

T.C
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
BİLGİ VE DENEYİM DÜZEYİNİN
BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emine Gül ÖZMAN

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

ORDU-2023

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Emine Gül ÖZMAN tarafından hazırlanan ve Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ danışmanlığında yürütülen “Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Düzeyinin Belirlenmesi” adlı bu tez, jürimiz tarafındantarihinde oybirliği/oyçokluğu ile Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Başkan : Unvanı, Adı ve SOYADI İmza.....
.....Anabilim Dalı
.....Üniversitesi

Jüri Üyesi : Unvanı, Adı ve SOYADI İmza.....
.....Anabilim Dalı
.....Üniversitesi

Jüri Üyesi : Unvanı, Adı ve SOYADI İmza.....
.....Anabilim Dalı
.....Üniversitesi

ONAY

... / ... / 20... tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../20... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../20...

İmza
Enstitü Müdürü
Unvanı, Adı ve Soyadı

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

İmza

Emine Gül ÖZMAN

TEŞEKKÜR

Tüm lisansüstü eğitimim boyunca ve tez çalışmam sürecinde her konuda bilgi, birikim ve tecrübelerini benden esirgemeyen, bana rehberlik eden değerli danışmanım Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ'e ve üzerimde emeği olan diğer hocalarıma,

Tez yazım sürecimde bana hep destek olan, fikirlerini ve deneyimlerini esirgemeyen sevgili arkadaşım Uzm. Hemşire Simge YEMİŞÇİ'ye,

Beni bugünlere getiren, hayatımın her anında yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini her zaman hissettiğim annem Arziye ÖZMAN'a, babam Şakir ÖZMAN'a ve kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Emine Gül ÖZMAN

ÖZET

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI BİLGİ VE DENEYİM DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Amaç: Bu araştırmanın amacı üniversite düzeyinde öğrenim gören sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı kavramı kapsamında bilgi ve deneyim düzeylerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Nicel araştırma deseni içinde yer alan tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanan araştırmanın evrenini özel bir üniversitede Sağlık Bilimleri Fakültesinde Aralık 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında öğrenim gören 947 lisans öğrencisi oluşturmaktadır, evrenden örneklem seçimine gidilmeksizin tüm öğrencilere ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmada sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik sorular ile araştırmacı tarafından geliştirilen “Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi” kullanılarak veriler elde edilmiştir. Verilerin analiz edilmesi için SPSS-27 for Windows paket programı kullanılmıştır. Araştırma verileri sayı (n), yüzdelik dağılım (%), ortalamalar (\pm standart sapma) ve tablolar ile ifade edilmiştir. Araştırma verilerinin, t testi ve ANOVA (Post Hoc Tukey ve Games Howell) testleri kullanılarak istatistiksel analizi yapılmıştır. Anketin doğrulayıcı faktör analizlerine ilişkin sonuçlarına göre uyum indekslerinin genel olarak kabul edilebilir uyuma sahip olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda, “Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi”ne yönelik dört alt boyut oluşturulmuştur. Dört alt boyutun toplam varyansın %79.37’sini açıkladığı görülmüştür ve her bir değişkenin ilgili faktöre pozitif ve yüksek bir korelasyonla yüklendiğini açıklanmıştır. Anketin Cronbach alfa değeri ise 0.832 ve alt boyutların ise “kendi kendine yardım/tedavi müdahaleleri hakkında bilgi” .825; “Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme” .772; “Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma” .713 ve “Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi” .800 olarak saptanmıştır. Alt boyutların güvenilirlik katsayılarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmış ve anketin güvenilir ve tutarlı sonuçlar meydana getirdiği görülmüştür.

Bulgular: Araştırmaya toplam 302 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin %74.2’si (n=224) kadın, %25.8’i (n=78) erkektir. Araştırma sonuçlarımıza göre öğrencilerin cinsiyet, bölüm, sınıf, yeterli ve sağlıklı beslenme durumu ile sağlık okuryazarlığı kavramını bilme durumlarına göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim anketi toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sigara kullanma durumu ve genel sağlık durumlarına göre de anlamlı farklılık saptanamamıştır.

Sonuç: Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim düzeyleri orta düzeyde saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Okuryazarlığı, Eğitim, Üniversite Öğrencileri

ABSTRACT

DETERMINING THE HEALTH LITERACY KNOWLEDGE AND EXPERIENCE LEVEL OF THE STUDENTS OF THE FACULTY OF HEALTH SCIENCES

Aim: The aim of this study is to determine the knowledge and experiential levels of students enrolled in a university-level health sciences faculty within the scope of the concept of health literacy.

Material and Method: The study, designed within the framework of a quantitative research design and employing a descriptive and cross-sectional approach, includes a population of 947 undergraduate students studying at a private university Faculty of Health Sciences between December 2022 and January 2023. The researchers aimed to reach all students without using a sampling method. Data was collected using a "Health Literacy Knowledge and Experience Questionnaire" developed by the researchers, which included questions to determine socio-demographic characteristics. The collected data was analyzed using the SPSS-27 for Windows statistical package program. The research data was presented in terms of numbers (n), percentage distributions (%), means (\pm standard deviation), and tables. To analyze the research data, t-test and ANOVA (Post Hoc Tukey and Games Howell) tests were used. According to the results of the confirmatory factor analysis of the questionnaire, it was observed that the fit indices were generally at an acceptable level of congruence. The analysis revealed four sub-dimensions of the "Health Literacy Knowledge and Experience Questionnaire." These four sub-dimensions explained 79.37% of the total variance, and each variable was positively and highly correlated with the relevant factor. The questionnaire's Cronbach's alpha coefficient was found to be 0.832, and the sub-dimensions were determined as follows: "Knowledge about self-help/treatment interventions" 0.825, "Ability to communicate and empathize with patients" 0.772, "Having knowledge about health literacy" 0.713, and "Knowledge to access professional help related to health literacy" 0.800. The high reliability coefficients of the sub-dimensions indicated that the questionnaire yielded reliable and consistent results.

Results: A total of 302 students participated in the study. Of the participants, 74.2% (n=224) were female and 25.8% (n=78) were male. According to the research results, statistically significant differences were found among the total and sub-dimensions of the health literacy knowledge and experience questionnaire based on students' gender, department, academic year, their perception of having sufficient and healthy nutrition, and their knowledge about the concept of health literacy. No significant differences were found based on smoking status and general health condition.

Conclusions: The health literacy knowledge and experiential levels of students studying at the Faculty of Health Sciences have been identified at a moderate level.

Key Words: Health, Health Literacy, Education, University Students

İÇİNDEKİLER

KAPAK	
ONAY	
TEZ BİLDİRİMİ	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
İÇİNDEKİLER	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	XI
EKLER	XII
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Okuryazarlık	3
2.2. Sağlık Okuryazarlığı	3
2.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	6
2.3.1. Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Okuryazarlığı	6
2.3.2. Analitik (Eleştirel, Kritik) Sağlık Okuryazarlığı	6
2.3.3. İletişimsel (İnteraktif, Etkileşimli) Sağlık Okuryazarlığı	6
2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	6
2.5. Sağlık Okuryazarlığın Önemi	7
2.6. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	10

2.7. Ülkemizde Ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Modeli	13
3.2. Araştırma Verilerinin Analizi	14
3.3. Araştırmanın Yöntemi.....	15
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	15
3.5. Anket Formu İçeriğine Dair Bilgiler.....	15
3.5.1. Sosyo-Demografik Soru Formu	15
3.5.2. Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi	16
3.5.3. Anketin Faktör Yapısının Belirlenmesi, Güvenirlilik Analizi ve Normallik Kontrolü Sonucu	16
3.6. Dâhil Edilme Kriterleri	20
3.7. Dışlanma Kriterleri	21
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	21
4. BULGULAR	22
4.1. Sosyo-Demografik Veriler	22
4.2. Öğrencilerin “Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi” ne Katılım Yüzdeleri.....	24
4.3. Hipotezlerin Analiz Sonuçları.....	30
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
KAYNAKLAR	51
EKLER	57
EK 1: Tez Önerisi / Enstitü Yönetim Kararı.....	57
EK 2: Etik Kurul İzni	58
EK 3: Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kurum İzni	60

EK 4: Sosyo-Demografik Soru Formu.....	61
EK 5: Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi.....	62
ÖZGEÇMİŞ	64

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları.....	9

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 3.1. Ankete İlişkin Uyum İndeksi Sonuçları.....	16
Tablo 3.2. Ankete İlişkin Faktör Yük Değerleri.....	17
Tablo 3.3. Anket Alt Boyutlarına İlişkin Varyans Analizi.....	18
Tablo 3.4. Anket Toplam ve Alt Boyutlarının Basıklık ve Çarpıklık Değerleri ile Güvenirlik Katsayıları.....	19
Tablo 3.5. Kullanılan Ölçeğe İlişkin Minimum, Maksimum, Ortanca, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	20
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyo-Demografik Bilgileri.....	22
Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anket İfadelerine Katılım Yüzdeleri ve Önem Aralıkları.....	24
Tablo 4.3. Cinsiyete Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.4. Sigara Kullanma Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.5. Sağlık Okuryazarlığı Dersi Alma Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.6. Bölüme Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.7. Sınıf Düzeyine Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.8. Genel Sağlık Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.9. Yeterli ve Sağlıklı Beslenme Durumuna Göre Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	40

Tablo 4.10. Sağlık Okuryazarlığını Bilme Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	42
---	----

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

X	: Dışsal gözlenen değişken vektörü
AB	: Avrupa Birliği
AGFI	: Adjusted Goodness of Fit Index / Düzeltilmiş Uygunluk İndeksi
AMA	: Amerikan Tabipler Birliği
ANOVA	: Analysis of variance / Varyans Analizi
CFI	: Comparative Fit Index / Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
GFI	: Goodness of Fit Index / Uygunluk İndeksi
HLS-EU	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması
IOM	: Tıp Enstitüsü
NAAL	: Ulusal Erişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi
NFI	: Normed Fit Index / Normlaştırılmış Uyum İndeksi
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
RMR	: Root Mean Square Residual / Hata Kareleri Ortalamalarının Karekökü
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation / Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
Sd	: Serbestlik Derecesi
SOYBD	: Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim
SPSS-27	: Statistical Package For Social Science-27
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32
WHO	: World Health Organization / Dünya Sağlık Örgütü

EKLER

	Sayfa No
Ek 1. Tez Önerisi / Enstitü Yönetim Kararı.....	57
Ek 2. Etik Kurul İzni.....	58
Ek 3. Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kurum İzni.....	60
Ek 4. Sosyo-Demografik Soru Formu.....	61
Ek 5. Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi.....	62

1. GİRİŞ

İnsanlığın var olduğu günden itibaren, tıp alanında ihtiyaçlar ve beklentiler doğrultusunda bazı gelişmeler meydana gelmiştir. Birçok hastalığın tedavisi bulunarak çoğunun ilerlemesi engellenmiş veya yavaşlatılmıştır. Bireylerin, sağlıklı bir şekilde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için hastalandıklarında uygun olan sağlık bilgisine ulaşabilmeleri, algılayabilmeleri ve bu bilgiler doğrultusunda davranış sergilemelerine vurgu yapılmış ve bu doğrultuda gerçekleşen faaliyetler ile sağlık okuryazarlığı kavramı meydana gelmiştir.

Son yıllarda Türkiye’de ve Dünyada oldukça güncel bir konu olmuş ve konu ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Günümüzde literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlığı ile ilgili birçok tanımın ve çalışmanın yapıldığı görülmektedir (Nutbeam, 1998; Zarcadoolas ve ark., 2005; Çatı ve ark., 2018). Sağlık okuryazarlığı; kişilerin sağlığını olumlu yönde geliştirmeye teşvik edecek ve devamını sağlayacak biçimde bilgiye ulaşma, bilgiyi algılama ve kullanma hususundaki motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen kognitif ve toplumsal becerileri temsil etmektedir (Nutbeam, 2000). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin hem sağlığı hem de sağlık sistemi harcamaları üzerinde önemli etkileri olan sağlık sisteminde etkili iletişim ile ilgili temel bir unsurdur (Mor Anavy ve ark., 2021). Sağlık sisteminde birey ile sağlık profesyonelleri arasındaki ilişki, sağlık hizmetinin doğru ve etkin verilebilmesinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır çünkü bu ilişki bireyin tedavi sürecini de etkilemektedir (Temel ve Aydın, 2018). Sağlık profesyonellerinin tedavi sürecindeki tüm bireylerle sağlıklı bir bilgi akışı sağlayabilmesi ve karşılıklı etkili iletişimin kurulabilmesi, ayrıca bireylerin sağlıklarına tekrar kavuşabilmeleri için yardımcı olabilmesi adına yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olması gerekmektedir (Soykan ve Şengül, 2021).

Sağlıklı bir toplum oluşturmak ve sunulan sağlık hizmetlerinden halkın istenilen şekilde yararlanabilmesini sağlamak amacıyla tüm toplumun sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılması önemlidir.

Sağlık alanında da öğrenim gören lisans öğrencilerine sağlık okuryazarlığı becerisi kazandırmak oldukça önemlidir. Öğrencilerin, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan bireylerle etkili iletişim kurabilmeleri için uygun yöntemleri de bilmeleri gerekmektedir. Literatür incelendiğinde, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin

belirlenmesi hakkında çok fazla çalışma bulunmaktadır (Şahinöz ve ark., 2018; Değerli ve Tüfekçi, 2018; Bakan ve Yıldız, 2019; Okan ve Okan, 2023). Ancak sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim düzeylerinin belirlenmesi hakkında bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığı kavramı kapsamında mevcut bilgi ve deneyim düzeylerini belirlemek ve farkındalıklarını arttırmak amacıyla bu araştırmanın yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı üniversite düzeyinde öğrenim gören sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı kavramı kapsamında bilgi ve deneyim düzeylerini belirlemektir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir, sigara kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir, sağlık okuryazarlığı dersi alma durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir, bölüme göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir, sınıf düzeyine göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir, genel sağlık durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir, yeterli ve sağlıklı beslenme durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir ve sağlık okuryazarlığını bilme durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir ifadeleri yer almaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı kavramı, sağlık okuryazarlığı düzeyleri, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler, sağlık okuryazarlığının önemi, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi, ülkemizde ve dünyada sağlık okuryazarlığına yönelik bilgiler detaylı olarak aktarılmıştır.

2.1. Okuryazarlık

Okuryazarlık, geçmişten günümüze kadar farklı biçimlerde tanımlanan karmaşık ve tartışmalı bir kavramdır. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), okuryazarlığı “toplumda yer almak, hedeflerine ulaşmak ve bilgi ve potansiyelini geliştirmek için yazılı metinleri anlama, değerlendirme, kullanma ve etkileşimde bulunma yeteneği” olarak tanımlamaktadır (Nutbeam ve Lloyd, 2021). Okuryazarlık, okuma ve yazma etkinliğinin beraberinde bireylerin yaşamı ve bu yaşam içerisindeki durumları kavraması ve sosyal yaşantısındaki tüm ilişkilere bir anlam kazandırmasıyla ilgili bir kavramdır (Aşıcı, 2009). Bu doğrultuda, okuryazarlığı yetersiz olan bireyler geleneksel sağlık bilgilerine de daha az duyarlı olma, hastalıklarının önlenmesinde sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanamama ve başarılı bir şekilde yönetememe eğilimindedir (Nutbeam ve Lloyd, 2021). Bu nedenle sağlık okuryazarlığının tanımını yapmak gerekmektedir.

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk defa 1974'te Simonds tarafından Health Education as Social Policy isimli bir kitapta bahsedilmiştir (Simonds, 1974). İlk çalışmaların 1970'li yıllarda yer almasına rağmen, sağlık okuryazarlığı kavramı son zamanlarda büyük önem kazanmıştır. Literatürde yaygınlaşması ise, 2003 yılında Amerika'da yapılan Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL) adlı çalışmadan sonra başlamıştır (Yalçın Balçık ve ark., 2014).

Sağlık okuryazarlığının terim ve kavram olarak ortaya çıkışından bu yana birçok farklı şekilde tanımlanmıştır. En geniş tanımıyla sağlık okuryazarlığı kavramı, bireylerin sadece eline geçen bir kitapçığı okuması veya anlamasıyla sınırlı olmayıp, mevcut sağlık durumunu ifade edebilmesi, hastalığını anlaması, sağlığıyla ilgili yerinde kararlar alabilmesi, sağlık sisteminden nasıl faydalanacağını ve

kullanabileceğini de bilmesini sağlayan kapsamlı bir yapı olarak görülmektedir (Nutbeam, 1998).

Sağlık okuryazarlığının yaygın şekilde kullanılan tanımları Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Amerikan Tabipler Birliği (AMA) ve Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından geliştirilmiştir (Nanna, 2009). Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını; “bireyin sağlığının korunması ve sürdürülmesi için sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” şeklinde tanımlamış olup, (World Health Organization [WHO], 1998). Amerikan Tıp Birliği ise “sağlık hizmetleri çevresindeki işlevler için temel okuma ve gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi” olarak tanımlamış ve bu becerilerin, kişilerin yazılan ilaçları, randevu kağıtları ve sağlıkla ilgili diğer materyalleri okuma ve anlama becerilerini içerdiğini vurgulamıştır (American Medical Association, 1999; akt: Yalçın Balçık ve ark., 2014). IOM’a göre de sağlık okuryazarlığı “bireylerin uygun sağlık kararları vermek için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi” şeklinde tanımı yapılmıştır (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004)

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkları hakkında bilinçli tercihler yapmak, sağlık risklerini düşürmek ve yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla sağlıkla ilgili bilgileri araştırma, anlama, değerlendirme ve bu doğrultuda edinilen bilgilerin kullanılabilmesi için geliştirilen çeşitli yeterliliklerdir (Zarcadoolas ve ark., 2005). Sağlık okuryazarlığı; kişisel gelişimi ve sosyal becerileri destekleyici bir araçtır; sağlık hizmetlerinden etkin yararlanmayı, kaynakların uygun bir şekilde kullanılmasını, sağlık hizmeti sunumunda kalitenin artmasını ve bireylerin kişisel sağlıklarında yeterli seviyede olmasını sağlar ve sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürür (Özdemir ve ark., 2010). Bireylerin günlük yaşantılarında sağlıkları hakkında karar alması, yaşam kalitelerini arttırarak devam ettirmesi, mevcut sağlık durumlarını geliştirmesi ve hastalıklarını engellemesi amacıyla gereken sağlık bilgilerine erişmesi ve bu bilgileri doğru şekilde kullanmayı sağlayacak becerilere hâkim olmasıdır (Sorensen ve ark., 2012).

Sağlık okuryazarlığı genel olarak; okuryazarlığa dayanan ve kişilerin yaşamları süresince hayat standartlarını iyileştirmeleri, hastalıkları engellemeleri ve sağlıklarını geliştirmeleri hususunda gerekli kararları alabilmeleri için gereken sağlık bilgilerine

ulaşmaları, bu bilgileri anlamaları, yorumlamaları ve gerçekleştirmeleri hakkında kişilerin motivasyonunu, bilgi ve beceri düzeyini gerektiren bir kavram olarak meydana gelmektedir (Sorenson ve ark., 2012).

Dünya Sağlık rgt 2013 yılında genel okuryazarlık düzeyi ile bağlantılı olarak sağlık okuryazarlığını şu şekilde yenilemiştir: “Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleridir” (Ertem ve Güzel, 2022).

Sağlık okuryazarı olan birey, sadece sağlıkla ilgili bilgileri okuyup anlayan değil, mevcut sağlık durumunu ve hastalığını bilip yorumlayabilen, sağlığı ile ilgili yerinde kararlar alabilen, sağlık sisteminden nasıl yararlanabileceğini bilen, reete edilen ilaçların prospektüsündeki bilgileri, randevu sistemini, tıbbi eğitim broşürlerini, hekimlerin açıklamalarını ve tıbbi belgeleri anlayan, karmaşık sağlık sistemleri ile baş edebilen ve analitik düşünüp karar veren kişidir (Peerson ve Sounders, 2009).

Bireylerin sağlık okuryazarlığını iyileştirmesinin topluluk yararına atıfta bulunmasına rağmen bu tanımların tümü sağlık okuryazarlığını bireyin kalitesi olarak tanımlamaktadır (Nutbeam, 2000). Bununla birlikte sağlık okuryazarlığının, bireyin becerileri, sağlık hizmeti sunucuları, sağlık sistemi, medya ve topluluk dahil olmak üzere, bireyin içinde yaşadığı toplumun talepleriyle etkileşimine dayandığına dikkat edilmelidir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004). Bu nedenle, bireylerin sağlık okuryazarlığı, toplumun sağlık bilgilerini izleyicilere uygun bir şekilde iletme becerisiyle ilişkili olarak tanımlanmalı ve değerlendirilmelidir (Ishikawa ve Yano, 2008).

Sağlıklı İnsanlar (Healthy People) 2020 kapsayıcı hedefleri arasında bireyleri, yaşamları boyunca yaşam kalitesini artırmak, sağlıklı gelişimi benimsetmek ve sağlıklı davranışlara teşvik etmek yer almaktadır (Health Gov, 07 Haziran 2023). Bu hedeflere ulaşabilmek için toplumun, sağlık sistemi ve eğitim sisteminin gelişiminde sağlık okuryazarlığı düzeyi kritik öneme sahiptir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

2.3.1. Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Okuryazarlığı

Bu düzeyde birey, sağlık durumu ve sağlık sistemlerini nasıl kullanacağına dair temel bilgi kaynaklarına erişebilecektir yani fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireyin günlük yaşamda etkili bir şekilde uygulayabilmesi için okuma ve yazma hususunda temel becerileri ve anlayışı kapsamaktadır (Levin-Zamir ve Peterburg, 2001).

2.3.2. Analitik (Eleştirel, Kritik) Sağlık Okuryazarlığı

Birey, bilgiyi eleştirel bir gözle analiz etmek ve elde ettiği bilgiyi yaşadığı olayların ve durumların üzerinde daha fazla kontrol sağlamak adına kullanmak için sosyal becerilerle birlikte uygulanabilen daha gelişmiş bilişsel becerilerdir ve bu düzeyde bireysel faydadan daha çok toplum yararına odaklanılmaktadır (Nutbeam, 2000).

2.3.3. İletişimsel (İnteraktif, Etkileşimli) Sağlık Okuryazarlığı

Günlük aktivitelere aktif olarak katılım sağlamak, değişik iletişim biçimlerinden bilgi ve anlam çıkarımında bulunmak için kullanılacak daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerileridir (Nutbeam, 2000).

Üç düzeyin her birinde de sağlık okuryazarlığı sürecinin aşamalarını tamamlamak, bireylerin gerekli sağlık bilgilerini elde etmek, bu bilgileri eleştirel bir şekilde anlamak, çözümlenmek ve yorumlamak, sağlığın önündeki bireysel, yapısal, sosyo-ekonomik sınırları kaldırıp özgürce hareket etmek için genel okuryazarlık ve sayısal becerilerinin yanı sıra özel sağlık okuryazarlığı becerilerini de uygulayarak bireyleri sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olma konusunda donatmaktadır (Sorensen ve ark., 2012).

2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Bireylerin kişisel beceri ve yeteneklerinin sağlık ortamı, sağlık ve eğitim sistemi, çalışma hayatı, aile ve topluluk içindeki yeri için önemli olan sosyal ve kültürel faktörlerle etkileşimi sonucu sağlık okuryazarlığı kavramı meydana gelmektedir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004). Sağlık okuryazarlığı ile sağlık eğitimi arasında bir bağlantı söz konusu olup sağlık eğitimindeki başarısızlıklar yetersiz sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmektedir (Ratzan, 2001). Sağlık okuryazarlığı, kültürel,

toplumsal ve kişisel faktörlerin ortak bir fonksiyonudur. Yetersiz sağlık okuryazarlığının nedenleri ve çözümleri, sosyokültürel çevremize hatta ona hizmet eden sağlık ile eğitim sistemlerine ve bu faktörler arasındaki etkileşime bağlıdır (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler bireysel ve sistemsel olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır. Bireysel faktörler; okuryazarlık becerileri, cinsiyet, yaş, bilişsel beceriler, güdüleme, duygusal ve fiziksel sağlık, sağlık bakımının tecrübesi, kişisel sağlık durumları, toplumsal destekler, sağlık konusundaki kişisel inançlar ve sosyoekonomik düzeydir. Sistemsel faktörler ise; sağlık hizmeti sunucularının iletişimsel beceri düzeyleri, sağlık bilgisinde olan karmaşıklık, sağlık bakım sisteminin özellikleri, hastalar üzerindeki sistemsel talepler ve beklentiler, sağlık bakım profesyonelleri üzerindeki zaman sıkıntısıdır (Gözlü, 2020).

Genel eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin gelir ve sağlık düzeyleri de yüksektir. Buna karşılık genel eğitim seviyesi ve gelir düzeyi düşük olan bireylerin ise uzun vadeli sağlık problemi olan birey ve yaşlılarda sağlık okuryazarlık seviyesinin ortalamasının altında yer aldığı görülmektedir. Bu bireyler, kişisel sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde pasif durumda olup, tedavi süreçlerine uyumları düşüktür. Alkol ve sigara kullanma, düzenli egzersiz yapmama gibi sağlığa olumsuz etkileri olan davranışlara daha eğilimlidir (Bilir, 2014).

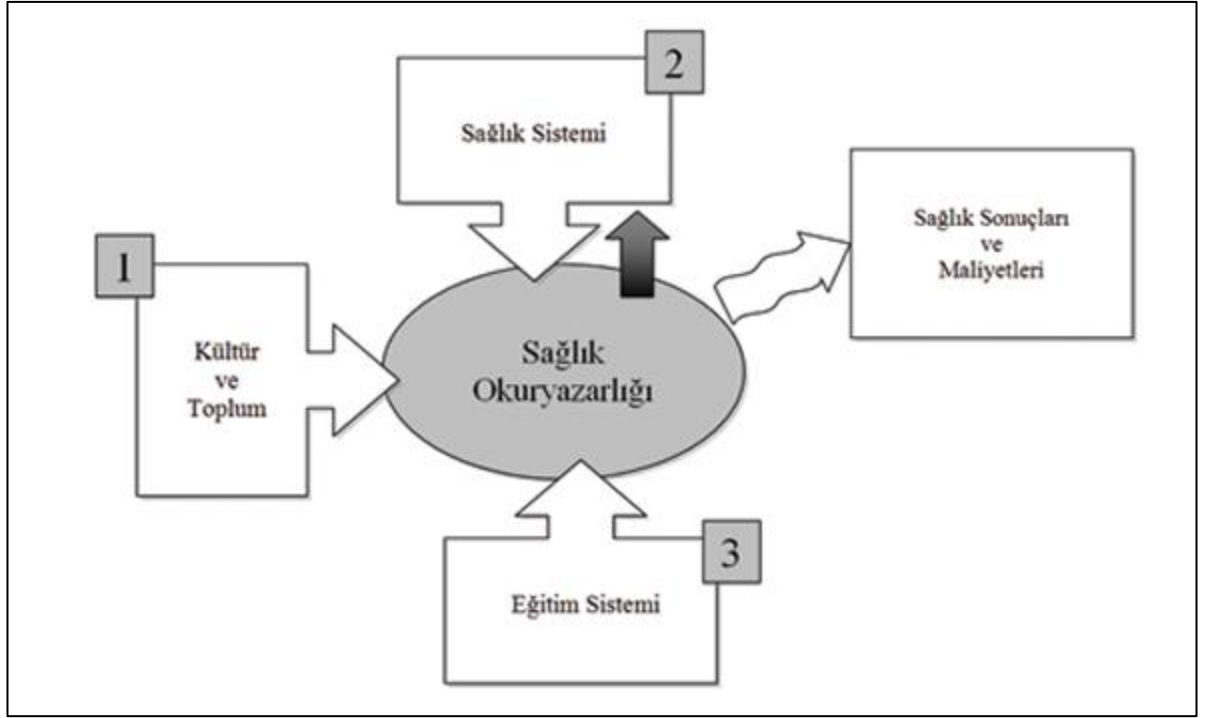
Davis ve ark. (1996), sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile mamografi taramasına yönelik bilgi ve tutumlar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Louisiana'daki bir tedavi kliniğinde düşük gelirli kadınlardan oluşan uygun bir örnekleme değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucuna göre düşük gelirli kadınlar, yüksek gelirli kadınlara göre daha yetersiz sağlık okuryazarlığı becerisine sahip olduklarından dolayı düşük gelirli kadınların tarama mamografisinden faydalanma olasılığı daha düşüktür ve hastalığın sonraki aşamalarında meme kanseri teşhisi konma olasılığı daha yüksektir.

2.5. Sağlık Okuryazarlığın Önemi

Sağlık okuryazarlığı kavramı 1990'lı yıllarda önem kazanmaya başlamış ve 2000'li yıllarda ise çalışmalar başlamıştır. Kişilerin ve toplumun sağlıklı bir şekilde yaşantılarını sürdürme ihtiyaçları, hasta olduklarında doğru sağlık bilgilerine nasıl

erişecekleri, bilgileri kavrayabilme, açıklayabilme ve uygulamaya dökmeleri gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Bütün bu gelişmelerde gösteriyor ki sağlık okuryazarlığı toplum sağlığı için önemli bir konudur (Manganello, 2008). Sağlık okuryazarlığı, sağlığı geliştirmek ve sürdürmek için ihtiyaç duyulan para birimi ve sermaye haline gelen hem bir amaç hem de bir sonuç olarak tanımlanmaktadır (Nutbeam, 2000). Bireylerin, sağlık hizmetlerine nasıl erişeceğini, randevuları nasıl alacağını, onay formlarını imzalayacağını, sigorta formlarını nasıl dolduracağını veya tıbbi ve ilaç masraflarının nasıl ödeyeceğini belirlemeleri için gerekli bir kavramdır (Sadeghi ve ark., 2013). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin kaliteli bir sağlık hizmeti alabilmek için; tedavi sürecinde hastalıklarını gerektiği kadarıyla tanımları, şikâyetlerini sağlık çalışanlarına doğru bir şekilde ifade edebilmeleri, sağlık çalışanlarına yerinde sorular sorabilmeleri, hekim ve hemşirenin tanı ve tedaviye yönelik verdiği bilgileri, tıbbi belgeleri, yapılan tıbbi işlemleri, ilaç prospektüslerini ve sağlık broşürlerini anlayabilmeleri ve yapılan laboratuvar testlerinin sonuçlarını yorumlayabilmeleri gerekmektedir (Şahinöz T ve ark., 2020).

Gillis ve Quigley'in (2004) çalışmasında sağlık okuryazarlığının, topluluğun sağlığı yönünden önemini belirleyen altı genel ifade olarak şunlar belirtilmektedir; etki ettiği kişi sayısı, kronik hastalık oranında artma, negatif yönlü sağlık sonuçları, sağlık hizmeti giderleri, sağlık bilgi istekleri ve eşitçiliktir.



Şekil 1: Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları (Durusu Tanrıöver ve ark., 2014).

Şekil 1’de görüldüğü gibi sağlık okuryazarlığı sağlık ve eğitim sistemi, toplum yapısı ve kültür ile etkileşim halindedir, bu etkileşim de bireyin sağlık sonucunu ve maliyetini etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artması bireylerin kendi kendini yönetmesini ve güçlenmesini sağlayarak yaşam kalitelerini yükseltmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artması ile sağlıkta eşitliğin oluşması, devamlılığın sağlanması ve pozitif sağlık çıktılarının meydana getirmektedir (Taş ve Akış, 2016). Yapılan çalışmalarda da sağlık okuryazarlığını çoğunlukla sunulan sağlık hizmetinin kullanımı ve maliyeti, sağlık davranışı ve bu davranış sonucunda meydana gelen sağlık çıktıları noktalarında yoğunlaştığı görülmektedir (Sorensen ve ark., 2015).

Osborne (2012), günümüzde sağlık okuryazarlığının önemli olmasının birkaç nedeni bulunmaktadır:

Bireylerin sağlık hizmeti sunucularıyla randevu sürelerinin kısıtlı ve hastane yatışlarının kısa süreli olmasından dolayı sağlık bilgilerini hızlı bir şekilde anlamaları gerekmektedir.

Bireylerin aile üyeleri ve hasta bakıcılarla birlikte sağlıkla ilgili çok çeşitli görevleri doğru bir şekilde yerine getirmeleri beklenmektedir. Bu görevlerden bazıları yeni teknolojileri kullanmak veya zamana duyarlı programlarda ilaç almak gibi alışılmadık olabilmektedir.

Bireyler, sağlık hizmeti sunucuları tarafından kendilerine iletilen bilgileri okumalarının yanı sıra aile, arkadaş, sosyal medya veya internetten aldıkları sağlık bilgilerinin güvenilirliğini sorgulayabilmeleri için aktif öğrenici durumunda olmaları gerekmektedir.

Bireylerin tedavi ve bakım sürecinde pasif olmaları yerine aktif duruma geçmeleri beklenmektedir. Günümüzde bireylerden sıklıkla önemli sağlık kararları almaları istenmekte ve kendi adlarına savunuculuk yapmaları beklenmektedir.

2.6. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin sağlık okuryazarlığında belirli bir yetkinliğe ulaşabilmesi için bazı gerekli beceri ve yeteneklere sahip olması gerekmektedir. Bu söz konusu yetkinlik, sağlık bakım durumlarında etkili bir şekilde işlev görebilme yeteneğine sahip olmayı ifade etmektedir (Cross ve ark., 1989). Yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesinde olan kişilerin, yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesinde olanlara göre gereksiz hastane giderlerinin artması ve tetkik yaptırma oranlarının daha da yüksek olması, hastane yatış sürelerinin uzaması, acil servis kullanımlarının artması gibi sebeplerden dolayı gereksiz işgücü azalmalarına ve sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır (Baker ve ark., 1998). Aynı zamanda, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan bireylerin sağlık sistemine geç başvuruda bulunup erken koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamadıklarından hastaneye yatış oranında artma görülmektedir (Davis ve ark., 1998). Yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireyler sağlık hizmeti alırken sağlık çalışanları tarafından verilen talimatları kolaylıkla anlamakta, sağlık çalışanının hastalığına ilişkin yönlendirmelerini daha rahat kavramaktadır ve bu durum iki taraf arasında güven ağını güçlendirmektedir (Koçak ve Bulduklu, 2010). Ayrıca yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bir toplum, sağlık bilgilerini hasta için daha anlaşılır yapabilir, sağlıklı kararları destekleyebilir, sosyal normları etkileyebilir, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine göre hareket edebilir ve toplumun güçlendirilmesini geliştirebilir (Nutbeam, 2000).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerin, utanma, güvenmeme, korkma ve öz saygı yoksunluğu gibi duyguların etkisi altında kalarak sağlık personeline kendi durumlarını anlatma becerilerinin zayıf kalması sonucunda hasta kendisini doğru ifade edemeyeceği ve anlatılanları anlamayacağı kaygısıyla sağlık hizmeti sunucuları ile kısıtlı iletişim kurmaya yatkındır. Bireyler, sağlıkla ilgili verilen talimatları anlamakta zorlanmak, yaşadığı sağlık sorunu ile ilgili sürecini yönetememek, tedavisinde gerekli bir testi yaptırılmamak, talimat ve önerileri anlamamak veya reğete, ilaç ve bunların kullanımını konusunda sıkıntı yaşamak gibi etkenler sonucunda soru soramamakta veya yanlış anladıkları tedavi talimatları için bir açıklama isteyememektedir. Bu gibi durumlarda bireylerin sık sık hastaneye başvuru yapmalarına, fazlaca sağlık harcaması yapmalarına ve sağlık durumlarının gerilemesine neden olabilmektedir (Sezgin, 2013). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması bireylerin sağlık hizmetlerini kullanımını hususunda engel teşkil etmektedir (Uğurlu ve Akgün, 2019). Özetle yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığının hem birey ve toplumun sağlığı hem de sağlık sistemi ne yönelik doğrulan kanıtların zamanla çoğaldığı belirtilmektedir. Bunlar;

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin düşük düzeyde kullanımı,
- Semptomatik dönemde sağlık bakımı arayışında gecikme,
- Bireyin tıbbi durumunu anlamasında yetersizlik,
- Tıbbi öneri/talimatlara bağlılıkta (uyumda) yetersizlik,
- Öz-bakım yetersizliği,
- Sağlık bakım maliyetlerinde yükselme ve
- Mortalitede artış olarak gösterilmektedir (Freedman ve ark., 2009).

Tıbbi bakım ortamlarında, bir hastanın sözlü dil becerileri, semptomları tanımlama becerisiyle ilişkilidir ve daha sonrasında doktorun teşhis koyma yeteneğini etkileyebilir. Örneğin yapılan araştırmalar, bir doktorun hastanın sağlık geğmişine ilişkin değerlendirmesinin veya bir hastanın demans testinin hastanın okuryazarlık durumundan etkilenebileceğini göstermektedir (Weiss ve Coyne, 1997). Okuryazarlığın bireyin sağlık durumunu, hizmeti kullanımını ve davranışlarını etkileyebileceğini açıklayan araştırmaların yürütülmesi, yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip bireylerin sağlığını iyileştirmek için etkili ve uygun

stratejilerin geliştirilmesi için hayati önem taşımaktadır (Rudd, Moeykens ve Colton, 1999). Bundan dolayı hem sağlık kurumlarına başvuran bireylere hem de sağlık hizmeti sunucularına ortak bir sağlık okuryazarlığı becerisi kazandırılması gerekmektedir.

2.7. Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı

Tüm dünyada ülkelerin gelişmişlik seviyelerine bakıldığında sağlık okuryazarlığının düşük düzeyde olduğu belirtilmektedir. Avusturya’da toplumun %60’ının sağlığı korumak amacıyla sağlık okuryazarlık seviyesinin optimum kabul edilen sınırların altında yer aldığı, Amerika’da sağlık bilgisini anlama ve yaşam içerisinde uygulamada yetişkin nüfusun ise yaklaşık %50’sinin zorluk çektiği belirtilmektedir (Uğurlu ve Akgün, 2019).

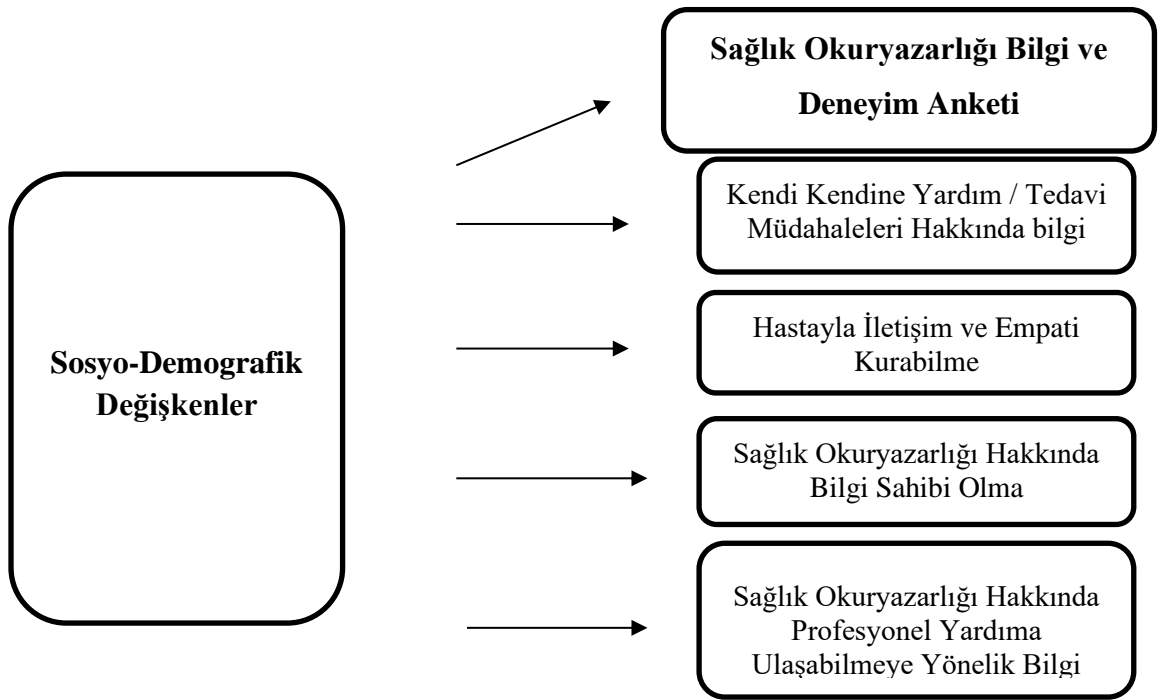
Bu eksikliği gidermek amacıyla sekiz AB üyesi olan ülkelerin (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, İrlanda, İspanya, Hollanda, Polonya ve Yunanistan) dokuz kuruluşun oluşturduğu konsorsiyum ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesini (HLS-EU) başlatarak ilk karşılaştırmalı Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketini oluşturmuşlardır (HLS-EU Consortium, 2008). Anket sonuçları, tüm nüfusun %10’undan fazlasının yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğunu gösterirken, bu oran ülkelere göre %1.8 ile %26.9 arasında değişmektedir (Sorensen ve ark., 2015). Bu çalışmada %12.4 yetersiz, %35.2 sorunlu, %36 yeterli, %16.4 mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi bulunmuştur (Özkan ve ark., 2018). Yetersiz ve sorunlu kategorilerine birlikte bakıldığında en fazla oranın Bulgaristan’da olduğunu (62.1), bu ülkeyi de İspanya (%58.3) ve Avusturya’nın (%56.4) takip ettiği görülmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2018).

Türkiye’de yapılan bir araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 ile belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelendiğinde, %30.9’unun yetersiz, %38.0’ının sorunlu-sınırlı, %23.4’ünün yeterli, %7.7’sinin mükemmel olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı ise kadınlarda (%35.3), erkeklere göre (%26.4) daha yüksektir. Türkiye’deki sağlık okuryazarlığı düzeyi bu araştırma kapsamındaki Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye’deki durumun en kötü durumda olan Bulgaristan’ın gerisinde olduğu dikkatleri çekmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı üniversite düzeyinde öğrenim gören sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerin sağlık okuryazarlığı kavramı kapsamında bilgi ve deneyim düzeylerini belirlemek ve anketten elde edilen puanların cinsiyet, bölüm, sınıf gibi demografik değişkenlerle olan ilişkisini incelemektir.

3.1. Araştırmanın Modeli



Araştırmada oluşturulan hipotezler:

H1: Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir.

H2: Sigara kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir.

H3: Sağlık okuryazarlığı dersi alma durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir.

H4: Bölüme göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir.

H5: Sınıf düzeyine göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir.

H6: Genel sağlık durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir.

H7: Yeterli ve sağlıklı beslenme durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir.

H8: Sağlık okuryazarlığını bilme durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir.

Yukarıda yer alan hipotezler, araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda analiz edilerek sonuçlara ulaşılmıştır.

3.2. Araştırma Verilerinin Analizi

Elde edilen araştırma verileri, sağlık ve sosyal bilimler için özel olarak tasarlanmış istatistik programı olan SPSS-27 for Windows paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. İlk olarak, verilerin normallik değerleri ve güvenilirlik katsayıları ölçekten elde edilen veriler doğrultusunda hesaplanmıştır (Tablo 3.4.). Ardından araştırmada kullanılan ölçeğin uyum indekslerinin ortaya konulmasında doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır (Tablo 3.1). Araştırmada kullanılan ölçeğe ilişkin faktör yük değerleri hesaplanmış olup elde edilen değerlerinin kabul edilen .60 üzerinde olduğu bulunmuştur (Tablo 3.2). Faktör analizi sonucunda oluşturulan alt boyutların toplam varyans analizleri elde edilmiştir (Tablo 3.3). Araştırmada kullanılan ölçeğin toplam ve alt boyutlarının betimsel analizleri yapılmış olup Tablo 3.5 ve Tablo 4.2'de gösterilmiştir. Son olarak gruplar arası karşılaştırma bulgularında ise normal dağılım eğrisine sahip olduğu için veriler T testi ve tek yönlü varyans (ANOVA) analizinden yararlanılmıştır. İki gruplu değişkenlerde T testi yapılırken üç ve üzeri gruplu değişkenler de ANOVA analizinden yararlanılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

“Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Düzeyinin Belirlenmesi” isimli araştırma nicel çalışma deseni içinde yer alan tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanmıştır ve anket tekniği kullanılmıştır.

Araştırmanın verileri, İstanbul Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde 01.12.2022-01.02.2023 tarihleri arasında Google Drive (Google Formlar) üzerinden hazırlanan bağlantıyla öğrencilere Whatsapp aracılığıyla online olarak ve yüz yüze formlar iletilerek toplanmıştır. Araştırmaya üniversitede öğrenim görmekte olan öğrencilerden ankete tam cevap veren 302 öğrenci katılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, 2022-2023 akademik dönemde Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören 947 öğrenci oluşturmaktadır. Evrenden örneklem seçimine gidilmeksizin tüm öğrencilere ulaşmak hedeflenmiştir.

3.5. Anket Formu İçeriğine Dair Bilgiler

Anket formu literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Form 5 bölümden oluşmakta olup, birinci bölüm bireye ait sosyo-demografik verilerin yer aldığı kısımdır. İkinci bölümde ‘kendi kendine yardım / tedavi müdahaleleri hakkında bilgi’, üçüncü bölümde ‘hastayla iletişim ve empati kurabilme’, dördüncü bölümde ‘sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma’ ve beşinci bölümde de ‘sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi’ alt boyutlarına ait ifadeler yer almaktadır. Ankette bütün ifadelere yanıt verilmesi zorunlu tutulduğundan, anket maddelerinde boş veya geçersiz madde bulunmamaktadır.

3.5.1. Sosyo-Demografik Soru Formu

Sosyo-Demografik soru formunda katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerine yer verilmiştir. Bunlar: cinsiyet, bölüm, sınıf, sigara kullanma durumu, genel sağlık durumu, yeterli ve sağlıklı beslenme durumu, sağlık okuryazarlığı kavramını bilip bilmediği, sağlık okuryazarlığı konulu ders ve kurs alıp almadığıdır.

3.5.2. Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi

Araştırmacı tarafından geliştirilen 38 soru ve dört alt boyuttan (kendi kendine yardım / tedavi müdahaleleri hakkında bilgi, hastayla iletişim ve empati kurabilme, sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma, sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi) oluşmaktadır. Anket sorularının yanıtları “5: Kesinlikle katılıyorum, 4: Katılıyorum, 3: Kararsızım, 2: Katılmıyorum, 1: Kesinlikle katılmıyorum” şeklinde Likert yapısıdır.

3.5.3. Anketin Faktör Yapısının Belirlenmesi, Güvenirlilik Analizi ve Normallik Kontrolü Sonucu

Anketin doğrulayıcı faktör analizine ilişkin sonuçlar tablo 3.1 de, güvenilirlik analizine ilişkin sonuçlar ve normallik kontrolü ise tablo 3.4 de yer almaktadır.

Tablo 3.1. Ankete İlişkin Uyum İndeksi Sonuçları

Uyum Kriterleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	SOYBD Toplam
χ^2/sd	≤ 3	≤ 5	3.353
RMSEA	$0 < RMSEA < 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$.082
RMR	$0 \leq RMR < 0.05$	$0.05 \leq RMR \leq 0.10$.037
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$.903
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$.911
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$.89
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$.85

SOYBD: Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim

Tablo 3.1 incelendiğinde doğrulayıcı faktör analizlerine ilişkin sonuçlar verilmiştir. Tabloya göre test edilen modele ait uyum indekslerinin genel olarak kabul edilebilir uyuma sahip olduğu görülmüştür. Sonuç olarak varsayılan modelin, elde edilen veriler ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Tablo 3.2. Ankete İlişkin Faktör Yük Değerleri

Boyutlar	Maddeler	Faktör Yük Değerleri
Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi	1	.71
	2	.83
	3	.72
	4	.85
	5	.90
	6	.78
	7	.75
	8	.77
	9	.79
	10	.81
	11	.77
	12	.68
	13	.73
	14	.75
	15	.80
	16	.63
Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme	17	.75
	18	.66
	19	.71
	20	.72
	21	.80
	22	.71
	23	.81
	24	.70
	25	.78
	26	.88
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma	27	.80
	28	.79
	29	.87
	30	.84
	31	.80
	32	.78
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	33	.76
	34	.63
	35	.87
	36	.80
	37	.82
	38	.78

Tablo 3.2 incelendiğinde dört alt boyutta yer alan maddelerin tamamının faktör yük değerleri alt sınır olarak kabul edilen .60'ın üzerinde olduğu bulunmuştur. Buna göre oluşturulan sağlık okuryazarlığında bilgi ve deneyim anketi uyumlu ve güçlü bir yapıya sahiptir.

Tablo 3.3. Anket Alt Boyutlarına İlişkin Varyans Analizi

BOYUTLAR	1	2	3	4
1. Kendi Kendine Yardım / Tedavi				
Müdahaleleri Hakkında Bilgi	. 825			
2. Hastayla İletişim ve Empati		. 772		
Kurabilme				
3. Sağlık Okuryazarlığı Hakkında			. 713	
Bilgi Sahibi Olma				
4. Sağlık Okuryazarlığı Hakkında				
Profesyonel Yardıma				. 800
Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi				
Toplam Varyansı Açıklama				
Oranı	%37.01	%22.09	%11.42	%8.85
%79.37				

Tablo 3.3 incelendiğinde ortaya çıkan dört faktör toplam varyansın %79.37'sini açıklamaktadır. Kendi kendine yardım/tedavi müdahaleleri hakkında bilgiyi temsil eden faktör 1, diğer faktörlerden bağımsız olarak tek başına toplam varyansın en büyük kısmını %37.01'ini açıklayabilmekte ve “Kendi kendine yardım/tedavi müdahaleleri hakkında bilgi” faktörüne ilişkin değişkenleri içermektedir. Faktör 2, ilk faktörden bağımsız bir biçimde toplam varyansın %22.09'luk kısmını açıklamakta ve “Hastayla İletişim ve Empati Kurabilmeye” ilişkin değişkenleri içermektedir. Diğer faktörler ise sırasıyla, “Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma” ve ‘Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi’ olarak belirlenmiştir. Ayrıca son iki faktörün toplam varyansı açıklama yüzdeleri sırasıyla, %11.42 ve %8.85 olarak bulunmuştur. Her bir değişkenin ilgili faktöre pozitif ve yüksek bir korelasyonla yüklendiği görülmüştür.

Tablo 3.4. Anket Toplam ve Alt Boyutlarının Basıklık ve Çarpıklık Değerleri ile Güvenirlik Katsayıları

Değişkenler	Skewnes (Basıklık)	Kurtosis (Çarpıklık)	Cronbach Alpha
Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Toplam	-0.410	.545	.832
Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi	-0.520	.079	.825
Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme	-0.579	.416	.772
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma	-0.018	.976	.713
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	.194	-.199	.800

Tablo 3.4'te yer alan basıklık ve çarpıklık değerleri, ölçeklerin normal dağılım gösterdiğini göstermektedir. Bu sonuca varmak için George ve Mallery'in (2016: 114-115) belirttiği gibi, basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 2 olduğu durumlarda verilerin kabul edilebilir düzeyde normal dağılım gösterdiği varsayımı kullanılmaktadır. Bu nedenle, verilerin normal dağılım gösterdiği sonucuna varılmıştır ve parametrik analizler yapılmıştır. Ayrıca, anket toplam ve alt boyutlarının güvenirlilik katsayılarının yüksek olduğu da gözlemlenmiştir. Bu durum, anketlerin güvenilir ve tutarlı sonuçlar ürettiğini göstermektedir. Bu bilgiler temel alınarak, veriler t testi ve ANOVA (Post Hoc Tukey ve Games Howell) testleri kullanılarak analiz edilmiştir. Bu yöntemler, verilerin daha ayrıntılı olarak incelenmesini sağlamıştır.

Tablo 3.5. Kullanılan Ölçeğe İlişkin Minimum, Maksimum, Ortanca, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Değişkenler	Ortanca	Ortalama±Ss*	Min.	Maks.
Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Toplam	2.68	3.35±.42	1.68	4.37
Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi	3.00	3.35±.60	1.56	4.56
Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme	3.20	3.82±.66	1.80	5.00
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma	3.17	3.34±.45	1.83	5.00
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	4.00	2.57±.83	1.00	5.00

Tablo 3.5'te yer alan Sağlık Okur Yazarlığı Bilgi ve Deneyim Ölçeği'nden elde edilen toplam puanın ortancası 2.68, ortalaması 3.35±.42 (1.68-4.37), alt ölçeklerinin ortancası ve puan ortalaması sırasıyla Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi için 3.00 ve 3.35±.60 (1.56-4.56), Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme için 3.20 ve 3.82±.66 (1.80-5.00), Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma için 3.17 ve 3.34±.45 (1.83-5.00) ve Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi için 4.00 ve 2.57±.83 (1.00-5.00) olarak tespit edilmiştir.

3.6. Dâhil Edilme Kriterleri

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde üniversitenin sağlık bilimleri fakültesinin lisans öğrencisi olması ve araştırmaya gönüllü olarak katılması kriterleri esas alınmıştır.

3.7. Dışlanma Kriterleri

Araştırmanın yapıldığı üniversitenin sağlık bilimleri fakültesinin lisans öğrencisi olmama, gönüllü olmayan öğrenciler ve Türkçe bilmeyen yabancı uyruklu öğrenciler değerlendirmeye alınmamıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Ordu Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırma Kurulu Başkanlığı'ndan araştırmanın yapılabilmesi için 2022-197 karar numarası ile 27.10.2022 tarihinde etik kurul izni (EK 2) alınmıştır. Öğrencilere uygulanacak olan anket için Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından da kurum izni (EK 3) alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amacına yönelik kullanılan anket yoluyla toplanan veriler, demografik verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elden edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmaktadır.

4.1. Sosyo-Demografik Veriler

Üniversite düzeyinde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığı kavramı kapsamında bilgi ve deneyim düzeylerini belirlemeye yönelik ankete katılanların demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyo-Demografik Bilgileri

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	224	74.2
Erkek	78	25.8
Bölüm		
Hemşirelik	72	23.8
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	133	44.0
Beslenme ve Diyetetik	77	25.5
Dil ve Konuşma Terapisi	20	6.6
Sınıf		
1. Sınıf	73	24.2
2. Sınıf	81	26.8
3. Sınıf	72	23.8
4. Sınıf	76	25.2
Sigara Kullanım Durumu		
Evet	92	30.5
Hayır	210	69.5

Tablo 4.1. ‘Devam’ Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyo-Demografik Bilgileri

Değişkenler	Sayı	%
Genel Sağlık Durumu		
Çok İyi	56	18.5
İyi	179	59.3
Ne İyi Ne Kötü	63	20.9
Kötü	4	1.3
Yeterli ve Sağlıklı Beslenme Durumu		
Evet	92	30.5
Kısmen	172	57.0
Hayır	38	12.6
Sağlık Okuryazarlığını Bilme Durumu		
Evet	118	39.1
Kısmen	100	33.1
Hayır	84	27.8
Sağlık Okuryazarlığı Dersi Alma Durumu		
Evet	49	16.2
Hayır	253	83.8
Sağlık Okuryazarlığı Kursu Alma Durumu		
Evet	17	5.6
Hayır	285	94.4
Toplam	302	100.0

Tablo 4.1 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin Sosyo-demografik verilerinin frekans dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin 224’ü kadın, 78 ise erkektir. Öğrencilerin %44’ü fizyoterapi ve hemşirelik bölümü öğrencilerinden oluşuyorken, %25.5’i beslenme ve diyetetik, %23.8’i hemşirelik ve %6.6’sı da dil ve konuşma terapisi bölümlerindeki öğrencilerden oluşmaktadır. Benzer biçimde öğrencilerin %26.8’i 2. sınıf öğrencisiyken, %25.2’si 4. sınıf, %24.2’si 1. sınıf ve %23.8’i de 3. sınıf öğrencilerinden oluştuğu görülmektedir. Öğrencilerin yarısından fazlasının (%69.5) sigara kullanmadığı tespit edilmiştir. Bunun yanında %77.8’inin genel sağlık durumunun iyi veya çok iyi olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %57’sinin kısmen

yeterli ve sağlıklı beslendiği görülürken, %30.5'inin yeterli ve sağlıklı beslendiği ve %12.6'sının da yeterli ve sağlıklı beslenmediği bulunmuştur. Öğrencilerin %72.2'sinin sağlık okuryazarlığı hakkında bilgisi olduğu ya da kısmen bilgisi olduğu saptanmıştır. Fakat %83.8'inin ise sağlık okuryazarlığı dersini almadıkları bulunmuştur. Son olarak öğrencilerin tamamına yakınının (%94.4) sağlık okuryazarlığı kursu almadığı tespit edilmiştir.

4.2. Öğrencilerin “Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi” ne Katılım Yüzdeleri

Öğrencilerin ankette yer alan ifadelerle genel katılımlarına ilişkin önem aralıkları ile her boyuta yönelik ifadelerle verdikleri yanıtların frekans ve yüzde değerleri Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anket İfadelerine Katılım Yüzdeleri ve Önem Aralıkları

Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Önem Aralığı
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
İFADELER											1-5
Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi											
Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin özelliklerine göre;											
Sağlık durumlarını olduğundan daha acil ya da kötü olarak değerlendirirler.	39	12.9	113	37.4	78	25.8	48	15.9	24	7.9	3.31
Hastanede yatarak tedavi görme olasılıkları daha düşüktür.	22	7.3	79	26.2	103	34.1	85	28.1	13	4.3	3.04
Hekim tavsiyelerini ve tedavi yöntemlerini uygulamada yetersiz kalırlar.	44	14.6	138	45.7	45	14.9	55	18.2	20	6.6	3.43
Genellikle sağlık düzeyleri düşüktür ve kişisel bakımları yetersizdir.	42	13.9	109	36.1	63	20.9	58	19.2	30	9.9	3.25

Tablo 4.2. ‘Devam’ Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anket İfadelerine Katılım Yüzdeleri ve Önem Aralıkları

Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katlıyorum		Kesinlikle katlıyorum		Önem Aralığı
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
İFADELER											1-5
Kendilerine verilen sağlık eğitimlerini anlamada güçlük çekerler.	25	8.3	58	19.2	58	19.2	120	39.7	41	13.6	2.69
Sağlık harcamaları daha düşük olur.	50	16.6	103	34.1	70	23.2	55	18.2	24	7.9	3.33
Koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalanamazlar.	47	15.6	119	39.4	68	22.5	43	14.2	25	8.3	3.40
Sağlık sorunları hakkında bilgi edinme konusunda ilgisizdirler.	53	17.5	120	39.7	55	18.2	46	15.2	28	9.3	3.41
Sağlıklarını iyileştirmek için gerekli yaşam tarzı değişikliklerini yapmada isteksizdirler.	55	18.2	119	39.4	63	20.9	43	14.2	22	7.3	3.47
Kullandıkları ilaçların prospektüsünü anlayabilirler ve ilaçları doğru şekilde kullanabilirler.	52	17.2	105	34.8	66	21.9	54	17.9	25	8.3	3.35
Kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksiklikleri vardır ve kronik hastalıklarını yönetemezler.	61	20.2	121	40.1	56	18.5	44	14.6	20	6.6	3.53
Acil servisi daha fazla kullanırlar.	71	23.5	93	30.8	80	26.5	39	12.9	19	6.3	3.52
Ortalama yaşam süreleri daha yüksektir.	51	16.9	106	35.1	98	32.5	36	11.9	11	3.6	3.50
Eğitim materyallerini (afiş, broşür, kitapçık) kolayca anlayabilirler.	47	15.6	94	31.1	84	27.8	57	18.9	20	6.6	3.30
Tıbbi bir uygulamanın fayda-zarar analizini yapabilme becerileri yüksektir.	55	18.2	123	40.7	60	19.9	44	14.6	20	6.6	3.49
İlaç dozlarını hesaplayabilme becerileri yüksektir.	81	26.8	114	37.7	58	19.2	26	8.6	23	7.6	3.68
Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme											
Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin özelliklerine göre;											
Sağlık çalışanları birey ile iletişim kurarken öncelikle empati yapmalıdır.	138	45.7	112	37.1	20	6.6	15	5.0	17	5.6	4.12
Sağlık çalışanları hasta ve hasta yakını ile iletişim kurarken beden dilini asla kullanmamalıdır.	117	38.7	91	30.1	53	17.5	28	9.3	13	4.3	3.90

Tablo 4.2. ‘Devam’ Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anket İfadelerine Katılım Yüzdeleri ve Önem Aralıkları

Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Önem Aralığı
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Hastaya yeteri kadar zaman ayırmalıdır. Çok iyi bir dinleyici olmalı; yalnızca anlaşılmaya değil, önce anlamaya çalışmalıdır; dikkatle, ilgiyle ve derinlemesine hastayı dinlemelidir.	164	54.3	88	29.1	26	8.6	11	3.6	13	4.3	4.25
Bireye gerektiğinden fazla bilgi verilmeli ve kesinlikle tekrarlanmamalıdır.	93	30.8	93	30.8	54	17.9	39	12.9	23	7.6	3.64
Mümkün olduğunca Latince kelimeler kullanılmamalıdır.	114	37.7	108	35.8	37	12.3	16	5.3	27	8.9	3.88
Daha iyi iletişim için; hasta yakınlarının yardımı kesinlikle istenmemelidir.	83	27.5	84	27.8	76	25.2	32	10.6	27	8.9	3.54
Sağlık bilgilerini anlayıp anlamadıklarını belirlemenin en etkili yolu “Söylediklerimi tekrarlar mısınız?” sorusunu sormaktır.	53	17.5	85	28.1	88	29.1	42	13.9	34	11.3	3.27
Hastalar soru sormaları için teşvik edilmelidirler.	88	29.1	137	45.4	46	15.2	16	5.3	15	5.0	3.88
Sağlık çalışanları hasta ile görüşmesinin sonunda önemli bilgileri özetlemelidir.	121	40.1	117	38.7	31	10.3	18	6.0	15	5.0	4.03
Görsel materyaller hafızayı yoracağı için kullanılmamalıdır.	81	26.8	117	38.7	58	19.2	24	7.9	22	7.3	3.70
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma											
Sağlık okuryazarlığı boyutları hakkında bilgiye göre;											
Fonksiyonel, analitik ve iletişimsel sağlık okuryazarlığı olarak üçe ayrılmaktadır.	34	11.3	109	36.1	136	45.0	12	4.0	11	3.6	3.47
Bireye sağlıkla ilgili bilgileri analiz etme, yorumlama ve değerlendirme yeteneği sağlayan boyut, iletişimsel sağlık okuryazarlığıdır.	15	5.0	28	9.3	74	24.5	132	43.7	53	17.5	2.40

Tablo 4.2. ‘Devam’ Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anket İfadelerine Katılım Yüzdeleri ve Önem Aralıkları

Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Önem Aralığı
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
İFADELER											1-5
İletişimsel sağlık okuryazarlığı düzeyinde birey yalnızca kendi için değil, yakınları ve toplumun sağlığı için de bir şeyler yapar.	79	26.2	136	45.0	56	18.5	21	7.0	10	3.3	3.84
Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin göstergesidir.	35	11.6	121	40.1	112	37.1	22	7.3	12	4.0	3.48
Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler genellikle yatarak tedavi almak zorunda kalmaktadır.	42	13.9	78	25.8	130	43.0	38	12.6	14	4.6	3.32
Analitik sağlık okuryazarlığı düzeyinde birey bildiklerini uygulayarak pasif durumdan aktif duruma geçer.	45	14.9	113	37.4	111	36.8	23	7.6	10	3.3	3.53
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi											
Öğrencilerin katılım düzeylerine göre;											
Lisans eğitiminiz döneminde sağlık okuryazarlığı kavramını ne sıklıkla duydunuz?	7	2.3	68	22.5	50	16.6	140	46.4	37	12.3	2.56
Sağlık okuryazarlığı becerilerini değerlendirmek için ne sıklıkla bir ödev veya araştırma yaptınız?	4	1.3	21	7.0	64	21.2	76	25.2	137	45.4	1.94
Hasta eğitimi için yazılı eğitim materyallerini ne sıklıkla kullandınız?	20	6.6	72	23.8	59	19.5	102	33.8	49	16.2	2.71
Hasta eğitimi için sesli ve görsel eğitim materyallerini ne sıklıkla kullandınız?	24	7.9	73	24.2	59	19.5	89	29.5	57	18.9	2.73
Hasta ya da sağlam kişi için sağlık eğitimi esnasında sözel anlatımı ne sıklıkla kullandınız?	50	16.6	104	34.4	48	15.9	53	17.5	47	15.6	3.19
Bir bireye veya topluluk grubuna sağlık bilgisi sağlamak için bilgisayar yazılımını ne sıklıkla kullandınız?	21	7.0	38	12.6	63	20.9	84	27.8	96	31.8	2.35

Tablo 4.2 incelendiğinde araştırma kapsamında kullanılan ölçme aracına öğrencilerin vermiş oldukları yanıtlar ve yanıtların önem aralıkları görülmektedir. Buna göre sağlık okuryazarlığı becerilerini değerlendirmek için ne sıklıkla bir ödev veya araştırma yaptınız mı? (1.94), kendilerine verilen sağlık eğitimlerini anlamada güçlük çekerler (2.69), bireye sağlıkla ilgili bilgileri analiz etme, yorumlama ve değerlendirme yeteneği sağlayan boyut, iletişimsel sağlık okuryazarlığıdır (2.40), lisans eğitiminiz döneminde sağlık okuryazarlığı kavramını ne sıklıkla duydunuz (2.56), Hasta eğitimi için yazılı eğitim materyallerini ne sıklıkla kullandınız? (2.71), hasta eğitimi için sesli ve görsel eğitim materyallerini ne sıklıkla kullandınız? (2.73) ve Bir bireye veya topluluk grubuna sağlık bilgisi sağlamak için bilgisayar yazılımını ne sıklıkla kullandınız? (2.35) maddelerine dair önem aralıklarının ortalama altında yer aldığı bulunmuştur.

Öğrencilerin ‘Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi’nin alt boyutlarından ‘Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi’ boyutunda ‘Hekim tavsiyelerini ve tedavi yöntemlerini uygulamada yetersiz kalırlar’ ifadesinin önem aralığı 3.43’tür. Bu ifadenin katılım yüzdelere bakıldığında, 45.7’sinin ‘Katılmıyorum’, 18.2’sinin de ‘Katılıyorum’ yönünde yanıt verdiği saptanmıştır. Bu durum öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin hekim tavsiyelerini ve tedavi yöntemlerini uygulamada yetersiz kalmadığını düşündüklerini göstermektedir.

Öğrencilerin ‘Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi’nin alt boyutlarından ‘Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi’ boyutunda ‘Kendilerine verilen sağlık eğitimlerini anlamada güçlük çektikleri’ ifadesinin önem aralığı 2.69’dur. Bu ifadenin katılım yüzdelere bakıldığında, 39.7’sinin ‘Katılıyorum’, 19.2’sinin de ‘Katılmıyorum’ ve ‘Kararsızım’ yönünde yanıt verdiği saptanmıştır. Bu durum öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin kendilerine verilen sağlık eğitimlerini anlamada güçlük çektiklerini düşündüklerini göstermektedir. Öğrencilerin ‘Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi’nin alt boyutlarından ‘Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi’ boyutunda ‘Tıbbi bir uygulamanın fayda-zarar analizini yapabilme becerileri yüksektir’ ifadesinin önem aralığı 3.49’dur. Bu ifadenin katılım yüzdelere bakıldığında, 40.7’sinin ‘Katılmıyorum’, 19.9’unun ‘Kararsızım’ yönünde yanıt

verdiği saptanmıştır. Bu durum öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin tıbbi bir uygulamanın fayda-zarar analizini yapabilme becerilerinin yüksek olduğunu düşünmediklerini göstermektedir.

Öğrencilerin ‘Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi’nin alt boyutlarından ‘Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme’ boyutunda ‘Hastaya yeteri kadar zaman ayırmalıdır. Çok iyi bir dinleyici olmalı; yalnızca anlaşılmaya değil, önce anlamaya çalışmalıdır; dikkatle, ilgiyle ve derinlemesine hastayı dinlemelidir’ ifadesinin önem aralığı 4.25’tir. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, 54.3’ünün ‘Kesinlikle Katılmıyorum’, 29.1’inin ‘Katılmıyorum’ yönünde yanıt verdiği saptanmıştır. Bu durum öğrencilerin sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylere yeteri kadar zaman ayırması, çok iyi bir dinleyici olması, yalnızca anlaşılmaya değil, önce anlamaya çalışması, dikkatle, ilgiyle ve derinlemesine hastayı dinlemelerini gerektirmediğini düşündüklerini göstermektedir. Öğrencilerin ‘Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi’nin alt boyutlarından ‘Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme’ boyutunda ‘Hastalar soru sormaları için teşvik edilmelidirler’ ifadesinin önem aralığı 3.88’dir. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, 45.4’ünün ‘Katılmıyorum’, 29.1’inin de ‘Kesinlikle katılmıyorum’ yönünde cevap verdiği saptanmıştır. Bu durum öğrencilerin hastaların, sağlık çalışanlarına soru sormaları için teşvik edilmeleri gerektiğini düşündüklerini göstermektedir.

Öğrencilerin ‘Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi’nin alt boyutlarından ‘Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma’ boyutunda ‘İletişimsel sağlık okuryazarlığı düzeyinde birey yalnızca kendi için değil, yakınları ve toplumun sağlığı için de bir şeyler yapar’ ifadesinin önem aralığı 3.84’tür. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, 45.0’ının ‘Katılmıyorum’, 26.2’sinin de ‘Kesinlikle katılmıyorum’ yönünde yanıt verdiği saptanmıştır. Bu durum öğrencilerin iletişimsel sağlık okuryazarlığı düzeyinde birey yalnızca kendi için değil, yakınları ve toplumun sağlığı için de bir şeyler yapmasını düşünmediklerini göstermektedir.

Öğrencilerin ‘Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi’nin alt boyutlarından ‘Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma’ boyutunda ‘Bireye sağlıkla ilgili bilgileri analiz etme, yorumlama ve değerlendirme yeteneği sağlayan

boyut, iletişimsel sağlık okuryazarlığıdır' ifadesinin önem aralığı 2.40'tır. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, 43.7'sinin 'Katılıyorum', 24.5'inin de 'Kararsızım' yönünde yanıt verdiği saptanmıştır. Bu durum öğrencilerin bireye sağlıkla ilgili bilgileri analiz etme, yorumlama ve değerlendirme yeteneği sağlayan boyutun iletişimsel sağlık okuryazarlığı olduğunu düşündüklerini göstermektedir.

Öğrencilerin 'Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi'nin alt boyutlarından 'Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi' boyutunda 'Sağlık okuryazarlığı becerilerini değerlendirmek için ne sıklıkla bir ödev veya araştırma yaptınız?' ifadesinin önem aralığı 1.94'tür. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, 45.4'ünün 'Kesinlikle Katılıyorum', 25.2'sinin de 'Katılıyorum' yönünde yanıt verdiği saptanmıştır. Bu durum öğrencilerin sağlık okuryazarlığı becerilerini değerlendirmek için ödev veya araştırma yapmalarına katıldıklarını göstermektedir.

Öğrencilerin 'Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi'nin alt boyutlarından 'Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi' boyutunda 'Hasta ya da sağlam kişi için sağlık eğitimi esnasında sözel anlatımı ne sıklıkla kullandınız?' ifadesinin önem aralığı 3.19'dur. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, 34.4'ünün 'katılmıyorum', 17.5'inin de 'Katılıyorum' yönünde yanıt verdiği saptanmıştır. Bu durum öğrencilerin hasta ya da sağlam kişi için sağlık eğitimi esnasında sözel anlatımı sıklıkla kullandıklarını katılmadıklarını göstermektedir.

4.3. Hipotezlerin Analiz Sonuçları

Bu bölümde oluşturulan hipotezlerin analiz edilmesi amacıyla öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile araştırma anketi karşılaştırmalarına yer verilmiştir.

Tablo 4.3. Cinsiyete Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort.	ss	t	p
Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Toplam	Kadın	224	3.37	.38	10.548	.001
	Erkek	78	3.28	.50		
Kendi Kendine Yardım / Tedavi	Kadın	224	3.38	.58	1.409	.236
Müdahaleleri Hakkında Bilgi	Erkek	78	3.26	.64		
Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme	Kadın	224	3.87	.62	5.311	.022
	Erkek	78	3.66	.75		
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma	Kadın	224	3.36	.41	6.448	.012
	Erkek	78	3.28	.53		
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Kadın	224	2.53	.85	2.442	.119
	Erkek	78	2.70	.76		

Tablo 4.3 incelendiğinde cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim anketi toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam ($t=10.548$; $p=0.001$), hastayla iletişim ve empati kurabilme ($t=5.311$; $p=0.022$) ve sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma ($t=6.448$; $p=0.012$) cinsiyet üzerinde anlamlı farklılık oluşturmuştur. Buna göre kadın öğrencilerde sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam, hastayla iletişim ve empati kurabilme ve sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma puan ortalamaları (3.37; 3.87; 3.36) erkek öğrencilerin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam, hastayla iletişim ve empati kurabilme ve sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma puan ortalamasından (3.28; 3.66; 3.28) yüksektir.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı arasında anlamlı bir farklılık olduğu; kadınların sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda **H1 hipotezi doğrulanmıştır.**

Analiz sonuçları incelendiğinde, cinsiyete göre ‘Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi’ alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı; kadınların erkeklere göre kendi kendine yardım / tedavi müdahaleleri hakkında bilgi konusunda daha fazla bilgi sahibi oldukları sonucu elde edilmiştir.

Cinsiyete göre ‘Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme’ alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu; kadınların erkeklere göre sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerle iletişim ve empati kurabilmesini düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır.

Cinsiyete göre ‘Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma’ alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu; kadınların erkeklere göre sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin daha fazla sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olduklarını düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır.

Cinsiyete göre ‘Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi’ alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı; erkeklerin kadınlara göre lisans eğitimleri süresinde sağlık okuryazarlığı konulu daha fazla profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgiye sahip olmaya çalıştıkları sonucu elde edilmiştir.

Tablo 4.4. Sigara Kullanma Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Sigara Kullanma	N	Ort.	ss	t	p
Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Toplam	Evet	92	3.33	.44	.959	.328
	Hayır	210	3.36	.41		
Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi	Evet	92	3.32	.65	2.171	.142
	Hayır	210	3.37	.57		
Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme	Evet	92	3.75	.72	2.384	.124
	Hayır	210	3.84	.63		
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma	Evet	92	3.30	.49	1.235	.267
	Hayır	210	3.35	.43		
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Evet	92	2.65	.82	.101	.976
	Hayır	210	2.54	.84		

Tablo 4.4 incelendiğinde sigara kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim anketi toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p>.05$). Bu bağlamda **H2 hipotezi reddedilmiştir.**

Tablo 4.5. Sağlık Okuryazarlığı Dersi Alma Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ders Alma	N	Ort.	ss	t	p
Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Toplam	Evet	49	3.43	.39	1.634	.107
	Hayır	253	3.33	.42		
Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi	Evet	49	3.32	.64	-.326	.746
	Hayır	253	3.36	.59		

Tablo 4.5. ‘Devam’ Sağlık Okuryazarlığı Dersi Alma Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Ders Alma	N	Ort.	ss	t	p
Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme	Evet	49	3.80	.70	-.243	.809
	Hayır	253	3.82	.65		
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma	Evet	49	3.49	.40	2.847	.006
	Hayır	253	3.31	.45		
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Evet	49	3.07	.77	4.838	.000
	Hayır	253	2.48	.81		

Tablo 4.5 incelendiğinde sağlık okuryazarlığı dersini alma durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim anketi toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma ($t=2.847$; $p=0.006$) ve sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi ($t=4.838$; $p=0.000$) sağlık okuryazarlığı dersini alma durumu üzerinde anlamlı farklılık oluşturmuştur. Buna göre sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olan ve sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi sahibi olan öğrencilerin puan ortalamaları (3.49; 3.07) sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olmayan ve sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi sahibi olmayan öğrencilerin puan ortalamasından (3.31; 2.48) yüksektir.

Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı dersini alma durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p>.05$). Bu bağlamda **H₃ hipotezi reddedilmiştir.**

Analiz sonuçları incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı dersini alma durumuna göre ‘Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi’ ve ‘Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme’ alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı; dersi almayanların dersi alanlardan daha fazla oldukları sonucu elde edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı dersini alma durumuna göre ‘Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma’ alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu; dersi alanların almayanlara göre sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olduklarını düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık okuryazarlığı dersini alma durumuna göre ‘Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi’ alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu; dersi alanların almayanlara göre lisans eğitimleri süresinde sağlık okuryazarlığı konulu daha fazla profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgiye sahip olmaya çalıştıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.6. Bölüme Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Bölüm	N	Ort.	ss	f	p	Anlamlı Fark
Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Toplam	Hemşirelik ¹	72	3.42	0.42	2.689	.047	1-4 p=0.048*
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ²	133	3.30	0.40			
	Beslenme ve Diyetetik ³	77	3.40	0.45			
	Dil ve Konuşma Terapisi ⁴	20	3.24	0.32			
Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi	Hemşirelik ¹	72	3.31	0.67	2.051	.107	
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ²	133	3.29	0.55			
	Beslenme ve Diyetetik ³	77	3.52	0.61			
	Dil ve Konuşma Terapisi ⁴	20	3.30	0.48			
Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme	Hemşirelik ¹	72	3.91	0.60	2.132	.096	
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ²	133	3.72	0.69			
	Beslenme ve Diyetetik ³	77	3.91	0.68			

Tablo 4.6. ‘Devam’ Bölümüne Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Bölüm	N	Ort.	ss	f	p	Anlamlı Fark
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma	Dil ve Konuşma Terapisi ⁴	20	3.76	0.39	2.146	.095	
	Hemşirelik ¹	72	3.43	0.41			
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ²	133	3.27	0.43			
	Beslenme ve Diyetetik ³	77	3.36	0.48			
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Dil ve Konuşma Terapisi ⁴	20	3.30	0.50	9.946	.000	1-4 p=0.002* 1-3 p=0.010* 2-4 p=0.050*
	Hemşirelik ¹	72	2.86	0.77			
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ²	133	2.67	0.80			
	Beslenme ve Diyetetik ³	77	2.25	0.85			

Tablo 4.6 incelendiğinde bölüm durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim anketi toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam ($f=2.689$; $p=0.047$) ve sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi ($f=9.946$; $p=0.000$) bölüm üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmuştur. Ulaşılan sonuçlar homojen dağılmadığı için Games Howell post hoc testi ($p<.05$) dikkate alınmıştır.

Öğrencilerin bölümüne göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak **H4 hipotezi doğrulanmıştır.**

Sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam için ‘Hemşirelik’ ile ‘Dil ve Konuşma Terapisi’ bölümleri arasında $p=0.048$ oranında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerde sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam dil ve konuşma terapisi bölümünde okuyan öğrencilerden yüksek bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi için 'Hemşirelik' ile 'Dil ve Konuşma Terapisi' ve 'Beslenme ve Diyetetik' bölümleri arasında $p=0.002$ ve $p=0.010$ oranlarında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerde sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi dil ve konuşma terapisi ile beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan öğrencilerden yüksek bulunmuştur.

Benzer biçimde sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi için 'Fizyoterapi ve Rehabilitasyon' ile 'Dil ve Konuşma Terapisi' bölümleri arasında $p=0.050$ oranında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümünde okuyan öğrencilerde sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi dil ve konuşma terapisi bölümünde okuyan öğrencilerden yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.7. Sınıf Düzeyine Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Sınıf	N	Ort.	ss	f	p	Anlamlı Fark
Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Toplam	1. Sınıf ¹	73	3.32	0.42	7.522	.000	4-2 $p=0.001^*$ 3-2 $p=0.017^*$
	2. Sınıf ²	81	3.19	0.44			
	3. Sınıf ³	72	3.40	0.40			
	4. Sınıf ⁴	76	3.49	0.34			
Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi	1. Sınıf ¹	73	3.40	0.64	2.370	.071	
	2. Sınıf ²	81	3.21	0.55			
	3. Sınıf ³	72	3.35	0.66			
	4. Sınıf ⁴	76	3.45	0.52			
Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme	1. Sınıf ¹	73	3.85	0.64	5.796	.001	4-2 $p=0.008^*$ 3-2 $p=0.007^*$ 1-2 $p=0.041^*$
	2. Sınıf ²	81	3.59	0.73			
	3. Sınıf ³	72	3.83	0.67			
	4. Sınıf ⁴	76	4.01	0.52			

Tablo 4.7. ‘Devam’ Sınıf Düzeyine Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Sınıf	N	Ort.	ss	f	p	Anlamli Fark
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma	1. Sınıf ¹	73	3.31	0.50	4.875	.003	4-2 p=0.001* 3-2 p=0.033*
	2. Sınıf ²	81	3.20	0.46			
	3. Sınıf ³	72	3.42	0.39			
	4. Sınıf ⁴	76	3.44	0.40			
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	1. Sınıf ¹	73	2.22	0.75	8.647	.000	3-1 p=0.000* 3-2 p=0.021* 4-1 p=0.042*
	2. Sınıf ²	81	2.49	0.88			
	3. Sınıf ³	72	2.81	0.83			
	4. Sınıf ⁴	76	2.78	0.72			

Tablo 4.7 incelendiğinde sınıf düzeyine göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim anketi toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam ($f=7.522$; $p=0.000$), hastayla iletişim ve empati kurabilme ($f=5.796$; $p=0.001$), sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma ($f=4.875$; $p=0.003$) ve sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi ($f=8.647$; $p=0.000$) sınıf düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmuştur. Ulaşılan sonuçlar homojen dağılmadığı için Games Howell post hoc testi ($p<.05$) dikkate alınmıştır.

Öğrencilerin sınıf düzeyine göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak **H₅ hipotezi doğrulanmıştır.**

Sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam için ‘4. Sınıf’ ve ‘3. Sınıf’ ile ‘2. Sınıf’ sınıf düzeyleri arasında $p=0.001$ ve $p=0.017$ oranlarında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. 4. ve 3. sınıfta okuyan öğrencilerde sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam 2. sınıfta okuyan öğrencilerden yüksek bulunmuştur.

Hastayla iletişim ve empati kurabilme için ‘4. Sınıf’ ve ‘3. Sınıf’ ile ‘2. Sınıf’ sınıf düzeyleri arasında $p=0.008$ ve $p=0.007$ oranlarında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. 4. ve 3. sınıfta okuyan öğrencilerde hastayla iletişim ve empati kurabilme 2. sınıfta okuyan öğrencilerden yüksek bulunmuştur.

Benzer biçimde hastayla iletişim ve empati kurabilme için ‘1. Sınıf’ ile ‘2. Sınıf’ sınıf düzeyleri arasında $p=0.041$ oranında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. 1. sınıfta

okuyan öğrencilerde hastayla iletişim ve empati kurabilme 2. sınıfta okuyan öğrencilerden yüksek bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma için '4. Sınıf' ve '3. Sınıf' ile '2. Sınıf' sınıf düzeyleri arasında $p=0.001$ ve $p=0.033$ oranlarında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. 4. ve 3. sınıfta okuyan öğrencilerde sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma 2. sınıfta okuyan öğrencilerden yüksek bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi için '3. Sınıf' ile '1. Sınıf' ve '2. Sınıf' sınıf düzeyleri arasında $p=0.000$ ve $p=0.021$ oranlarında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. 3. sınıfta okuyan öğrencilerde sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi 1. ve 2. sınıfta okuyan öğrencilerden yüksek bulunmuştur.

Benzer biçimde sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi için '4. Sınıf' ile '1. Sınıf' sınıf düzeyleri arasında $p=0.042$ oranında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. 4. sınıfta okuyan öğrencilerde sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi 1. sınıfta okuyan öğrencilerden yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.8. Genel Sağlık Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Sağlık Durumu	N	Ort.	ss	f	p	Anlamlı Fark
Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim	Çok İyi ¹	56	3.29	0.48	.949	.388	
	İyi ²	179	3.37	0.41			
Toplam	Ne İyi Ne Kötü ³	67	3.33	0.37			

Tablo 4.8. ‘Devam’ Genel Sağlık Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Sağlık Durumu	N	Ort.	ss	f	p	Anlamlı Fark
Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi	Çok İyi ¹	56	3.27	0.64	.995	.371	
	İyi ²	179	3.39	0.61			
	Ne İyi Ne Kötü ³	67	3.32	0.53			
Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme	Çok İyi ¹	56	3.73	0.77	.645	.526	
	İyi ²	179	3.82	0.65			
	Ne İyi Ne Kötü ³	67	3.87	0.57			
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma	Çok İyi ¹	56	3.34	0.50	.579	.561	
	İyi ²	179	3.35	0.44			
	Ne İyi Ne Kötü ³	67	3.28	0.42			
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Çok İyi ¹	56	2.54	0.86	.240	.787	
	İyi ²	179	2.60	0.83			
	Ne İyi Ne Kötü ³	67	2.53	0.81			

Tablo 4.8 incelendiğinde genel sağlık durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim anketi toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > .05$). Bu bağlamda **H₆ hipotezi reddedilmiştir.**

Tablo 4.9. Yeterli ve Sağlıklı Beslenme Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Beslenme Durumu	N	Ort.	ss	f	p	Anlamlı Fark
Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Toplam	Evet ¹	92	3.38	0.44	2.277	.041	1-3 p=0.049*
	Kısmen ²	172	3.36	0.41			
	Hayır ³	38	3.21	0.38			

Tablo 4.9. ‘Devam’ Yeterli ve Sağlıklı Beslenme Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Beslenme Durumu	N	Ort.	ss	f	p	Anlamlı Fark
Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi	Evet ¹	92	3.31	0.63	.398	.672	
	Kısmen ²	172	3.36	0.59			
	Hayır ³	38	3.41	0.53			
Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme	Evet ¹	92	3.73	0.76	1.211	.299	
	Kısmen ²	172	3.86	0.62			
	Hayır ³	38	3.86	0.56			
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma	Evet ¹	92	3.30	0.48	1.580	.208	
	Kısmen ²	172	3.37	0.44			
	Hayır ³	38	3.25	0.39			
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Evet ¹	92	2.70	0.87	1.448	.237	
	Kısmen ²	172	2.52	0.79			
	Hayır ³	38	2.51	0.90			

Tablo 4.9 incelendiğinde yeterli ve sağlıklı beslenme durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim anketi toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam ($f=2.277$; $p=0.041$) yeterli ve sağlıklı beslenme durumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmuştur. Ulaşılan sonuçlar homojen dağıldığı için Tukey post hoc testi ($p<.05$) dikkate alınmıştır.

Öğrencilerin yeterli ve sağlıklı beslenme durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak **H₇ hipotezi doğrulanmıştır.**

Sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam için ‘Evet’ ile ‘Hayır’ beslenme düzeyleri arasında $p=0.049$ oranında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Yeterli ve sağlıklı beslenen öğrencilerde sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam yeterli ve sağlıklı beslenemeyen öğrencilerden yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.10. Sağlık Okuryazarlığını Bilme Durumuna Göre Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi ile Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Bilme Durumu	N	Ort.	ss	f	p	Anlamlı Fark
Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Toplam	Evet ¹	118	3.48	0.40	12.191	.000	1-3 p=0.000* 2-3 p=0.023*
	Kısmen ²	100	3.32	0.39			
	Hayır ³	84	3.20	0.41			
Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi	Evet ¹	118	3.44	0.63	2.576	.078	
	Kısmen ²	100	3.33	0.61			
	Hayır ³	84	3.25	0.52			
Hastayla İletişim ve Empati Kurabilme	Evet ¹	118	3.90	0.65	1.758	.174	
	Kısmen ²	100	3.81	0.63			
	Hayır ³	84	3.72	0.69			
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma	Evet ¹	118	3.49	0.46	15.008	.000	1-3 p=0.002* 1-2 p=0.006* 2-3 p=0.044*
	Kısmen ²	100	3.32	0.42			
	Hayır ³	84	3.15	0.37			
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Evet ¹	118	2.89	0.79	17.234	.000	1-3 p=0.000* 1-2 p=0.002*
	Kısmen ²	100	2.49	0.77			
	Hayır ³	84	2.24	0.82			

Tablo 4.10 incelendiğinde sağlık okuryazarlığını bilme durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim anketi toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam ($f=12.191$; $p=0.000$), sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma ($f=15.008$; $p=0.000$) ve sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi ($f=17.234$; $p=0.000$) sağlık okuryazarlığını bilme durumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmuştur. Ulaşılan sonuçlar homojen dağıldığı için Tukey post hoc testi ($p<.05$) dikkate alınmıştır.

Öğrencilerin sağlık okuryazarlığını bilme durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda **H₈ hipotezi doğrulanmıştır.**

Sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam için 'Evet' ve 'Kısmen' ile 'Hayır' düzeyleri arasında $p=0.000$ ve $p=0.023$ oranlarında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığını bilen ya da kısmen bilen öğrencilerde sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam sağlık okuryazarlığını bilmeyen öğrencilerden yüksek bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma için 'Evet' ile 'Kısmen' ve 'Hayır' düzeyleri arasında $p=0.002$ ve $p=0.006$ oranlarında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığını bilen öğrencilerde sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma sağlık okuryazarlığını bilmeyen ya da kısmen bilen öğrencilerden yüksek bulunmuştur.

Benzer biçimde sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma için 'Kısmen' ile 'Hayır' düzeyleri arasında $p=0.044$ oranında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığını kısmen bilen öğrencilerde sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma sağlık okuryazarlığını bilmeyen öğrencilerden yüksek bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi için 'Evet' ile 'Hayır' ve 'Kısmen' düzeyleri arasında $p=0.000$ ve $p=0.002$ oranlarında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığını bilen öğrencilerde sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi sağlık okuryazarlığını bilmeyen ya da kısmen bilen öğrencilerden yüksek bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma bulguları literatür bulguları ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırmada kullanılan anketin faktör analizlerine ilişkin sonuçlarına bakıldığında uyum indekslerinin genel olarak kabul edilebilir uyuma sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmada elde edilen dört alt boyutta yer alan maddelerin tamamının faktör yük değerleri alt sınır olarak kabul edilen 0.60'ın üzerinde olduğu bulunmuştur. Oluşturulan sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim anketinin uyumlu ve güçlü bir yapıda olduğu saptanmıştır. Ankete ilişkin bu dört alt boyutun toplam varyansın %79.37'sini açıkladığı görülmüştür. Bu durumda her bir değişkenin ilgili faktöre pozitif ve yüksek bir korelasyonla yüklendiğini açıklamıştır. Akkuzu ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışmada da elde edilen tek faktörlü yapı toplam varyansın %58'lik kısmını açıklamaktadır; ortak varyans değerinin 0.40 altında olmaması düşük varyansa sahip maddenin olmadığını göstermektedir (Akkuzu ve ark., 2020).

Bir ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.70 ve üstü olduğunda iç tutarlık güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilmektedir (Field, 2009). Bu araştırmada kullanılan anketin Cronbach alfa değeri ise 0.832 olarak bulunmuştur. Anket toplam ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayılarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, anketin güvenilir ve tutarlı sonuçlar ürettiğini göstermektedir.

Araştırma sonuçlarına göre araştırmaya katılan 302 öğrenciden %74.2'si kadın, %25.8'i erkek olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, Şirin ve arkadaşları, Uysal ve Yıldız, Ertem ve Güzel'in çalışmalarında da kadın öğrencilerin katılımının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşımlardır (Şirin ve ark., 2021; Uysal ve Yıldız, 2021; Ertem ve Güzel, 2021).

Araştırmaya katılan öğrencilerin genel sağlık durumunu değerlendirmelerini istediğimizde %59.3'ünün 'iyi' olarak nitelendirdiği görülmüştür. Literatür incelendiğinde Şirin ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında öğrencilerin %48.4'ü (n=626) genel sağlık durumlarını 'iyi' olarak belirtilmişken, Açıksöz ve ark. (2013) hemşirelik bölümü öğrencilerinde yapmış olduğu bir çalışmada da %74.2'sinin

sağlığını “iyi” olarak belirttiği görülmüştür (Şirin ve ark., 2021; Açıksöz ve ark., 2013).

Araştırmada cinsiyete göre öğrencilerin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim düzeylerini belirlemeye yönelik anket ile arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmaya göre kadın öğrencilerde sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam puan ortalaması (3.37 ± 0.38), erkek öğrencilerin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam puan ortalamasından (3.28 ± 0.50) yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç kadınların bireysel sağlık düzeylerini daha fazla önemsemeleriyle açıklanabilir. Literatür incelendiğinde İnkaya ve Tüzer’in (2018), çalışmasında kız öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunurken, Heide ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışma sonuçlarına göre de kadın cinsiyetin, daha yüksek seviyede sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (İnkaya ve Tüzer, 2018; Heide ve ark., 2013). Aksine Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’nda erkeklerin genel sağlık okuryazarlığı indeksi puan ortalamasının kadınlara göre daha yüksek olduğu, İran’da yapılan bir çalışmada ve benzer araştırmada da erkeklerin sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek çıkmıştır (Özkan ve ark., 2018; Durusu Tanrıöver ve ark., 2014; Özdemir ve ark., 2010).

Araştırmada sınıf düzeyine göre öğrencilerin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim düzeylerini belirlemeye yönelik anket ile arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmaya göre 4. sınıf (3.49 ± 0.34) öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam puan ortalaması, 1. sınıf (3.32 ± 0.42), 2. sınıf (3.19 ± 0.44), 3. sınıf (3.40 ± 0.40) öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam puan ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, Dinçer ve Kurşun’un (2017) da üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmasında sağlık okuryazarlığı kavramı hakkında bilgi düzeyleri son sınıf öğrencilerinde yüksek bulunurken birinci sınıf öğrencilerinde düşük bulunmuştur (Dinçer ve Kurşun, 2017). Zhang ve arkadaşlarının (2016) sağlık alanında öğrenim gören lisans öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada, bu araştırmayla benzer şekilde öğrencilerin okudukları sınıfın sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediğini saptamıştır (Zhang ve ark., 2016). Bu durum öğrencilerin, lisansta aldıkları eğitim ile farkındalık düzeylerinin artmasıyla açıklanabilir.

Araştırmada bölüme göre öğrencilerin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim düzeylerini belirlemeye yönelik anket ile arasındaki ilişki incelenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Araştırmaya göre Hemşirelik (3.42±0.42) öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam puan ortalaması, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon (3.30±0.40), Beslenme ve Diyetetik (3.40±0.45) ve Dil ve Konuşma Terapisi (3.24±0.32) öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Şahinöz ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmada da Hemşirelik ve Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinin diğer bölümlere göre sağlık okuryazarlığı bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Şahinöz ve ark., 2018). Ertaş ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmada Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin bölümleri ile sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre öğrencilerin ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Ertaş ve ark., 2019). Araştırma sonucuna göre Hemşirelik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Beslenme ve Diyetetik, Dil ve Konuşma Terapisi bölümlerinde okuyan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olmalarıyla ilgili anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Benzer şekilde Kobayashi ve ark. yaptığı çalışmada da öğrencilerin hastalıktan korunmayla ilgili olan konularda bilgiyi algılamakta ve sentezlemekte zorlandıkları belirtilmektedir (Kobayashi ve Ishizaki, 2019). Araştırma sonucu literatürle uyumlu olup, üniversite düzeyinde eğitim alan öğrencilerin yeterli farkındalıklarının sağlanması ve artırılması önem arz etmektedir.

Araştırmada sağlık okuryazarlığını bilme durumuna göre öğrencilerin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim düzeylerini belirlemeye yönelik anket ile arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmaya göre evet (3.48±0.40) ve kısmen (3.32±0.39) yanıtı veren öğrencilerin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam puan ortalaması, hayır (3.20±0.41) yanıtı veren öğrencilerin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Bu bağlamda öğrencilerin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Literatür incelendiğinde Yılmaz ve ark. (2018), sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören öğrencilerle yaptığı çalışmada, öğrencilerin %55.7'si 'yeterli ya da mükemmel' sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipken, %44.4'ünün 'yetersiz ve sorunlu' sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Durusu Tanrıöver ve ark. (2014),

23 ilde 4924 kişinin katılımı ile yaptığı bir çalışmada, Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi %30.4 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede bireylerin %24.5'inin yetersiz, %40.1'inin sorunlu, %23.4'ünün yeterli ve %7.7'sinin mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Durusu ve ark., 2014). Tam tersi olarak da Ramezankhani ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin sınırlı ve yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmiştir (Ramezankhani ve ark., 2015). Literatürde yer alan bu yetersiz sağlık okuryazarlığı kavramı bilgisinin meydana getirebileceği olumsuzluklardan kaçınmak için, üniversite düzeyinde eğitim gören öğrencilere konuya ilişkin ders, seminer, konferans gibi bilimsel aktiviteler sağlamak yararlı olacaktır.

Sonuç olarak araştırmanın amacı karşılığında üniversite düzeyinde öğrenim gören sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerin sigara kullanma durumları ve genel sağlık durumları hariç diğer demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algı düzeyleri arasında anlamlı şekilde farklılık olduğu bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Üniversite düzeyinde öğrenim gören sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı kavramı kapsamında bilgi ve deneyim düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan araştırma doğrultusunda oluşturulan hipotezlerin analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara yönelik sonuçlar şu şekildedir:

“Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir” ifadesine katılım hususunda, cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Kadınların sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam, ‘hastayla iletişim ve empati kurabilme’ ve ‘sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma’ alt boyutları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

“Sigara kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir” ifadesine katılım hususunda, sigara kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim anketi toplam ve alt boyutları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

“Sağlık okuryazarlığı dersi alma durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir” ifadesine katılım hususunda, sağlık okuryazarlığı dersini alma durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Ancak sağlık okuryazarlığı dersini alma durumuna göre ‘sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma’ ve ‘sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi’ alt boyutları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

“Bölüme göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir” ifadesine katılım hususunda, bölüme göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Bölüme göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam ve ‘sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi’ alt boyutu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

“Sınıf düzeyine göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir” ifadesine katılım hususunda, sınıf düzeyine göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Sınıf düzeyine göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam ‘hastayla iletişim ve empati kurabilme’, ‘sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma’ ve ‘sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi’ alt boyutları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

“Genel sağlık durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir” ifadesine katılım hususunda, genel sağlık durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim anketi toplam ve alt boyutları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

“Yeterli ve sağlıklı beslenme durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir” ifadesine katılım hususunda, yeterli ve sağlıklı beslenme durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

“Sağlık okuryazarlığını bilme durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı farklılık gösterir” ifadesine katılım hususunda, sağlık okuryazarlığını bilme durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim algısı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığını bilme durumuna göre sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim toplam, ‘sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olma’ ve ‘sağlık okuryazarlığı hakkında profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi’ alt boyutları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık okuryazarlığı düzeyinin, toplumun sağlık sonuçları üzerinde önemli etkileri bulunması nedeniyle bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri geçerlilik ve güvenilirlik ölçme araçlarıyla belirlenmelidir ve topluma dayalı projeler geliştirilmelidir.

- Geleceğin sağlık profesyonelleri olan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesindeki etkileri dikkate alındığında,

başta sağlık profesyonelleri olmak üzere herkesin sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalığı arttırılarak sağlık hizmetlerinden etkin şekilde yararlanmaları sağlanmalı ve yaşam kaliteleri yükseltilmelidir.

- Sağlık Bilimleri Fakóltesinde öğrenim gören öğrencilerin müfredatlarında sağlık okuryazarlığına seçmeli ders olarak yer verilmesi, öğrencilere sağlık okuryazarlığı konulu eğitim, seminer, konferans ve bunlara benzer bilimsel aktiviteler sağlanması, ek olarak farkındalık yaratmak adına sağlık okuryazarlığı konulu derse ilköğretim veya ortaöğretim düzeyinde de yer verilmelidir.

- Sağlık okuryazarlığı seviyesinin istenilen düzeye çıkarılması hedefi gelişmiş tüm ölkelerde olduğu gibi Türkiye’de de stratejik hedef olarak benimsenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(3), 181-187.
- Akkuzu H, Yumuşak FN, Karaman G, Ladikli N, Türkkkan Z, Bahadır E. (2020). Koronavirüs Kaygı Ölçeği'nin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 2(2), 63-67.
- Aşıcı M. (2009). Kişisel ve sosyal bir değer olarak okuryazarlık. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 7(17), 9-26.
- Bakan AB, Yıldız M. (2019). 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 33-40.
- Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, 13(12), 791-798.
- Bilir N. (2014). Sağlık okur yazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, 12(1), 61-68.
- Cross TL, Barbara J Bazron, Karl W Dennis, Mareasa R Isaacs. (1989). Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed. Benjamin MP. (Ed.). Georgetown University Child Development Center. Washington, DC: CASSP Technical Assistance Center. S:90.
- Çatı K, Karagöz Y, Yalman F, Yusuf Ö. (2018). Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), 67-88.
- Davis TC, Arnold C, Berkel HJ, Nandy I, Jackson RH, 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.
- Davis TC, Michielutte R, Askov EN, Williams MV, Weiss BD. (1998). Practical assessment of adult literacy in health care. *Health Education & Behavior*, 25(5), 613-624.
- Değerli H, Tüfekçi N. (2018). Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 6(15), 467-488.

- Dinçer A, Kurşun Ş. (2017). Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 26(1), 20-26.
- Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Ertaş H, Kırac R, Kavuncu B. (2019). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Social Sciences*, 14(4), 1459-1469.
- Ertem AA, Güzel A. (2022). İnternet bağımlılığı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi: Ankara ilinde bir çalışma. *Third Sector Social Economic Review*, 57(3), 2023-2038.
- Ertem A, Güzel A. (2021). Sağlık okuryazarlığı ve sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişki. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 245-260.
- Field A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS (Third Edition)*. London and New York: Sage Publications.
- Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446-451.
- George D, Mallery P. (2016). *IBM SPSS Statistics 23 Step By Step: A Simple Guide and Reference*. New York: Routledge. S:400.
- Gillis D, Quigley A. (2004). Taking off the Blindfold: Seeing how literacy affects health: A Report of the Health Literacy in Rural Nova Scotia Research Project. St. Francis Xavier University, Antigonish, 2004: 3-11.
- Gözlü K. (2020). Sağlıkın sosyal bir belirleyicisi: Sağlık okuryazarlığı/A social determinant of health: Health literacy. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 137-144.
- Health Gov. Erişim: 07 Haziran 2023. <https://health.gov/our-work/national-health-initiatives/healthy-people/healthy-people-2020>.
- HLS-EU Consortium. (2008). The European Health Literacy Project Grant Agreement 2007113. Luxembourg: European Agency for Health and Consumers. S:12-80.
- Ishikawa H, Yano E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectations*, 11(2), 113-122.

- İnkaya B, Tüzer H. (2018). Bir üniversitenin sosyal ve sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. *Kocaeli Med J*, 7(3), 124-9.
- Kickbusch I, Pelikan LM, Apfel F, Tsouros AD. (1998). Health Literacy: The Solid Facts. World Health Organization, Regional Office For Europe.
- Kobayashi R, Ishizaki M. (2019). Examining the interaction between medical information seeking online and understanding: Exploratory study. *JMIR Cancer*, 5(2), e13240.
- Koçak A, Bulduklı Y. (2010). Sağlık iletişimi: Yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları. *Selçuk İletişim*, 6(3), 5-17.
- Levin-Zamir D, Peterburg Y. (2001). Health literacy in health systems: Perspectives on patient self-management in Israel. *Health Promotion International*, 16(1), 87-94.
- Manganello JA. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.
- Mor-Anavy S, Lev-Ari S, Levin-Zamir D. (2021). Health literacy, primary care health care providers, and communication. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 5(3), e194-e200.
- Nanna KM. (2009). Health literacy: Challenges and strategies. *Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3), E1.
- Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Nutbeam D, Lloyd JE. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159–173.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam D, Harris E, Wise M. (1998). Health literacy. *Internafional Encyclopedia of Public Health*, 3, 204-211.
- Okan F, Okan S. (2023). Osteoporoz tanılı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi. *Turk J Osteoporos*, 29, 46-52.

- Osborne ME. (2012). Health Literacy from A to Z. Burlington: Jones & Bartlett Publishers. S: 256.
- Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. (2010). Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477.
- Özkan S, Baran Aksakal FN, Odabaş D, Uğraş Dikmen A, Tüzün H, Taşçı H ve ark. (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı.
- Peerson A, Saunders M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter?. *Health Promotion International*, 24(3), 285-296.
- Ramezankhani A, Ghafari M, Rakhshani F, Ghanbari S, 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.
- Ratzan SC. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207-214.
- Rudd RE, Moeykens BA, Colton TC. (1999). Health and literacy: A review of medical and public health literature. *Office of Educational Research and Improvement*, 41(1), 1-9.
- Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. (2013). Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(1), 72-78.
- Sezgin D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 3(1), 73-92.
- Simonds SK. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1-10.
- Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1-13.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.

- Soykan H, Şengül H. (2021). Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 691-704.
- Şahinöz T, Şahinöz S, Kıvanç A. (2018). Üniversite son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 71-79.
- Şirin H, Deniz S, Oğuzöncül AF, Ketrez G, Ertuğrul O, Memiş D. (2021). Fırat üniversitesi meslek yüksek okulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 6(2), 148-158.
- Taş TA, Akış N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(3), 119-124.
- Temel K, Aydın M. (2018). Sağlık hizmetlerinde, hasta-hekim ilişkisinde yaşanan bilgi asimetrisinin ortaya çıkardığı ekonomik sorunlar: Çanakkale örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 745-765.
- Uğurlu Z, Akgün HS. (2019). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 96-106.
- Uysal N, Yıldız G. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 43-48.
- Van Der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sorensen K, Uiters E. (2013). Health literacy of Dutch adults: A cross sectional survey. *BMC Public Health*, 13(1), 1-11.
- Weiss BD, Coyne C. (1997). Communicating with patients who cannot read. *New England Journal of Medicine*, 337(4), 272-274.
- Yalçın Balçık P, Taşkaya S, Şahin B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 13 (4), 321-326.
- Yılmaz A, Öz E, Çan G, Değerli H, Hakeri H, Güllüpunar H, ve ark. (2020). Sağlık İletişimi Makro Perspektif. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Yılmaz Güven D, Bulut H, Öztürk S. (2018). Examining the health literacy levels of health sciences faculty students. *Journal of History Culture and Art Research*, 7(2), 400-409.

Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203.

Zhang Y, Zhang F, Hu P, Huang W, Lu L, Bai R, et al. (2016). Exploring health literacy in medical university students of Chongqing, China: A cross-sectional study. *PloS One*, 11(4), e0152547.

EKLER

EK 1: Tez Önerisi / Enstitü Yönetim Kararı

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÖNETİM KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
09/08/2022	18	2022/150-170

Enstitü Yönetim Kurulu, Enstitü Müdürü Dr. Öğr. Üyesi Hanife DURGUN başkanlığında 09/08/2022 tarihinde saat 12.15'de toplandı. Gündem onaylanarak kabul edildi. Gündemde bulunan konular görüşülerek aşağıdaki yazılı kararlar alındı.

KARAR NO: 2022/157

Enstitümüz Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programında kayıtlı 20580100021 nolu Emine Gül ÖZMAN'ın, tez konusu değişikliğine ilişkin Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 04/08/2022 tarih ve 759711 sayılı yazısı ve ekleri görüşüldü.

Enstitümüz Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programında kayıtlı 20580100021 nolu Emine Gül ÖZMAN'ın, Ordu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği'nin 27/2 maddesi uyarınca tez öneri başlığı değişikliğinin Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan önerildiği şekli ile kabulüne, kararın ilgili Anabilim Dalı Başkanlığı'na tebliğine toplantıya katılanların oybirliği ile karar verildi (**EK-7**).

Öğrenci No	Adı Soyadı	Danışmanı	Eski Tez Konusu	Yeni Tez Konusu
20580100021	Emine Gül ÖZMAN	Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ	<i>Uzun ve Sağlıklı Yaşamın Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi</i>	<i>Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Düzeyinin Belirlenmesi</i>



EK 2: Etik Kurul İzni



GİZLİ
T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

Tarih: 03/11/2022 saat:
Sayı: E-66417432-204.01.07-0796978
Diyadin ve Şeyhülislam İsmail Hakkı Erzurumlu
Tarih:
0000796978

Sayı : E-66417432-204.01.07-0796978
Konu : Etik Kurul Kararı

03.11.2022

Sayın Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

İlgi : 20.10.2022 tarih ve E.792683 sayılı başvurunuz.

İlgide kayıtlı dilekçenizde belirtilen "Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Düzeyinin Belirlenmesi" başlıklı projeniz Etik Kurulumuz tarafından incelenmiş olup Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu tarafından alınan 27/10/2022 tarih ve 2022-197 sayılı karar sureti ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Tuba ACAR ERDOL
Başkan

Ek: 2022-197 Sayılı Etik Kurul Kararı (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: FB342CC6-8760-49E2-A21C-36403249C254

Belge Doğrulama Adresi: <http://www.turkiye.gov.tr/ordu-uni-versitesi-ebys>

Adres: Genel Sekreterlik Katı / İğle

Ayrıntılı bilgi için: EBRÇANAK MARANGOZ

Telefon: 04522265200-2917 / Faks: 04522265242

Uyru: Bilgisayar İşletmeni

e-posta: el@onski@odu.edu.tr / Elektronik Ağ: <http://www.odu.edu.tr/>

KEP : orduuniversitesi@ba01.kep.tr



GİZLİ

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

OTURUM TARİHİ	OTURUM SAYISI	KARAR SAYISI
27/10/2022	14	2022-197

KARAR NO: 2022-197

Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ'ün "Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Düzeyinin Belirlenmesi" başlıklı çalışması etik yönden incelendi.

Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ'ün "Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Düzeyinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmasının, etik yönden uygun olduğuna, toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.


ASLI GİBİDİR
27/10/2022
Doç. Dr. Tuba ACAR ERDOL
Başkan

EK 3: Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kurum İzni

BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

01.12.2022

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans yapmaktayım. "Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Düzeyinin Belirlenmesi" isimli tez için 01.12.2022-01.02.2023 tarihleri arasında fakültenizde öğrenim gören öğrencilere ekte sunulan anketi uygulamak istiyorum.

Etik kurul onayım ekte sunulmuş olup, gerekli iznin verilmesi hususunda gereğini saygılarımla arz ederim.

Emine Gül ÖZMAN


Prof. Dr. Bekay GÖRMELİ
Dekan



EK 4: Sosyo-Demografik Soru Formu

1	Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
2	Bölüm: <input type="checkbox"/> Hemşirelik <input type="checkbox"/> Fizyoterapi ve Rehabilitasyon <input type="checkbox"/> Beslenme ve Diyetetik <input type="checkbox"/> Dil ve Konuşma Terapisi
3	Sınıfınız: <input type="checkbox"/> 1.sınıf <input type="checkbox"/> 2.sınıf <input type="checkbox"/> 3.sınıf <input type="checkbox"/> 4.sınıf
4	Sigara kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
5	Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? <input type="checkbox"/> Çok iyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta/ne iyi ne kötü <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok kötü
6	Yeterli ve sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Kısmen <input type="checkbox"/> Hayır
7	Sağlık okuryazarlığı kavramını biliyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kısmen
8	Sağlık okuryazarlığı dersi aldınız mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
9	Sağlık okuryazarlığı konulu bir kurs aldınız mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

EK 5: Sağlık Okuryazarlığı Bilgi ve Deneyim Anketi

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin özellikleri aşağıdaki tabloda doğru ya da yanlış olarak verilmiştir. Aşağıdaki sorulara katılım düzeyinize göre size en uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz.		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Sağlık durumlarını olduğundan daha acil ya da kötü olarak değerlendirirler.					
2	Hastanede yatarak tedavi görme olasılıkları daha düşüktür.					
3	Hekim tavsiyelerini ve tedavi yöntemlerini uygulamada yetersiz kalırlar.					
4	Genellikle sağlık düzeyleri düşüktür ve kişisel bakımları yetersizdir.					
5	Kendilerine verilen sağlık eğitimlerini anlamada güçlük çekerler.					
6	Sağlık harcamaları daha düşük olur.					
7	Koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalanamazlar.					
8	Sağlık sorunları hakkında bilgi edinme konusunda ilgisizdirler.					
9	Sağlıklarını iyileştirmek için gerekli yaşam tarzı değişikliklerini yapmada isteksizdirler.					
10	Kullandıkları ilaçların prospektüsünü anlayabilirler ve ilaçları doğru şekilde kullanabilirler.					
11	Kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksiklikleri vardır ve kronik hastalıklarını yönetemezler.					
12	Acil servisi daha fazla kullanırlar.					
13	Ortalama yaşam süreleri daha yüksektir.					
14	Eğitim materyallerini (afiş, broşür, kitapçık) kolayca anlayabilirler.					
15	Tıbbi bir uygulamanın fayda-zarar analizini yapabilme becerileri yüksektir.					
16	İlaç dozlarını hesaplayabilme becerileri yüksektir.					
Sağlık çalışanları, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerle iletişim kurarken nelere dikkat etmelidir. Aşağıdaki sorulara katılım düzeyinize göre size en uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz.						
		Kesinlikle katılmıyor	Katılmıyor	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
17	Sağlık çalışanları birey ile iletişim kurarken öncelikle empati yapmalıdır.					
18	Sağlık çalışanları hasta ve hasta yakını ile iletişim kurarken beden dilini asla kullanmamalıdır.					
19	Hastaya yeteri kadar zaman ayırmalıdır. Çok iyi bir dinleyici olmalı; yalnızca anlaşılmaya değil, önce anlamaya çalışmalıdır; dikkatle, ilgiyle ve derinlemesine hastayı dinlemelidir.					
20	Bireye gerektiğinden fazla bilgi verilmeli ve kesinlikle tekrarlanmamalıdır.					
21	Mümkün olduğunca Latince kelimeler kullanılmamalıdır.					
22	Daha iyi iletişim için; hasta yakınlarının yardımı kesinlikle istenmemelidir.					
23	Sağlık bilgilerini anlayıp anlamadıklarını belirlemenin en etkili yolu "Söylediklerimi tekrarlar mısınız?" sorusunu sormaktır.					
24	Hastalar soru sormaları için teşvik edilmelidirler.					
25	Sağlık çalışanları hasta ile görüşmesinin sonunda önemli bilgileri özetlemelidir.					
26	Görsel materyaller hafızayı yoracağı için kullanılmamalıdır.					

Sağlık okuryazarlığı boyutları hakkında aşağıda doğru ya da yanlış olarak ifadeler verilmiştir. Aşağıdaki sorulara katılım düzeyinize göre size en uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz.						
		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
27	Fonksiyonel, analitik ve iletişimsel sağlık okuryazarlığı olarak üçe ayrılmaktadır.					
28	Bireye sağlıkla ilgili bilgileri analiz etme, yorumlama ve değerlendirme yeteneği sağlayan boyut, iletişimsel sağlık okuryazarlığıdır.					
29	İletişimsel sağlık okuryazarlığı düzeyinde birey yalnızca kendi için değil, yakınları ve toplumun sağlığı için de bir şeyler yapar.					
30	Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin göstergesidir.					
31	Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler genellikle yatarak tedavi almak zorunda kalmaktadır.					
32	Analitik sağlık okuryazarlığı düzeyinde birey bildiklerini uygulayarak pasif durumdan aktif duruma geçer.					
Aşağıdaki sorulara katılım düzeyinize göre size en uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz.						
		Asla	Bazen	Fikrim Yok	Sık sık	Her Zaman
33	Lisans eğitiminiz döneminde sağlık okuryazarlığı kavramını ne sıklıkla duydunuz?					
34	Sağlık okuryazarlığı becerilerini değerlendirmek için ne sıklıkla bir ödev veya araştırma yaptınız?					
35	Hasta eğitimi için yazılı eğitim materyallerini ne sıklıkla kullandınız?					
36	Hasta eğitimi için sesli ve görsel eğitim materyallerini ne sıklıkla kullandınız?					
37	Hasta ya da sağlam kişi için sağlık eğitimi esnasında sözel anlatımı ne sıklıkla kullandınız?					
38	Bir bireye veya topluluk grubuna sağlık bilgisi sağlamak için bilgisayar yazılımını ne sıklıkla kullandınız?					

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Emine Gül ÖZMAN
Doğum Yeri : Giresun
Doğum Tarihi : 27.09.1996
Yabancı Dili : İngilizce
E-Posta : gulozman@outlook.com

Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Yönetimi	Cumhuriyet Üniversitesi	2019
Yüksek Lisans	Sağlık Yönetimi	Ordu Üniversitesi	2023

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Yönetici Asistanı	Bahçeşehir Üniversitesi	2022 -