



T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİSİ VE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

DR. Mustafa TATAR

**HALK SAĞLIĞI
UZMANLIK TEZİ**

KIRIKKALE

2020



T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİSİ VE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

DR. Mustafa TATAR

**HALK SAĞLIĞI
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. MERAL SAYGUN**

KIRIKKALE

2020

TUTANAKTIR

Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı uzmanlık programı çerçevesinde yürütülmüş olan Araştırma Görevlisi **Dr. Mustafa Tatar'ın**

" **Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi** "

konulu tezi Tıp Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. Maddesinin 4. Fıkrası " Jüri en geç bir ay içerisinde uzmanlık öğrencisinin tez savunmasını da alarak tezi inceler ve sonucunu yazılı ve gerekçeli olarak uzmanlık öğrencisi ile program yöneticisine bildirir." hükmü gereğince Araştırma Görevlisi Dr. Mustafa Tatar'ın, uzmanlık eğitimi tezinde başarılı olmuştur.

Tez Savunma Tarihi : 19/02/2020

ÜYE

Prof. Dr. Meral SAYGUN

(Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.)

Prof. Dr. Meral SAYGUN
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.D. Eğitim Üyesi
Eğitim No: 7168

ÜYE

Prof. Dr. Aydanur EKİCİ

Kırıkkale Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Göğüs Hastalıkları AD

Kırıkkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Aydanur EKİCİ
Göğüs Hastalıkları A.B.
Dip.No: 9104 4081

ÜYE

Kurum Dışından Üye

Prof. Dr. Ali Naci YILDIZ

Hacettepe Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı A.D

Diploma No: 7783

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitime başladığım ilk günden bu yana desteğini bir an bile esirgemeyen, bilgi birikimini ve tecrübesini benimle paylaşan çok değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Meral SAYGUN'a,

Değerli çalışma arkadaşlarım Dr. Murat SAYGILI, Dr. Başak Gül YÖRÜK, Dr. Sümeyra BAŐPINAR, Dr. Sümeyye Gürol TEPE, Dr. İbrahim GÜNAY, Dr. Esra PEKDOĞAN'a

Uzmanlık eğitim süresince bana daima destek olan eşim Yasemin TATAR'a kızlarım Melisa ve Beyza'ya ve oğlum Emir'e,

Uzmanlık eğitim süresince her zaman desteğini hissettiğim aileme,

İçten teşekkürlerimle...

ÖZET

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

Araştırma, Kırıkkale ilinde bir tıp fakültesinde öğrenim gören öğrencilere yapılmış, tanımlayıcı tipte araştırmadır. Araştırmanın amacı, tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesidir. Araştırmaya 746 (%79,1) öğrenci katılmıştır. Katılımcılara yaş, cins, sınıf, medeni durum, sigara kullanma gibi tanımlayıcı bilgilerini sorgulayan 15 sorudan oluşan anket formu, 32 sorudan oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), 52 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II uygulanmıştır.

Araştırma grubunun yaş ortalaması $21,86 \pm 2,19$ yıldır, %62,5'i kadın, %97,9'u bekârdır. Katılımcıların %18,5'i sigara kullanmakta, %8,4'ünün kronik hastalığı mevcuttur, %1,2 'sinin annesi, %0,1 'inin babası okuryazar değildir.

Araştırmada öğrencilerin %10,2'sinde yetersiz Sağlık Okuryazarlığı (SOY) düzeyi, %30,0'ında sorunlu-sınırlı SOY, %33,0'ında yeterli SOY, %26,8'inde ise mükemmel SOY düzeyi saptanmıştır. Yeterli-mükemmel SOY düzeyi %59,8'dir. Öğrencilerin sınıf seviyesi yükseldikçe SOY düzeyi de artmaktadır. Medeni durum, öğrenim görülen sınıf ve genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu ile SOY düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kendi sağlığını çok iyi olarak değerlendiren öğrencilerin %73,9'u, yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir.

Araştırmada öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) ölçeği puan ortalaması $123,46 \pm 17,01$ bulunmuştur. Araştırmada sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en yüksek puan ortalamalarının sırasıyla; kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve fiziksel aktivite olduğu saptanmıştır. Sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumu, yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumu, kitap okuma sıklığı, genel olarak

kendi sağlığını değerlendirme durumu, orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Araştırmada öğrencilerin TSOY-32 ölçek puanı ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi ve SYBD ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Tıp Fakóltesi öğrencilerinin, SOY düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçim davranışları gösterme eğilimleri artmaktadır.

Araştırma sonucunda; sigaranın zararlarının farkındalığı için eğitim programları, yeterli ve dengeli beslenme için öğrencilere ücretsiz sağlıklı beslenme olanakları, mezuniyet öncesi eğitim programında sağlık okuryazarlığı eğitimine yer verilmesi, tıp fakóltesinin tüm sınıflarına, sağlığı geliştirici davranışlar ile ilgili eğitim programlarının düzenli olarak yapılması, öğrencilerin fiziksel aktivite yapmaları konusunda teşvik edilmesi ve bu konuda yeterli imkân ve süre sağlanmasına yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Tıp fakóltesi öğrencileri, Sağlık okuryazarlığı, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları

ABSTRACT

TATAR M, Relationship between Health Literacy and Healthy Lifestyle Behaviors of Medical Faculty Students and Investigation of Factors Affecting Health Literacy, Kırıkkale University Faculty of Medicine, Public Health Department, Medical Specialty Thesis, Kırıkkale, 2020.

The research is a descriptive study conducted on the students in a medical school in Kırıkkale province. The aim of the study is to investigate the relationship between the health literacy of the medical students and the healthy lifestyle behaviors and to investigate the factors affecting the health literacy. 746 (79.1%) students participated in the research. The questionnaire form consisting of 15 questions about descriptive information such as age, gender, class, marital status, smoking and Health Literacy Scale-32 and Healthy Lifestyle Behavior-II Scale was applied to the participants.

The mean age of the research group is 21.86 ± 2.19 years, 62.5% of the participants are women and 97.9% are single. 18.5% of the participants smoke, 8.4% have chronic illness. 1.2% of their mothers are illiterate and 0.1% of their fathers are illiterate.

Inadequate health literacy level was found in 10.2% of the students, problematic-limited health literacy level in 30.0%, sufficient health literacy level in 33.0%, and excellent health literacy level in 26.8%. Adequate-excellent health literacy level was found in 59.8% of the students. As the grade level of the students increases, health literacy level increases. A significant relationship was found between marital status, education class, overall health assessment status and health literacy levels. 73.9% of students who evaluate their own health very well have adequate-excellent health literacy levels.

Students' Healthy Lifestyle Behaviors scale mean score was found 123.46 ± 17.01 . Among the behaviors that contribute to the improvement of health in the research, the highest mean scores are as follows; self-actualization, interpersonal

support, health responsibility, nutrition, stress management and physical activity. A significant difference was found between attention to healthy diet, salt disposal without tasting food, frequency of reading a book, assessment of self-health in general, moderate physical activity status and total score averages of Healthy Lifestyle Behaviors Scale.

In the research, it was determined that there was a positive correlation between students' Health Literacy Scale-32 scale score and self-actualization, health responsibility, exercise, nutrition, interpersonal support, stress management, total score of Healthy Lifestyle Behaviors Scale. The Medical Faculty students tend to exhibit healthy lifestyle behaviors as their health literacy level increases.

As a result of the research; training programs for awareness of the harms of smoking, free healthy nutrition opportunities for students, health literacy training in pre-graduate training program, regular training programs for all classes of the medical faculty, encouraging students to do physical activity and suggestions were made to provide sufficient opportunities and time in this regard.

Keywords: Medical school students, Health literacy, Healthy lifestyle behaviors

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlıkın Tanımı	3
2.2. Okuryazarlığın Tanımı	3
2.3. Sağlık Okuryazarlığı(SOY).....	4
2.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı	4
2.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırması	5
2.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	6
2.3.4. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi.....	7
2.3.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	10
2.3.6. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı.....	10
2.3.7. Ülkemizde ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı	12
2.3.8. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri.....	13
2.4. Sağlıkın Korunması.....	18
2.4.1. Birincil Koruma	19
2.4.2. İkincil Koruma.....	20
2.4.3. Üçüncül Koruma.....	20
2.5. Sağlıkın Geliştirilmesi	20
2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	21
2.6.1. Beslenme.....	22
2.6.2. Fiziksel Aktivite (Egzersiz)	23
2.6.3. Stres Yönetimi	24
2.6.4. Sağlık Sorumluluğu	24
2.6.5. Kendini Gerçekleştirme	25

2.6.6. Kişilerarası Destek.....	26
2.7. Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık Çalışanların Rolü.....	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Yeri.....	27
3.2. Araştırma Grubu.....	27
3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	27
3.3. Araştırmanın Tipi	27
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.4.1. Tanımlayan Değişkenler	27
3.4.2. Tanımlanan Değişkenler	28
3.5. Araştırmanın Gerçekleştirilmesinde Uygulanan Testler	28
3.5.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32	28
3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	29
3.6. Veri Toplama Yöntemi.....	29
3.6.1. Anket Formu	29
3.6.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32	30
3.6.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	30
3.7. İnsan Gücü ve Finansman	30
3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi.....	30
3.9. Etik Konular	31
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları	31
3.11. Zaman Çizelgesi	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
7. KAYNAKÇA.....	78
EK 1. ANKET FORMU.....	90
EK 2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32.....	91
EK 3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II	92
EK 4. ETİK KURUL KARARI	94
EK 5. BİLGİLENDİRİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	95

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devleti
BGOF	: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HALS	: Health Activities Literacy Scale
HLS-EU	: Health Literacy Study- European Union
MART	: Medical Achievement Reading Test
REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBD-II	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy in Adults
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
UNESCO	: United Nations Educational Scientific Cultural Organization
WRAT	: Wide Range Achievement Test

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sınıflara Göre Dağılımı (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	33
Tablo 2a. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	34
Tablo 2b. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	36
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin TSOY-32 Ölçeğine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	37
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet ve Medeni Durumları ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	38
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin sınıfları ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	39
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sigara İçme ve Kronik Hastalık Durumları İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	40
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Genel Olarak Kendi Sağlığını Değerlendirme Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	41
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Orta Düzeyde Fiziksel Aktivite Yapma ve Sağlıklı Beslenmeye Dikkat Etme Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	42
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yemeğin Tadına Bakmadan Tuz Atma ve Ekmek Tüketme Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	43

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ailesinde Sağlık Çalışanı Olma Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	44
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kitap Okuma Sıklığı ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	45
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ebeveyn Öğrenim Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	46
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeğindeki Alt Grupların Puan Toplamı Ortalamaları (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	47
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyete Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	48
Tablo 15. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sigara Kullanma Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	49
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kronik Hastalık Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	50
Tablo 17. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlıklı Beslenmeye Dikkat Etme Durumuna göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	51
Tablo 18. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yemeğin Tadına Bakmadan Tuz Atma Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	52

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ailesinde Sağlık Çalışanı Olma Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	53
Tablo 20. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kitap Okuma Sıklığına Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	55
Tablo 21. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Genel Olarak Kendi Sağlıkını Değerlendirme Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	57
Tablo 22. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Orta Düzeyde Fiziksel Aktivite (Yürüyüş Vs.) Yapma Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	58
Tablo 23. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anne Öğrenim Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	60
Tablo 24. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Baba Öğrenim Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	62
Tablo 25. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okuduğı sınıf ve TSOY-32 Ölçeği ile SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale).....	63

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında kullanılmıştır (1). Günümüzde ise önemi giderek artan bir konudur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık okuryazarlığını; “bireylerin kendi sağlığını sürdürmek ve iyileştirmek amacıyla sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, anlaması ve bu bilgilerin kullanılması için gerekli bilişsel ve sosyal becerilere sahip olması” olarak tanımlamaktadır (2).

United Nations Educational Scientific Cultural Organization (UNESCO) 2009 raporuna göre; dünyada 776 milyon yetişkin temel sağlık okuryazarı değildir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak 8 Avrupa ülkesinde yapılan çalışma da çalışmaya katılan ülkelerin %47’sinin yetersiz-sınırlı düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu, Amerika’da yapılan benzer bir çalışmada ise yetişkin bireylerin %50 ‘sinin temel sağlık okuryazarlığına sahip olmadığı bildirilmiştir (3). Türkiye de yapılan bir çalışmada yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi %74 olarak bildirilmiştir (4).

Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmakta, gereksiz hastane başvuruları yaparak sağlık hizmetleri harcamalarını artışa, kanser gibi erken teşhis edilebilen durumlar için erken tarama sıklığında azalmaya böylece yüksek morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır. Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık sonuçlarına olan tüm bu etkilerinden dolayı halk sağlığı alanının önemli konularından birisi olarak görülmektedir (4).

Toplumun sağlık ve iyilik halinin geliştirilmesinde temel adım olarak çocukluk döneminden itibaren bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsetilmesi olmalıdır (5).

Pender ve ark, sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu ifade etmişlerdir. Yaşam biçimi, sağlık davranışlarını gösteren bir kavram olduğu için, sağlık davranışları ile ilgili araştırmalar yaşam biçimi kavramı üzerine yapılmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireyin sağlık sorumluluğunu alma, kendini gerçekleştirme, düzenli egzersiz yapmayı, yeterli ve dengeli beslenmeyi, kişiler arası ilişkileri ve stres yönetimini kapsayan davranışları içermektedir (6).

Bireylerin sağlıklı davranışlar konusunda, bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak ekip sağlık çalışanlarıdır. Tıp fakültesi öğrencileri mezun olduktan sonra sağlık ekibinin başında olacakları için edindikleri bilgi, tutum ve davranışları hem yaşamlarına geçirmeli hem de paylaşabilmelidirler (7).

Çalışmamızın amacı, tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

1.1. Kısa Erimli Amaçlar:

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde;

- Öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerini belirlemek
- Sağlık okuryazarlığı (TSOY-32) düzeylerini belirlemek,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ölçeği II) düzeylerini belirlemek,
- Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri belirlemek
- Sağlık okuryazarlığının, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisini belirlemek

1.2. Uzun Erimli Amaçlar:

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde;

- Elde edilen sonuçlar ışığında, tıp fakültesi öğrencilerinin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için çözüm önerileri geliştirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlığın Tanımı

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin bulunması” olarak tanımlamıştır (8).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı, insanların kişisel, sosyal ve ekonomik açıdan verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünölmektedir (9).

2.2. Okuryazarlığın Tanımı

Türk Dil Kurumu okuryazarlığı “okuryazar olma durumu” şeklinde tanımlamıştır (10).

Okuryazarlık genel anlamda “toplum tarafından anlam verilen iletişimsel simgelerin etkili bir biçimde kullanılabilme yeteneği” olarak ifade edilmektedir (11, 12).

Okuryazarlık daha çok kişinin kendi duygu, düşünce, isteklerini konuşarak ve yazarak, doğru bir şekilde ifade etmesi, başkalarının söylediklerini, yazdıklarını dinleyerek ve okuyarak doğru bir şekilde anlaması ve bütün bunları yaparken kendi bilgi ve becerilerini sosyal ve kültürel alanda kullanmasıdır (13).

UNESCO'nun 2008 yılında yaptığı tanıma göre okuryazarlık “değişik türdeki yazılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesap yapma yeteneği” olarak ifade etmiştir. Toplumun geniş bir alanına hitap edebilmek, bilgisini ve gücünü geliştirerek hedeflerine ulaşması için kişiye olanak veren olgudur (14).

Okuryazarlık düzeyinin düşük olması sağlık hizmetinin ulaştırılmasında önemli bir dezavantajdır ve finansal olmayan bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır (15).

Okuma yazma düzeyleri, eğitim düzeyleri ile her zaman olmamakla birlikte ilişkilendirilmektedir. Okuryazarlık, istihdamın, toplumdaki aktif katılımın ve sağlık durumunun önemli belirleyicileri arasında gözükmektedir (16).

Okuryazarlık seviyesinin düşük olması insanların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimini sınırlandırarak ve sağlık okuryazarlığına engel olarak kişilerin sağlığını etkilediği görülmektedir (17).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı(SOY)

2.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez Scott K. Simonds 1974 yılında “HealthEducation as SocialPolicy” adlı çalışmasında kullanmıştır (1). Günümüzde ise önemi giderek artan bir terimdir.

DSÖ sağlık okuryazarlığını “bireylerin kendi sağlığını sürdürmek ve iyileştirmek amacıyla sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, anlaması ve bu bilgilerin kullanılması için gerekli bilişsel ve sosyal becerilere sahip olması” olarak tanımlamıştır (2).

Amerikan Tıp Derneği’ne göre sağlık okuryazarlığı “bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi” olarak tanımlamıştır (18).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2011 yılında yayınlanan Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde sağlık okuryazarlığı terimini "bireylerin, sağlıklı olmayı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder. " şeklinde tanımlamıştır (19). Sağlık okuryazarlığı “Healthy People 2010 “ raporunda “kişilerin doğru sağlık kararları vermek için gerekli sağlık bilgi ve hizmetlerini anlama, edinme ve yorumlayabilme kapasitesi” olarak tanımlamıştır (20).

Sorensen ve arkadaşları, sağlık okuryazarlığı ile ilgili bütün tanımları analiz ederek 2012 yılında "Sağlık okuryazarlığı; okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir" şeklinde tanımlamışlardır (21).

2.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırması

Sağlık okuryazarlığının tanımlanmasında olduğu gibi, sınıflandırılmasında da karışıklıklar ortaya çıkmaktadır. Bu konuda çalışan araştırmacılar farklı kriterleri dikkate alarak, farklı sınıflandırmalar önermişlerdir (20).

Bu sınıflamalar içerisinde en yaygın ve kabul edileni 2000 yılında Nutbeam'ın üç farklı basamaklı modelidir.

- 1) Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı
- 2) İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı
- 3) Kritik Sağlık Okuryazarlığı (22).

2.3.2.1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin sağlıkla ilgili temel okuma ve yazma becerilerine dayanmaktadır. Bu düzeydeki bireyler kendisine sunulan sözlü ve yazılı sağlık bilgilerini okuyup anlayabilme, sağlık risklerini bilme, sağlık hizmetlerini nasıl kullanılacağını bilme gibi yetenekleri kapsar (23).

Bu düzeyde bireyin karşılaşacağı en önemli sorun, bireyin sağlığı hakkında yararlanabileceği temel kaynakların hangisi olduğu, nasıl ulaşabileceği, edindiği bilgileri kendi sağlık durumunu yönetmesine yardımcı olması için mevcut sistemlerinden hangisini nasıl kullanacağıdır (24).

2.3.2.2 İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı

Bu basamakta ise bireylerin sağlık sunucuları ile iletişimde sosyal ve bilişsel becerilere de sahip olmasıdır. Bireyler farklı sağlık aktivitelerinden mevcut bilgileriyle kendi sağlığını koruyacak şekilde faydalanabilmekte ve değişen sağlık sistemlerinde bilgilerini rahatlıkla kullanabilmektedir (23).

2.3.2.3. Kritik Sağlık Okuryazarlığı

Bir üst seviyede bilişsel, sosyal becerilere ve eleştirel düşünme yeteneğine sahip olmayı gerektirir. Bireyler sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz edip yorumlayabilmekte, bireysel ve toplumsal sorunları belirleyip çözümsel yaklaşımlar geliştirebilmekte, sağlığın sosyal, politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilir ve değerlendirebilirler (25).

2.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı ve sağlık bilgilerinin iletişimi eski yıllara göre daha çok önem kazanmıştır. Bununla birlikte sağlıkla ilgili bilgileri iletmek ise günümüzde daha zor bir hale gelmiştir.

Bu duruma;

- Okuryazarlık düzeyinin sınırlı olması,
- Tanı koyma sürecinin karmaşık bir hal alması,
- Sayısı giderek artan ve sürekli güncellenen araştırma verileri,
- Kültürel farklılıklar,
- Yaşa bağlı değişiklik gösteren fiziksel ve bilişsel beceriler,
- Duygusal durum farklılığı ve buna bağlı olarak dinleme, öğrenme, hatırlama becerilerin etkilenmesi gibi sebepler gösterilebilir (26).

Sağlık okuryazarlığı, kişinin sağlık eşitsizliğini giderilmesini, sağlıklı geçirilen yaşam süresi ve aynı zamanda kalitesinin artmasını sağlar. Sağlık hizmeti alanlar için; anlaşılır ve karar mekanizmasına dâhil olmayı, sağlık çalışanları için de; mesleki tatmin, doğru iletişim ve klinik becerilerin kazanılmasını sağlar (27).

Sağlık okuryazarlığı eksikliği nedeniyle birçok insanın, bilgi ve hizmete ulaşmada zorluklar ile karşılaşabileceği belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin giderek daha karmaşık bir sağlık sistemine yönlendirilmeleri ve kendi sağlıklarını daha iyi yönetebilmeleri için çok önemli olabilmektedir. Bireylerin sağlıkları ile ilgili yazıları okuma ve anlayabilmelerindeki farklılıkların, sağlık sistemlerindeki mevcut sağlık eşitsizliklerine katkı sağlayacağı vurgulanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin sağlıklarının daha kötü olma olasılıklarının yüksek olduğu, tedavilerini anlamada yetersizlik yaşadıkları ve hastaneye yatma risklerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Okuryazarlık düzeyi çok düşük olan kişilerin yıllık ortalama sağlık bakım maliyetlerinin genel nüfustan dört kat daha fazla olabilmektedir (28, 29).

Sağlık okuryazar düzeyi ile sağlık yönetimleri arasındaki ilişkiye baktığımız da, yetersiz veya sınırlı SOY düzeyi olan bireylerin, yeterli SOY düzeyi olan bireylere göre koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları ve kronik hastalık yönetimlerinin daha kötü olduğu görülmüştür. Bu bireylerin, morbidite ve mortalite oranları da daha yüksek bulunmuştur (30, 31).

2.3.4. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi

Freedman ve arkadaşları sağlık okuryazarlığını “halk sağlık okuryazarlığı” şeklinde tanımlamışlardır (32).

Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemini belirleyen altı genel tema şu şekilde tanımlanmıştır (33).

1. Etkilediği İnsan Sayısı: Yetersiz okuryazarlık becerilerinin gelişmekte olan ÷lkelerde olduğu kadar gelişmiş ÷lkelerde de yaygın olduğu belirtilmektedir. Kadınların bu durumdan daha fazla etkilenmektedir. Dünya genelinde kadınların üçte ikisinin temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğu ifade edilmektedir. Fonksiyonel okuryazarlık becerilerinin yetersizlik oranının ÷lkelere göre %7,0-47,0 arasında değiştiği bulunmuştur. Düşük okuryazarlık düşük sağlık statüsüyle bağlantılı olduğu gibi, düşük sağlık okuryazarlığı sosyoekonomik dezavantaja da neden olabilmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı, kişilerin topluma tam olarak katılmalarını ve yaşam hedeflerini gerçekleştirmesini de önleyebilmektedir.

2. Olumsuz Sağlık Sonuçları: Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile artmış mortalite oranları arasında bir ilişki vardır. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler sağlık durumları daha kötü ve hastaneye yatış oranlarının daha yüksek, reçete edilen tedavilere ve bakım planlarına uyma, daha fazla ilaç ve tedavi hatası deneyimi ve önleyici hizmetlerden daha az yararlanmaktadır.

3. Kronik Hastalık Oranlarında Artış: Kronik hastalıkların oluşumunda sağlıkla ilgili olumsuz davranışların payı yüksektir. Küresel hastalık yükünün %47'sini oluşturan kronik hastalıkların kendi kendine yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli rolü vardır. Kronik veya uzun süreli koşulları günlük hayatta yönetmek için bireyler, karmaşık bir tıbbi rejimi kapsayan sağlık bilgisini anlamalı ve değerlendirebilmeli, yaşam tarzı ayarlamalarını planlayabilmeli ve bilinçli kararlar verebilmeli ve bunları uygulamayabilmelidir. Öz yönetim konusunda zorluk çekme olasılığı yüksek olan nüfus, sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan bireylerden oluşmaktadır.

4. Sağlık Bakım Maliyetleri: Sınırlı sağlık okuryazarlığı toplam sağlık bakımına yıllık %3,0-5,0 oranında ek maliyet getirmektedir.

5. Sağlık Bilgisi Talepleri: Hedef kitlenin okuma becerileri ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma düzeyi arasında bir uyumsuzluk vardır. Teknik dil ve terminoloji kullanımı sağlıkla ilişkili kaynakların kullanımını gereksiz yere zorlaştırmaktadır.

6. Eşitlikçilik: Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, kişinin kendi sağlığını etkili bir biçimde yönetememesi, sağlık hizmetlerine ulaşamaması, sağlık bilgisini anlayamaması ve bu nedenle doğru sağlık kararlarını alamamasını ifade eder. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemlidir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması toplum sağlığını olumsuz etkiler. Bu durumlar aşağıda belirtilmektedir (34).

- Genel sağlık düzeyinde düşüklük,
- Öz bakım yetersizliği,
- Sağlık bakım maliyetlerinde yükseklik,
- Tıbbi ve ilaç hatalarında yükseklik,
- Koruyucu sağlık ve birinci basamak tedavi hizmetlerini kullanma oranında düşüklük,
- Kronik durumlarla ilgili olarak bakım ve hastalığı yönetme ve sağlık bakım sistemine ulaşmak için gerekli beceriler yönünden yetersizlik,
- Mortalitede yükseklik
- Sağlık bakım hizmetlerinden daha az yararlanma,
- Semptomatik dönemde sağlık arama davranışında ve sağlık durumunun kötüleştiğini anlamada gecikme,
- Tıbbi öneri ve/veya talimatlara bağlılıkta yetersizlik,
- Hastanede yatma sıklıklarının ve kalma sürelerinin uzun olması,
- Acil servis gibi maliyeti yüksek hizmetlerden yararlanma oranlarında yükseklik.

2.3.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yoksullarda, yaşlılarda, öğrenim düzeyi düşük olanlarda, azınlıklarda ve yaşadığı ülkenin dilini iyi kullanamayan bireylerde daha düşüktür (35).

Sağlık okuryazarlığı, bireyin kültürel alt yapısına bağlı olduğu düşünülmektedir. Birey, sağlık profesyonellerinin verdiği bilgi ve önerileri, kendi kültürel birikimine göre değerlendirmekte olduğundan, kültürün etkisi önemlidir. Bireyler sağlık ve hastalığı tanımlamayı, hastalığın sebeplerini ve korunma yolları ile ilgili bilgileri, fiziksel bulguları nasıl tarif edeceğini ait olduğu kültür içinde öğrenmektedir. Bununla birlikte, tedavi ve ilaçlara yaklaşım ile sağlık teknolojilerini kullanma alışkanlıkları, dinsel bilgi ve kültürel kurallarla da belirlenmiştir (36).

Sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi olan psikosoyal faktörler; öz yeterlilik davranışı, sosyal destek, sağlık problemleri bilgisi ile hastalığı anlamak gibi konuları kapsar. Bireylerin sağlık ile ilgili inanç algılarının düşük olması, bu inançları davranışa geçirememesi, aileden ve çevreden edinilen sosyal desteğin azlığı ile sağlık ve hastalıklar konusundaki bilgisizlik, sağlık okuryazarlığının da düşük olmasına neden olmaktadır. Sağlık okuryazarlığını etkileyen sağlık sistemi ile ilgili faktörler ise; sağlık hizmetine erişim düzeyi, sağlık sisteminin karmaşıklığı, sağlık güvencesi kapsamı ve hekim hasta ilişkileridir. Bu faktörler kişilerin hem sağlığını hem de sağlık bilgisini etkilemektedir (37).

2.3.6. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlık seviyesinin düşük olması; sağlık bilgilerini anlayabilmede zayıflığa, prosedür ve talimatları yerine getirmede zorluklara, sağlık hizmetlerine erişimde problemlere neden olmaktadır. Sağlıkla ilgili mesajların anlaşılmasında sorun yaratmakta ve hastaların kendi tıbbi sorunlarının çözümünde engel teşkil etmektedir. Düşük sağlık bilgisi, kronik hastalıkların görülme sıklığında artış, yetersiz hastalık göstergeleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanılması gibi ciddi sağlık çıktılarına yol açabilmektedir (31).

Sağlık sonuçları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, sınırlı sağlık okuryazarlığının sağlık, hastaneye yatış, küresel sağlık önlemleri ve bazı kronik hastalıklarla ilgili bilgiler de dâhil olmak üzere sağlıkla ilgili birçok değişkenlerle bağlantılı olduğu görülmüştür (38).

Sağlık okuryazarlığı ile koruyucu sağlık hizmetleri yönünden ilişki incelendiğinde, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin tarama testlerinin uygulanmasında önemli bir engel olduğu görülmüştür. İngiltere'de kolon kanseri tarama programında, bireylerle ilk iletişim yolu olarak evlerine tarama hakkında bilgi içeren yazılı bir materyal gönderilmiş ve buna karşın bireylerin bazılarının yine de tarama yaptırmaması, sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (39). Bir başka çalışmada ise meme kanseri tarama davranışlarından, kendi kendine meme muayenesi ve mamografi yaptırmamanın da düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişki olduğu bulunmuştur (40).

Eichler ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada sınırlı sağlık okuryazarlığının ek maliyetlerinin, yıllık toplam sağlık bakım maliyetinin %3 ila %5'i arasında olduğunu belirtmişlerdir (41).

Baker ve arkadaşları yetersiz sağlık okuryazarlığı becerilerinin, toplumdaki yaşlılar arasında artmış mortalite riski ile bağımsız olarak ilişkili olduğunu saptamışlardır (42). Davis ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi nedeniyle sağlık sistemine geç başvuran bireylerde hastaneye yatış oranları yüksek bulunduğu görülmüştür (43).

Sağlık okuryazarlığı ile hemoglobin A1C arasındaki ilişkiyi göstermek için yapılan bir araştırmada sınırlı sağlık okuryazarlığı ile glisemik kontrol arasında ilişki tespit edilmiştir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı olan hastaların sağlık okuryazarlığı normal olanlara göre hem glisemik kontrolünün daha kötü hem de hemoglobin A1C değerleri iki kat daha fazla yüksek olduğu bulunmuştur (44).

Sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olanlarda, okuma gücü, sözlü iletişim kurma ve riskleri kavramlaştırma zorlukları yaşayabilirler (44). Bundan dolayı toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini yükseltecek şekilde ya da bireylerin bu

konudaki düzeyine göre yazılı materyallerin hazırlanması düşüncesi ortaya çıkmıştır (45).

2.3.7. Ülkemizde ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı

UNESCO tarafından yayınlanan 2009 raporuna göre; Dünya’da 776 milyon yetişkin temel sağlık okuryazarı olmadığı belirtilmiştir (29). Dünyada sağlık okuryazarlık düzeyleri düşük olan kişi sayısı yüksektir.

UNESCO 2012 verilerine göre Türkiye’de genel okuryazarlık oranı 15 yaş ve üzeri kadınlarda %91.60, erkeklerde %98.26 olmak üzere toplamda %94.92 olarak belirtilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu oran %99.66’dır. Okula gitme oranları erkeklerde 8.5 yıl, kadınlarda 6.7 yıl ve toplamda 7.6 yıldır (46).

Kutner ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmaya göre yetişkinler sağlık okuryazarlığı açısından “temel altı, temel, orta, yeterli” olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır. Bu çalışmaya göre Amerika’da yaşayan yetişkinlerin sadece %12’sinin sağlık okuryazarlığı yeterli düzeydedir. %36’sının sınırlı düzeyde ve bunun %14’ünün temel altı ve %22’sinin temel düzey sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu bulunmuştur (47).

Avrupa Birliği’ne üye olan sekiz ülkede (Yunanistan, Avusturya, İrlanda, İspanya, Hollanda, Almanya, Bulgaristan, Polonya) yapılan bir çalışmada (2012) sağlık okuryazarlığı dört grupta incelenmiş (yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi) ve ülkelerin %2 ile %27 arasında değişen oranlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu bulunmuştur. Hollanda’da bireylerin %29’unun, Bulgaristan’da ise %62’sinin düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, %50’den fazlasının yeterli düzeyde sağlık okuryazarına sahip olduğu saptanmıştır. “Yeterli ve çok iyi düzeyde” sağlık okuryazarlığı olan ülkeler daha fazla olup, en düşük orana sahip ülkeler ise Bulgaristan (%37) ve İspanya (%42) olarak bulunmuştur (48).

İngiltere’de 2004 yılında yetişkin sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan bir çalışmada, her beş kişiden birinin, daha iyi sağlığa yol açabilecek basit bilgilerin anlaşılması için gerekli temel beceriler konusunda zorluk yaşadığı tespit edilmiştir (49).

Türkiye’de 2014 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçekleri temel alınarak yapılan bir araştırmada (Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası desteğiyle) Türkiye toplumunun %64,6’sının “sorunlu veya yetersiz” sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu bulunmuştur. Genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalama puanı 30,4 olan Türkiye, sağlık okuryazarlığında Avrupa ortalamasının gerisindedir. “Yeterli ve mükemmel” sağlık okuryazarlığı kategorisi içerisinde yer alan bireylerin oranı %35,4’tür. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, toplumun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu bildirmektedir (50). Okuyay ve ark 2016 yılında yaptıkları Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri çalışmasında ise katılımcıların %27,2 yetersiz, %42,2 sorunlu, %24,8 yeterli ve %5,8 mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu belirtmişlerdir (51).

2.3.8. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri

Sağlık okuryazarlığı seviyesini belirlemek için yapılan ilk çalışmalarda, "Size bir sağlık materyali verildiğinde anlıyor musunuz?", "Sağlık materyallerini okurken yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?" benzeri sorular sorularak, hastanın verdiği yanıtı göre sağlık okuryazarlık düzeyi tespit edilmeye çalışılmıştır (52).

Sağlık okuryazarlığı sağlık sistemi için çok önemlidir. Sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek ve değerlendirmek için birtakım araçlar geliştirilmiştir. Bu araçlar gelişim, yapı, kapsam ve ölçüm özellikleri konusunda farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar dikkate alınarak tüm bu ölçüm araçları; kelime tanıma, okuduğunu anlama, fonksiyonel sağlık okur-yazarlığı ve informal testler olmak üzere dört ana grupta incelenmektedir (37).

1. Kelime tanıma testleri: Bu tip testlerde, bireylere sağlık ve hastalıklarla ilgili birtakım kelimeler verilerek, kişilerin bu kelimeleri bilip bilmediğine ve okuma düzeyine bakılır. Tıpta Yetişkin Okur-Yazarlığını Hızlı Değerlendirme Testi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM), Tıbbi Terimleri Tanıma Testi

(Medical Term Recognition Test- METER) ve Geniş Çaplı Başarı Testi (Wide Range Achievement Test-WRAT) birer kelime tanıma testlerine örnek verilebilir.

2. Okuduğunu Anlama Testleri: Sağlık eğitimi alanında kullanılan ölçüm araçları ile kişilerin okuduğu pasajı anlayıp anlamadığı kontrol edilerek, sağlık okuryazarlığı düzeyleri belirlenmektedir. Fonksiyonel Sağlık Okur-Yazarlığı Testi'nin (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) okuma pasajları, okuduğunu anlama testlerine birer örnektir.

3. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testleri: Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okur-Yazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) ve En Yeni Vital Bulgu (Newest Vital Sign) testleri fonksiyonel sağlık okuryazarlığını ölçmek üzere geliştirilmiştir. Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi iki okuma parçası ile dört sayısal maddeden oluşmakta olup, kısa formu da bulunmaktadır. En Yeni Vital Bulgu testi ise altı maddeden oluşmakta ve hem fonksiyonel hem de sayısal sağlık okuryazarlığını ölçme testidir.

4. İnfomal Testler: Morris ve arkadaşları (2006) tarafından oluşturulan tek maddelik, Chew ve arkadaşları (2008) ile Ishikawa ve arkadaşları (2008) tarafından oluşturulan üçer maddelik ve Haun ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen dört maddelik sağlık okuryazarlığı tarama testleri, sağlık okur-yazarlığı düzeylerini belirlemeye yarayan ve klinik ortamlarda rahatlıkla kullanılabilen informal testlere örnek verilebilir (37).

Sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla birçok ölçek geliştirilmiştir. Bunlar arasında en sık kullanılanlar REALM ve TOFHLA'dır (53).

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

Sağlık ve tıbbi terimleri tanıma ve söyleme kabiliyetini ölçer. 66 maddelik bir sözcük tanıma ve telaffuz testidir. 66 tıbbi kelimeyi yüksek sesle okumayı kapsamaktadır. Kavrama testi değildir. İngilizce dışında diğer diller için uygun değildir. Uygulama süresi 3-6 dakika arasında değişmektedir (54).

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults (Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

TOFHLA testi toplamda 22 dakika süren, sayısal ve sözel anlama becerileri üzerine yapılmış 2 ana bölümden oluşan bir ölçme testidir.

İlk bölümde tanı yöntemleri, reçete ile ilgili talimatlar ve sağlık bilgileri ile ilgili bilgiler verilip bu bilgilere yönelik sorular sorulmaktadır.

İkinci kısımda ise sağlık muayenesi ile ilgili günlük yaşamdan bir senaryo ve kelimeler verilip bununla ilgili boşluklara verilen kelimelerden uygun gördükleri ile doldurmaları istenmektedir.

TOFHLA skoru 0-100 puan arasındadır. 60 puan altında alanlar yetersiz sağlık okuryazarı olarak kabul edilmektedir. TOFHLA sağlık okuryazarlığını değerlendirmede sık kullanılmakta olmasına karşın süre uzun olduğundan TOFHLA'nın kısaltılmışı olan S-TOFHLA geliştirilmiştir.

TOFHLA puanlamasına göre sonuçlar aşağıdaki gibi sınıflandırılır.

- 1) Yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-59 puan)
- 2) Düşük sağlık okuryazarlığı (60-74 puan)
- 3) Yeterli sağlık okuryazarlığı (75-100 puan) .

TOFHLA ölçeği bireyin sağlıkla ilişkili metinleri ve bazı sayısal verileri okuyup anlamasını ölçmesi pozitif yönleridir. Uygulama süresinin uzun olması ve okuma yeteneğine dayanması gibi eksiklikleri vardır (30).

MMSE: The Mini-Mental State Examination (Mini-Mental Durum Muayenesi)

Hastaların bilişsel işleyişini değerlendiren kantitatif bir testtir. Testi uygulayanlar problemin hastanın sağlık okuryazarlık seviyesi ya da bilişsel işleyişi ile ilgili olup olmadığını değerlendirir. Çok sayıda sorudan oluşan test ortalama 5-10 dakika sürer. Birkaç dilde uygulanabilir. Test sonucunda, testi uygulayan personel, hastanın sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilgili değerlendirmesini muayene öncesi ilgili doktora bildirir. Bazı hastalıklara eşlik eden demans (bunama) gibi durumlarda, MMSE testi destek olarak kullanıldığında durumu daha net bir biçimde ortaya koymaktadır (36).

WRAT: Wide Range Achievement Test (Geniş Aralıklı Ulaşım Testi)

Katılımcının aritmetik yeteneğini, okuduğunu anlama ve telaffuz düzeyini ölçer. Uygulanması ortalama 20-30 dakika sürmektedir. Sağlıkla ilgili yapılan araştırmalarda araştırmacılar çoğunlukla testin yaklaşık 5 dakika süren okuduğunu anlama bölümünü kullanmaktadır. Tıbbi terimler kullanılmaz. Sadece İngilizce versiyonu mevcuttur. 5-11 yaş arası çocuklar için seviye I, 12-64 yaş için seviye II'si mevcuttur. Test 3 bölümden oluşmaktadır (55, 56).

- 1) 42 sözcükten oluşan sözcükleri tanıma ve telaffuz bölümü
- 2) 40 sözcükten oluşan yazma bölümü
- 3) Aritmetik hesaplama, rakamları okuma, yazılı olarak hesaplamalar yapma bölümü (55).

Medical Achievement Reading Test (MART)

Hızlı ve kolay bir şekilde yönetilebilen bir okuryazarlık testi geliştirmek ve kişilerin okuma düzeyini belirlemek amacıyla Hanson-Divers (1997) tarafından geliştirilen MART, REALM gibi bir tıbbi kelime tanıma testidir. 42 kelimedenden oluşmaktadır. Temelini Wide Range Achievement Test (WRAT)' den alır. WRAT

güçlü geçerlik ve güvenilirliği olan bir okuma testidir ve bireylerin okuryazarlığını kelimeleri telaffuz edebilme durumlarına göre sınıflar (37).

NVS: The Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği)

Weiss ve ark. (2005) tarafından geliştirilen NVS ölçeği 6 sorudan oluşmakta olup ortalama 3-6 dakika sürmektedir. Bu ölçekte bir dondurma besin etiketi sağlık okuryazarlığı ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. NVS testi hem metni okumayı hem de anlamayı test eder. Testin güçlü özellikleri; Hesap, okuma ve kavrama becerilerini ölçmesi, İngilizce ve İspanyolcasının olması, TOFHLA testi ile korelasyon göstermesi ve sınırda sağlık okuryazarlığı olan bireyler için daha duyarlı olmasıdır. Zayıf yönü ise iyi ve sınırda sağlık okuryazarlığını çok iyi ayırt edememesidir (57).

Bir-İki Soruluk Test

Tek ya da iki soru (One or Two Question Tests) ile hastanın sağlık okuryazarlığı değerlendirilmektedir. Sorulara verilen yanıtların değerlendirme yapmakta etkili olduğu belirlenmiştir. Bir-iki soruluk testlerde sağlıkla ilgili metinleri okurken, formları doldururken anlama ve yardım alma sıklıkları öğrenilmeye çalışılmaktadır. “Tıbbi durumla ilgili yazılı enformasyonların olduğu metinleri anlamakta ne sıklıkta güçlük yaşıyorsunuz? (Her zaman, genellikle, bazen, nadiren, hiç)”. “Hastane materyallerini okumak için ne sıklıkta biri size yardımcı oluyor? (Her zaman, genellikle, bazen, nadiren, hiç)”. “Tıbbi formları doldururken kendinize ne kadar güveniyorsunuz? (Son derece, sıklıkla, bir dereceye kadar, biraz, hiç) (36).

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

Bu test sağlıkla ilgili beş alanda düzyazı, ölçüm ve veri öğelerini içermektedir. Bu öğeler; sağlığı koruma, sağlığı geliştirme, hastalık önleme, sağlık bakımı ve maliyeti ile sistem yönlendirmesini içermektedir. Beşli likert tipindeki bu skala 0-500 puan arasında puanlandırılmış olup ve tamamlanması yaklaşık bir saat sürmektedir.

HALS ölçeğinin uzun olması pek çok araştırma çalışmalarında onun kullanımını engeller (30).

TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32)

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32; HLS-EU çalışması temel alınarak geliştirilen 32 soruluk yeni bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4'luk bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

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

Yine, HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır. Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır (51).

2.4. Sağlıkın Korunması

Sağlığı koruma bireyin sağlığını bozacak davranış ve tutumlardan uzak durarak, sağlığını daha yüksek bir seviyeye çıkarabilecek davranışları benimsemesi şeklinde tanımlanabilmektedir. Sağlık koruma bireyin sosyal, fiziksel ve biyolojik çevresiyle uyum içinde olmasıdır. Halk sağlığı hastalıklar üzerine etkisi olan sosyal, kültürel, biyolojik, davranışsal ve çevresel belirleyicilerin etkileşimi üzerinde durmaktadır. Toplum tabanlı Halk Sağlığı müdahalelerinin planlanmasında bu sağlığın

belirleyicilerinin etkileşimleri önemlidir. Bu halk sağlığı müdahaleleri üç basamakla karakterize edilmektedir (58).

Sağlığı koruma seviyeleri, birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma şeklinde üç gruba ayrılmaktadır (59).

2.4.1. Birincil Koruma

Sağlam kişilerde hastalık, yaralanma ve sakatlık durumu gelişmeden önce sağlık düzeylerinde olumsuz etki yapabilecek risklere yönelik müdahaleleri kapsamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemleri içermektedir. Bu düzeydeki müdahaleler duyarlı kişilerde hastalığın patolojik belirtileri ortaya çıkmadan önce pre-patojenite durumu olarak tarif edilen dönemde bireylere ve topluma yönelik alınan önlemleri kapsamaktadır (59).

Bireylerin, ailelerin ve toplumun hastalık, sakatlık gibi genel sağlık düzeylerini azaltıcı riskli durumların önlenmesine yönelik davranış geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi oluşturma ve koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik aktiviteleri kapsar. Birincil korumaya yönelik önlemler; sağlık eğitimi ve sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması, egzersiz, stres yönetimi, beslenme, genetik ve aile danışmanlık hizmetleri, aile planlaması hizmetlerinin sunulması, bağışıklama, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, kişisel hijyen önlemlerinin alınması, tehlikeli durumlara ve yaralanmalara karşı eğitimler, sigara ve alkol kullanmamaya yönelik önlemler olarak tanımlanabilmektedir. Ayrıca temiz su, sağlıklı konut ve çevresel uygunluk, vektörlerle mücadele, katı ve sıvı atıkların sağlığa zarar vermeyecek duruma getirilmesi ve hava kalitesinin kontrolü, sağlığı olumsuz etkileyen sosyoekonomik koşulların düzeltilmesi de birincil korumaya yönelik uygulamalardır (58, 59).

2.4.2. İkincil Koruma

Hastalığın süresini, şiddetini azaltan ve sekel gelişmeden önce erken tanı ve acil tedaviyi kapsayan girişimleri ifade eder (60).

Hastalık ciddi boyutlara ulaşmadan önce bireyin mümkün olan en erken dönemde eski sağlığına dönmesini amaçlar. Görüntüleme ve tarama programları, toplumun değerlendirilmesi, olguları bulmaya yönelik çalışmalar, rutin mental ve fiziksel testler ve erken tedavi yöntemleri ikincil koruma kapsamında değerlendirilir (58).

Serviks, meme ve kolon kanserine yönelik tarama programları, gestasyonel diyabet için gebelere prenatal tarama testlerinin yapılması, diyaresi olan bebeklere ORS dağıtılması, riskli gruplara tüberkülin testi yapılması gibi periyodik muayeneler, tarama testleri ve tedaviye yönelik çalışmalar sekonder korumaya yöneliktir (59).

2.4.3. Üçüncül Koruma

Hastalığın semptomlarını ve özürülülüğü azaltmak için bakım ve tedavi sağlayarak hastalığın ilerlemesini durdurmaya ve sağlığın iyileştirilmesine yönelik çalışmaları kapsamaktadır. Kronik hastalığa yakalanan bireylerde yapısal, işlevsel ve ruhsal bozulma sonrası kişinin öz bakımını sağlaması için çalışmalar yapılarak eski yaşamına dönmesi sağlanmaya çalışılmaktadır (61, 62).

2.5. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki, bireylerin kendi sağlığı üzerinde kontrol sahibi olmalarını sağlar. Sadece tedavi ve iyileştirmeye odaklanmak değil, hastalıkların ana nedenlerini gidermek, hastalıkları önlemek suretiyle bireylerin sağlık ve yaşam kalitesini korumak ve bunun için tasarlanmış çok çeşitli sosyal ve çevresel müdahaleleri kapsamaktadır (63).

Sağlığın geliştirilmesi konusunun temelleri 1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata kentinde Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansında atılmış, daha sonra

1986 yılında Ottawa’da “1.Uluslararası Sağlık Geliştirilmesi” konferansı düzenlenmiştir. Konferansta sağlığın geliştirilmesi bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrolünü artırma ve sağlık düzeylerini daha da iyiye götürme sürecinin tamamı olarak tanımlanmıştır. Bu konferansta beş farklı yaklaşım geliştirilmiştir. Bunlar;

- Toplum faaliyetlerinin güçlendirilmesi
- Sağlığı geliştirecek politikalar üretilmesi
- Kişisel becerilerin geliştirilmesi
- Destekleyici çevre oluşturulması, doğal çevrenin korunması
- Sağlık hizmetlerin yeniden düzenlenmesidir (64).

Sağlığın geliştirilmesi bireylerin uzun vadeli yüksek standart ve kalitede yaşam sürmesine, sağlıklı yaşam davranışlarına uyum sağlamasına, enerjisinin artmasına ve sosyal problemlerin azalmasına yardımcı olabilmektedir (65).

2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimini oluşturacak davranışların temelleri çocukluk çağlarından itibaren ailede atılır. Bu davranışlar eğitim ve sosyal ilişkilerle gelişir. Bu davranışları yaşam tarzına entegre eden bireylerin iyilik hali gelişmektedir (63).

Sağlık eğitiminin temel amacı olarak, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmak, sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamaktır (66).

Toplumun sağlık ve iyilik halinin geliştirilmesinde temel adım olarak çocukluk döneminden itibaren bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsetilmesi olmalıdır (5).

Pender ve ark, sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmişlerdir. Yaşam biçimi, sağlık davranışlarını gösteren bir kavram olduğu için, sağlık davranışları ile ilgili araştırmalar yaşam biçimi kavramı üzerine yapılmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireyin sağlık sorumluluğunu alma,

kendini gerçekleştirme, yeterli ve dengeli beslenmeyi, düzenli egzersiz yapmayı, kişiler arası ilişkileri ve stres yönetimini kapsayan davranışları içermektedir (6).

2.6.1. Beslenme

İnsanın büyümesi, gelişmesi, yaşamını sağlıklı, mutlu ve başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi için en temel gereksinimlerden birisi beslenmedir. Beslenme açlık duygusunu bastırmak, karın doyurmak ya da canının çektiği her şeyi yemek içmek değildir. Sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir (67).

Yeterli meyve ve sebze tüketimi; kardiyovasküler hastalıklar, mide kanseri ve kolorektal kanser riskini azaltmaktadır. Birçok insan Dünya Sağlık Örgütü tarafından tavsiye edilen tuz miktarından daha fazla miktarda tuz tüketmektedir. Yüksek tuz tüketimi, yüksek tansiyon ve kardiyovasküler riski arttıran önemli bir belirleyicidir. Obez veya fazla kilolu olmak birçok hastalık için risk faktörüdür (68).

Sağlıklı beslenme için; günde en az üç öğün besin tüketilmelidir. Öğünler atlanılmamalıdır. Düzenli olarak kahvaltı yapılmalıdır. Değişik tür besinlerden gereksinilen miktarlarda tüketilmelidir. Yiyecekler yavaş ve iyi çiğnenmelidir. Günlük yağ tüketimini azaltarak, çok yağlı yiyeceklerin yenmemesi, katı yağların yerine sıvı yağların tercih edilmesi, günlük şeker ve tuz tüketiminin azaltılması, posalı yiyecek tüketiminin arttırılması, günde en az 5 porsiyon meyve ya da sebze ve bol su tüketilmesi önerilmektedir (67, 69).

Son yıllarda yayınlanan çalışmalarda beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ve fiziksel aktivitenin arttırılması ile tip 2 diyabetin %30-50 oranlarında önlenilebileceği gösterilmiştir (70).

2.6.2. Fiziksel Aktivite (Egzersiz)

Günlük yaşam içerisinde, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcamasını gerektiren her hareket fiziksel aktivitelerdir (41). Egzersiz (Düzenli Fiziksel Aktivite) ise fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşenin korunmasını veya geliştirilmesini amaçlayan düzenli, planlanmış ve tekrarlı fiziksel aktiviteler olarak tanımlanır (71).

Yetersiz fiziksel aktivite, dünya geneli ölümlerde önde gelen en önemli risk faktörlerinden birisidir. Fiziksel aktivite yapmanın birçok önemli sağlık yararları vardır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korur. Yeryüzünde 4 yetiştikten 1'i yeteri kadar aktif değildir. Dünya Sağlık Örgütü Üye Devletleri yetersiz fiziksel aktiviteyi 2025 yılına kadar % 10 azaltmak konusunda uzlaşmaya varmışlardır (72).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Araştırması'nın sonuçlarına göre; boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite durumuna göre erkeklerin yüzde 23'ü yeterli, yüzde 22'si orta ve yüzde 55'i düşük düzeyde fiziksel aktivite yapmakta iken, kadınlarda ise sırasıyla yüzde 13, yüzde 18 ve yüzde 69 olarak saptanmıştır. Erkek ve kadınlarda yeterli ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu yaşla beraber azaldığı görülmüştür (73).

Sağlıklı ve mutlu bir toplumun oluşması için hareketli aktif bir yaşam ve egzersizlerin günlük yaşantımızın bir parçası olması gerekir. Haftalık egzersiz süresinin artırılması fiziksel aktiviteden sağlanan yararın artırılmasını beraberinde getirmektedir. Düzenli yapılan fiziksel aktiviteler kişinin bedensel, ruhsal, entelektüel, sosyal ve çevresel iyi olma hâlini geliştirme ve korumada etkili olduğu görülmüştür. Düzenli fiziksel aktivite kalp hastalıkları, obezite, yüksek tansiyon, diyabet, osteoporoz ve bazı kanser türlerinden korunmada en etkin ve en ucuz koruma yöntemidir. Fiziksel aktivite kişinin kendisini daha enerjik hissetmesine, daha canlı, hareketli ve huzurlu olmasını sağlayarak yaşam kalitesini artırmaktadır (71).

2.6.3. Stres Yönetimi

Stres modern yaşamın bir hastalığı olarak kabul edilir. Kelime anlamı zorlama, baskı, gerilmedir. İnsan hayatta kalmak ve yaşamını sürdürmek için hayatın getirdiği değişimlere ayak uydurmak zorundadır. Bu değişimler sırasında da fiziksel, ruhsal veya sosyal olarak gerilimlere maruz kalması, kendini tehdit altında hissetmesine neden olmaktadır (74).

Organizmayı zorlayan, akut ya da kronik iç ya da dış uyaranlar veya durumlar stres etmenleri olarak tanımlanmaktadır. Stres etmenleri (stresörler) genelde üçe ayrılır.

1- Fiziksel: Travma, gürültü, açlık, yoğun egzersiz, cerrahi girişimler vb.

2- Sosyal: Birey-çevre ilişkisi/çatışması

3- Psikolojik: Fiziksel ve sosyal etmenlerin sonucu olarak ya da kendiliğinden ortaya çıkan hayal kırıklığı, izolasyon gibi (75).

Stresin ortaya çıkardığı problemler, kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve günlük sorunlar karşısında güçsüz kalmasına neden olur (76).

Stres, dengeyi bozan bir faktör olduğundan dolayı organizma dengesini devam ettirebilmek için çeşitli baş etme yöntemleri kullanmaktadır (77).

Bireyin karşılaştığı durumun stres kaynağı olup olmadığı ve bununla baş etme açısından kendini değerlendirmesinde kişinin benlik saygısı, içinde yaşadığı kültürel değerler, kişilik yapısı, olayın olduğu bağlam, fiziksel özellikleri, o andaki duygusal durumu ve cinsiyeti gibi algısını etkileyen özelliklerin tümü önemli belirleyicilerdir (78).

2.6.4. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığını geliştirici davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliklerini gösterebilmesidir. Bireyin sağlığına yönelik sorumluluk düzeyi; vücudunu ve kendini tanıması, sağlığı ile ilgili değişiklikler olduğunda gerekli tedbirleri alması, bir sağlık kuruluşuna

gitmesi, düzenli aralıklarla taramalar yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına dikkat etmesi, sağlıkla ilgili konuları ve yayımları takip etmesi, sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi ile belirlenebilir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğinin bir göstergesidir (79).

2.6.5. Kendini Gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme kavramı, İnsancıl Psikolojiye dayanan önemli bir kavramdır. Goldstein'e göre kendini gerçekleştirme kavramı, organizmanın amacının daha doğumdan itibaren, bir bütün olarak "kendini gerçekleştirme" olduğunu ve kendini gerçekleştirmenin, organizmanın tüm ihtiyaçlarını kapsadığını, bireyin bir bütün olarak anlaşılması gerektiğini vurgulamış diğer açlık, susuzluk, cinsellik ve bağlanma gibi bütün güdöleri bu ana güdünün bir parçası olarak görmüştür (80).

Kendini gerçekleştirme, gereksinim hiyerarşisinin üst basamağında bulunmaktadır. Maslow'a göre fizyolojik, ait olma, güvenlik, sevgi, saygınlık ve kendini gerçekleştirme bireyin gereksinimleri arasındadır. İnsanın alt düzeydeki fizyolojik gereksinimleri karşılandıktan sonra, üst düzeydeki psikososyal gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Maslow'a göre gerçekçi olma, kendini, başkalarını ve doğayı kabul etme, problemlerin çözümüne dönük olma, otonomi sahibi olma, insanlara karşı empati, sempati, acıma duygularını geliştirme, demokratik karakter yapısına sahip olma, amacı araçtan ayırma, filozofik gülmece duygusu geliştirme, özel ve yalnız yaşamdan zevk alma, yaratıcı olma, günlük yaşamında yenilikler bulabilme, içinden geldiği gibi davranma niteliklerine sahip olan kişiler kendini gerçekleştirme konusunda sağlıklı bireylerdir (81).

Kendini gerçekleştirmiş kişiler, kendilerinin güçlü ve zayıf yönlerini bilir, planlı ve programlı bir şekilde belli bir amaca ve hedefe yönelik bir yaşam sürer ve başarılarının farkında olurlar. Bireyin kendinden memnun olması, kendini değerli hissetmesi durumunda kişinin kendini gerçekleştirdiğini gösterir (82).

2.6.6. Kişilerarası Destek

Sosyal bir varlık olan insan başkalarıyla iletişim ve ilişki kurarak toplum hayatında varlığını sürdürebilir. Bireylerin yaşam boyu mutluluk, üretkenlik, öz saygı ve sağlık durumlarını etkileyen önemli olgulardan biri de insan ilişkileri olmaktadır. Bunlara örnek olarak karı-koca, evlat-ebeveyn, öğrenci-öğretmen, akraba ilişkisi, arkadaşlık ilişkisi verilebilir (83).

Kişiler arası ilişki; kişinin kendini tanımasını, kabul etmesini, diğer kişilerden aldığı geribildirimlerle güçlü ve zayıf yönlerini belirlemesini ve yaşamını zenginleşmesini sağlar (84).

Kişiler arası olumlu ilişkilerin hastalıkların morbidite ve mortalitesini azalttığını gösteren araştırmalar mevcuttur. Bu da bize sosyal ve toplumsal ilişkilerin sağlık üzerinde güçlü bir etkisi olduğunu göstermektedir (85).

2.7. Sağlık Geliştirilmesinde Sağlık Çalışanların Rolü

Bireylerin sağlıklı davranışlar konusunda, bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak ekip sağlık çalışanlarıdır. Tıp fakültesi öğrencileri mezun olduktan sonra sağlık ekibinin başında olacaklardır. Bundan dolayı edindikleri bilgi, tutum ve davranışları hem yaşamına geçirmeli hem de paylaşabilmelidirler (7).

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahip olmaktadır. Bu yüzden sağlığı geliştirme aktivitelerinde sağlık çalışanlarına büyük sorumluluklar düşebilmektedir. Sağlığı geliştirme eylemleri arasında; sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığının tespit edilmesi, topluma sağlıklı yaşam bilincinin kazandırılması ve sağlıksız davranışların sağlığı geliştirme davranışlarıyla yer değiştirmesi sayılabilmektedir. Bunları yapabilmeleri için öncelikle sağlığı geliştirmenin önemini kavramaları, daha sonra bireylerin davranışlarını olumlu yönde değiştirmeleri için gerekli olan motivasyon yöntemlerini öğrenmeleri faydalı olacaktır (86).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören 942 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırma Grubu

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, 2018-2019 yılında öğrenim gören 942 öğrencinin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Öğrencilerin %79,1'ine ulaşılmıştır.

3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

-Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2018-2019 eğitim-öğrenim yılında öğrenim görüyor olmak,

-Çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir çalışmadır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Tanımlayan Değişkenler

Araştırmanın tanımlayan değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim görülen sınıf, sigara kullanımı, kronik hastalığı olma durumu, genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu, orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu, sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumu, yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumu,

tüketilen ekmek cinsi, ailesinde sağlık çalışanı olma durumu, kitap okuma sıklığı, ebeveyn öğrenim durumu gibi tanımlayıcı bilgileri sonuçlarıdır.

3.4.2. Tanımlanan Değişkenler

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II sonuçlarıdır.

3.5. Araştırmanın Gerçekleştirilmesinde Uygulanan Testler

3.5.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla geçerlilik ve güvenilirliği T.C.Sağlık Bakanlığı ile Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması” ile belirlenmiş Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılacaktır (51).

Ölçek 32 sorudan oluşmaktadır, katılımcılar her bir soruda geçen konular için zorluk derecesine göre beşli Likert ölçeğine göre çok kolay/kolay/zor/çok zor/fikrim yok cevaplarından birini işaretleyeceklerdir.

Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması) HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılacaktır.

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

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Soru numaraları 1→4, 2→3, 3→2, 4→1, 5→0 olacak şekilde tekrar kodlanarak toplam puan ve ortalama puan hesaplanacaktır. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılacaktır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı;

(0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

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

(>33-42) : Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanacaktır (51)

3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin ölçülmesi amacıyla Pender ve arkadaşları (87) tarafından geliştirilen ve Walker ve arkadaşlarınca güncellenen ve Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından geçerlilik güvenirlik çalışması yapılan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ölçeği II kullanılacaktır (88). Bu ölçek 52 maddeli ve ‘hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘sık sık’ ve ‘düzenli olarak’ seçeneklerini içeren 4’lü likert tipi bir ölçektir. Ölçek ‘sağlık sorumluluğu’, ‘fiziksel aktivite’, ‘beslenme’, ‘manevi gelişim’, ‘kişilerarası ilişkiler’ ve ‘stres yönetimi’ başlıkları altında altı alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınan en düşük toplam puan 52, en yüksek toplam puan 208’dir. Toplam puan arttıkça, öğrencinin de daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışına sahip olduğu kabul edilmektedir.

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma sırasında uygulanan anketler, tıp fakültesi öğrencilerinin eğitim aldıkları birimlere gidilerek gözlem altında uygulanmıştır. Öğrencilere anket uygulamadan önce onam için, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (BGOF) okutulup imzalatılmıştır.

3.6.1. Anket Formu

Araştırmada veri toplama aracı olarak literatürden yararlanarak hazırlanan, öğrencilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim görülen sınıf, sigara kullanımı, kronik hastalık durumu, genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu, orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu, sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumu,

yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumu, tüketilen ekmek cinsi, ailesinde sağlık çalışanı olma durumu, kitap okuma sıklığı, ebeveyn öğrenim durumu gibi tanımlayıcı bilgilerini sorgulayan 15 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır (EK 1).

3.6.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesinde, 32 sorudan oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 kullanılmıştır (EK 2).

3.6.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin ölçülmesinde 52 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılmıştır (EK 3).

3.7. İnsan Gücü ve Finansman

Araştırmada fotokopi masrafları araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Araştırmanın insan gücünü sadece araştırmacı oluşturmuştur.

3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 20.0 yazılımı kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov testi) kullanılarak incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak, sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, ortanca, çeyreklikler, en küçük ve en büyük değer olarak verilmiştir. Sayısal değişkenlerin, iki grup arasındaki karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grup arasındaki karşılaştırmasında Kruskal-Wallis H (post hoc Dunn's testi) testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin araştırılmasında Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Alfa anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Ki kare tabloları oluşturulurken yetersiz ve sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı grubu birleştirilerek “yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı”, “yeterli” ve “mükemmel sağlık okuryazarlığı” grubu birleştirilerek “yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı” grubu olarak gruplandırılmıştır (89).

Eğitim durumu analize alınırken “okuryazar değil” ve “ilkokul mezunu” grubu birleştirilerek “ilkokul mezunu ve altı” grubu olarak gruplandırılmıştır.

Orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu ile SYBD ölçeği karşılaştırmasında “yapmıyorum” ve “yapıyorum” şeklinde gruplandırılarak analiz edilmiştir.

Genel olarak sağlığını değerlendirme durumu ile SYBD ölçeği karşılaştırmasında “çok iyi” ve “iyi” grubu birleştirilerek analize alınmıştır. Genel olarak kendi sağlığını çok kötü olarak değerlendiren öğrenci saptanmadığından çok kötü grubu analiz edilmemiştir.

3.9. Etik Konular

Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 06.03.2019 tarih, 19/05 toplantı sayısı ve 2019.03.01 karar nolu etik kurul onayı alınmıştır (EK 4). Çalışma öncesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı’ndan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılımında gönüllülük esas alınmıştır. Katılımcılara, anket ve ölçeklere ait sonuçların bilimsel amaç dışında kullanılmayacağı belirtilmiş, anket ve ölçekler uygulanmadan önce onam için, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) okutulup imzalatılmıştır (EK 5).

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Anket formu ve ölçekler, zorunlu tıp eğitim programında, ders aralarında ve ders bitiminde uygulandığı için katılımın düşük olması.
- Katılımcıların acele etmesi ve buna bağlı yanlış bilgi verme olasılığı.

-Anket ve ölçekler beraber uygulandığı için bazı katılımcılar tarafından uzun bulunması ve anket formunu doldururken aceleci davranılması veya katılımın reddedilmesi.

3.11. Zaman Çizelgesi

Konu seçimi ve literatür taranması	01.07.2018 - 30.09.2018
Araştırma önerisinin hazırlanması	01.10.2018 - 01.12.2018
Araştırma önerisinin sunumu	01.02.2019 - 13.02.2019
Gerekli izinlerin alınması	14.02.2019 - 06.03.2019
Verilerin toplanması	01.05.2019 - 30.06.2019
Verilerin analizi	01.07.2019 - 30.09.2019
Tez yazımı	01.10.2019 - 01.02.2020
Tez savunması	19.02.2020

4. BULGULAR

Araştırmaya tıp fakültesinde okuyan 746 (%79,1) öğrenci katılmış; öğrencilerin yaş ortalaması $21,86 \pm 2,19$, yaş ortancası 22'dir (en küçük 18, en büyük 32). Sınıf durumu açısından araştırmaya katılan öğrencilerin %17,6'sı (n=131) 1.sınıf, %19,2'si (n=143) 2.sınıf, %14,9'u (n=111) 3.sınıf, %17,8'i (n=133) 4. Sınıf, %15,8'i (n=118) 5.sınıf, %14,7'si (n=110) 6.sınıf öğrencisidir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sınıflara Göre Dağılımı (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

Okuduğu Sınıf	Sayı	Yüzde
1. Sınıf	131	17,6
2. Sınıf	143	19,2
3. Sınıf	111	14,9
4. Sınıf	133	17,8
5. Sınıf	118	15,8
6. Sınıf	110	14,7
Toplam	746	100

Araştırmaya katılan öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 2a'da gösterilmiştir.

Öğrencilerin % 62,5'i (n=466) kadın, % 97,9'u (n=730) bekârdır (Tablo 2a).

Katılımcıların % 18,5'i (n=138) sigara kullanmaktadır. % 8,4'ü (n=63) kronik hastalığı olduğunu (9 kalp-damar hastalıkları, 2 diyabet, 13 solunum sistemi hastalıkları, 39 diğer hastalılar), % 27,9'u (n=208) ailesinde sağlık çalışanı olduğunu belirtmiştir (Tablo 2a).

Anne ve baba eğitim durumları incelendiğinde; % 1,2 'sinin (n=9) annesi, % 0,1 'inin (n=1) babası okuryazar değildir. Öğrencilerin ebeveyn öğrenim durumları dağılımı Tablo 2a'da gösterilmiştir.

Tablo 2a. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı
(1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	466	62,5
Erkek	280	37,5
Medeni durum		
Evli	16	2,1
Bekâr	730	97,9
Sigara içme durumu		
Evet, kullanıyorum	138	18,5
Hayır, kullanmıyorum	608	81,5
Kronik hastalık durumu		
Yok	683	91,6
Var	63	8,4
Ebeveyn öğrenim durumu		
Anne Okur-yazar değil	9	1,2
İlkokul mezunu	169	22,7
Ortaokul mezunu	102	13,7
Lise mezunu	191	25,6
Üniversite mezunu	275	36,9
Baba Okur-yazar değil	1	0,1
İlkokul mezunu	58	7,8
Ortaokul mezunu	56	7,5
Lise mezunu	164	22,0
Üniversite mezunu	467	62,6
Ailede sağlık çalışanı durumu		
Evet	208	27,9
Hayır	538	72,1
Toplam	746	100

Araştırmaya katılan öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 2b’de gösterilmiştir.

Genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu açısından araştırmaya katılan öğrencilerin %15,4’ü (n=115) kendi sağlığının çok iyi, %64,2’si (n=479) iyi, %18,8’i (n=140) orta/ne iyi ne kötü, %1,6’sı (n=12) kötü olarak değerlendirmiştir. Kendi sağlığını çok kötü olarak değerlendiren öğrenci saptanmamıştır. Orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu açısından araştırmaya katılan öğrencilerin %26,9’u (n=201) fiziksel aktivite yapmadığını, %47,8’i (n=356) haftada 1-2 kez, %18,5’i (n=138) haftada 3-4 kez, %6,8’i (n=51) haftada 5’den fazla yaptığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %55,0’ı sağlıklı beslenmeye dikkat ettiğini % 45,0’ı dikkat etmediğini ifade etmiştir (Tablo 2b).

Katılımcıların %22,9’u (n=171) yemeğin tadına bakmadan tuz attığını %77,1’i (n=575) yemeğin tadına baktıktan sonra tuz attığını belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %62,3’ü (n=465) beyaz ekmek, %24,3’ü (n=181) yulaf-çavdar-kepekli ekmek tükettiğini, %13,4’ü (n=100) ise ekmek tüketmediğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 9,7’si (n=72) hiç kitap okumadığı, %66,4’ü (n=496) ara sıra okuduğunu, %23,9’ı (n=178) sıklıkla kitap okuduğunu belirtmiştir (Tablo 2b).

Tablo 2b. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı
(1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	Yüzde
Genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu	115	15,4
Çok iyi	479	64,2
İyi	140	18,8
Orta/ne iyi ne kötü	12	1,6
Kötü	0	0
Çok kötü		
Orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu	201	26,9
Yapmıyorum	356	47,8
Haftada 1-2 kez	138	18,5
Haftada 3-4 kez	51	6,8
Haftada 5'den fazla		
Sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumu	410	55,0
Evet	336	45,0
Hayır		
Yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumu	171	22,9
Evet	575	77,1
Hayır		
Ekmek tüketme durumu	465	62,3
Beyaz ekmek	181	24,3
Yulaf-çavdar-kepekli ekmek	100	13,4
Ekmek tüketmiyor		
Kitap okuma sıklığı	72	9,7
Hiç okuman	496	66,4
Ara sıra	178	23,9
Sıklıkla		
Toplam	746	100

Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler

Araştırmaya katılan öğrencilerin TSOY-32 ölçeğine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 3’de gösterilmiştir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı %10,2, sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı %30,0, yeterli sağlık okuryazarlığı %33,0, mükemmel sağlık okuryazarlığı %26,8’dir (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin TSOY-32 Ölçeğine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

Sınıf	Sağlık okuryazarlığı düzeyi				Sayı (%)*
	Yetersiz SOY(≤25)	Sorunlu-sınırlı SOY(>25-33)	Yeterli SOY(>33-42)	Mükemmel SOY(>42-50)	
1.Sınıf	28 %21,4	46 %35,1	41 %31,3	16 %12,2	131 %100
2.Sınıf	18 %12,6	58 %40,5	44 %30,8	23 %16,1	143 %100
3.Sınıf	8 %7,2	43 %38,7	40 %36,0	20 %18,0	111 %100
4.Sınıf	9 %6,8	39 %29,3	52 %39,1	33 %24,8	133 %100
5.Sınıf	11 %9,3	26 %22,0	46 %39,0	35 %29,7	118 %100
6.Sınıf	2 %1,8	12 %10,9	23 %20,9	73 %66,4	110 %100
Toplam (%)**	76 %10,2	224 %30,0	246 %33,0	200 %26,8	746 %100

*Satır yüzdesi

** Sütun Yüzdesi

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyet ve medeni durumları ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4’de gösterilmiştir.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre sağlık okuryazarlığı düzey durumlarını karşılaştırdığımızda; kadınların %60,5’i (n=282), erkeklerin %58,6’sı (n=164) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,600) (Tablo 4).

Bekâr öğrencilerin %59,0’ı (n=431), evli öğrencilerin %93,8’i(n=15) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Medeni durum ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,005) (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet ve Medeni Durumları ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

	TSOY-32’ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu		Toplam Sayı (%)	P değeri*
	Yetersiz-Sınırlı	Yeterli-Mükemmel		
	Sayı (%)	Sayı (%)		
Cinsiyet				
Kadın	184 (%39,5)	282 (%60,5)	466(%100)	0,600
Erkek	116 (%41,4)	164 (%58,6)	280(%100)	
Medeni durum				
Evli	1 (%6,2)	15 (%93,8)	16 (%100)	0,005
Bekâr	299 (%41,0)	431 (%59,0)	730(%100)	

*Ki-kare testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıfları ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 5’de gösterilmiştir.

Birinci sınıfta okuyanların %43,5’i (n=57), 2. Sınıfta okuyanların %46,9’u (n=67), 3. Sınıfta okuyanların %54,1’i (n=60), 4. Sınıfta okuyanların %63,9’u (n=85), 5. Sınıfta okuyanların %68,6’sı (n=81), 6. Sınıfta okuyanların %87,3’ü (n=96) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir (Tablo 5). Öğrencilerin sınıfları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin sınıfları ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

	TSOY-32’ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu		Toplam Sayı (%)	P değeri*
	Yetersiz-Sınırlı	Yeterli-Mükemmel		
	Sayı (%)	Sayı (%)		
Sınıf				
1.Sınıf	74 (%56,5)	57 (%43,5)	131(% 100)	<0,001
2.Sınıf	76 (%53,1)	67 (%46,9)	143(% 100)	
3.Sınıf	51 (%45,9)	60 (%54,1)	111(% 100)	
4.Sınıf	48 (%36,1)	85 (%63,9)	133(% 100)	
5.Sınıf	37 (%31,4)	81 (%68,6)	118(% 100)	
6.Sınıf	14 (% 12,7)	96 (%87,3)	110(% 100)	

*Ki-kare testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin sigara içme ve kronik hastalık durumları ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 6’da gösterilmiştir.

Sigara kullanan öğrencilerin %62,3’ü (n=86), kullanmayanların %59,2’si (n=360) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Sigara içme durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,501) (Tablo 6).

Kronik hastalığı olmayan öğrencilerin %59,2’si (n=404), kronik hastalığı olan öğrencilerin %66,7’si(n=42) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Kronik hastalık durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,244) (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sigara İçme ve Kronik Hastalık Durumları İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

	TSOY-32’ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu		Toplam Sayı (%)	P değeri*
	Yetersiz-Sınırlı	Yeterli-Mükemmel		
	Sayı (%)	Sayı (%)		
Sigara içme durumu				
Evet	52 (%37,7)	86 (%62,3)	138(% 100)	0,501
Hayır	248 (%40,8)	360 (%59,2)	608(% 100)	
Kronik hastalık durumu				
Yok	279 (%40,8)	404 (%59,2)	683(% 100)	0,244
Var	21 (%33,3)	42 (%66,7)	63(% 100)	

*Ki-kare testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 7’de gösterilmiştir.

Genel olarak kendi sağlığını çok iyi olarak değerlendiren öğrencilerin % 73,9’u (n=85), iyi olarak değerlendirenlerin % 60,1’i(n=288), orta/ne iyi ne kötü olarak değerlendirenlerin % 48,6’sı (n=68), kötü olarak değerlendirenlerin % 41,7’si (n=5) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Genel Olarak Kendi Sağlığını Değerlendirme Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

	TSOY-32’ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu		Toplam Sayı (%)	P değeri*
	Yetersiz-Sınırlı	Yeterli-Mükemmel		
	Sayı (%)	Sayı (%)		
Genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu				
Çok iyi	30 (%26,1)	85 (%73,9)	115(%100)	<0,001
İyi	191 (%39,9)	288(%60,1)	479(%100)	
Orta/ne iyi ne kötü	72 (%51,4)	68 (%48,6)	140(%100)	
Kötü	7 (%58,3)	5 (%41,7)	12(%100)	

*Ki-kare testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin orta düzeyde fiziksel aktivite (yürüyüş vs.) yapma ve sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 8’de gösterilmiştir.

Orta düzeyde fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin %62,2’si (n=125), haftada 1-2 kez yapanların %58,4’ü (n=208), haftada 3-4 kez yapanların %59,4’ü (n=82), haftada 5’den fazla yapanların %60,8’i (n=31) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,853). Sağlıklı beslenmeye dikkat ettiğini belirten öğrencilerin %61,2’si (n=251), dikkat etmediğini belirtenlerin %58,0’ı (n=195) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,378) (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Orta Düzeyde Fiziksel Aktivite Yapma ve Sağlıklı Beslenmeye Dikkat Etme Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

	TSOY-32’ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu		Toplam Sayı (%)	P değeri*
	Yetersiz-Sınırlı	Yeterli-Mükemmel		
	Sayı (%)	Sayı (%)		
Orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu				
Yapmıyorum	76 (%37,8)	125(%62,2)	201(%100)	0,853
Haftada 1-2 kez	148 (%41,6)	208(%58,4)	356(%100)	
Haftada 3-4 kez	56 (%40,6)	82 (%59,4)	138(%100)	
Haftada 5’den fazla	20 (%39,2)	31 (%60,8)	51(%100)	
Sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumu				
Evet	159 (%38,8)	251(%61,2)	410(%100)	0,378
Hayır	141 (%42,0)	195(%58,0)	336(%100)	

*Ki-kare testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin yemeğin tadına bakmadan tuz atma ve ekmek tüketme durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 9'da gösterilmiştir.

Yemeğin tadına bakmadan tuz attığını belirten öğrencilerin %61,4'ü (n=105), atmadığını belirtenlerin %59,3'ü (n=341) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,623) (Tablo 9).

Beyaz ekmek tükettiğini belirten öğrencilerin %58,7'si (n=273), yulaf-çavdar-kepekli ekmek tükettiğini belirtenlerin %59,1'i (n=107), ekmek tüketmediğini belirtenlerin %66,0'ı (n=66) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Ekmek tüketme durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,394) (Tablo 9).

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yemeğin Tadına Bakmadan Tuz Atma ve Ekmek Tüketme Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

	TSOY-32'ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu		Toplam Sayı (%)	P değeri*
	Yetersiz-Sınırlı	Yeterli-Mükemmel		
	Sayı (%)	Sayı (%)		
Yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumu				
Evet	66 (%38,6)	105 (%61,4)	171(%100)	0,623
Hayır	234 (%40,7)	341 (%59,3)	575(%100)	
Ekmek tüketme durumu				
Beyaz ekmek	192 (%41,3)	273 (%58,7)	465(%100)	0,394
Yulaf-çavdar-kepekli	74 (%40,9)	107 (%59,1)	181(%100)	
Hayır, tüketmiyorum	34 (%34,0)	66 (%66,0)	100(%100)	

*Ki-kare testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin ailesinde (anne, baba, kardeş) sağlık çalışanı olma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 10’da gösterilmiştir.

Ailesinde sağlık çalışanı olduğunu belirten öğrencilerin %63,9’u (n=133), olmadığını belirtenlerin %58,2’si (n=313) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Ailesinde sağlık çalışanı olma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,150) (Tablo 10).

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ailesinde Sağlık Çalışanı Olma Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

	TSOY-32’ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu		Toplam Sayı (%)	P değeri*
	Yetersiz-Sınırlı	Yeterli-Mükemmel		
	Sayı (%)	Sayı (%)		
Ailenizde sağlık çalışanı olma durumu				
Evet	75 (%36,1)	133 (%63,9)	208(%100)	0,150
Hayır	225 (%41,8)	313 (%58,2)	538(%100)	

*Ki-kare testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin kitap okuma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 11’de gösterilmiştir.

Hiç kitap okumadığını belirten öğrencilerin %56,9’u (n=41), ara sıra okuduğunu belirtenlerin %58,5’i (n=290), sıklıkla okuduğunu belirtenlerin %64,6’sı (n=115) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Kitap okuma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,313) (Tablo 11).

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kitap Okuma Sıklığı ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

	TSOY-32’ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu		Toplam Sayı (%)	P değeri*
	Yetersiz-Sınırlı	Yeterli-Mükemmel		
	Sayı (%)	Sayı (%)		
Kitap okuma sıklığı				
Hiç okumam	31 (%43,1)	41 (%56,9)	72(%100)	0,313
Ara sıra	206 (%41,5)	290 (%58,5)	496(%100)	
Sıklıkla	63 (%35,4)	115 (%64,6)	178(%100)	

*Ki-kare testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin ebeveyn öğrenim durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 12’de gösterilmiştir.

Annesi ilkökul mezunu ve altı öğrenime sahip öğrencilerin %59,0’ı (n=105), ortaokul mezunu olduğunu belirtenlerin %60,8’i (n=62), lise mezunu olduğunu belirtenlerin %61,8’i (n=118), üniversite mezunu olduğunu belirtenlerin %58,5’i (n=161) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Öğrencilerin annelerinin öğrenim durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,901) (Tablo 12).

Babası ilkökul mezunu ve altı öğrenime sahip öğrencilerin %62,7’si (n=37), ortaokul mezunu olduğunu belirtenlerin %50,0’ı (n=28), lise mezunu olduğunu belirtenlerin %62,8’i (n=103), üniversite mezunu olduğunu belirtenlerin %59,5’i (n=278) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Öğrencilerin babalarının öğrenim durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,380) (Tablo 12).

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ebeveyn Öğrenim Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

	TSOY-32’ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu		Toplam Sayı (%)	P değeri*
	Yetersiz-Sınırlı	Yeterli-Mükemmel		
	Sayı (%)	Sayı (%)		
Anne				
İlkokul mezunu ve altı	73(%41,0)	105(%59,0)	178(%100)	0,901
Ortaokul mezunu	40(%39,2)	62(%60,8)	102(%100)	
Lise mezunu	73(%38,2)	118(%61,8)	191(%100)	
Üniversite mezunu	114(%41,5)	161(%58,5)	275(%100)	
Baba				
İlkokul mezunu ve altı	22(%37,3)	37(%62,7)	59(%100)	0,380
Ortaokul mezunu	28(%50,0)	28(%50,0)	56(%100)	
Lise mezunu	61(%37,2)	103(%62,8)	164(%100)	
Üniversite mezunu	189(%40,5)	278(%59,5)	467(%100)	

*Ki-kare testi

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) ve İlişkili Faktörler

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki alt grupların puan toplamı ortalamaları Tablo 13’de gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin SYBD puanları incelendiğinde ölçek toplam puanı 208 puan üzerinden $123,46 \pm 17,01$, ‘Kendini Gerçekleştirme’ 36 puan üzerinden $25,01 \pm 4,23$, ‘Sağlık Sorumluluğu’ 36 puan üzerinden $19,41 \pm 3,99$, ‘Egzersiz’ 32 puan üzerinden $16,50 \pm 4,48$, ‘Beslenme’ 36 puan üzerinden $19,06 \pm 3,67$, ‘Kişilerarası Destek’ 36 puan üzerinden $24,76 \pm 4,01$, ‘Stres Yönetimi’ ise 32 puan üzerinden $18,70 \pm 3,33$ olarak bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeğindeki Alt Grupların Puan Toplamı Ortalamaları (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

SYBD ölçeği alt grupları (n=746)	Soru sayısı	Alt ölçek puan toplamı ortalaması \pm SS	Birinci çeyrek-ortanca-üçüncü çeyrek (min-max)
Kendini gerçekleştirme	9	$25,01 \pm 4,23$	22-25-28 (13-36)
Sağlık sorumluluğu	9	$19,41 \pm 3,99$	17-19-22 (10-35)
Egzersiz	8	$16,50 \pm 4,48$	13-16-19 (8-32)
Beslenme	9	$19,06 \pm 3,67$	17-19-21 (9-36)
Kişilerarası destek	9	$24,76 \pm 4,01$	22-25-27 (13-36)
Stres yönetimi	8	$18,70 \pm 3,33$	17-19-21 (8-30)
Toplam	52	$123,46 \pm 17,01$	112-123-134 (78-184)

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre SYBD ölçeğinin karşılaştırılması Tablo 14’de gösterilmiştir.

Cinsiyete göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,630$). Kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek alt ölçek puan ortalamaları kadınlarda, egzersiz alt ölçek puan ortalaması erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyete Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

SYBDÖ(n=746)	Cinsiyet	N	Ortalama±SS	P değeri*
Kendini gerçekleştirme	Kadın	466	25,26±4,04	0,035
	Erkek	280	24,59±4,51	
Sağlık sorumluluğu	Kadın	466	19,44±3,82	0,629
	Erkek	280	19,37±4,28	
Egzersiz	Kadın	466	15,78±4,08	<0,001
	Erkek	280	17,71±4,85	
Beslenme	Kadın	466	19,03±3,42	0,791
	Erkek	280	19,11±4,04	
Kişilerarası destek	Kadın	466	25,24±3,88	<0,001
	Erkek	280	23,95±4,07	
Stres yönetimi	Kadın	466	18,77±3,21	0,328
	Erkek	280	18,59±3,54	
Toplam puan	Kadın	466	123,54±15,78	0,630
	Erkek	280	123,33±18,92	

*Mann-Whitney U testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin sigara kullanma durumuna göre SYBD ölçeğinin karşılaştırılması Tablo 15’da gösterilmiştir.

Katılımcıların sigara kullanma durumuna göre SYBD toplam ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sigara Kullanma Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

SYBDÖ(n=746)	Sigara kullanma durumu	N	Ortalama±SS	P değeri*
Kendini gerçekleştirme	Evet	138	24,42±4,54	0,142
	Hayır	608	25,14±4,15	
Sağlık sorumluluğu	Evet	138	19,01±4,35	0,064
	Hayır	608	19,51±3,91	
Egzersiz	Evet	138	16,83±4,66	0,356
	Hayır	608	16,42±4,43	
Beslenme	Evet	138	18,81±3,75	0,226
	Hayır	608	19,11±3,65	
Kişilerarası destek	Evet	138	24,83±4,14	0,953
	Hayır	608	24,74±3,97	
Stres yönetimi	Evet	138	18,59±3,68	0,478
	Hayır	608	18,73±3,25	
Toplam puan	Evet	138	122,51±18,02	0,330
	Hayır	608	123,68±16,78	

*Mann-Whitney U testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin kronik hastalık durumuna göre SYBD ölçeğinin karşılaştırılması Tablo 16’de gösterilmiştir.

Kronik hastalık durumuna göre SYBD toplam ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kronik Hastalık Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

SYBDÖ(n=746)	Kronik hastalık olma durumu	N	Ortalama±SS	P değeri*
Kendini gerçekleştirme	Yok	683	25,09±4,23	0,092
	Var	63	24,14±4,14	
Sağlık sorumluluğu	Yok	683	19,45±3,98	0,210
	Var	63	19,06±4,16	
Egzersiz	Yok	683	16,47±4,41	0,777
	Var	63	16,81±5,14	
Beslenme	Yok	683	19,05±3,65	0,747
	Var	63	19,09±3,85	
Kişilerarası destek	Yok	683	24,83±4,01	0,276
	Var	63	24,03±3,92	
Stres yönetimi	Yok	683	18,72±3,31	0,751
	Var	63	18,55±3,61	
Toplam puan	Yok	683	123,63±16,83	0,224
	Var	63	121,69±18,95	

*Mann-Whitney U testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumuna göre SYBD ölçeğinin karşılaştırılması Tablo 17’de gösterilmiştir.

Sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumuna göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları sağlıklı beslenmeye dikkat ettiğini söyleyenlerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlıklı Beslenmeye Dikkat Etme Durumuna göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

SYBDÖ (n=746)	Sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumu	N	Ortalama±SS	P değeri*
Kendini gerçekleştirme	Evet	410	25,48±4,02	0,001
	Hayır	336	24,44±4,41	
Sağlık sorumluluğu	Evet	410	20,19±4,08	<0,001
	Hayır	336	18,47±3,68	
Egzersiz	Evet	410	17,58±4,46	<0,001
	Hayır	336	15,18±4,13	
Beslenme	Evet	410	20,11±3,57	<0,001
	Hayır	336	17,78±3,37	
Kişilerarası destek	Evet	410	24,92±3,93	0,241
	Hayır	336	24,56±4,08	
Stres yönetimi	Evet	410	19,28±3,21	<0,001
	Hayır	336	18,01±3,35	
Toplam puan	Evet	410	127,58±16,74	<0,001
	Hayır	336	118,44±15,98	

*Mann-Whitney U testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumuna göre SYBD ölçeğinin karşılaştırılması Tablo 18’de gösterilmiştir.

Yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumuna göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,042$). Beslenme alt ölçek puan ortalamaları yemeğin tadına bakmadan tuz atmadığını söyleyenlerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yemeğin Tadına Bakmadan Tuz Atma Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

SYBDÖ(n=746)	Yemeğin tadına bakmadan tuz atar mısınız?	N	Ortalama±SS	P değeri*
Kendini gerçekleştirme	Evet	171	24,78±4,31	0,482
	Hayır	575	25,08±4,21	
Sağlık sorumluluğu	Evet	171	19,16±4,43	0,294
	Hayır	575	19,49±3,86	
Egzersiz	Evet	171	16,08±4,31	0,172
	Hayır	575	16,62±4,52	
Beslenme	Evet	171	18,44±3,87	0,009
	Hayır	575	19,24±3,59	
Kişilerarası destek	Evet	171	24,66±4,01	0,841
	Hayır	575	24,79±4,01	
Stres yönetimi	Evet	171	18,43±3,61	0,059
	Hayır	575	18,78±3,24	
Toplam puan	Evet	171	121,57±18,45	0,042
	Hayır	575	124,02±16,54	

*Mann-Whitney U testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin ailesinde sağlık çalışanı olma durumuna göre SYBD ölçeğinin karşılaştırılması Tablo 19’da gösterilmiştir.

Ailesinde sağlık çalışanı olma durumuna göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,077$). Kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek alt ölçek puan ortalamaları ailesinde sağlık çalışanı olduğunu söyleyenlerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ailesinde Sağlık Çalışanı Olma Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

SYBDÖ(n=746)	Ailede sağlık çalışanı olma durumu	N	Ortalama±SS	P değeri*
Kendini gerçekleştirme	Var	208	25,71±4,32	0,008
	Yok	538	24,74±4,17	
Sağlık sorumluluğu	Var	208	19,65±4,22	0,405
	Yok	538	19,32±3,91	
Egzersiz	Var	208	16,47±4,69	0,814
	Yok	538	16,51±4,41	
Beslenme	Var	208	18,88±3,65	0,366
	Yok	538	19,13±3,68	
Kişilerarası destek	Var	208	25,63±4,11	<0,001
	Yok	538	24,42±3,91	
Stres yönetimi	Var	208	18,91±3,53	0,201
	Yok	538	18,62±3,25	
Toplam puan	Var	208	125,27±17,48	0,077
	Yok	538	122,76±16,79	

*Mann-Whitney U testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin kitap okuma sıklığına göre SYBD ölçeğinin karşılaştırılması Tablo 20’de gösterilmiştir.

Kitap okuma sıklığına göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,024$). Bu fark; sıklıkla okurum ve hiç okumam cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (Tablo 20).

Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları sıklıkla kitap okuduğunu söyleyenlerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Kendini gerçekleştirme alt bölümündeki fark; sıklıkla okurum ve hiç okumam cevapları arasındaki farktan ve sıklıkla okurum ve ara sıra okurum cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Sağlık sorumluluğu alt bölümündeki fark; sıklıkla okurum ve hiç okumam cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Kişilerarası destek alt bölümündeki fark; sıklıkla okurum ve hiç okumam cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Stres yönetimi alt bölümündeki fark; sıklıkla okurum ve ara sıra okurum cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (Tablo 20).

Tablo 20. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kitap Okuma Sıklığına Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

SYBDÖ(n=746)	Kitap okuma sıklığı	N	Ortalama±SS	P değeri*	Fark**
Kendini gerçekleştirme	Hiç okumam(1)	72	23,72±4,46	0,001	3>1
	Ara sıra(2)	496	24,88±4,07		
	Sıklıkla (3)	178	25,91±4,41		
Sağlık sorumluluğu	Hiç okumam(1)	72	18,36±3,97	0,036	3>1
	Ara sıra(2)	496	19,38±3,84		
	Sıklıkla(3)	178	19,94±4,33		
Egzersiz	Hiç okumam	72	16,54±5,15	0,921	
	Ara sıra	496	16,48±4,34		
	Sıklıkla	178	16,53±4,58		
Beslenme	Hiç okumam	72	18,66±3,81	0,211	
	Ara sıra	496	18,96±3,58		
	Sıklıkla	178	19,47±3,84		
Kişilerarası destek	Hiç okumam(1)	72	23,81±4,33	0,038	3>1
	Ara sıra(2)	496	24,73±4,01		
	Sıklıkla (3)	178	25,21±3,81		
Stres yönetimi	Hiç okumam(1)	72	18,55±3,22	0,043	3>2
	Ara sıra(2)	496	18,55±3,29		
	Sıklıkla (3)	178	19,19±3,45		
Toplam puan	Hiç okumam(1)	72	119,65±18,81	0,024	3>1
	Ara sıra(2)	496	123,01±16,18		
	Sıklıkla (3)	178	126,26±18,17		

*Kruskal-Wallis testi

**Dunn's testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumuna göre SYBD ölçeğinin karşılaştırılması Tablo 21’de gösterilmiştir.

Öğrencilerin genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumuna göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Bu fark; çok iyi/iyi ve kötü cevapları arasındaki farktan ve çok iyi/iyi ve orta/ne iyi ne kötü cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (Tablo 21).

Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları kendi sağlığını çok iyi/iyi söyleyenlerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Tablo 21).

Kendini gerçekleştirme alt bölümündeki fark; çok iyi/iyi ve kötü cevapları arasındaki farktan ve çok iyi/iyi ve orta/ne iyi ne kötü cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Sağlık sorumluluğu alt bölümündeki fark; çok iyi/iyi ve orta/ne iyi ne kötü cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Egzersiz alt bölümündeki fark; çok iyi/iyi ve orta/ne iyi ne kötü cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Beslenme alt bölümündeki fark; çok iyi/iyi ve orta/ne iyi ne kötü cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Kişilerarası destek alt bölümündeki fark; çok iyi/iyi ve kötü cevapları arasındaki farktan ve çok iyi/iyi ve orta/ne iyi ne kötü cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Stres yönetimi alt bölümündeki fark; çok iyi/iyi ve kötü cevapları arasındaki farktan ve çok iyi/iyi ve orta/ne iyi ne kötü cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (Tablo 21).

Tablo 21. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Genel Olarak Kendi Sağlıkını Değerlendirme Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

SYBDÖ(n=746)	Genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu	N	Ortalama±SS	P değeri*	Fark**
Kendini gerçekleştirme	Çok iyi/iyi(1)	594	25,49±4,11	<0,001	1>3
	Orta/ne iyi ne kötü(2)	140	23,25±4,22		1>2
	Kötü(3)	12	21,75±3,31		
Sağlık sorumluluğu	Çok iyi/iyi(1)	594	19,62±3,96	0,017	1>2
	Orta/ne iyi ne kötü(2)	140	18,63±4,05		
	Kötü(3)	12	18,33±3,79		
Egzersiz	Çok iyi/iyi(1)	594	16,87±4,52	<0,001	1>2
	Orta/ne iyi ne kötü(2)	140	15,16±4,03		
	Kötü(3)	12	13,91±3,84		
Beslenme	Çok iyi/iyi(1)	594	19,31±3,69	0,001	1>2
	Orta/ne iyi ne kötü(2)	140	18,08±3,46		
	Kötü(3)	12	17,91±2,81		
Kişilerarası destek	Çok iyi/iyi(1)	594	25,07±3,93	<0,001	1>3
	Orta/ne iyi ne kötü(2)	140	23,74±4,03		1>2
	Kötü(3)	12	21,41±3,94		
Stres yönetimi	Çok iyi/iyi(1)	594	19,03±3,31	<0,001	1>3
	Orta/ne iyi ne kötü(2)	140	17,57±3,12		1>2
	Kötü(3)	12	15,75±3,19		
Toplam puan	Çok iyi/iyi(1)	594	125,41±16,61	<0,001	1>3
	Orta/ne iyi ne kötü(2)	140	116,46±16,62		1>2
	Kötü(3)	12	109,08±14,07		

*Kruskal-Wallis testi

**Dunn's testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin orta düzeyde fiziksel aktivite (yürüyüş vs.) yapma durumuna göre SYBD ölçeğinin karşılaştırılması Tablo 22’de gösterilmiştir.

Orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumuna göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 22) .

Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları orta düzeyde fiziksel aktivite yaptığını söyleyenlerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Orta Düzeyde Fiziksel Aktivite (Yürüyüş Vs.) Yapma Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

SYBDÖ(n=746)	Orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu	N	Ortalama±SS	P değeri*
Kendini gerçekleştirme	Yapmıyorum	201	24,41±4,31	0,021
	Yapıyorum	545	25,23±4,18	
Sağlık sorumluluğu	Yapmıyorum	201	18,89±4,09	0,011
	Yapıyorum	545	19,61±3,94	
Egzersiz	Yapmıyorum	201	12,98±3,59	<0,001
	Yapıyorum	545	17,81±4,06	
Beslenme	Yapmıyorum	201	17,82±3,53	<0,001
	Yapıyorum	545	19,51±3,61	
Kişilerarası destek	Yapmıyorum	201	24,92±4,25	0,652
	Yapıyorum	545	24,71±3,91	
Stres yönetimi	Yapmıyorum	201	18,12±3,44	0,002
	Yapıyorum	545	18,91±3,27	
Toplam puan	Yapmıyorum	201	117,16±16,66	<0,001
	Yapıyorum	545	125,79±16,56	

*Mann-Whitney U testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin anne öğrenim durumuna göre SYBD leğinin karşılaştırılması Tablo 23’de gösterilmiştir.

Anne ğrenim durumuna göre SYBD leği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,182$) (Tablo 23).

Kişilerarası destek alt bölümündeki fark; ilkokul mezunu ve altı ile niversite mezunu cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (Tablo 23).



Tablo 23. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anne Öğrenim Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

SYBDÖ(n=746)	Anne öğrenim durumu	N	Ortalama± SS	P değeri*	Fark**
Kendini gerçekleştirme	İlkokul mezunu ve altı	178	25,15±4,15	0,644	
	Ortaokul mezunu	102	24,66±4,15		
	Lise mezunu	191	25,21±4,25		
	Üniversite mezunu	275	24,92±4,31		
Sağlık sorumluluğu	İlkokul mezunu ve altı	178	19,05±3,88	0,215	
	Ortaokul mezunu	102	19,94±3,48		
	Lise mezunu	191	19,27±3,72		
	Üniversite mezunu	275	19,56±4,41		
Egzersiz	İlkokul mezunu ve altı	178	15,92±4,58	0,075	
	Ortaokul mezunu	102	16,64±4,14		
	Lise mezunu	191	16,23±4,19		
	Üniversite mezunu	275	17,01±4,69		
Beslenme	İlkokul mezunu ve altı	178	18,75±3,56	0,758	
	Ortaokul mezunu	102	19,13±3,44		
	Lise mezunu	191	19,15±3,62		
	Üniversite mezunu	275	19,16±3,85		
Kişilerarası destek	İlkokul mezunu ve altı(1)	178	24,38±3,81	0,014	1<4
	Ortaokul mezunu(2)	102	24,35±3,76		
	Lise mezunu(3)	191	24,49±4,04		
	Üniversite mezunu(4)	275	25,34±4,14		
Stres yönetimi	İlkokul mezunu ve altı	178	18,55±3,09	0,255	
	Ortaokul mezunu	102	18,52±3,01		
	Lise mezunu	191	18,45±3,41		
	Üniversite mezunu	275	19,04±3,53		
Toplam puan	İlkokul mezunu ve altı	178	121,82±17,29	0,182	
	Ortaokul mezunu	102	123,27±15,64		
	Lise mezunu	191	122,81±16,51		
	Üniversite mezunu	275	125,05±17,61		

*Kruskal-Wallis testi

**Dunn's testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin baba öğrenim durumuna göre SYBD leğinin karşılaştırılması Tablo 24’de gösterilmiştir.

Baba ğrenim durumuna göre SYBD leği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,099$) (Tablo 24).

Kişilerarası destek alt bölümündeki fark; ortaokul mezunu ve niversite mezunu cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (Tablo 24).

Stres yönetimi alt bölümündeki fark; gruplar arası karşılaştırma da hangi gruptan kaynaklandığı saptanmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 24. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Baba Öğrenim Durumuna Göre SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

SYBDÖ(n=746)	Baba öğrenim durumu	N	Ortalama± SS	P değeri*	Fark**
Kendini gerçekleştirme	İlkokul mezunu ve altı	59	25,11±4,15	0,731	
	Ortaokul mezunu	56	24,53±3,91		
	Lise mezunu	164	25,11±4,19		
	Üniversite mezunu	467	25,02±4,31		
Sağlık sorumluluğu	İlkokul mezunu ve altı	59	19,57±3,67	0,604	
	Ortaokul mezunu	56	18,62±3,62		
	Lise mezunu	164	19,44±3,96		
	Üniversite mezunu	467	19,48±4,09		
Egzersiz	İlkokul mezunu ve altı	59	15,84±4,18	0,193	
	Ortaokul mezunu	56	15,57±4,11		
	Lise mezunu	164	16,34±4,24		
	Üniversite mezunu	467	16,75±4,62		
Beslenme	İlkokul mezunu ve altı	59	18,62±3,31	0,808	
	Ortaokul mezunu	56	18,75±3,67		
	Lise mezunu	164	18,99±3,55		
	Üniversite mezunu	467	19,17±3,75		
Kişilerarası destek	İlkokul mezunu ve altı(1)	59	24,25±3,82	0,026	2<4
	Ortaokul mezunu(2)	56	23,42±3,82		
	Lise mezunu(3)	164	24,89±3,81		
	Üniversite mezunu(4)	467	24,94±4,09		
Stres yönetimi	İlkokul mezunu ve altı(1)	59	18,35±3,14	0,050	_***
	Ortaokul mezunu(2)	56	17,83±3,31		
	Lise mezunu(3)	164	18,55±3,34		
	Üniversite mezunu(4)	467	18,91±3,34		
Toplam puan	İlkokul mezunu ve altı	59	121,77±16,58	0,099	
	Ortaokul mezunu	56	118,75±17,52		
	Lise mezunu	164	123,34±16,14		
	Üniversite mezunu	467	124,28±17,25		

*Kruskal-Wallis testi

**Dunn's testi

***Stres yönetimi alt bölümündeki fark; gruplar arası karşılaştırma da hangi gruptan kaynaklandığı saptanmamıştır (p>0,05).

Araştırmaya katılan öğrencilerin SYBD ölçek puanlarına göre okuduğu sınıf ve TSOY-32 ölçeğinin karşılaştırması Tablo 25'de gösterilmiştir.

Öğrencilerin okuduğu sınıf ile kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek alt ölçek puanları ve toplam puan arasında pozitif yönde, egzersiz ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 25).

Öğrencilerin TSOY-32 ölçek puanı ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi ve toplam puan arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okuduğu sınıf ve TSOY-32 Ölçeği ile SYBD Ölçeğinin Karşılaştırılması (1 Mayıs-30 Haziran 2019, Kırıkkale)

SYBDÖ(n=746)		Okuduğu sınıf	SOY ölçek puanı
Kendini gerçekleştirme	r**	0,160	0,333
	p*	<0,001	<0,001
Sağlık sorumluluğu	r**	0,037	0,263
	p*	0,307	<0,001
Egzersiz	r**	-0,072	0,075
	p*	0,048	0,041
Beslenme	r**	0,007	0,143
	p*	0,855	<0,001
Kişilerarası destek	r**	0,175	0,344
	p*	<0,001	<0,001
Stres yönetimi	r**	0,045	0,179
	p*	0,222	<0,001
Toplam puan	r**	0,081	0,305
	p*	0,027	<0,001

*Spearman Korelasyon Testi

**Korelasyon Katsayısı

5. TARTIŞMA

Araştırma, Kırıkkale ilinde bir tıp fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla 746 (%79,1) öğrencinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $21,86 \pm 2,19$ yıldır, yaş ortancası 22'dir (18-32). Öğrencilerin %62,5'i (n=466) kadın, %97,9'u (n=730) bekâr, %18,5'i (n=138) sigara kullanıyor, %8,4'ünün (n=63) kronik hastalığı mevcut, %1,2'sinin (n=9) annesi, %0,1'inin (n=1) babası okuryazar değildir.

Çalışmamızda öğrencilerin %18,5'i sigara içtiklerini ifade etmişlerdir. Yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde; Bozhüyük ve Özcan (90) Çukurova üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin katıldığı çalışmada sigara içenlerin oranını %21,1, Nacar ve arkadaşları (91) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin katıldığı çalışmada sigara içenlerin oranını %19,1 olarak saptamıştır. Oral'ın (92) 2018 yılında yaptığı çalışmada ise Erciyes üniversitesi öğrencilerinin sigara içme oranı %21,4 olarak bulunmuştur.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2012 yılında 15 yaş ve üzerinde yaptığı araştırmada Türkiye'de sigara içme sıklığı %27,0 olarak belirtilmiştir (93). Çalışmamızda elde edilen %18,5'lik sigara içme sıklığı Türkiye verilerine göre düşük olarak saptanmıştır. Sağlık eğitiminin verildiği tıp fakültesinde sigara kullanım oranının düşük olması sevindiricidir.

Kronik hastalıklar en önemli ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır. Ülkemiz de 30-70 yaş ölümlerin %87'si bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı erken ölüm (70 yaş altı) ihtimali %18'dir. Bu veriden anlaşılacağı gibi her beş yetişkinden yaklaşık birinin erken öldüğü anlamına gelmektedir (94).

Araştırmamızda kronik bir hastalığı olduğunu ifade edenlerin oranı %8,4'dür. Gömleksiz'in Elazığ'da (95) yaptığı benzer çalışmada kronik hastalık oranını %10,4, Bozhüyük ve Özcan'ın Adana'da (90) yaptığı çalışmada ise kronik hastalık oranı

%9,08'dir. Çalışmamızda öğrencilerin kronik hastalık oranı literatür verileri ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin annelerinin eğitim durumu incelendiğinde; lise ve üniversite mezunu olanlar, katılımcıların %63,5'idir. Annelerin %36,9'u üniversite mezunu, %1,2'si ise okuryazar değildir. Öğrencilerin babalarının eğitim düzeyi incelendiğinde; %62,6'sı üniversite mezunu, %22,0'ı lise mezunu %0,1'i okuryazar değildir. Şimşek ve arkadaşlarının İzmir'de (96) yaptığı çalışmada öğrencilerin annelerinin %40'ının üniversite mezunu olduğu, %26,5'inin ilköğretim ve altı, %2,3'ünün okuma yazma bilmediği saptanmıştır. Aynı çalışmada öğrencilerin babalarının %58,1'inin üniversite mezunu, %18,6'sının lise mezunu olduğu belirtilmiştir (96). Oral'ın Erciyes Üniversitesinde yapmış olduğu çalışmada ise öğrencilerin annelerinin %48,8'inin ilköğretim ve altı, %15,0'ının üniversite mezunu olduğu babalarının ise %32,4'ünün üniversite, %22,5'inin lise mezunu olduğu saptanmıştır (92). Çalışmamızın sonuçları benzer çalışmalarla paralellik göstermiştir. Çalışmamızda okuma yazma bilmeyenlerin oranının kadın cinsiyette daha fazla olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde 1997 yılında yapılan bir çalışmada kitap okuma alışkanlığın yeterli olmadığı belirtilmektedir. Bu çalışmaya göre 1965 yılında kitap okuma sıklığı %27 iken, 1980'de %5,7, 1990'da %2,5, 1997'de %3,5 olarak belirlenmiştir (97). Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerin % 9,7'si hiç kitap okumadığını, %66,5'i ara sıra okuduğunu, %23,9'u sıklıkla kitap okuduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda kitap okuma sıklığının daha yüksek olmasının nedeni katılımcıların üniversite öğrencisi olmasıdır.

“Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna çalışmaya katılanların %15,4'ü (n=115) kendi sağlığının çok iyi, %64,2'si (n=479) iyi, %18,8'i (n=140) orta/ne iyi ne kötü, %1,6'sı (n=12) kötü olarak değerlendirmiştir. Kendi sağlığını çok kötü olarak değerlendiren öğrenci saptanmamıştır. Şimşek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin %16,7'si kendi sağlığını çok iyi, %32,1'i iyi, %43,7'si orta olarak belirtmiştir (96). Türkiye İstatistik Kurumu'un Türkiye Sağlık Araştırması 2016 verilerine göre ülke genelinde algılanan sağlıkları çok iyi, ya da iyi olanların sıklığı %63,5 olarak belirtilmiştir (98). Çalışmamızda ise kendi sağlığını çok iyi ya da iyi olduğunu belirtenler, katılımcıların %79,6'sını oluşturmaktadır. Bizim

çalışmamızda kendi sağlığını çok iyi ya da iyi olduğunu belirtenlerin oranının yüksek olmasının nedeni katılımcıların genç olması ve kronik hastalıklarının az olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin %73,1'i düzenli egzersiz yaptıklarını, %26,9'u düzenli egzersiz yapmadıklarını belirtmişlerdir. Yalçınkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların %58,9'unun düzenli egzersiz yapmadığı belirtilmiştir (99). Ağar'ın yapmış olduğu çalışmada ise hemşirelik öğrencilerin %69,4'ü düzenli egzersiz yapmadığını, %28,6'sı düzenli egzersiz yaptığını ifade etmiştir (100). Çalışmamızda, literatür ile karşılaştırıldığında düzenli egzersiz yapanların oranı daha yüksektir.

Literatür incelendiğinde; sağlık okuryazarlığı düzeyini en geniş toplumsal kesit ile araştıran iki çalışma belirlenmiştir. Bu çalışmalar, ABD'de ve Avrupa Birliği ülkelerinde yürütülen çalışmalardır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı araştırmasına göre %12,4 yetersiz, %35,2 sorunlu, %36 yeterli, %16,5 mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanmıştır. Bu çalışmaya göre ülkeler arasında SOY düzeyleri arasında farklılık saptanmıştır. Bulgaristan (%26,9) ve Avusturya (%18,2) yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının en yüksek olduğu ülkelerdir. Yetersiz ve sorunlu/sınırlı kategorileri birlikte değerlendirildiğinde ise en yüksek sağlık okuryazarlığı sıklığının Bulgaristan'da olduğu (%62,1), bu ülkeyi Avusturya (%56,4) ve İspanya'nın (%58,3) izlediği belirlenmiştir (89). ABD Ulusal Erişkin Okuryazarlığı Çalışmasına göre %12 yeterli, %53 orta düzeyde, %22 temel düzeyde, %14 temel düzeyin altında sağlık okuryazarlığı olduğu belirtilmiştir (47).

Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye SOY araştırmasında, Türkiye toplumunun %24,5'inin yetersiz, %40,1'inin sorunlu-sınırlı, %27,8'inin yeterli ve %7,6'sının mükemmel SOY olduğu tespit edilmiştir (101). Okyay ve arkadaşlarının Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe uyarlaması çalışmasında, toplumumuzun %13,1'inin yetersiz, %39,6'sının sınırlı-sorunlu, %32,9'unun yeterli, %14,5'inin mükemmel düzeyde SOY'a sahip olduğu saptanmıştır (51). Ergün ve arkadaşlarının sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %25,9'unun yetersiz, %34,0'ünün sorunlu-sınırlı, %27,0'sinin yeterli ve %13,1'inin mükemmel SOY düzeylerine sahip olduklarını tespit edilmiştir (102). Kendir ve arkadaşlarının tıp

fakültesi ve hemşirelik fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin SOY düzeylerinin %63,6'sının yeterli, %36,4'ünün kısıtlı olduğunu saptanmıştır (103). Çalışmamızda öğrencilerin SOY düzeyleri %10,2'sinde yetersiz, %30,0'inde sorunlu-sınırlı, %33,0'inde yeterli, %26,8'inde mükemmel olarak saptanmıştır. Araştırmamızın sonuçları, sağlık eğitimi alan gönüllülerle yapılan çalışmalarının sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Ülkemizde yapılan Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmalarında (101, 104) Avrupa sağlık okuryazarlığı genel indeks puanları erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Literatürde, kadınların genel indeks puanlarının, erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olduğu birçok araştırma tespit edilmiştir (48, 102, 105-107). Dinçer ve arkadaşlarının (108), Okyay ve arkadaşlarının (51) yaptıkları çalışmalarda ise, cinsiyet ile SOY düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda ise, Dinçer ve Okyay'ın çalışmalarına benzer olarak cinsiyet ile SOY düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde; cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı düzeyi karşılaştırmalarının farklı sonuçları olması, kadın ya da erkek cinsiyet olması ile SOY düzeyleri arasındaki ilişkinin değişken özellikte olduğunu düşündürmektedir. Ülkemizde yapılan Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmalarında (101, 104) kadınların SOY düzeyinin erkeklere göre düşük olması, kadınların daha düşük okuryazarlık oranına ve eğitim seviyesine sahip olması ile açıklanabilir. Bizim çalışmamızda olduğu gibi kadın erkek katılımcıların eşit eğitim düzeyine sahip olduğu çalışmalarda ise cinsiyet ile SOY düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmaması bu sonuçları desteklemektedir.

Kaya ve arkadaşlarının (105) yaptığı çalışmada medeni durum ile SOY düzeylerini karşılaştırdığında, bekârların evlilere göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldığını saptamışlardır. Çimen ve arkadaşlarının (107) yaşlı bireylerde yaptıkları çalışmada, evlilerin SOY düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda ise evli olanların SOY düzeyleri anlamlı olarak daha yüksektir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin sınıfları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Birinci sınıfta okuyanların %43,5'i (n=57), 2. Sınıfta okuyanların %46,9'u (n=67), 3. Sınıfta okuyanların %54,1'i (n=60), 4. Sınıfta

okuyanların %63,9'u (n=85), 5. Sınıfta okuyanların %68,6'sı (n=81), 6. Sınıfta okuyanların %87,3'ü (n=96) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Öğrencilerin sınıf seviyesi yükseldikçe SOY düzeyi de artmaktadır. Topluma sağlık eğitimi vermesi gereken doktor ve sağlık çalışanlarının hasta ile daha iyi iletişim kurması, hastayı anlayabileceği dilde bilgilendirmesi, hasta ile işbirliği yapması, iletişimin hasta üzerindeki etkilerini değerlendirmesi gerekmektedir. Doktorların, sağlık okuryazarlığı ile ilgili problemleri tespit etmeleri ve sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalarla iletişim kurma yöntemlerini bilmeleri gerekmektedir. Bu nedenle çalışmamızda son sınıf öğrencilerinin %87,3'ünün yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına düzeyinde olması önemlidir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylerin sağlık bilgisinin ve sağlık düzeylerinin düşük olduğu, kronik hastalık yönetiminin kötü olduğu ve koruyucu hizmetlerin kullanımının düşük olduğu ve bunun mortaliteyi arttıran bir etmen olabileceği belirtilmektedir (109). Ergün (102), Çimen ve arkadaşlarının (107) yaptıkları çalışmalarda kronik hastalığı olmayanların SOY düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Kendir ve arkadaşları (103), Atay ve arkadaşları (106), Çaylan ve arkadaşları (110) ve Sezer'in (111) yaptıkları çalışmalarda ise kronik hastalık durumu ile SOY düzeyleri arasında anlamlı fark saptamadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda ise kronik hastalık durumu ile SOY düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun nedeni çalışmamızdaki gönüllü grubun genç yaşta, çoğunlukla kronik hastalığı olmayan ve sağlık eğitimi (tıp öğrencisi) alan öğrencilerden oluşması ile açıklanabilir.

Sigara kullanma durumu ile SOY düzeyleri karşılaştırıldığında Kendir ve arkadaşları (103), Atay ve arkadaşları (106) ve Çaylan ve arkadaşları (110) yaptıkları çalışmalarda SOY düzeyleri ile sigara kullanma alışkanlığı arasında ilişki saptamadıklarını belirtmişlerdir. Yunanistan'da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise sigara ile SOY düzeyleri arasında negatif yönlü ilişki tespit edilmiştir (112). Çalışmamızda ise sigara kullanma durumu ile SOY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Edirne ilinde Çaylan ve arkadaşları (110) 20 aile sağlığı merkezinde yaptıkları çalışmada kitap okumanın sağlık okuryazarlığını pozitif yönde etkilediğini

saptamışlardır. Atay ve arkadaşları (106) öğretmenler üzerinde yaptıkları çalışmada ise düzenli kitap okuma ile SOY düzeyleri arasında ilişki saptamadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda ise Atay ve arkadaşlarının (106) çalışmasına benzer şekilde kitap okuma sıklığı ile SOY düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun nedeni, çalışmamızdaki katılımcıların tıp fakültesindeki öğrencilerden oluşması ve kitap okuma sıklıklarının benzer olması ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Sağlığını çok iyi olarak değerlendiren öğrencilerin % 73,9'u (n=85), iyi olarak değerlendirenlerin % 60,1'i (n=288), orta/ne iyi ne kötü olarak değerlendirenlerin % 48,6'sı (n=68), kötü olarak değerlendirenlerin % 41,7'si (n=5) yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Sırbistan (113), Japonya (114) ve Hollanda'da (115) yapılan çalışmalar da sağlık okuryazarlığı ile algılanan sağlık arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar bize; sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olan bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili bilgi edinme ve mevcut sağlık durumlarını algılama oranlarının yüksek olduğunu düşündürmüştür.

Literatürdeki çalışmaları incelediğimizde; ülkemizdeki tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını araştıran çalışmaların çoğu tıp fakültesinin belirli sınıflarında okuyan öğrencileri araştırma kapsamına almıştır (90-92, 96, 116). Bizim çalışmamıza benzer olarak 1-6. sınıfların tümünü araştırmaya dâhil eden sadece Gömleksiz ve arkadaşlarının Elazığ Tıp Fakültesinde yaptığı çalışmadır (95).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin SYBD ölçeği puan ortalaması $123,46 \pm 17,01$ olarak bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınabilecek en üst puan 208'dir. Ülkemizde yapılan çalışmaları incelediğimizde; SYBD ölçeği puanı; tıp fakültesi öğrencilerinde $127,9 \pm 18,20$ (91), hemşirelik öğrencileri arasında yapılan çalışmada $130,69 \pm 19,22$ (117), sağlık bilimleri öğrencileri arasında yapılan çalışmada $124,30 \pm 17,92$ (90), hemşireler arasında yapılan çalışmada $125,62 \pm 19,40$ (118) olarak saptanmıştır. Yurt dışındaki aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde; hem Japonya'da hem de Meksika'da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada SYBD ölçeği puanı orta düzeyde bulunmuştur (119, 120). Hırvatistan'da tıp fakültesi

öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada SYBD ölçeği puanı orta düzeyde saptanmıştır (121). Çalışmamızın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda SYBD ölçeğinin alt grupları değerlendirildiğinde sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en yüksek ortalamaların sırasıyla kendini gerçekleştirme (manevi gelişim), kişilerarası destek, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve fiziksel aktivite (egzersiz) olduğu saptanmıştır. İran'da yapılan çalışmada fiziksel aktivite en düşük ortalamaya sahip olduğu belirtilmiştir (122). Amerika'da bir grup öğrenci arasında yapılan çalışmada ise en düşük puan ortalamaları sırasıyla; fiziksel aktivite, beslenme, sağlık sorumluluğu olarak saptanmıştır (123). Hırvatistan'da tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan benzer çalışmada en yüksek puan ortalaması kişilerarası ilişki ve manevi gelişim iken en düşük puan ortalaması sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivitedir (121). Tıp Fakültesi öğrencilerinin katılımı ile yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite alt boyutu puanlarının düşük olması bize, öğrencilerinin ders yoğunluğu nedeni ile düzenli fiziksel aktivite yapamadıklarını düşündürmüştür.

Çalışmamızda cinsiyete ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek alt ölçek puan ortalamaları kadınlarda, egzersiz alt ölçek puan ortalaması erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Elazığ ilinde yapılan benzer bir çalışmada cinsiyet ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yine aynı çalışmada erkek öğrencilerin egzersiz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının daha yüksek olduğu, kız öğrencilerin ise kişilerarası destek alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (95). Adana da üniversite öğrencileri arasında yapılan benzer çalışmada kişilerarası destek alt ölçeğinden kız öğrencilerin daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır (90). Erkek öğrencilerin egzersiz puanınının kız öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek olmasının nedenleri olarak; tıp fak öğrencileri tüm gün eğitim gördükleri için egzersiz programlarının akşam saatlerine kalması ve kız öğrencilerin akşam saatlerinde dışarıya çıkma konusunda kısıtlıklar yaşaması olabilir.

Öğrencilerin anne eğitim durumu ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Anne eğitim durumuna göre kişilerarası destek

alt bölümünde farklılık bulunmuştur. Anne eğitim düzeyi arttıkça kişilerarası destek alt bölümünde alınan ortalama puanın arttığı saptanmıştır. Yurt dışında yapılan benzer bir çalışmada da anne eğitim düzeyinin SYBD ve alt boyutlarını etkilemediği belirtilmiştir (124). Sağlık meslek lisesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada anne eğitim durumuna göre SYBD ölçeği puanının değişmediği bulunmuştur (125). Hemşirelik yüksekokulu öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada, anne eğitim düzeyi arttıkça sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır (86). Kayseri de yapılan bir çalışmada annesi üniversite mezunu olanların fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (92).

Öğrencilerin baba eğitim durumu ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Baba eğitim durumuna göre kişilerarası destek ve stres yönetimi alt bölümlerinde farklılık bulunmuştur. Baba eğitim düzeyi arttıkça kişilerarası destek ve stres yönetimi alt bölümlerinde alınan ortalama puanın arttığı saptanmıştır. Kars ilinde yapılan bir çalışmada baba eğitim düzeyine göre SYBD ölçeği ve alt boyutları puanının değişmediği belirtilmiştir (126). Üniversite öğrencilerinde yapılan benzer bir çalışmada baba eğitiminin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği saptanmıştır (64). Elazığ ilinde tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada baba eğitim düzeyinin SYBD etkilemediği tespit edilmiştir (95). Tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada ailenin eğitim durumu arttıkça SYBD puanının da arttığı saptanmıştır (127). Yurt dışında yapılan bir çalışmada anne-baba eğitiminin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediğini bildirmişlerdir (128). Çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde bu farklı sonuçların nedeni olarak; babanın diğer özellikleri, alışkanlıkları ve yaşanılan yer gibi birçok faktörün etkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirme dereceleri “çok iyi/iyi” yönünde yükseldikçe SYBD ölçeği toplamı ile alt bileşenlerinden kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır. Elazığ ilinde yapılan benzer çalışmada algılanan sağlık durumu iyi yönünde değiştikçe SYBD ölçeğinden de alınan puanların arttığı bulunmuştur (95). Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada sağlığı algılama durumları iyi yönünde ilerledikçe SYBD ölçeği puanlarının da arttığı tespit edilmiştir (129). Hemşirelik öğrencilerinde (1. ve 4.

sınıf) yapılan benzer bir çalışmada algılanan sağlık durumu iyi yönünde değişikçe SYBD ölçeğinden de alınan puanların arttığı saptanmıştır (130).

Katılımcıların sigara kullanma durumuna göre SYBD toplam ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Elazığ ilinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin sigara kullanma durumunun SYBD ölçeği toplam puanına etkisi bulunmamıştır ancak sigara kullanan öğrencilerde beslenme alt boyut puanının daha düşük olduğu bulunmuştur (95). Sigaranın sağlığa verdiği zararlar bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Sigara kullanıyor olmak kendi sağlığına gereken dikkati göstermemek bu konuda gereken sorumluluğu yerine getirmemektir. Bu sorumluluğun, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeyi hedefleyecek planlı bir eğitimle öğrencilere kazandırılması önerilir.

Çalışmamızda orta düzeyde fiziksel aktivite yaptığını ifade edenlerin yapmayanlara göre SYBD ölçeği puanı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan benzer bir çalışmada egzersiz yaptığını ifade edenlerin yapmayanlara göre SYBD ölçeği puanı, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (95). Yalçinkaya ve arkadaşları sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada ise egzersiz yaptığını söyleyenlerde SYBD toplam ve alt ölçekleri puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (99). Düzenli olarak yapılan egzersizin sağlık üzerindeki pozitif etkisi kaçınılmazdır. Çalışmamız sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kronik hastalık durumuna göre SYBD toplam ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Elazığ (95), İzmir (131) ve Sivas'taki (64) çalışmalarda da kronik hastalık olup olmaması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Öğrencilerin TSOY-32 ölçek puanı ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi ve SYBD toplam puan arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin SOY düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçim davranışları gösterme eğilimleri artmaktadır. Sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olan bireyler kendi

sağlıkları ile ilgili bilgi edinme ve herhangi bir sağlık sorunları yaşadıklarında kendi başlarına sorunlarını çözmeye, sağlığı geliştirmeye yönelik davranış değişikliği yapma konusunda daha aktiftir. Sağlık okuryazarlığı bireylerin mevcut sağlık durumlarını anlama ve tedavi süreçlerine katılıma, kronik hastalıkları yönetme, koruyucu hizmetlerden yararlanma kabiliyetlerini artırır. Böylece bireyler kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk almada daha güçlü hale gelir (34).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- ✓ Araştırmaya 746 (%79,1) öğrenci katılmıştır. Yaş ortalamaları $21,86 \pm 2,19$ yıldır. % 62,5'i (n=466) kadındır. % 97,9'u (n=730) bekârdır.
- ✓ Öğrencilerin % 18,5'i (n=138) sigara kullanmaktadır. Sigaranın zararlarının farkındalığı için eğitim programları oluşturulmalıdır.
- ✓ Katılımcıların % 8,4'ünün (n=63) kronik bir sağlık sorunu vardır.
- ✓ Araştırma kapsamındaki öğrencilerin % 1,2 'sinin (n=9) annesi, % 0,1 'inin (n=1) babası okuryazar değildir.
- ✓ Araştırmaya katılan öğrencilerin %15,4'ü (n=115) kendi sağlığının çok iyi, %64,2'si (n=479) iyi, %18,8'i (n=140) orta/ne iyi ne kötü, %1,6'sı (n=12) kötü olarak değerlendirmiştir. Kendi sağlığını çok kötü olarak değerlendiren öğrenci saptanmamıştır.
- ✓ Öğrencilerin %26,9'u (n=201) fiziksel aktivite yapmadığını, %47,8'i (n=356) haftada 1-2 kez, %18,5'i (n=138) haftada 3-4 kez, %6,8'i (n=51) haftada 5'den fazla yaptığını belirtmiştir.
- ✓ Araştırmaya katılan öğrencilerin %55,0'ı sağlıklı beslenmeye dikkat ettiğini % 45,0'ı dikkat etmediğini ifade etmiştir. Yeterli ve dengeli beslenme için öğrencilere ücretsiz sağlıklı beslenme olanaklarının sağlanması gereklidir.
- ✓ Katılımcıların %22,9'u (n=171) yemeğin tadına bakmadan tuz atmaktadır. Yüksek sodyum tüketimine yönelik bilgilendirici programlar verilmelidir.
- ✓ Araştırmaya katılanların %62,3'ü (n=465) beyaz ekmek, %24,3'ü (n=181) yulaf-çavdar-kepekli ekmek tükettiğini, %13,4'ü (n=100) ise ekmek tüketmediğini belirtmiştir.
- ✓ Öğrencilerin % 9,7'si (n=72) hiç kitap okumadığı, %66,4'ü (n=496) ara sıra okuduğunu, %23,9'ı (n=)178 sıklıkla kitap okuduğunu belirtmiştir.
- ✓ Araştırma kapsamındaki öğrencilerin % 27,9'u (n=208) ailesinde sağlık çalışanı olduğunu belirtmiştir.
- ✓ Araştırmada öğrencilerin %10,2'sinde yetersiz SOY, %30,0'ında sorunlusınırlı SOY, %33,0'ında yeterli SOY, %26,8'inde ise mükemmel SOY tespit edilmiştir. Yeterli-mükemmel SOY düzeyi %59,8'dir. Tıp fakültesi öğrencilerinin, sağlık okuryazarlık düzeyi bu gençlerin gelecekteki sağlık

davranışlarında ve geleceğin sağlık çalışanları olarak toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilmesinde önemlidir. Bu nedenle üniversite eğitimi son fırsat olarak düşünülmeli ve mezuniyet öncesi eğitim programında sağlık okuryazarlığı eğitimine yer verilmelidir.

- ✓ Öğrencilerin sınıf seviyesi yükseldikçe SOY düzeyi de artmaktadır. Sağlık eğitimi arttıkça pozitif yönde sağlık okuryazarlığı düzeyi artmaktadır. Bu da bize sağlık okuryazarlığında sağlık eğitimi ve sağlık iletişiminin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Adolesan yaşta düşük olan SOY düzeyinin, farklı müdahale çalışmaları ile yükseltilmesi, hem bireysel, hem de mesleki gelişim açısından önemlidir. Bu nedenle mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde sağlık eğitimi ve sağlık iletişimi eğitimlerine ağırlık verilmelidir.
- ✓ Araştırma kapsamındaki öğrencilerde, cinsiyet, sigara, kronik hastalık, orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu, sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumu, yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumu, tüketilen ekmek cinsi, ailesinde sağlık çalışanı olma durumu, kitap okuma sıklığı ve ebeveyn öğrenim durumu ile SOY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- ✓ Medeni durum, öğrenim görülen sınıf ve genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu ile SOY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin, kendi sağlıkları ile ilgili bilgi edinme ve mevcut sağlık durumlarını algılama oranları yüksektir.
- ✓ Öğrencilerin SYBD ölçeği puan ortalaması $123,46 \pm 17,01$ olarak bulunmuştur.
- ✓ Araştırmada sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en yüksek ortalamaların sırasıyla kendini gerçekleştirme (manevi gelişim), kişilerarası destek, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve fiziksel aktivite (egzersiz) olduğu saptanmıştır. Sağlığı geliştirici davranışlar ile ilgili eğitim programları, seminer, konferanslar düzenli olarak yapılmalıdır. Bu programlar tüm sınıflara ayırım yapılmadan verilmelidir.
- ✓ Cinsiyete göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır. Kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek alt ölçek puan ortalamaları kadınlarda, egzersiz alt ölçek puan ortalaması erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

- ✓ Araştırmada sigara ve kronik hastalık durumu ile SYBD toplam ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.
- ✓ Sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumuna göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları sağlıklı beslenmeye dikkat ettiğini söyleyenlerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.
- ✓ Yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumuna göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Beslenme alt ölçek puan ortalamaları yemeğin tadına bakmadan tuz atmadığını söyleyenlerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.
- ✓ Ailesinde sağlık çalışanı olma durumuna göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek alt ölçek puan ortalamaları ailesinde sağlık çalışanı olduğunu söyleyenlerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.
- ✓ Kitap okuma sıklığına göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu fark; sıklıkla okurum ve hiç okumam cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.
- ✓ Öğrencilerin genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumuna göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu fark; çok iyi/iyi ve kötü cevapları arasındaki farktan ve çok iyi/iyi ve orta/ne iyi ne kötü cevapları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.
- ✓ Orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumuna göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları orta düzeyde fiziksel aktivite yaptığını söyleyenlerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Öğrenciler, fiziksel aktivite yapmaları konusunda teşvik edilmeli ve bu konuda yeterli imkân ve süre sağlanmalıdır. Kız öğrencilerin spor alanları güvenli ve uygun hale getirilmeli ve öğrenciler spor yapmaları konusunda teşvik edilmelidir.

- ✓ Öğrencilerin ebeveyn öğrenim durumu ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.
- ✓ Öğrencilerin okuduğu sınıf ile kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek alt ölçek puanları ve toplam puan arasında pozitif yönde, egzersiz ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinin sınıfları yükseldikçe ders yoğunluğu ve kliniklerdeki sorumluluklarının artması nedeni ile egzersiz yapma olanakları azalmaktadır, öğrencilerin kendilerine uygun zamanlarda ve mekânlarda spor yapmalarına olanak sağlanmalıdır.
- ✓ Tıp Fakültesi öğrencilerin, SOY düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçim davranışları gösterme eğilimleri artmaktadır.

7. KAYNAKÇA

1. Simonds SK. Health Education as Social Policy. 1974;2(1_suppl):1-10.
2. Track 2: Health literacy and health behaviour: World Health Organization; 2009 [Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>].
3. Bilir N. Sağlık Okuryazarlığı/Health Literacy. Turkish Journal of Public Health. 2014;12(1):8.
4. Ozkan S, Dikmen AU, Tuzun H, Karakaya K. Prevalence and Determinates of Health Literacy in Turkey. European Journal of Public Health. 2016;26(1).
5. Esin MN. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul; 1997.
6. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 7 edition. Pearson; 2014:6–17.
7. Özbaşaran F, Çetinkaya A. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 7(3): 43-55.
8. Sartorius N. The meanings of health and its promotion. Croat Med J. 2006;47(4):662-4.
9. Sağlık Bakanlığı. Sağlık teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Anıl Matbaacılık, Ankara. 2011.
10. Türk Dil Kurumu. (Erişim) <https://sozluk.gov.tr>, 04.09.2019.
11. Kellner D. New technologies/new literacies: Reconstructing education for the new millennium. International Journal of Technology and Design Education. 2001;11(1):67-81.
12. Kress G. Literacy in the new media age: Psychology Press; 2003.
13. Güneş F, Öğretimi O-Y, Teknolojisi B. Ocak Yayınları. Ankara; 1997.

14. (UNESCO) UNESACO. The Global Literacy Challenge, A profile of youth and adult literacy at the mid-point of the United Nations Literacy Decade 2003 – 2012., 2008.
15. Unesco. Education for All Global Monitoring Report 2006.
16. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating health: The role of health literacy: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK; 2005.
17. World Health Organization. Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. Health Promotion Glossary. Geneva, 1998. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20-Glossary%201998>. (Erişim) 04.09.2019.
18. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Jama*. 1999;281(6):552-7.
19. Erkoç Y. Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011. 10 p.
20. Sorensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
21. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it?. *Journal of health communication*, 2010;15(2); 9-19.
22. Mitchell B, Begoray D. Electronic personal health records that promote selfmanagement in chronic illness. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2010;15(3):1B-10B.
23. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC family practice*. 2013;14(1):40.
24. Bilgel N, Sarkut P, Bilgel H, Ozcakir A. Functional health literacy in a group of Turkish patients: A pilot study. *Cogent Social Sciences*. 2017;3(1):1287832.

25. Chinn D. Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social science & medicine*. 2011;73(1):60-7.
26. Akın L, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Yayınları 2006.
27. Health literacy program. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/amafoundation/our-programs/public-health/health-literacy-program.page>, (Erişim), 04.09.2019.
28. Services H. Healthy people 2010: Understanding and improving health: Bernan Assoc; 2000.
29. Uğurlu Z. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2011.
30. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016;10(1).
31. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2013;10(1):72-8.
32. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. 2009;36(5):446-51.
33. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health behaviour. *World Health Organization*. 2009.
34. Tözün M, Sözmen MK. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2014;2:48-54.
35. Institute of Medicine. Health Literacy: A prescription to end confusion. Washington D.C. National Academies Press 2004.
36. Deniz S. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*. 2013;73-92.
37. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Açısından Önemi. *TAF/Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(1):69-74.

38. DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*. 2009;124(Supplement 3):S265-S74.
39. Kobayashi L, Wardle J, von Wagner C. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive medicine* 2014; 61: 100-5.
40. Davis TC, Arnold C, Berkel HJ, Nandy I, Jackson RH, Glass J. Knowledge and attitude on screening mammography among low-literate, low-income women. *Cancer*, 1996;78(9):1912-20.
41. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health*. 2009;54(5):313.
42. Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A. (2008). Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 723-726.
43. Davis T, Long SW, JacksonRH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PWet al. Practical Assessment of Adult Literacy in Health Care, *Health Education andBehavior* 1998; 25(5): 613-24.
44. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*, 2002;288(4):475-82.
45. Health Literacy- A prescription to end confusion. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10883, (Erişim) 06.09.2019.
46. UNDP. (2012). <http://www.tr.undp.org/content/turkey/en/home/countryinfo> (Erişim) 10.09.2019.
47. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCEES 2006-483. National Center for Education Statistics. 2006.
48. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. 2015;25(6):1053-8.

49. Saranjit S, Lennard L. Health literacy: being able to make the most of health: National Consumer Council; 2004.
50. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım H, Demiray-Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2014 (1).
51. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR) Mayıs. 2016:24-41.
52. Sezer A, Kadioğlu H, Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 17:3.
53. Smith S KM. Health Literacy: a Brief Literature Review. Health Literacy Brief. 2010;3:1-30.
54. Bass S, Wolak C, Mora Rovito G, Gordon T, Ward L. Use of REALM-R vs. S-TOFHLA in an urban African American clinic population to assess health literacy: Practical implications. 2010.
55. Baker, DW. The meaning and measure of health literacy. Journal of General Internal Medicine, 2006; 21: 878–83.
56. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. BMC Family Practice, 2006;7: 21.
57. Maniaci MJ, Heckman MG, Dawson NL. Functional health literacy and understanding of medications at discharge. Mayo Clinic Proceeding, 2008; 85: 554-58.
58. Porche DJ. Public and Community Health Nursing Practice: A Population-Based Approach. SAGE 2004:10–14.
59. Stanhope M, Lancaster J. Public Health Nursing - Revised Reprint: PopulationCentered Health Care in the Community. Elsevier Health Sciences 2013:260– 267.
60. Fair, Fair SE. Wellness and Physical Therapy. Jones & Bartlett Publishers 2010:5–6.

61. Ministry of Health of the Czech Republic 2014, Health 2020 – National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention, First edition Prague 2014.
62. Öztürk Y, Günay O. Halk Sağlığı Genel Bilgiler (17-22)Erciyes Üniv. 2010.
63. World Health Organization, What is health promotion? <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/> (Erişim) 17.09.2019.
64. Yıldırım N. Üniversite öğrencilerinin bazı sosyodemografik özelliklerinin bazı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Yüksek lisans tezi. Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık bilimleri enstitüsü hemşirelik programı. Sivas, 2005.
65. Bahar Z. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı, DEUHYO ED 2014,7 (1), 59-67).
66. Özvarış ŞB. Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları2011, Ankara, Sayfa 30.
67. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2004:10-24.
68. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017), 3. Baskı, Ankara: 2013.
69. Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik; Ankara 2015(1):15-35.
70. Oşar Z. Beslenme ve metabolizmada temel kavramlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme Sempozyum Dizisi, 2004; 41: 13-17.
71. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Sağlık Bakanlığı. 1. Baskı, Ankara: Anıl Matbaacılık, 2014: 40-75.
72. World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> (Erişim) 18.09.2019.
73. Ünal B., Ergör G. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması , Ankara 2013.

74. Aydın Ş, Örnek AŞ. Kriz ve Stres Yönetimi. 2. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık, 2008: Stres yönetimi, stresin kavramsal boyutu.
75. Balcıoğlu İ. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğ itimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:47, 2005.
76. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve başa çıkma yolları. Remzi Kitabevi, İstanbul, 2012.
77. Lazarus R, Stresle Baş Çıkma, Olumlu Bir Yaklaşım. Çeviren: Şahin NH, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları 1998; s.58-63.
78. Şahin N. Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım. 3.Basım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1998.
79. Battorf JL, Johnson JL. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nursing Research, 1996; 45(1): 30-36.
80. Reisman JM. A History of Clinical Psychology. Taylor & Francis; 1991:194.
81. Açıkgöz KÜ. Maslow'un Gereksinim Kuramı: Etkili Öğrenme ve Öğretme. Kanyılmaz Matbaası, İzmir, 1996; 193-201.
82. Pender et al. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook, 1992; 40(3).
83. Velioglu, P., Pektekin, Ç., Şanlı, T. (1991). Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Ders Kitapları, Yayın No: 102/HKİ.
84. Aydın A, Hiçdurmaz D, Kişilerarası Duyarlılık ve Hemşirelik. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2016;7(1):45-49.
85. House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and Processes of Social Support. Annual Review of Sociology 1988;14:293-318.
86. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 9(2): 26-34.
87. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. Nurs Res 1987; 36: 76-81.

88. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 12 (1), 1- 13.
89. Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States: HLSEU Consortium; 2012.
90. Bozhüyük A, Özcan S. Çukurova üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2016; 41(4): 664-674.
91. Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantas D, Ozer A, Coskun O, et al. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. APJCP 2014; 15: 8969-8974.
92. Oral B. Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2018.
93. Türkiye İstatistik Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. 10.12.2019. (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1042).
94. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017/2025). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2017.
95. Gömleksiz M. Tıp Fakültesi Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2019.
96. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, et al. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 26(3): 151-157.
97. Yılmaz, Bülent, Eda Köse, and Şelale Korkut. "Hacettepe Üniversitesi ve Bilkent Üniversitesi öğrencilerinin okuma alışkanlıkları üzerine bir araştırma." Türk Kütüphaneciliği 23.1 (2009): 22-51.
98. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016.

99. Yalçınkaya M, Gök Özer F, Yavuz Karamanoğlu A. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(6): 409-420.
100. Ağar A. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, 2017.
101. Tanrıöver M, Yıldırım H, Ready N, Çakır B, Akalın E. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık-Sen Yayınları Aralık. 2014.
102. Ergün S. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı. Kocaeli Tıp Dergisi. 2017;6(3):1-6.
103. Çopurlar CK, Akkaya K, Arslantaş İ, Kartal M. Health Literacy of Students Who Applied to Medical and Nursing Faculty in Dokuz Eylul University. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2017;11(3):144-51.
104. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health education research. 2010;25(3):464-77.
105. Kaya ŞD, Uludağ A. Relationship between the health and media literacy-sağlık ve medya okuryazarlık arasındaki ilişki. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;9(22):194-206.
106. Atay E, Göktaş S, Emiral GÖ, Dağtekin G, Zencirci SA, Aygar H, et al. The health literacy level and eating behaviours of the teachers working at the city center of Eskisehir Turkey. International Journal of Research in Medical Sciences. 2017;6(1):27-34.
107. Temel AB, Çimen Z. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algisi ve ilişkili faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.33(3):105-25.
108. Dinçer A, Kurşun Ş. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi. STED 2017;26(1):20-6.

109. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health*. 2002;92(8):1278-83.
110. Caylan A, Yayla K, Oztora S, Dagdeviren HN. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomedical Research*. 2017;28(15).
111. Sezer A. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
112. Vozikis A, Drivas K, Milioris K. Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of Public Health*. 2014;72(1):15.
113. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J, Kocev N. Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. *Int J Public Health*. 2011;56(2):201-7.
114. Furuya Y, Kondo N, Yamagata Z, Hashimoto H. Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promot Int*. 2015;30(3):505-13.
115. van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *J Health Commun*. 2013;18 Suppl 1:172-84.
116. Derin Kuşdemir C. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, 2015.
117. Özveren H, Doğan Yılmaz E. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile egzersiz davranışlarının incelenmesi. *International Journal of Human Sciences* 2018; 15(3): 1505-1518.
118. Bostan N, Beşer A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2017; 14(1): 38-44.

119. Wei CN, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environmental Health and Preventive Medicine* 2012; 17: 222–227.
120. Ulla Dı´Ez SM, Pe´ Rez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promotion International* 2009; 25(1): 85-93.
121. Mašina1 T, Madžar T, Musil V, Milošević M. Differences in health promoting lifestyle profile among croatian medical students according to gender and year of study. *Acta Clinica Croatica* 2017; 56: 84-91.
122. Farokhzadian J, Karami A, Azizzadeh Forouzi M. Health promoting behaviors in nursing students: is it related to self-efficacy for health practices and academic achievement?. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 2018; 20: 1-10.
123. Donna M. Kazemi A, Maureen J. Levine B, Jacek Dmochowski C, K. Roger Van Horn D, Li Qi. Health behaviors of mandated and voluntary students in a motivational intervention program. *Preventive Medicine Reports* 2015; 2: 423-428.
124. Alkhalwaldeh O. Health promoting lifestyles of Jordanian University students. *International Journal of Advanced Nursing Studies* 2013; 3(1): 27-31.
125. Bulut A, Bulut A, Erçim E. Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *FNG & Bilim Tıp Dergisi* 2016; 2(2): 105-112.
126. Bozlar V. *Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Beden Kitle İndeksi ve Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Kars: Kafkas Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilim dalı. 2016.*
127. The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Europe. *Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, 2002.*
128. Lusk SL, Kerr MJ, Ronis DV. Health-promoting lifestyles of blue-collar, skilled trade and white-collar workers. *Nursing Research* 1995; 44: 20-24.

129. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(3): 17-26.

130. Karahmetoğlu UG, Soğuksu S, Softa HK. Hemşirelik 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2014; 2(2): 26–42.

131. Zaybak A, Fadıoğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 20(1): 77-95.



EK 1. ANKET FORMU

<p>1) Cinsiyet:</p> <p>1)Kadın 2)Erkek</p> <p>2) Yaş:</p> <p>3) Medeni Durum:</p> <p>1)Evli 2)Bekar</p> <p>4) Kaçınıcı sınıftasınız?</p> <p>1)Dönem 1 4)Dönem 4</p> <p>2)Dönem 2 5)Dönem 5</p> <p>3)Dönem 3 6)Dönem 6</p> <p>5) Sigara kullanıyor musunuz?</p> <p>1)Evet, kullanıyorum 2)Hayır, kullanmıyorum</p> <p>6) Kronik bir hastalığınız var mı?</p> <p>1) Yok 2) Var</p> <p>7) Kronik hastalığınız varsa hangi hastalığa/hastalıklara sahipsiniz?</p> <p>1.Kalp-Damar (Hipertansiyon, Aterosklerotik Kalp Hastalığı, Geçirilmiş MI vb)</p> <p>2.Diyabet</p> <p>3.Solunum sistemi hastalıkları (KOA-H-Astım)</p> <p>4.Diğer</p> <p>5.Kronik hastalığım yok</p> <p>8) Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?</p> <p>1)Çok İyi</p> <p>2)İyi</p> <p>3)Orta/ne iyi ne kötü</p> <p>4)Kötü</p> <p>5)Çok Kötü</p>	<p>9) Orta düzeyde fiziksel aktivite (yürüyüş vs.) yapar mısınız?</p> <p>1)Yapmıyorum</p> <p>2)Haftada 1-2 kez</p> <p>3)Haftada 3-4 kez</p> <p>4)Haftada 5'den fazla</p> <p>10) Sağlıklı beslenmeye dikkat eder misiniz?</p> <p>1) Evet</p> <p>2) Hayır</p> <p>11) Yemeğin tadına bakmadan tuz atar mısınız?</p> <p>1) Evet</p> <p>2) Hayır</p> <p>12) Hangi ekmeği tüketir siziz?</p> <p>1) Beyaz ekme</p> <p>2) Yulaf-çavdar-kepekli ekme</p> <p>3) Hayır, ekme tüketmiyorum</p> <p>13) Ailenizde (anne,baba,kardeş) sağlık çalışanı var mıdır?</p> <p>1) Evet</p> <p>2) Hayır</p> <p>14) Kitap okuma sıklığınız nedir?</p> <p>1) Hiç okumam</p> <p>2) Ara sıra</p> <p>3) Sıklıkla</p> <p>15) Ebeveyn öğrenim durumu:</p> <table><thead><tr><th>ANNE</th><th>BABA</th></tr></thead><tbody><tr><td>1) Okur-yazar değil</td><td>1) Okur-yazar değil</td></tr><tr><td>2) İlkokul mezunu</td><td>2) İlkokul mezunu</td></tr><tr><td>3) Ortaokul mezunu</td><td>3) Ortaokul mezunu</td></tr><tr><td>4) Lise mezunu</td><td>4) Lise mezunu</td></tr><tr><td>5) Üniversite mezunu</td><td>5) Üniversite mezunu</td></tr></tbody></table>	ANNE	BABA	1) Okur-yazar değil	1) Okur-yazar değil	2) İlkokul mezunu	2) İlkokul mezunu	3) Ortaokul mezunu	3) Ortaokul mezunu	4) Lise mezunu	4) Lise mezunu	5) Üniversite mezunu	5) Üniversite mezunu
ANNE	BABA												
1) Okur-yazar değil	1) Okur-yazar değil												
2) İlkokul mezunu	2) İlkokul mezunu												
3) Ortaokul mezunu	3) Ortaokul mezunu												
4) Lise mezunu	4) Lise mezunu												
5) Üniversite mezunu	5) Üniversite mezunu												

EK 2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğini düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK 3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

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

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

EK 4. ETİK KURUL KARARI

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:06.03.2019
Toplantı Sayısı: 19/05
Karar No: 2019.03.01

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu 06.03.2019 Çarşamba günü saat 10:30'da Prof.Dr. Berkant ÖZPOLAT başkanlığında toplanarak gündemdeki Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı . Prof. Dr. Meral SAYGUN'un "Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" isimli başvurusunu görüştü.

KARAR:

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı . Prof. Dr. Meral SAYGUN'un "Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" isimli başvurusu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilmiş olan Etik ilkelere uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Berkant ÖZPOLAT
Başkan

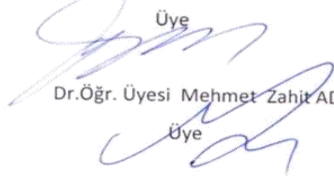
Prof.Dr. Ali Ahmet DOĞAN
Üye


Dr.Öğr. Üyesi Funda ERDUGAN
Üye

(Katılmadı)
Prof.Dr. Murat DEMİRBAŞ
Üye

Dr.Öğr. Üyesi Oktay AYDIN
Üye

Prof.Dr. Teoman Zafer APAN
Üye


Dr.Öğr. Üyesi Mehmet Zahit ADIŞEN
Üye


Doç.Dr. Meral SERTEL
Üye

EK 5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı, bizler "Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi " isimli araştırmayı yürütmekte olan araştırmacılar olarak sizi araştırmamız konusunda bilgilendirmek istiyoruz. Siz bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu bilimsel bir çalışmadır. Bu çalışma sırasında herhangi bir ilaç kullanılmayacaktır.

Bu araştırmanın amacı; tıp fakültesi öğrencilerinde sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesidir. Araştırmaya katılmasını beklediğimiz tahmini gönüllü sayısı 888 kişidir.

Elde edilen bilgilerin ve sağlık kayıtlarınızın sizin onayınız olmadan, kimlik bilgilerinizi açığa çıkaracak şekilde üçüncü kişilerle paylaşılmasına izin verilmeyecektir. Bununla birlikte, araştırmadan elde edilen kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırmanın size kesinlikle maddi bir yükü olmayacaktır. Tekrar belirtmek isteriz ki, bu çalışma sırasında size ait elde edilmiş tüm bilgi gizli kalacaktır. Yine hemen belirtmeliyiz ki; bu bilgiyi sizin dışınızda birisi ile paylaşmamız sadece sizin izninizle olacaktır.

Çalışmaya katılan kişilerin çalışma ile ilgili daha ayrıntılı bilgi istemesi durumunda temas kuracağı kişi KÜTF Halk Sağlığı AD. da görevli olan Prof. Dr Meral Saygun ve Araştırma Görevlisi Dr. Mustafa Tatar'dır .

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Dr. Meral Saygun ve Dr. Mustafa Tatar tarafından KÜTF Halk Sağlığı AD.'da tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Meral Saygun ve Dr. Mustafa Tatar'ı KÜTF Halk Sağlığı AD, 0318 4444071/5788 'den arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. **Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.**

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı: Dr. Mustafa Tatar

Adres: KÜTF Halk Sağlığı AD.

Tel: 05059153660

İmza