4	87	32.6
Cinsiyet	Kız	180	67.4
	Erkek	87	32.6
Medeni Durum	Evli	5	1.9
	Bekar	262	98.1
Yaşanılan Yer	Köy	40	15.0
	İlçe	76	28.4
	İl	150	56.2
	Yurtdışı	1	0.4
Bölge	Diğer bölgeler	45	16.9
	Güneydoğu Anadolu B.	222	83.1
Aile Tipi	Çekirdek aile	243	91.0
	Geniş aile	24	9.0
Anne Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	40	15.0
	Okuryazar	47	17.6
	İlkokul mezunu	108	40.4
	Ortaokul mezunu	40	15.0
	Lise mezunu	26	9.7
	Üniversite mezunu	6	2.3
Anne Mesleği	Ev hanımı	247	92.5
	Diğer	20	7.5
Baba Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	8	3.0
	Okuryazar	17	6.4
	İlkokul mezunu	85	31.8
	Ortaokul mezunu	54	20.2
	Lise mezunu	75	28.1
	Üniversite mezunu	28	10.5
Baba Mesleği	İşsiz	13	4.9
	İşçi	121	45.3
	Memur	41	15.4
	Çiftçi	32	12.0
	Emekli	50	18.7
	Yaşamıyor	10	3.7

Tablo 4.1. (Devam) Katılımcıların demografik özellikleri

				n	%
Sosyo Ekonomik Durum	Çok düşük			6	2.2
	Düşük			26	9.7
	Orta			189	70.8
	İyi			40	15.0
	Yüksek			6	2.3
Üniversitede Kalma Yeri	Evde ailemle			122	45.7
	Evde yalnız/arkadaşlarla			6	2.2
	Yurtta			139	52.1
Mezun Olunan Okul	SML			13	4.9
	Ön lisans			4	1.5
	Genel lise			36	13.5
	Süper lise			5	1.9
	Anadolu lisesi			170	63.7
	Fen lisesi			39	14.5
Lisans Üstü Eğitim Yapmayı Düşünme	Evet			153	57.3
	Hayır			114	42.7
	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	267	19	44	21.80	2.30
Kardeş sayısı	267	1	12	4.61	1.70

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, katılımcıların %35.6’sı 3. Sınıfta öğrenim görmektedir, %67.4’ü kızdır, %98.1’i bekârdır ve %56.2’si ilde yaşamaktadırlar. Katılımcıların %83.1’i GDA bölgesinde yaşamaktadır, %91’i çekirdek ailede yaşamaktadır, %40.4’ünün annesi ilkokul mezunudur, %92.5’inin annesi ev hanımıdır, %31.8’inin babası ilkokul mezunudur ve %45.3’ünün babası işçidir. Katılımcıların %70.8’i orta ekonomik düzeye sahiptir, %52.1’i yurtta kalmaktadır, %63.7’si Anadolu lisesi mezunudur ve %57.3’ü lisansüstü eğitim yapmayı düşünmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 21.80 ± 2.30 ve ortalama kardeş sayısı 4.61 ± 1.170 ’dir.

Çalışmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Çalışmada kullanılan ölçekve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı (n=267)

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Stres yönetimi	267	8.00	32.00	18.87	3.82
Sağlık sorumluluğu	267	9.00	36.00	21.19	4.57
Beslenme	267	9.00	36.00	20.36	4.33
Fiziksel aktivite	267	8.00	32.00	17.53	4.78
Kişilerarası ilişkiler	267	9.00	36.00	23.78	4.47
Manevi gelişim	267	9.00	36.00	24.58	5.02
SYBD-II	267	52.00	208.00	126.30	21.88
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	267	0	50.00	39.07	8.22
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	267	6.25	50.00	38.55	8.34
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	267	0	50.00	36.83	8.38
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	267	6.25	50.00	39.44	8.19
Tedavi ve hizmet	267	5.47	50.00	38.47	7.47
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	267	6.25	50.00	38.32	8.84
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	267	3.13	50.00	38.59	9.32
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	267	0	50.00	37.01	9.30
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	267	3.13	50.00	36.62	8.90
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	267	5.47	50.00	37.63	8.27
TSOY-32	267	11.72	50.00	38.08	7.34

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi katılımcılar, SYBD-II ölçeği Stres yönetimi alt boyutundan 18.87 ± 3.82 , Sağlık sorumluluğu alt boyutundan 21.19 ± 4.57 , Beslenme alt boyutundan 20.36 ± 4.33 , Fiziksel aktivite alt boyutundan 17.53 ± 4.78 , Kişilerarası ilişkiler alt boyutundan 23.78 ± 4.47 , Manevi gelişim alt boyutundan 24.58 ± 5.02 ve SYBD-II toplamından 126.30 ± 21.88 puan almışlardır.

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi katılımcılar, Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi bileşeni Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma alt boyutundan 38.32 ± 8.84 , Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama alt boyutundan 38.59 ± 9.32 , Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme alt boyutundan 37.01 ± 9.30 , Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutundan 36.62 ± 8.90 puan ve Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi bileşeni toplamından 37.63 ± 8.27 puan almışlardır. Katılımcılar, TSOY-32 ölçek toplamından 38.08 ± 7.34 puan almışlardır.

Tablo 4.3. Ölçek kesme noktalarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri

Ölçek Kesme Noktalarına Göre	n	%	-	-	-
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	12	4.5	-	-	-
Sınırlı SO	42	15.7	-	-	-
Yeterli SO	133	49.8	-	-	-
Mükemmel SO	80	30.0	-	-	-

Ölçek kesme noktalarına göre katılımcıların %49.8'i yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptirler (Tablo 4.3).

Demografik özelliklere göre TSOY-32 Ölçeği ve SYBD-II Ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Demografik özelliklere göre TSOY-32 ölçeği ve SYBD-II ölçek puanlarının karşılaştırılması

		n	TSOY-32		SYBD-II	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.
Sınıf	2	85	37.40	7.44	130.68	22.71
	3	95	39.24	5.80	122.89	18.24
	4	87	37.47	8.58	125.73	24.12
	Test ve Önemlilik		F=1.846 p=0.160		F=2.926 p=0.055	
Cinsiyet	Kız	180	39.20	6.32	124.67	18.83
	Erkek	87	35.76	8.69	129.68	26.95
	Test ve Önemlilik		t=3.290 p=0.001		t=-1.561 p=0.121	
Medeni Durum	Evli	5	36.95	4.29	134.40	11.24
	Bekar	262	38.10	7.39	126.14	22.02
	Test ve Önemlilik		t=-0.345 p=0.730		t=0.835 p=0.404	
Yaşanılan Yer	Köy	40	37.55	8.36	125.90	26.73
	İlçe	76	38.45	6.42	125.10	21.58
	İl	150	38.03	7.55	126.79	20.61
	Test ve Önemlilik		F=0.203 p=0.817		F=0.153 p=0.858	
Bölge	Diğer bölgeler	45	39.45	6.80	132.80	22.19
	Güneydoğu Anadolu b.	222	37.80	7.43	124.98	21.63
	Test ve Önemlilik		t=1.381 p=0.169		t=2.201 p=0.029	
Aile Tipi	Çekirdek aile	243	38.20	7.41	127.09	22.21
	Geniş aile	24	36.85	6.67	118.24	16.57
	Test ve Önemlilik		t=0.859 p=0.391		t=1.899 p=0.059	

Tablo 4.4. (Devam) Demografik özelliklere göre TSOY-32 ölçeği ve SYBD-II ölçek puanlarının karşılaştırılması

		n	TSOY-32		SYBD-II	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.
Anne Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	40	37.91	8.21	125.88	18.85
	Okuryazar	47	36.84	7.30	123.45	21.08
	İlkokul mezunu	108	38.19	7.77	125.03	21.00
	Ortaokul mezunu	40	38.76	6.52	125.03	23.67
	Lise mezunu	26	39.06	6.08	135.62	26.36
	Üniversite mezunu	6	37.96	4.47	142.50	21.04
	Test ve Önemlilik		F=0.434 p=0.825		F=1.895 p=0.096	
Anne Mesleği	Ev hanımı	247	38.03	7.43	125.92	21.51
	Diğer	20	38.67	6.22	131.00	26.19
	Test ve Önemlilik		t=0.367 p=0.708		t=-0.999 p=0.319	
Baba Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	8	38.04	4.68	120.13	17.87
	Okuryazar	17	36.33	8.02	120.18	15.45
	İlkokul mezunu	85	38.70	7.22	125.09	23.38
	Ortaokul mezunu	54	37.41	7.96	125.11	20.67
	Lise mezunu	75	37.73	7.29	127.09	19.75
	Üniversite mezunu	28	39.47	6.98	135.61	27.41
	Test ve Önemlilik		F=0.636 p=0.672		F=1.525 p=0.182	
Baba Mesleği	İşsiz	13	38.58	9.37	111.85	21.58
	İşçi	121	38.30	7.03	126.74	20.72
	Memur	41	37.55	7.35	128.44	22.72
	Çiftçi	32	36.41	8.29	129.59	23.70
	Emekli	50	38.55	7.25	123.64	21.87
	Yaşamıyor	10	39.84	6.10	133.80	22.50
	Test ve Önemlilik		F=0.560 p=0.731		F=1.775 p=0.118	
Sosyo Ekonomik Durum	Çok düşük	6	37.24	8.96	110.81	22.83
	Düşük	26	39.06	9.26	122.38	19.51
	Orta	189	37.57	7.09	126.82	21.22
	İyi	40	39.67	7.26	128.05	24.44
	Yüksek	6	40.04	4.33	130.67	32.09
	Test ve Önemlilik		F=0.938 p=0.443		F=1.112 p=0.351	
Üniversitede Kalma Yeri	Evde ailemle	122	38.19	7.02	124.48	22.74
	Evde yalnız/arkadaşlarla	6	35.42	11.38	136.17	16.86
	Yurtta	139	38.09	7.46	127.47	21.23
	Test ve Önemlilik		F=0.408 p=0.665		F=1.229 p=0.294	

Tablo 4.4. (Devam) Demografik özelliklere göre TSOY-32 ölçeği ve SYBD-II ölçek puanlarının karşılaştırılması

		n	TSOY-32		SYBD-II	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.
Mezun Olunan Okul	SML	13	38.61	6.74	127.69	27.23
	Ön lisans	4	34.08	7.92	117.25	24.14
	Genel lise	36	38.59	6.27	130.19	24.42
	Süper lise	5	35.39	8.32	123.20	21.90
	Anadolu lisesi	170	37.87	7.90	126.93	21.15
	Fen lisesi	39	39.08	5.70	120.79	20.61
	Test ve Önemlilik		t=0.587 p=0.710		t=0.917 p=0.471	
Lisans Üstü Eğitim Yapmayı Düşünme	Evet	153	38.59	6.62	129.82	21.12
	Hayır	114	37.39	8.19	121.57	22.08
	Test ve Önemlilik		t=1.750 p=0.187		U=9.593 p=0.002	

TSOY-32 Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, cinsiyete göre TSOY-32 toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kız öğrencilerin puan ortalaması erkek öğrencilere göre daha yüksektir.

Sınıf, medeni durum, yaşanılan yer, bölge, aile tipi, anne eğitim düzeyi, anne mesleği, baba eğitim düzeyi, baba mesleği, sosyo ekonomik durum, üniversitede kalma yeri, mezun olunan okul ve lisansüstü eğitim yapmayı düşünme durumuna göre TSOY-32 toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

SYBD-II Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, yaşanılan bölge ve lisansüstü eğitim yapmayı düşünme durumuna göre SYBD-II toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Diğer bölgelerde yaşayanların puan ortalaması Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayanlardan yüksektir. Lisansüstü eğitim yapmayı düşünen öğrencilerin puan ortalaması düşünmeyen öğrencilere göre daha yüksektir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, sınıf, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, bölge, aile tipi, anne eğitim düzeyi, anne mesleği, baba eğitim düzeyi, baba mesleği, sosyo ekonomik durum, üniversitede kalma yeri ve mezun olunan okula SYBD-II toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Yaş, kardeş sayısı ile TSOY-32 ve SYBD-II puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.5’de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Yaş, kardeş sayısı ile TSOY-32 ve SYBD-II puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=267)

		TSOY-32	SYBD-II
Yaş*	r	-0.024	-0.079
	p	0.691	0.201
	n	267	267
Kardeş sayısı	r	-0.023	0.043
	p	0.711	0.487
	n	267	267

*Spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi yaş ile TSOY-32 ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi kardeş sayısı ile TSOY-32 ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

TSOY-32 ile SYBD-II puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6. TSOY-32 ile SYBD-II puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=267)

		Stres Yönetimi	Sağlık Sorumluluğu	Beslenme	Fiziksel Aktivite	Kişilerarası İlişkiler	Manevi Gelişim	SYBD-II
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma*	r	0.226	0.130	0.158	0.083	0.198	0.342	0.249
	p	0.000	0.033	0.009	0.175	0.001	0.000	0.000
	n	267	267	267	267	267	267	267
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	r	0.137	0.080	0.088	0.010	0.112	0.219	0.133
	p	0.026	0.190	0.151	0.874	0.068	0.000	0.029
	n	267	267	267	267	267	267	267
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme T	r	0.161	0.130	0.114	0.026	0.068	0.213	0.146
	p	0.008	0.034	0.063	0.677	0.267	0.000	0.017
	n	267	267	267	267	267	267	267
Sağlıkla ilgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama *	r	0.262	0.128	0.136	0.085	0.233	0.307	0.247
	p	0.000	0.036	0.026	0.167	0.000	0.000	0.000
	n	267	267	267	267	267	267	267
Tedavi ve Hizmet*	r	0.233	0.138	0.158	0.067	0.191	0.319	0.236
	p	0.000	0.024	0.010	0.279	0.002	0.000	0.000
	n	267	267	267	267	267	267	267

Tablo 4.6. (Devam) TSOY-32 ile SYBD-II puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=267)

		Stres Yönetimi	Sağlık Sorumluluğu	Beslenme	Fiziksel Aktivite	Kişilerarası İlişkiler	Manevi Gelişim	SYBD-II
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	r	0.123	0.048	0.044	0.020	0.111	0.212	0.116
	p	0.045	0.432	0.472	0.749	0.070	0.000	0.059
	n	267	267	267	267	267	267	267
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	r	0.132	0.082	0.101	0.047	0.102	0.188	0.135
	p	0.031	0.181	0.099	0.441	0.097	0.002	0.028
	n	267	267	267	267	267	267	267
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	r	0.209	0.144	0.104	0.089	0.093	0.190	0.169
	p	0.001	0.019	0.090	0.148	0.131	0.002	0.006
	n	267	267	267	267	267	267	267
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	r	0.260	0.058	0.095	0.063	0.098	0.169	0.149
	p	0.000	0.342	0.123	0.305	0.112	0.006	0.015
	n	267	267	267	267	267	267	267
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	r	0.199	0.092	0.095	0.061	0.111	0.209	0.156
	p	0.001	0.133	0.121	0.324	0.071	0.001	0.010
	n	267	267	267	267	267	267	267
TSOY-32	r	0.212	0.117	0.118	0.054	0.137	0.256	0.183
	p	0.000	0.056	0.055	0.382	0.025	0.000	0.003
	n	267	267	267	267	267	267	267

*Spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet) alt boyutu ile Stres Yönetimi, Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Kişilerarası İlişkiler, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p < 0.05$, sırasıyla $r = 0.226$, $r = 0.130$, $r = 0.158$, $r = 0.198$, $r = 0.342$, $r = 0.249$). Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet) alt boyut puanı arttıkça, Stres Yönetimi, Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Kişilerarası İlişkiler, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları da artmaktadır. Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet) alt boyutu ile Fiziksel Aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$, $r = 0.083$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet) alt boyutu ile Stres Yönetimi, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p < 0.05$, sırasıyla $r = 0.137$, $r = 0.219$, $r = 0.133$). Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet) alt boyut puanı arttıkça, Stres Yönetimi, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları da artmaktadır. Sağlıkla

İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet) alt boyutu ile Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Fiziksel Aktivite, Kişilerarası İlişkiler puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, sırasıyla $r=0.080$, $r=0.088$, $r=0.010$, $r=0.112$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Tedavi ve Hizmet) alt boyutu ile Stres Yönetimi, Sağlık Sorumluluğu, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$, sırasıyla $r=0.161$, $r=0.130$, $r=0.213$, $r=0.146$). Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Tedavi ve Hizmet) alt boyut puanı arttıkça, Stres Yönetimi, Sağlık Sorumluluğu, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları da artmaktadır. Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Tedavi ve Hizmet) alt boyutu ile Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Kişilerarası İlişkiler puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, sırasıyla $r=0.114$, $r=0.026$, $r=0.068$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama (Tedavi ve Hizmet) alt boyutu ile Stres Yönetimi, Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Kişilerarası İlişkiler, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$, sırasıyla $r=0.262$, $r=0.128$, $r=0.136$, $r=0.233$, $r=0.307$, $r=0.247$). Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama (Tedavi ve Hizmet) alt boyut puanı arttıkça, Stres Yönetimi, Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Kişilerarası İlişkiler, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları da artmaktadır. Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama (Tedavi ve Hizmet) alt boyutu ile Fiziksel Aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, $r=0.085$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Tedavi ve Hizmet bileşeni ile Stres Yönetimi, Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Kişilerarası İlişkiler, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$, sırasıyla $r=0.233$, $r=0.138$, $r=0.158$, $r=0.191$, $r=0.319$, $r=0.236$). Tedavi ve Hizmet bileşen puanı arttıkça, Stres Yönetimi, Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Kişilerarası İlişkiler, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları da artmaktadır. Tedavi ve Hizmet bileşeni ile Fiziksel Aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, $r=0.067$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Koruma ve Geliştirme) alt boyutu ile Stres Yönetimi ve Manevi Gelişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$, sırasıyla $r=0.123$, $r=0.212$). Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Koruma ve Geliştirme) alt boyut puanı arttıkça,

Stres Yönetimi ve Manevi Gelişim puanları da artmaktadır. Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Koruma ve Geliştirme) alt boyutu ile Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Fiziksel Aktivite, Kişilerarası İlişkiler ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, sırasıyla $r=0.048$, $r=0.044$, $r=0.020$, $r=0.111$, $r=0.116$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Koruma ve Geliştirme) alt boyutu ile Stres Yönetimi, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$, sırasıyla $r=0.132$, $r=0.188$, $r=0.135$). Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Koruma ve Geliştirme) alt boyut puanı arttıkça, Stres Yönetimi, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları da artmaktadır. Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Koruma ve Geliştirme) alt boyutu ile Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Kişilerarası İlişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, sırasıyla $r=0.082$, $r=0.101$, $r=0.047$, $r=0.102$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Koruma ve Geliştirme) alt boyutu ile Stres Yönetimi, Sağlık Sorumluluğu, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$, sırasıyla $r=0.209$, $r=0.144$, $r=0.190$, $r=0.169$). Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Koruma ve Geliştirme) alt boyut puanı arttıkça, Stres Yönetimi, Sağlık Sorumluluğu, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları da artmaktadır. Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Koruma ve Geliştirme) alt boyutu ile Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Kişilerarası İlişkiler puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, sırasıyla $r=0.104$, $r=0.089$, $r=0.093$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama (Koruma ve Geliştirme) alt boyutu ile Stres Yönetimi, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$, sırasıyla $r=0.260$, $r=0.169$, $r=0.149$). Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama (Koruma ve Geliştirme) alt boyut puanı arttıkça, Stres Yönetimi, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları da artmaktadır. Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama (Koruma ve Geliştirme) alt boyutu ile Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Kişilerarası İlişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, sırasıyla $r=0.058$, $r=0.095$, $r=0.063$, $r=0.098$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi (Koruma ve Geliştirme) bileşeni ile Stres Yönetimi, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır

($p < 0.05$, sırasıyla $r = 0.199$, $r = 0.209$, $r = 0.156$). Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi (Koruma ve Geliştirme) bileşen puanı arttıkça, Stres Yönetimi, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları da artmaktadır. Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi (Koruma ve Geliştirme) bileşeni ile Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Kişilerarası İlişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$, sırasıyla $r = 0.092$, $r = 0.095$, $r = 0.061$, $r = 0.111$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi TSOY-32 toplam puanı ile Stres Yönetimi, Kişilerarası İlişkiler, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p < 0.05$, sırasıyla $r = 0.212$, $r = 0.137$, $r = 0.256$, $r = 0.183$). TSOY-32 toplam puanı arttıkça, Stres Yönetimi, Kişilerarası İlişkiler, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları da artmaktadır. TSOY-32 toplam puanı ile Sağlık Sorumluluğu, Beslenme ve Fiziksel Aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$, sırasıyla $r = 0.117$, $r = 0.118$, $r = 0.054$).

5. TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinden faydalanmak amacıyla bireylerin sağlık ile alakalı bilgi arayışları ve edinilen bu bilginin anlaşılıp değerlendirilmesini bir bütün olarak kapsayan sağlık okuryazarlığı, toplumun değişik kademelerinde araştırma konusu olmuş ve devletlerin gündeme aldığı bir başlık olmuştur. Üniversitede eğitim almaya başlayan öğrencilerin daha geniş çaplı akademik sorumluluklar bunun yanında yeni sosyal ilişkilerin oluşturduğu ergenlikten yetişkinliğe geçiş olarak nitelendirilen bu dönemde yeterli sağlık bilgisi ve sağlık hizmetine ulaşma, anlama kabiliyetlerinin de araştırılması gerektiği belirtilmektedir (Rababah vd., 2019). Mevcut araştırma hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 267 hemşirelik öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma kapsamında elde edilen veriler aşağıda belirtilen şekilde kategorize edilerek tartışılmıştır:

- Hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerine ilişkin bulgularının tartışılması,
- Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin bulguların tartışılması,
- Hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ilişkisine yönelik bulguların tartışılması.

5.1. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Sağlık okuryazarlığı günümüzde popüler gündemin önemli maddelerinden biri olarak görülmekte ve hemşirelik öğrencilerinin bu bağlamda en etkin rolü üstlenmekte olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle de SOY geliştirme çalışmalarında ilk adım olarak hemşirelik öğrencileri görülmektedir. (Park ve Lee, 2015)

Hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerine ilişkin değerlendirme TSOY-32 ölçeği ve bu ölçeğe ait alt boyutların puan ortalamalarıyla yapılmıştır. Çalışmada ankete katılan 267 hemşirelik öğrencisi için TSOY-32 ölçek toplam puan ortalaması 38.08 ± 7.34 olarak bulunmuştur. Ölçek kesme noktalarına göre katılımcıların %49.8'i yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptirler. (Tablo 4.3). Literatür incelendiğinde Serap Tekbaş ve arkadaşlarının (2024) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada, Emine G. Özman (2023) Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmada, Mustafa Tatar

(2020) Tıp Fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmada, Şengül ve arkadaşlarının (2017) hemşirelik, beslenme-diyetetik, sosyal hizmet ve sağlık yönetimi öğrencileri ile yaptığı çalışmada ve Dinçer ve Kurşun'un (2017) eğitim, mühendislik, işletme ve hukuk fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyinin yeterli düzeyde olduğunu saptanmıştır. Tüm bunlara ek olarak üniversite öğrencilerinin SOY düzeyinin düşük olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır. (Uysal vd., 2020; Ramezankhani vd., 2015) Bu sonuçlar ele alındığında literatür, bize özellikle sağlık alanı başta olmak üzere üniversite öğrencilerinin SOY düzeyinin orta seviyede olduğunu göstermektedir. Toplumun yüksek eğitim düzeyinde bulunan bireyleri olarak üniversite öğrencilerinin daha iyi bir SOY düzeyinde olması beklenebilir.

TSOY-32 ölçeği alt boyutlarının değerlendirmeleri sonucu; Öğrenciler, Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi bileşeni alt boyutlarından en yüksek sonucu 38.59 puan ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama alt boyutundan almışlardır. Onu takiben sırasıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma alt boyutundan 38.32, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme alt boyutundan 37.01, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutundan 36.62 puan ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi bileşeni toplamından 37.63 puan almışlardır. Elde edilen bu ortalama değerler öğrencilerin sağlık okuryazarlığı için hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bileşeninin en çok sağlıkla ilgili bilgiyi anlama durumundan etkilendiği sonucunu ortaya koymaktadır. Karşımıza çıkan bu tablo ile sağlıkla ilgili bilgiyi yeterince anlayabilmenin hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi konusunda daha iyi bir sonuca ulaşılmasını sağlayabileceği sonucunu çıkarmak mümkündür. Ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgiyi anlama düzeylerinin yüksek olması SOY düzeyini etkileyen etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum SOY geliştirme çalışmaları için de yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Öğrenciler, Tedavi ve hizmet bileşeni alt boyutlarından elde edilen sonuçlardan en yüksek 39.44 puan ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutundan almışlardır. Sonra sırasıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma alt boyutundan 39.07, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama alt boyutundan 38.55, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme alt boyutundan 36.83 ve tedavi ve hizmet bileşeni toplamından 38.47 puan almışlardır. Elde edilen bu ortalama değerler öğrencilerin sağlık okuryazarlığı için tedavi ve hizmet bileşeninin en çok sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama durumundan etkilendiği sonucunu ortaya koymaktadır. Böylece sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama konusundaki yetkinlik diğer değişkenler

arasında tedavi ve hizmet bileşenine en çok hizmet edebilecek durum olduğu söylenebilir. Hemşirelik öğrencileri bağlamında böyle bir sonucun elde edilmiş olması mesleki eğitimin katkılarından olduğu düşünülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı “tedavi ve hizmet” bileşeni puanının (38.47), sağlık okuryazarlığı toplam puanına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. “Bilgiyi değerlendirme” puanları her iki bileşen içinde en düşük alt boyut puanını almış ve “Bilgiyi uygulama” puanı ise korunma ve geliştirilme bileşeni için en düşük puanlı alt bileşen olmuştur. Bu değerlerin sağlık okuryazarlığı toplam puanına göre daha düşük olduğu görülmüştür. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı alanında daha ön planda tutulması gereken başlıkların hastalıktan korunma/sağlığın iyileştirilmesi, sağlık bilgisini uygulama ve sağlık bilgisini değerlendirme olduğunu ifade etmek mümkündür.

Cinsiyete göre TSOY-32 toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların puan ortalaması daha yüksektir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin erkeklerden yüksek olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur.(Güzel vd., 2022; İnkaya ve Tüzer 2018; Özman, 2023; Heide vd., 2013; Sørensen vd., 2015; Ergün, 2017) Bunun yanı sıra erkeklerin daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyinin olduğunu gösteren çalışmalar da vardır. (Özdemir, 2023;Özonuk, 2019; Shayan, 2018; Tanrıöver vd., 2014; Özdemir, 2010) Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması ve İran’da benzer nitelikteki bir araştırma erkeklerin SOY düzeyinin kadınlardan yüksek olduğunu göstermiştir. Erkan Özdemir yaptığı çalışmada erkeklerin sağlık okuryazarlığı indeksi puan ortalamasının kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir.(Özdemir, 2023) Kadınlar ve erkeklerin SOY indeksi puan ortalamalarını eşit düzeyde olduğunu bulan ve anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşan çalışmalar da mevcuttur. (Dinçer, 2017; Okyay vd., 2016) Mevcut çalışmalara bakıldığında SOY düzeyi ile cinsiyet arasındaki ilişkinin değişken olduğu düşünülebilir. Cinsiyetler arasındaki farklılık ölçeklerin alt boyutlarında ki farklılıktan kaynaklı olabilir. Emine G. Özman (2023) yaptığı çalışma sonucunda kadınların sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Özman, 2023)

Araştırmada tablo 4.4’e bakıldığında sınıf düzeyinin, öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır. Gamsızkan ve Sungur (2020) yaptığı çalışmada çalışmamıza paralel şekilde SOY düzeyinin sınıf düzeyinden etkilenmediği saptanmıştır. (Gamsızkan ve Sungur, 2020) Fakat literatüre bakıldığında bunun aksini gösteren çalışmalar mevcuttur. (Zhang vd., 2016; Dinçer ve Kurşun , 2017)

Sınıf düzeyi arttıkça istatistiksel olarak SOY düzeyinde yükselme olduğu bazı çalışmalarda ortaya çıkmıştır. (Zhang vd., 2016; Dinçer ve Kurşun , 2017) Yani yapılan bu çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınıf düzeyinden etkilendiği saptanmıştır.(Zhang vd., 2016; Dinçer ve Kurşun 2017) Öğrencilerin, üniversitede aldıkları eğitim ve tecrübe ile farkındalık düzeylerinin artmasının SOY'a katkı sağladığı düşünülmektedir.

Öğrencilerin sosyo ekonomik durumları ile SOY düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Fakat anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Öğrencilerin sosyo ekonomik düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşan çalışmalar bulunmaktadır (Yorulmaz ve Sezer, 2021; Çelik vd., 2021) Gelir durumu yüksek olan öğrencilerin sağlık, sağlığı etkileyen sebepler ve sağlığın korunması için maddi olanaklarının daha iyi olması imkanların daha geniş olmasını sağlayarak bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ve bu yönde ilgisini arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin annelerinin eğitim düzeyinin babalarının eğitim düzeyinden düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Okuryazar olmama durumu annelerde %15, babalarda %3 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %40.4'ünün annesi ilköğretim mezunudur, %31.8'inin babası ilköğretim mezunudur. Bu sonuçlara paralel çalışmalar mevcuttur. (Oral, 2018; Şimşek, 2012) Eğitim düzeyi düşük annelerin bu duruma paralel şekilde okuryazarlık konusunda yeterli olmamaları yetiştirme tarzının sağlık okuryazarlığı edindirme konusunda yetersiz kalmasına sebep olabilir. Böylece davranış edinme açısından okuryazarlığı geri planda tutan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı konusunda istedik düzeylere gelmeleri için daha büyük çabalara gereksinim duyulabilir.

Ölçek verilerinden elde edilen tüm bu sonuçlarla birlikte toplumsal bağlamda yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık okuryazarlık düzeyinin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. (Tanrıöver vd., 2014; Okyay vd., 2016) Mine D. Tanrıöver ve diğerlerinin yapmış olduğu Türkiye Sağlık okuryazarlığı araştırmasında elde edilen sonuçlar toplumun %24,5'inin yetersiz, %40,1'inin sorunlu-sınırlı, %27,8'inin yeterli ve %7,6'sının mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyinde olduğunu göstermiştir. (Tanrıöver vd., 2014) Diğer yandan Pınar Okyay ve diğerlerinin Türkçe uyarlama çalışması olan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği çalışmasında elde edilen veriler toplumumuzun %13,1'inin yetersiz, %39,6'sının sınırlı-sorunlu, %32,9'unun yeterli, %14,5'inin mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermiştir. (Okyay vd., 2016) Böylece hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığımız çalışmayla kıyaslandığında sonuçlar göstermektedir ki;

sağlık eğitimi almış hemşirelik öğrencilerinin SOY düzeyi toplum düzeyinden daha yüksektir.

5.2. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin değerlendirme SYBD-II ölçeği ve bu ölçeğe ait alt boyutların puan ortalamalarıyla yapılmıştır. SYBD-II toplam puanı ve alt boyut puanlarının yüksek olması bireylerin olumlu sağlık davranışlarının yüksek seviyede olduğu ifade etmektedir. Bu araştırmada kullanılan SYBD-II anketinin Cronbach alfa değeri ise 0.940 olarak bulunmuştur. Bu değer anketin güvenilir ve tutarlı sonuçlar ürettiğini göstermektedir. Çalışmamızda ankete katılan 267 hemşirelik öğrencisi için SYBD-II toplam puan ortalaması 126.30 ± 21.88 olarak bulunmuştur. Anketten alınabilecek toplam puanın en düşük 52 ve en yüksek 208 olabileceği düşünüldüğünde araştırmaya katılanların ortalamanın üstünde sağlıklı yaşam biçimine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Literatür incelendiğinde hemşirelik öğrencileri için SYBD-II toplam puan ortalaması Tuğut N. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2021) 141.3 ± 23.3 ve Akgün Ş. yaptığı çalışmada (2021) 135.89 ± 21.7 olarak tespit edilmiştir. Diğer yandan genel bağlamda SYBD-II toplam puan ortalaması; Kazak A. (2021) sağlık bölümlerinde okuyan öğrencilerde 125.3 ± 24.0 ; Altınok Biçer (2022) hemşirelerde 127.32 ± 24.42 ; Öksüz (2021) hemşirelerde 117.90 ± 18.60 ; Gençgün (2018) hemşirelerde 118.24 ± 17.15 ; Bostan ve Beşer (2016) hemşirelerde 125.62 ± 19.40 ; Akhuy (2023) asistan hekimlerde 117.25 ± 21.01 ; Karagöz (2022) eczacılarda 131.00 ± 17.30 ; Çakır ve ark. (2019) il sağlık müdürlüğü çalışanlarında 128.2 ± 20.10 şeklindedir. Çalışmamızda elde ettiğimiz ortalama hemşirelik öğrencilerine nispetle daha düşük fakat genel olarak bulunan sonuçlara yakın değerlerde olduğu görülmüştür. Topluma sağlık sağlayıcı ve geliştirici olarak sağlık profesyonellerinin ve adaylarının sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin orta seviyede olması düşündürücüdür.

Öğrencilerin SYBD-II ölçek alt boyutlarından almış oldukları en yüksek puan ortalaması 24.58 ile Manevi Gelişim alt boyutudur. Bunu sırasıyla Kişilerarası İlişkiler (23,78), Sağlık Sorumluluğu (21,19), Beslenme (20,36), Stres Yönetimi (18,87) ve Fiziksel Aktivite (17,53) alt boyutları puan ortalamaları izlemiştir. Elde edilen bu ortalama değerleri bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının en çok manevi gelişimden

etkilendiği sonucunu ortaya koymaktadır. Bu durumun yaşanılan bölge ve kültürel yapı itibariyle dini algıların ön planda tutulduğu etkeninden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, yaşanılan bölge durumuna göre SYBD-II toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Diğer bölgelerde yaşayanların puan ortalaması Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayanlardan yüksektir. Örneklemin %83.1’lik kısmı Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayan öğrencilerden oluşmaktadır. Çalışmalar incelendiğinde hemşirelik öğrencilerini kapsayan bölgesel bir kıyaslamaya rastlanamamıştır. Bu bakımdan diğer çalışmalardan ayırıcı bir faktör olduğu düşünülmektedir. Fakat sosyodemografik özellik bakımından SYBD farklılık gösterdiği sonucunu elde eden çalışmalar mevcuttur. (WHO, 2018; Al Qahtani, 2017; Wang, 2013; Bozlar ve Arslanoğlu, 2016) Bu durum diğer bölgelere göre GDA bölgesinin eğitim düzeyinin düşük olması, kültürel yapı, kırsal kesim yaşam şartları ve özbakım algısının düşük olması ile açıklanabilir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, lisansüstü eğitim yapmayı düşünme durumuna göre SYBD-II toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Lisansüstü eğitim yapmayı düşünenlerin puan ortalaması daha yüksektir. Hüseyin Demir yaptığı çalışmada lisansüstü eğitim alan öğrencilerin SYBD-II toplam puan ortalamasının lisans düzeyine oranla yüksek olduğunu saptamıştır.(Demir, 2024) Fakat bizim çalışmamızda lisansüstü eğitim yapmayı düşünme durumunun bile puan ortalamasını arttırdığı görülmüştür. Bu bağlamda yapılan çalışmalar incelendiğinde lisansüstü eğitim yapmayı düşünme değişkenine bağlı bir değerlendirmeye rastlanamamıştır. Böylece çalışmamızı diğer çalışmalardan ayıran bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda sınıf düzeyi ile SYBD arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Fakat literatürde yapılan benzer çalışmalarda sınıf faktörünün SYBD ile pozitif yönlü bir ilişkisi olduğunu göstermektedir.(Çıtak Bilgin vd., 2017; Değerli, 2020) Bu durum göz önüne alındığında öğrencilerin almış oldukları eğitim ve uygulamaların öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik farkındalıklarının artmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

5.3. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

TSOY-32 ile SYBD-II arasındaki ilişkinin saptanması için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan bu analiz sonucunda;

TSOY-32 ölçeği Tedavi ve Hizmet bileşeni tüm alt boyutlarının SYBD-II ölçeği alt boyutları ile ilişkisi incelendiğinde Tedavi ve Hizmet alt boyutlarının tamamı ile Fiziksel Aktivite alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır fakat diğer alt boyutlar (Stres Yönetimi, Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Kişilerarası İlişkiler, Manevi Gelişim ve SYBD-II toplam puanı) ile arasında pozitif yönlü düşük düzeyli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu durumda Tedavi ve Hizmet bileşeninin fiziksel aktiviteden etkilenmediğini söyleyebiliriz. Tedavi ve Hizmet bileşeni puanları arttıkça SYBD-II ölçeği diğer alt boyutlarının puanları da artmaktadır. Öğrencilerin tedavi ve hizmet başlığı altında bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama noktalarındaki yeterlilikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışı edinme ve sürdürme noktasında etkili olmaktadır. Öğrencilerin tedavi ve hizmet konusunda SYBD üzerine desteklenmeleri pozitif etki oluşturabilir.

TSOY-32 ölçeği Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi (Koruma ve Geliştirme) bileşeni ile SYBD-II ölçeği alt boyutları olan Stres Yönetimi, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır. Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi (Koruma ve Geliştirme) bileşeni ile Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Kişilerarası İlişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Öğrencilerin koruma ve geliştirme konusunda Stres Yönetimi ve Manevi Gelişim alt boyutlarından etkilendikleri sonucuna ulaşılmıştır. Kobayashi ve arkadaşları (2019) yaptığı çalışmada da öğrencilerin korunma ve geliştirme ile ilgili olan konularda bilgiyi anlamakta ve bilgiyi sentezlemekte zorluk çektikleri belirtilmektedir. (Kobayashi vd., 2019) Bu durumda öğrencileri stres yönetimi ve manevi gelişim konularında destekleyerek hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunmak mümkün olabilir.

TSOY-32 toplam puanı ile SYBD-II ölçeği alt boyutları olan Stres Yönetimi, Kişilerarası İlişkiler, Manevi Gelişim ve SYBD-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir. TSOY-32 toplam puanı ile Sağlık Sorumluluğu, Beslenme ve Fiziksel Aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Ulaştığımız bu sonuçlar literatürde konu başlığı ile alakalı yapılan çalışmalarla bu noktada ayrılmaktadır. Hazan Soykan yaptığı çalışmada TSOY-32 toplam puanı ile Sağlık Sorumluluğu, Beslenme ve Fiziksel Aktivite puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır. (Soykan, 2021) Bu durumun çalışmanın yapıldığı bölgenin sosyal yapısı ve örnekleme oluşturan öğrencilerin çoğunluğunun bu bölgeden olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Elde edilen değerlerden TSOY-32 ile SYBD-II arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda öğrencilerdeki artan sağlık okuryazarlığı düzeyinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu bir etkisinin olduğu söylemek mümkündür. Literatür incelendiğinde yapılmış olan benzer araştırmalarda da çalışmamızdaki gibi sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucu görülmektedir. (Gökkaya ve Alpaslan , 2023; Tatar, 2020; Arıkan, 2020; Ertem, 2019; Sezer, 2012; Soykan ve Şengül , 2021; Tuğut vd., 2021; Zengin, 2022; Aaby vd., 2017) Ölçek alt boyutları göz önüne alındığında TSOY-32 alt boyutları ile SYBD-II ölçeği alt boyutları olan stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim ve SYBD-II toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu durumda SOY düzeyinin hemşirelik öğrencileri için stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişimden etkilendiği ortaya çıkmıştır. Bu değişkenlerin iyi bir düzeyde olduğu öğrencilerin SOY düzeyinin de paralel şekilde iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. TSOY-32 toplam puanı ile Sağlık Sorumluluğu, Beslenme ve Fiziksel Aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu durumda göstermektedir ki hemşirelik öğrencileri için SOY düzeyine minimum şekilde etki ya da etkisiz olan değişkenler Sağlık Sorumluluğu, Beslenme ve Fiziksel Aktivite olarak ortaya çıkmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Hazan Soykan ve Halil Şengül'ün (2021) yapmış olduğu çalışmada SYBD-II ölçeğinin alt boyutları olan sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi puanları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.(Soykan ve Şengül, 2021) Aynı şekilde Sibel P. Kaya ve Sena Kaplan (2020) yaptığı çalışmada öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından; beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamasının arttıkça SOY puan ortalamasının yükseldiği saptanmıştır. (Kaya ve Kaplan, 2020). Sonuç olarak literatür incelendiğinde bu konuları ele alan çalışmalar her ne kadar alt boyutlar açısından farklılık gösterse de TSOY-32 ölçeği ve SYBD-II ölçeğinden elde edilen veriler arasında anlamlı bir ilişki olduğu noktasında ortak paydada buluşmaktadır. (Kaya ve Kaplan, 2020; Tuğut vd., 2021; Gökkaya ve Alpaslan ,2023; Tatar, 2020; Arıkan, 2020; Ertem, 2019; Soykan ve Şengül , 2021; Aaby vd., 2017; Zengin, 2022)

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisinin hemşirelik öğrencileri üzerinde belirlenmesi amacıyla Adıyaman Üniversitesi hemşirelik öğrencileri arasında yürütülen bu araştırmamız ile aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

Katılım sağlayan öğrencilerin %35.6'sı 3. sınıfta öğrenim görmektedir, %67.4'ü kızdır, %98.1'i bekârdır ve %56.2'si ilde yaşamaktadırlar. Katılımcıların %83.1'i Güney Doğu Anadolu bölgesinde yaşamaktadır, %91'i çekirdek ailede yaşamaktadır, %40.4'ünün annesi ilkokul mezunudur, %92.5'inin annesi ev hanımıdır, %31.8'inin babası ilkokul mezunudur ve %45.3'ünün babası işçidir. Katılımcıların %70.8'i orta ekonomik düzeye sahiptir, %52.1'i yurttta kalmaktadır, %63.7'si Anadolu lisesi mezunudur ve %57.3'ü lisansüstü eğitim yapmayı düşünmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 21.80 ± 2.30 ve ortalama kardeş sayısı 4.61 ± 1.170 'dir.

Çalışmada ankete katılan 267 hemşirelik öğrencisi için TSOY-32 ölçek toplam puan ortalaması 38.08 ± 7.34 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %49.8'i yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptirler. Öğrencilere verilecek sağlık okuryazarlığını geliştirme çalışmaları ile yeterli SOY düzeyi daha iyi seviyelere çıkarılabilir.

Cinsiyete göre TSOY-32 toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p < 0.05$). Kızların puan ortalaması daha yüksektir. Erkekler ve yeterli SOY düzeyinde olmayanlar için daha fazla özfarkındalık kazanılması adına SOY geliştirme çalışmalarına teşvik edilebilir.

Sınıf, medeni durum, yaşanan yer, bölge, aile tipi, anne eğitim düzeyi, anne mesleği, baba eğitim düzeyi, baba mesleği, sosyo ekonomik durum, üniversitede kalma yeri, mezun olunan okul ve lisansüstü eğitim yapmayı düşünme durumuna göre TSOY-32 toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($p > 0.05$).

Sağlık okuryazarlığının bileşenlerinden olan “tedavi ve hizmet” boyutu puanının (38.47), genel sağlık okuryazarlığı puanına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. “Bilgiyi değerlendirme” puanları her iki bileşen içinde en düşük alt boyut puanını almış ve “Bilgiyi uygulama” puanı ise korunma ve geliştirilme bileşeni için en düşük puanlı alt bileşen olmuştur. Bu değerler genel sağlık okuryazarlığı indeks puanına göre daha düşük olduğu görülmüştür. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı alanında öncelikli olarak ele alınması gereken alt boyut başlıklarının hastalıktan korunma/sağlığın iyileştirilmesi, sağlık bilgisini uygulama ve sağlık bilgisini değerlendirme olarak ifade edilebilir.

Literatür incelendiğinde araştırma konusu ile alakalı yapılan çalışmalar ile hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığımız çalışma kıyaslandığında sonuçlar göstermektedir ki; sağlık eğitimi almış hemşirelik öğrencilerinin SOY düzeyi toplum düzeyinden daha yüksektir.

Çalışmamızda ankete katılan 267 hemşirelik öğrencisi için SYBD-II toplam puan ortalaması 126.30 ± 21.88 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların orta seviyede sağlıklı yaşam biçimine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz SYBD-II ortalaması hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan diğer çalışmalara nispetle daha düşük fakat genel bağlamda yapılan çalışmalarda bulunan sonuçlara yakın değerlerde olduğu görülmüştür. Topluma sağlık sağlayıcı ve geliştirici olarak sağlık profesyonellerinin ve adaylarının sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin orta seviyede olması düşündürücüdür. Bu konuda yapılacak eğitim programları ile sağlık profesyonelleri ve adaylarının SYBD düzeyinin artmasının hedeflenmesi önemli olduğu düşünülmektedir. Sağlık sorumluluğu konusunda farkındalığın artırılmasını ve SYBD, SOY kavramlarının yükseköğretim müfredatına entegre edilmesini önerilmektedir.

Öğrencilerin SYBD-II ölçek alt boyutlarından almış oldukları en yüksek puan ortalaması 24.58 ile Manevi Gelişim alt boyutudur. Manevi gelişim etkeninin ön planda tutulduğu çalışmalarla SYBD kazandırılması daha rahat ve kolay olabilir.

Yaşanılan bölge durumuna göre SYBD-II toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Diğer bölgelerde yaşayanların puan ortalaması Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayanlardan yüksektir. Örneklem %83.1'lik kısmı Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan öğrencilerden oluşmaktadır. Bu nedenle GDA bölgesi için daha fazla SYBD geliştirme çalışmaları yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Lisansüstü eğitim yapmayı düşünme durumuna göre SYBD-II toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p < 0.05$). Lisansüstü eğitim yapmayı düşünenlerin puan ortalaması daha yüksektir. Akademik hedefleri olan öğrencilerin SYBD göstermeye yatkın olmalarının daha yüksek sorumluluk bilinci ve özfarkındalık olduğu düşünülmektedir.

Sınıf, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, anne eğitim düzeyi, anne mesleği, baba eğitim düzeyi, baba mesleği, sosyo ekonomik durum, üniversitede kalma yeri ve mezun olunan okula SYBD-II toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($p > 0.05$).

Elde edilen verilerden TSOY-32 ile SYBD-II arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda öğrencilerdeki artan sağlık okuryazarlığı düzeyinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu bir etkisinin olduğu söylenebilir.

Geleceğin sağlık profesyonelleri olarak hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimine katkısının önemini anlayacak ve anlatacak olmaları bilinci oldukça önemlidir. Sağlık okuryazarlığı ile güçlenecek sağlık bilinciyle koruyucu sağlık hizmetleri başta olmak üzere toplumsal sağlık daha üst düzeylere ulaşacaktır. Bu nedenle özellikle sağlık alanında nüfusunun en fazla olduğu meslek grubu olarak hemşirelik alanına yapılacak olan katkılarla eğitim ve öğretimde sağlık okuryazarlığı yaygınlaştırılarak sağlıklı yaşam biçimine katkısı sağlanmalıdır. Böylece bu bilinçle yetişen sağlık profesyoneli hastane süreçlerinde düzenin sağlanmasına, hastalıklarla mücadeleye ve toplumsal bilinçlenmeye katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G. ve Maindal, H. T. (2017). "Health Literacy is Associated with Health Behaviour and Self-Reported Health: A Large Population-Based Study in Individual Swith Cardiovascular Disease". *European Journal of Preventive Cardiology*, 24 (17), 1880–1888. doi:10.1177/204748731772953
- Ağroğlu-Bakır, A. ve Aslan, M. (2017). "Examining There Lationship Between Principals' Organizational Loneliness and Job Satisfaction Levels". *European Journal of Education Studies*, 3 (6), 50-71.
- Ahmed, K. A. (2023). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Karabük: Karabük Üniversitesi.
- Akça, A. (2019). Hemşirelik Öğrencilerine Verilen Sağlık Okuryazarlığı Eğitiminin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Akçilek, E. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Medipol Üniversitesi.
- Akgün, Ş., Tok, H. H. ve Öztaş, D. (2021). "Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri". *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (2), 247-256.
- Akhuy, E. (2023). Asistan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeylerinin Mesleki Doyum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisinin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi.
- Aksoy, T. ve Uçar, H. (2014). "Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları". *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1 (2), 53-67.
- Aktaş, H. (2019). "Sağlık ve Eğitimi Değerlendirmede Bir Ölçme Aracı; Sağlık Okuryazarlığı". *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 1 (1), 12-16.
- Almutairi, K. M., Alonazi, W. B., Vinluan, J. M., Almigbal, T. H., Batais, M. A., Alodhayani, A. A. ve Alhoqail, R. I. (2018). "Suudi Arabistan'daki Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Tarzı: Kesitsel Bir Değerlendirme". *BMC Halk Sağlığı*, 18, 1-10.
- Al-Qahtani, M. F. (2017). "Assesing Healty Life Styles in Female University Students: Eastern Province". *Saudi Journal for Health Sciences*, 6 (3), 169-175.
- Altınok Biçer, E. (2022). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi.
- Anonim (1999). "Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association". *Jama*, 281 (6), 552-557.

Anonim (t.y.). Türk Dil Kurumu. <https://sozluk.gov.tr> Erişim Tarihi: 16.04.2024.

Arslan, C. ve Ceviz, D. (2007). “Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 20 (5), 211-220.

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

Aydın, Ş. ve Örnek, A. Ş. (2008). Stres Yönetimi, Stresin Kavramsal Boyutu, Kriz ve Stres Yönetimi. 2. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık.

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. ve Kıssal, A. (2008). “Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları II’nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12 (1), 1-13.

Balçık, P. Y., Taşkaya, S. ve Şahin, B. (2014). “Sağlık Okuryazarlığı”. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13 (4), 321-326.

Bostan, N. ve Beşer, A. (2016). “Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler”. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14 (1), 38-44.

Bozlar, V. ve Arslanoğlu, C. (2016). “Healthy Life Style Behaviors of University Students of School of Physical Education and Sports in Terms of Body Massindex and Other Variables”. Universal Journal of Educational Research, 4 (5), 1189-1195.

Boztilki, M. ve Ardıç, E. (2017). “Maneviyat ve Sağlık”. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN, 3 (Ek sayı), 39-45.

Chatterjee, A., Prinz, A., Gerdes, M. ve Martinez, S. (2021). “Digital Interventions on Healthy Lifestyle Management: Systematic Review”. Journal of Medical Internet Research, 23 (11), e26931.

China Kadoorie Biobank Collaborative Group (2023). “Healthy Lifestyle and Life Expectancy Free of Major Chronic Diseases at Age 40 in China”. Nature Human Behaviour, 7 (9), 1542-1550.

Council of Europe (2022). “Guide to Health Literacy Contributing to Trust Building and Equitable Access to Healthcare”. [https://www.coe.int/en/web/bioethics/guide-to-health-literacy#%22128387839%22:\[1\]](https://www.coe.int/en/web/bioethics/guide-to-health-literacy#%22128387839%22:[1]), Erişim Tarihi: 12.02.2024.

Cüceloğlu, D. (2009). İnsan ve Davranışları Psikolojinin Temel Kavramları. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Çakır, M., Demirhan, F., Akalan, A., Yılmaz, N. ve Ergüney, Ş. (2019). “Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”. Abant Tıp Dergisi, 8 (3), 104-112.

Çıtak Bilgin, N., Ak, B., Cerit, B., Ertem, M. ve Çıtak Tunç, G. (2019). “Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi”. Sağlık Akademisi Kastamonu, 4 (3), 188-210.

Davis, T. C., Arnold, C., Berkel, H. J., Nandy, I., Jackson, R. H. ve Glass, J. (1996). "Knowledge and Attitude on Screening Mammography Among Low Literate, Low Income Women". *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 78 (9), 1912-1920.

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

Demir H. (2024). Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi.

Demirci, N., Engin, A. O. ve Bakay İ. (2013). "Stres ve Stresi Ortaya Çıkaran Durumların Öğrenci Üzerindeki Etkisi". *Journal of Research in Education and Teaching*, 2 (3), 288-296.

Demirtürk, F., Günal, A. ve Alparslan, Ö. (2017). "Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyinin Tanımlanması". *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5 (3), 169-178.

DeWalt, D. A. ve Hink, A. (2009). "Health Literacy and Child Health Out Comes: A Systematic Review of the Literature Pediatrics". *Pediatrics*, 124 (3), 265-274.

Dinçer, A. ve Kurşun, Ş. (2017). "Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi". *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 26 (1), 20-26.

Doğan, B. ve Eser, M. (2013). "Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Nazilli MYO Örneği". *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 5 (1), 28-39.

DSÖ (2021). Avrupa'da Yaş Dostu Çevreler Oluşturmak: Politika Yapıcılar ve Planlamacılar İçin Bir Araç (Rapor No: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). Kopenhag: DSÖ Avrupa Bölge Ofisi. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349479/WHO-EURO-2021-4153-43912-61850-tur.pdf> Erişim Tarihi: 12.03.2024.

Duong, T. V., Aringazina, A., Baisunova, G., Pham, T. V., Pham, K. M., Truong, T. Q. ve Chang, P. W. (2017). "Asya'da Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi: Altı Asya Ülkesinde HLS-EU-Q47 Anket Aracının Doğrulanması". *Epidemiyoloji Dergisi*, 27 (2), 80-86.

Eichler, K., Wieser, S. ve Brügger, U. (2009). "The costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review". *International Journal of Public Health*, 54 (5), 313.

Erkoç, Y. (2011). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Ersoy, B., Çamlık, B. ve Babaoğlu, A. B. (2023). "Mavi Bölgeler: Uzun Ömürlü İnsanların Ortak Sırları". *Sosyal Sağlık Dergisi*, 3 (1), 49-56.

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

Foltz, J. L., Cook, S. R., Szilagyi, P. G., Auinger, P., Stewart, P. A., Bucher, S. ve Baldwin, C. D. (2011). "US Adolescent Nutrition, Exercise, Andscreen Time Baseline Level Sprortonational Recommendations". Clinical Pediatrics, 50 (5), 424-433. doi:10.1177/000 9922810393499

Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M. ve Wallston, K. A. (2009). "Public Health Literacy Defined". American Journal of Preventive Medicine, 36 (5), 446-451.

Gamsızkan, Z. ve Sungur, M. A. (2020). "Düzce Üniversitesi'nde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlık Okur Yazarlık Düzeyi: Kesitsel Bir Çalışma". Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 24 (2), 117-125.

Gençgün, F. (2018). Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Okan Üniveristesi.

Gökkaya, D. ve Alpaslan, M. (2023). "Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ile İlişkisi: Yozgat İli Örneği". Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 25 (2). 88-92

Gür, M. (2024). "Sağlıklı Yaşam Ortamları için Bütünleşik Bir Yaklaşım: Öğrenen Sağlıklı Şehirler". Kent Akademisi, 17 (1), 167-186.

Güzel, A., Turan, S. ve Üner, S. (2022). "Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve İlişkili Bazı Faktörler". Sağlık Bilimlerinde Değer, 12 (3), 340-390.

Hochstein, C., Arnesen, S. ve Goshorn, J. (2007). "Environmental Health and Toxicology Resources of the United States National Library of Medicine". Medical Reference Services Quarterly, 26 (3), 21-45.

House, J. S., Umberson, D. ve Landis, K. R. (1988). "Structures and Processes of Social Support". Annual Review of Sociology, 14, 293-318.

İlgün, G., Seviç Turaç, İ. ve Orak, S. (2015). Health Literacy. International Conference on New Horizons in Education. INTE 2014. 25-27 Haziran, Paris, France.

İlgün, G., Turaç, İ. S. ve Orak, S. (2015). "Sağlık Okuryazarlığı". Procedia-Sosyal ve Davranış Bilimleri, 2629-2633.

İnkaya, B. ve Tüzer, H. (2018). "Bir Üniversitenin Sosyal ve Sağlık Bilimlerinde Okuyan Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Durumunun İncelenmesi". Kocaeli Medical Journal, 7 (3), 124- 129.

Karagöz, Ş. (2022). Kayseri İli Serbest Eczacılarında Sağlık Okuryazarlığı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Erciyes Üniveristesi.

Khalsa, A. S., Kharofa, R., Ollberding, N. J., Bishop, L. ve Copeland, K. A. (2017). "Attainment of '5-2-1-0' Obesity Recommendations in Preschool-Aged Children". Preventive Medicine Reports, 8, 79-87.

Kobayashi, R. ve Ishizaki, M. (2019). "Examining the Interaction Between Medical Information Seeking Online and Understanding: Exploratory Study". *JMIR Cancer*, 5 (2), e13240. 95-99

Koç Akran, S. (2021). "Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Sistematiik Derleme". *Uluslararası Beşerî Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 7 (15), 143-168.

Li, Y., Xia, P. F., Geng, T. T., Tu, Z. Z., Zhang, Y. B., Yu, H. C., Zhang, J. J., Guo, K., Yang, K., Liu, G., Shan, Z., ve Pan, A. (2023). "Trends in Self-Reported Adherence to Healthy Lifestyle Behaviors Among US Adults, 1999 to March 2020". *JAMA Network Open*, 6 (7), e2323584.

McCleary-Jones, V. (2012). "Assessing Nursing Students Knowledge of Health Literacy". *Nurse Educator*, 37 (5), 214-217.

Mitchell, B. ve Begoray, D. (2010). "Electronic Personal Health Records That Promote Selfmanagement in Chronic Illness". *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 15 (3), 1-10.

Morris, N. S., MacLean, C. D., Chew, L. D. ve Littenberg, B. (2006). "The Single Item Literacy Screener: Evaluation of A Brief Instrument to Identify Limited Reading Ability". *BMC Family Practice*, 7, 21.

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

Okyay, P. ve Abacıgil, F. (2016). "Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması". <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/530>. Erişim Tarihi: 11.08.2024.

Oral, B. (2018). Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Tıpta Uzmanlık Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Öksüz, A. M. (2021). Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi’nde Çalışmakta Olan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Psikososyal Risk Faktörleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi.

Özbaşaran, F. ve Çetinkaya, A. (2004). "Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışları". *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (3), 43-55.

Özdemir, E. (2023). Turgut Özal Tıp Merkezi Diyabet Polikliniğine Başvuran Yetişkin Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler. Doktora Tezi.

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

Özkan, S., Tüzün, H., Dikmen, A. U. ve İlhan, M. N. (2020). “Salgınlarda Toplum Davranışı ve Sağlık Okuryazarlığı”. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, Covid-19 Özel Sayı, 105-110.

Özonuk, E. ve Yılmaz, M. (2019). “Tip 2 Diabetes Mellitus Tanılı Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ve Tedavi Uyumu Arasındaki İlişki”. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16 (2), 96–103.

Park, H. ve Lee, E. (2015). “Self-Reportede Health Literacy Among Under Graduate Nursing Students in South Korea: A Pilot Study”. *Nurse Education Today*, 35 (2), 408-413.

Parnell, T. A. (2015). *Health Literacy in Nursing: Providing Person-Centered Care*. Springer Publishing Company.

Paul Roetert, E., Hainline, B. ve Shell, D. (2019). “Sağlıkla İlgili Okuryazarlıklara Tamamlayıcı Bir Bakış Açısı”. *ACSM Çeviri Dergisi*, 4 (9), 61-63.

Peksoy Kaya, S. ve Kaplan, S. (2020). “Evaluating the Relationship Between Nursing Students Awareness of the COVID-19 Pandemic and Health Behaviors with Health Literacy”. *Journal of Education and Research in Nursing*, 17 (4), 304-311.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. ve Parsons, M. A. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice*. 7. Baskı. Pearson.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. ve Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing*. 7. Baskı. New Jersey: Pearson Education.

Rababah, J. A., Al-Hammouri, M. M., Drew, B. L. ve Aldalaykeh, M. (2019). “Health Literacy: Exploring Disparities Among College Students”. *BMC Public Health*, 19 (1), 1401.

Raigruber, B. (2014). *Hemşirelik Uygulamalarında Çağdaş Sağlık Promosyonu*. Jones & Bartlett.

Ramezankhani, A., Ghafari, M., Rakhshani, F., Ghanbari, S. ve Azimi, S. (2015). “Comparison of Health Literacy Between Medical and Non-Medical Students in Shahid Beheshti Universities in the Academic Year 92-93”. *Pajoohandeh Journal*, 20 (2), 78-85.

Rudd, R. E. (2015). “The Evolving Concept of Health Literacy: New Directions for Health Literacy Studies”. *Journal of Communication in Healthcare*, 8 (1), 7-9.

Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S. ve Goldstein, R. (2013). “Growing Awareness of the Importance of Health Literacy in Individual Swith COPD”. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10 (1), 72-78.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2004). *Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Sand-Jecklin, K., Murray, B., Summers, B. ve Watson, J. (2010). “Educating Nursing Students About Health Literacy: From the Classroom to the Patient Bedside”. *OJIN: The*

Online Journal of Issues in Nursing, 15 (3). <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No3-Sept-2010/Articles-PreviouslyTopic/Educating-Nursing-Students-about-Health-Literacy.html>
Erişim Tarihi: 17.04.2024.

Saneei, P., Esmailzadeh, A., Hassanzadeh Keshteli, A., Reza Roohafza, H., Afshar, H., Feizi, A. ve Adibi, P. (2016). “Kombine Sağlıklı Yaşam Tarzı Yetişkinlerde Psikolojik Bozukluklarla Ters Orantılıdır”. PloS One, 11 (1), e0146888.

Selden, C. R., Zorn, M., Ratzan, S. ve Parker, R. M. (2000). “Health Literacy; Current Bibliographies in Medicine: National Institute of Health CBM”. U.S. Department of Health and Human Services, 1-33.

Sezer, A. (2012). Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.

Sezer, A. ve Kadioğlu, H. (2014). “Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği’nin Geliştirilmesi”. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17 (3). 36-47

Sezgin, D. (2013). “Sağlık Okuryazarlığını Anlamak”. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, 3 (1), 73-92.

Shafieyan, Z., Qorbani, M., Mehr, B. R., Mahboubi, M., Rezapour, A., Safari, O. ve Mansourian, M. (2016). “2014 Yılında Ilam Şehrindeki Sağlık Merkezlerine Sevk Edilen Hastalarda Yaşam Tarzı ve Hipertansiyon Arasındaki İlişki”. Küresel Sağlık Bilimi Dergisi, 8 (6), 161.

Shayan, N. (2018). Diyabetli Olan ve Olmayan Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Sisk, R. J. (2000). “Care Giver Burden and Health Promotion”. International Journal of Nursing Studies, 37 (1), 37-43.

Sokal, A. (2010). Beyond The Hoax: Science, Philosophy and Culture. Oxford University Press.

Sorensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. ve (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). “Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models”. BMC Public Health, 12, 80.

Soykan, H. ve Şengül, H. (2021). “Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla İlişkisi”. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10 (4), 691-704.

Sönmez, B. F. (2011). Sağlık Okuryazarlığına AR-GE Yaklaşımı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72538/h/bfs-soy-egitim Erişim Tarihi: 06.03.2024.

Stemberger Kolnik, T. (2020). "Health Literacy". *Obzornik zdravnstvenenega*, 54 (3), 196–203.

Stenholm, S., Pulakka, A., Kawachi, I., Oksanen, T., Halonen, J. I., Aalto, V. ve Vahtera, J. (2016). "Emekliliğe Geçişte Fiziksel Aktivitedeki Değişiklikler: Bir Kohort Çalışması". *Uluslararası Davranışsal Beslenme ve Fiziksel Aktivite Dergisi*, 13, 1-8.

Şen, M., Ceylan, A., Kurt, M. ve Adin, C. (2017). "Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler". *Dicle Tıp Dergisi*, 44 (1), 1-12.

Şener, A., Aydoğan, A., Çebi, M., Çınarlı, T. ve Koç, Z. (2018). "Paramedik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Beden Kitle İndeksleri Arasındaki İlişki". *Journal of International Social Research*, 11 (56), 111-121

Şimşek, H., Öztoprak, D., İkizoğlu, E., Safalı, F., Yavuz, Ö. ve Onur, Ö. (2012). "Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Etmenler". *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26 (3), 151-157.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2014). *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi*. 1. Baskı. Ankara: Anıl Matbaacılık.

Tanrıöver, M., Yıldırım, H., Ready, N., Çakır, B. ve Akalın, E. (2014). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*. Sağlık-Sen Yayınları.

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

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

Tekbaş, S., Dal Yılmaz, Ü. ve Pola, G. (2024). "Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi". *Etkili Hemşirelik Dergisi*, 17 (1), 74-84.

Tuğut, N., Yılmaz, A. ve Çelik, B. Y. (2021). "Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi". *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6 (2), 120-128.

Uğurlu, Z. (2011). *Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi*. Ankara: Başkent Üniversitesi.

UNESCO (UNESACO). (2008). *The Global Literacy Challenge, A Profile of Youth and Adult Literacy at Themid-Point of the United Nations Literacy Decade 2003 – 2012*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000163170.locale=en> Erişim Tarihi: 16.07.2024.

Uysal, N., Ceylan, E. ve Koç, A. (2020). "Health Literacy Level and Influencing Factors in University Students". *Health&Socialcare in the Community*, 28 (2), 505–511.

Ünsal, A. (2017). “Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık & Hastalık, Hemşirelik”. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1 (1), 11-28.

van der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J. ve Ueters, E. (2013). “The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey”. Journal of Health Communication, 18 (1), 172–184.

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

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

Wang, D., Xing, X. H. ve Wu, X. B. (2013). “Healthy Lifestyles of University Students in China and Influential Factors”. Scientific World Journal, 412950, 1-10.

Who (2009). Track 2: Health Literacy and Health Behaviour: World Health Organization. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>. Erişim Tarihi: 22.08.2024.

World Health Organization (2021). Creatingage-Friendly Environments in Europe.

World Health Organization (2022).Physical Activity. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> Erişim Tarihi: 22.05.2024.

World Health Organization (2023). Improving Health Literacy. <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy> Erişim Tarihi: 04.03.2024

World Health Organization (WHO). (2018). Helat Topics. http://www.euro.who.int/en/health_topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi Erişim Tarihi: 04.06.2024

World Health Organization. (1998). Division of Health Promotion, Education and Communications Health Education and Health Promotion Unit. Geneva: Health Promotion Glossary. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20-Glossary%201998> Erişim Tarihi: 12.06.2024.

Yang, S. C., Luo, Y. F. ve Chiang, C. H. (2017). “The Associations Among Individual Factors, Ehealth Literacy, and Health-Promoting Lifestyles Amongcollege Students”. Journal of Medical Internet Research, 19 (1), e15.

Yılmaz, M. ve Tiryaki, Z. (2016). “Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?”. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9 (4). 65-78

Yorulmaz, D. S. ve Sezer, H. K. (2021). “Hemşirelik ile İlk ve Acil Yardım Bölümü Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 9 (1), 337-352.

Zengin, Ö. (2022). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Tıpta Uzmanlık Tezi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi.

Zhang, Y., Zhang, F., Hu, P., Huang, W., Lu, L. ve Bai, R. (2016). “Exploring Health Literacy in Medical University Students of Chongqing, China: A Cross-Sectionalstudy”. PloS One, 11 (4), e0152547.



EKLER

EK-1. Tanıtıcı Özellikler Formu

TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Sınıfınız:

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz: Kız () Erkek ()

4. Medeni Durumunuz: Evli () Bekar ()

5. Bu okula kaydolmadan önce en uzun yaşadığınız yer:

Köy () İlçe () İl () Yurtdışı ()

6. Bu okula kaydolmadan önce en uzun yaşadığınız bölge:

Akdeniz Bölgesi ()

Ege Bölgesi ()

Marmara Bölgesi ()

İç Anadolu Bölgesi ()

Karadeniz Bölgesi ()

Güneydoğu Anadolu Bölgesi ()

Doğu Anadolu Bölgesi ()

7. Kaç Kardeşsiniz:

8. Aile Yapınız:

Çekirdek Aile () (anne, baba, kardeş)

Geniş Aile () (anne, baba ve kardeşin dışında başka akrabaların olması)

9. Annenizin eğitim durumu:

Okur-Yazar değil () Okur-Yazar () İlkokul Mezunu ()

Ortaokul Mezunu () Lise Mezunu () Üniversite Mezunu ()

10. Annenizin mesleği:

Ev Hanımı () İşçi () Memur () Çiftçi () Emekli () Yaşamıyor ()

11. Babanızın eğitim durumu:

Okur-Yazar değil () Okur-Yazar () İlkokul Mezunu ()

Ortaokul Mezunu () Lise Mezunu () Üniversite Mezunu ()

12. Babanızın mesleği:

İşsiz () İşçi () Memur () Çiftçi () Serbest Meslek () Emekli ()

Yaşamıyor ()

13. Sosyo-Ekonomik Düzeyinizi nasıl tanımlarsınız:

Çok Düşük () Düşük () Orta () İyi () Yüksek ()

14. Üniversite eğitiminiz dönemi boyunca kaldığınız yer:

Evde, ailemle () Evde, yalnız () Evde, arkadaşlarla () Yurtta ()

15. En son mezun olduğunuz okul:

Sağlık Meslek Lisesi () Hemşirelik Önlisans () Genel Lise ()

Süper Lise () Anadolu Lisesi () Fen Lisesi () Diğer (açıklayınız)...

16. Hemşirelikte lisansüstü eğitim yapmayı düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır ()

EK-2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

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

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulma					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulma					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) (devamı)

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK-3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağlı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başaran için takdir ederim				
8	Şekerli ve tatlıları kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlık geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				