



T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEKLİSANS PROGRAMI

DAHİLİYE POLİKLİNİĞİNE GELEN HASTALARIN SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI VE COVID-19 FARKINDALIĞI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Burhan AKBAŞ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ

Temmuz, 2022



T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEKLİSANS PROGRAMI

DAHİLİYE POLİKLİNİĞİNE GELEN HASTALARIN SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI VE COVID-19 FARKINDALIĞI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Burhan AKBAŞ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ

Temmuz, 2022

Anabilim Dalı : Hemşirelik
Program : Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans
Öğrencinin;
Adı ve Soyadı : Burhan AKBAŞ
Öğrenci No : 191108029
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Burhan AKBAŞ tarafından hazırlanan "Dahiliye Polikliniğine Gelen Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ve Covid-19 Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışması jüri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 06 /07 /2022

Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ	Biruni Üniversitesi	
Doç. Dr. Selmin KÖSE	Biruni Üniversitesi	
Doç. Dr. Hasan TABAK	Aksaray Üniversitesi	

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Leman ŞENTURAN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Burhan AKBAŞ



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgisini, deneyimini ve vaktini benden esirgemeyen kıymetli tez danışmanım **Dr. Öğr. Üyesi. Ayşe YILDIZ**'a, hayatımın her anında en büyük destekçim olan babam **Ramazan AKBAŞ**'a, annem **Yaőariye AKBAŞ**'a ve tüm aileme, çalışmama destek veren **Doç.Dr. Hasan TABAK**'a, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Burhan AKBAŞ



İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

İÇ KAPAK	
ONAY SAYFASI	
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGE/SEMBOL KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
TÜRKÇE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELEr.....	x
İNGİLİZCE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELEr.....	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLEr	4
2.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Önemi.....	4
2.2. Sağlık Okuryazarlığı Boyutları	8
2.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	9
2.4. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları	12
2.5. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı.....	13
2.6. COVID-19 Hastalığı.....	14
2.7. COVID-19 Epidemiyolojisi	16
2.8. COVID-19 ve Kaygı	18
2.9. COVID-19 Pandemi Farkındalığı ve Alınan Önlemler.....	19
2.10. Türkiye’de COVID-19	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Arştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	24
3.5. Araştırma Soruları	24
3.6. Veri Toplama Araçları.....	24
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	25
3.6.2. Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği (KFÖ).....	25
3.6.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ)	26

3.7. Araştırmanın Etik Yönü	26
3.8. Veri Toplama Yöntemi.....	27
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.10. Verilerin Analizi.....	27
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
5.1. Tartışma.....	71
5.2. Sonuç ve Öneriler	74
6. KAYNAKLAR	77
7.EKLER.....	91
EK 1 Etik Kurul İzin Yazısı.....	91
EK 2 Kişisel Bilgi Formu.....	92
EK 3 Covid-19 Farkındalık Ölçeği.....	93
EK 4 Sağlık Okuryazarlık Ölçeği.....	94
EK 5 Covid-19 Farkındalık ve Sağlık Okuryazarlık Ölçek kullanım izni.....	95
EK 6 Gediz Devlet Hastanesi İzin Yazısı.....	96
Ek 7 Gönüllü Olur Formu.....	97
8.ÖZGEÇMİŞ.....	98
9.İNTİHAL RAPORU.....	99

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

Covid-19: Koronavirüs Hastalığı

RNA: Ribonükleik asid

KF-BTF: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı

KF-GGTF: Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı

KF-HTF: Hijyen Tedbiri Farkındalığı

SOY-BE: Bilgiye Erişim

SOY-BA: Bilgileri Anlama

SOY-DEĞER: Değer Biçme/Değerlendirme

SOY-UYG: Uygulama/Kullanma



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 2.1.	Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler	11
Tablo 2.2.	Avrupa-Türkiye Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri	14
Tablo 4.1.	Katılımcıların Demografik Özellikleri (N: 405).....	30
Tablo 4.2.	Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği ve Alt Boyut Puan ortalamaları	32
Tablo 4.3.	Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 4.4.	Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.5.	Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.6.	Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.7.	Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.8.	Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Aylık Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması	39
Tablo 4.9.	Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Genel Sağlık Durumuna Göre Karşılaştırılması	40
Tablo 4.10.	Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.11.	Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Sigara Kullanım Durumuna Göre Karşılaştırılması	43
Tablo 4.12.	Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Alkol Kullanım Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.13.	Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Sağlıkları İle İlgili Konularda İnternete Bakma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.14.	Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Aşı Durumuna Göre Karşılaştırılması	46
Tablo 4.15.	Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamaları	48

Tablo 4.16. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 4.17. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Karşılaştırılması	50
Tablo 4.18. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Yaş Göre Karşılaştırılması	52
Tablo 4.19. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 4.20. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	58
Tablo 4.21. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Aylık Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması	59
Tablo 4.22. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan ortalamalarının Aylık Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması	60
Tablo 4.23. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Genel Sağlık Durumuna Göre Karşılaştırılması	61
Tablo 4.24. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması	64
Tablo 4.25. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Sigara Kullanım Durumuna Göre Karşılaştırılması	65
Tablo 4.26. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Alkol Kullanım Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular	66
Tablo 4.27. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Sağlıkları İle İlgili Konularda İnternete Bakma Durumuna Göre Karşılaştırılması ..	67
Tablo 4.28. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Aşı Durumuna Göre Karşılaştırılması	68
Tablo 4.29. Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	69

TÜRKÇE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELER

Akbaş, B. (2022), Dahiliye Polikliniğine Gelen Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ve Covid-19 Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Bu araştırma, bir hastanenin dahiliye polikliniğine gelen hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin, COVID-19 farkındalığı ve bazı sağlık davranışları ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte olup, örneklemini bir devlet hastanesi dahiliye polikliniğine Aralık 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında gelen 405 hasta oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanması amacıyla *Kişisel Bilgi Formu*, *Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği* ve *Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği* olmak üzere 3 farklı ölçme aracı kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde dağılım ve ortalama değerleri için; T-Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA), Brown-Forsythe, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Araştırmada katılımcıların yaş ortalaması 45.93 yıl olarak hesaplanmıştır. Bu katılımcıların 218'i kadın (% = 53.8), 187'si ise erkek (% = 46.2) yetişkinlerdir. Katılımcıların oldukça önemli bir çoğunluğu (% = 68.4) 3 doz Koronavirüs (Covid-19) aşısı yaptıran yetişkin bireylerdir. Katılımcıların “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*” düzeylerinin “*Bilgiye Erişim*” ($r = .26, p < .01$) ve “*Bilgileri Anlama*” ($r = .23, p < .01$) okuryazarlığı ile düşük bununla birlikte “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ($r = .31, p < .01$) ve “*Uygulama/Kullanma*” ($r = .32, p < .01$) okuryazarlığı ile ise orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı biçimde ilişkili olduğu, Katılımcıların “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” düzeylerinin “*Uygulama/Kullanma*” ($r = .28, p < .01$) okuryazarlığı ile düşük bununla birlikte “*Bilgiye Erişim*” ($r = .46, p < .01$), “*Bilgileri Anlama*” ($r = .46, p < .01$) ve “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ($r = .44, p < .01$) okuryazarlığı ile ise orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı biçimde ilişkili olduğu, araştırmanın katılımcıların “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” düzeylerinin ise “*Bilgiye Erişim*” ($r = .27, p < .01$), “*Bilgileri Anlama*” ($r = .22, p < .01$), “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ($r = .24, p < .01$) ve “*Uygulama/Kullanma*” ($r = .23, p < .01$) okuryazarlığı ile düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı biçimde ilişkili olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, COVID-19 farkındalığı, pandemi

İNGİLİZCE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELER

Akbaş, B. (2022), Evaluation of the Relationship Between Health Literacy and Covid-19 Awareness of Patients Visiting the Internal Medicine Outpatient Clinic. Master Thesis, Biruni University Graduate Education Institute, İstanbul.

This research was carried out to evaluate the relationship between the level of health literacy, awareness of COVID-19 and some health behaviors of patients who came to the internal medicine outpatient clinic of a hospital. The study was descriptive and cross-sectional, and its sample consisted of 405 patients who came to the internal medicine outpatient clinic of a state hospital between December 2021 and January 2022. In order to collect research data, 3 different measurement tools were used: Personal Information Form, Coronavirus (Covid-19) Awareness Scale and Health Literacy Scale. For the distribution and mean values in the analysis of the research data; T-Test, One-Way Analysis of Variance (One-Way ANOVA), Brown-Forsythe, Pearson Product-Moment Correlation Analysis were used. The average age of the participants in the study was calculated as 45.93 years. Of these participants, 218 (= 53.8%) were female and 187 (= 46.2%) were male (= 46.2%) adults. The "Contagion Prevention Awareness" levels of the participants were low with "Access to Information" ($r = .26, p < .01$) and "Information Understanding" ($r = .23, p < .01$) literacy levels, however, "Valuation/Evaluation" ($r = .31, p < .01$) and "Practicing/Using" ($r = .32, p < .01$) literacy, on the other hand, it was moderately and positively correlated with the "Awareness of Following Current Developments" of the Participants. "Accessing/Using" ($r = .28, p < .01$) literacy, however, "Accessing Information" ($r = .46, p < .01$), "Understanding Information" ($r = .46, p < .01$) and "Assessment/Evaluation" ($r = .44, p < .01$) literacy, on the other hand, moderately and positively correlated with the literacy, "Hygiene Precaution Awareness" levels of the participants of the study were "Access to Information" ($r = .27, p < .01$), "Understanding Information" ($r = .22, p < .01$), "Appraisal/Evaluation" ($r = .24, p < .01$), and "Application/Use" ($r = .23, p < .01$) with low level of literacy and exposure. It can be said that there is a significant correlation in the positive direction.

Keywords: Health literacy, COVID-19 awareness, pandemic

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Geçmişten günümüze kadar pek çok tanımı yapılmış olan okuryazarlık kavramı en genel ifadeyle herhangi bir alfabedeki yazılı metinleri okuyup yazabilme şeklinde tanımlanmaktadır. Okuryazarlık çok boyutlu bir yapıya sahip olup, bilişsel becerilerin yanı sıra aynı zamanda sosyal yönleri de bulunan bir kavramdır (Mancuso, 2008).

Sağlık okuryazarlığı sağlıklı davranışları, ilaçların doğru kullanımını, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacağını bilmeyi, aydınlatılmış onam formunu anlama ve onaylayabilmeyi, öz bakım ve hastalığın yönetimi hakkında karar verebilmeyi, evdeki tıbbi cihazları doğru kullanma becerilerini kapsar (Yılmaz ve Tiraki, 2016). Sağlık sisteminde bireylerin değişen ve artan bilgileri eleştirel bir biçimde anlaması, kullanması ve sağlık kararları verebilmesini sağlamak için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gerekmektedir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

Sağlık okuryazarlığının; demografik özelliklerden, kültürel farklılıklardan, psikososyal faktörlerden, kişinin okuryazarlık seviyesinden, kronik hastalık varlığından etkilendiği literatürde belirtilmiştir (Sørensen ve ark 2012). Okuryazarlık düzeyiyle, sağlık okuryazarlığı düzeyi her zaman doğru orantılı olmamaktadır, okuryazarlık düzeyi yüksek olanların sağlık okuryazarlığı düşük olabilmektedir, bunun tersi de mümkündür bu durum yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir (Egbert, 2009). Sağlık okuryazarlığı seviyesini etkileyen bir diğer faktörde sağlıklı bir şekilde iletişim kurabilmektir. Bireylere uygulanan tedavilerin bireylerin eğitim seviyelerine göre ve onların anlayabileceği şekilde ilaçların ne şekilde kullanılması gerektiği anlatıldığında hasta ve sağlık personeli arasında doğru bir iletişim kurulmuş olacaktır (Sezgin, 2014).

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesiyle, daha sağlıklı insan dolayısıyla daha sağlıklı topluma erişilebileceği düşünülmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek kişinin sağlığıyla ilgili daha iyi seçimler yapması, yaşam tarzını daha sağlıklı hale getirmesi ve sağlığın çevresel belirleyicileri olan sosyal, kültürel, ekonomik faktörlerin farkında olması beklenir. Toplumdaki bireylerin her birinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması ilk başta toplumsal iyileşmelere ve devamında dünyada sağlığın iyileşmesine katkıda bulunacaktır (Hernandez, 2013).

Aralık 2019'da Çin'in Hubei eyaletinin başkenti Wuhan şehrinde yeni bir bulaşıcı hastalığın ilk vakaları teşhis edildi. Kısa bir süre içinde vakalar katlanarak

milyonlarca insanı enfekte eden bir salgına dönüştü ve ilk 6 ayda küresel ölüm sayısı 500.000'den fazla oldu (Pitlik, 2020). Covid-19 insanların yaşamlarında olumsuz etkiye sebep olduğu gibi virüsün belirsizlik barındırması kaygıya neden olabilmektedir. Virüsün yayılımı ve bireyden bireye bulaşması insanlar arası etkileşim üzerine de korku ve baskı oluşturmaya neden olmuştur. Kaygı, genellikle tehdit oluşturan sebebin iyi anlaşılması, ortaya çıkış sebebinde belirsizlik olduğu durumlarda ve bireyin stresin başlangıcı ile sonlandırması üzerinde kontrole sahip olmadığı veya çok az kontrole sahip olduğunu hissettikleri durumlarda belirgin bir problem kaynağı olmaktadır (Çiçek, Almalı, 2020; Taha, Matheson, Cronin, Anisman, 2013).

Covid-19'un pandemiye neden olan bir virüs olduğu WHO tarafından duyurulduktan sonra salgının Türkiye'deki yayılım süreci belirli aşamalardan oluşturmaktadır. Türkiye'de ilk koronavirüs vakası 11 Mart 2020'de görülmüştür. Türkiye'de bu süreçte çeşitli önlemler alınmıştır. 1 Ekim 2020 tarihinde Bilimsel Danışma Kurulu'nun Covid-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberinin yayınladığı kılavuzda avm, işyeri, eğitim kurumları gibi yerlerde Covid-19'a karşı alınan önlemleri belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Araştırmanın temel amacı sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 ilişkisini incelemektir. Dolayısıyla küresel ve ulusal düzeyde insanların etkilendiği pandemide hayatın normalleşebilmesi için bir dizi önlemlerin alınması ve insanların uyulması gereken kuralları yapabilmesi sağlık okuryazarlığı ile daha mümkün görünmektedir. Dolayısıyla son zamanlarda sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 odaklı gerçekleştirilen araştırmaların odak noktalarını irdeleyerek bu araştırmanın önemini veya farklılığını belirtmek doğru başlangıç olabilir. Öncelikle her iki değişkenin aynı araştırmada yer aldığı konuların sağlık okuryazarlığının; pandemi ortamında COVID-19 korku düzeyi üzerine etkisinin (Köksal, 2021) araştırıldığı daha çok bağımsız olarak farklı değişkenlerle araştırıldığı dikkat çekmektedir. COVID-19 ekseninde sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisinden etkilenme durumlarını (Arman, 2021); 3-5 yaş çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı, tamamlayıcı tıbbi yaklaşım ve bazı sosyo-demografik özelliklerin ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumlarıyla ilişkisini belirleme (Doğan, 2021); koronavirüs hastalığı (COVID-19) insanların hayatını tehdit ederek alışılan yaşam düzeninin değişerek bireylerin kaygılarını belirleme (Gürocak, 2020); pandemi döneminde, tüketici satın alma davranışlarının ne yönde değiştiğinin belirlenmesi, COVID-19 stresi ve risk algısının

bu değişikliklerde ne oranda etkili olduğunun analiz etmek (Kan, 2021); COVID-19 pandemi sürecinde yaşı bireylerin yaşadıkları sağlık anksiyetesi durumunun hastalık algısı ve tedavi uyumuna etkisini belirleme (Varlı, 2021); hemşirelerin algılanan COVID-19 riski ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları bilgisi, kullanımı ve tutumları arasındaki ilişkinin belirleme (Yaman Üzümcü, 2021) ve COVID-19 pandemisi sürecinde acil servisimize ayaktan ve ambulans ile başvuran ve COVID-19 alanında değerlendirilen hastaların karşılaştırılması ve ambulans sistemlerinin pandemi sürecinde uygun kullanılıp kullanılmadığını değerlendirme (Yıldız, 2020) gibi farklı örneklemlerde veya psikolojik değişkenleri ne derece etkilediğine odaklanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı açısından ise sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirleme (Çetinel, 2021); sağlık okuryazarlık seviyeleri, sağlık hizmetleri kullanımı ve bunların birbirleriyle ilişkilerinin değerlendirilmesi (Kaya, 2018); bireylerin sağlık okuryazarlığı ve finansal okuryazarlık düzeylerini incelemek, sağlık okuryazarlığı ve finansal okuryazarlığı etkileyen faktörleri belirlemek, bireylerin sağlık okuryazarlığı ve finansal okuryazarlık düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını saptama (Köse, 2021); 15 yaş ve üzeri nüfusun e-sağlık okuryazarlığını değerlendirme (Özdemir, 2021); ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Aktivite Testi Kısa Formu'nun Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi ve ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin ilaç uygulama hatalarına etkisini belirleme (Topuz, 2016) ve ortaokul öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili etmenleri inceleme (Üçkuyu, 2020) gibi sağlık okuryazarlığı belirleyecek ölçme aracı ve çeşitli gruplarda bunun sonuçlarını irdeleme üzerine kurgulanan araştırmaların olduğu söylenebilir. Sonuç olarak bu araştırmada COVID-19 hikayesi aranmadan mevcut pandemi durumunun sağlık okuryazarlığı ile ana değişkenlerle bulgulara ulaşma çalışması önemini ortaya koymaktadır. Diğer taraftan sağlık okuryazarlığı ve COVID-19 her iki değişkenin aynı araştırma içerisinde sistematik bir yapıda ele alınması da önemli kılan özellik olarak belirtilebilir.

Bu bağlamda genel odakta sağlık okuryazarlığı son zamanlarda küresel ve ulusal düzeyde pandemi olan COVID-19'un arasında gerek teorik gerekse ampirik olarak ilişkiden söz edilebilir. Dolayısıyla bilimin kümülatif ilerlediği düşünöldüğünde ve ilgili konuya ilişkin araştırmaların daha çok COVID-19 hikayesi olan örneklemler olması nedeniyle bilimsel bilginin üretimine farklı bakış açısı getirmek temel probleminde kurgulanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Önemi

Okuryazarlık tanımının ilk olarak 1950’li yıllar ile birlikte literatürde gündeme geldiği görülmektedir. Geçmişten günümüze kadar pek çok tanımı yapılmış olan okuryazarlık kavramı en genel ifadeyle herhangi bir alfabedeki yazılı metinleri okuyup yazabilme şeklinde tanımlanmaktadır. Gök (2013) ise okuryazarlığı; “okuma, yazma, düşünme ve dinlemeyle birlikte etkili iletişim kurabilmek için yazılı ve sözel dilin önemini kavramayla ilgili faaliyetlerin bir bütünü” olarak tanımlanmaktadır. Okuryazarlık çok boyutlu bir yapıya sahip olup, bilişsel becerilerin yanı sıra aynı zamanda sosyal yönleri de bulunan bir kavramdır (Mancuso, 2008).

Geleneksel, sağlık, bilgi, bilimsel, medya ve bilgisayar olmak üzere altı farklı okuryazarlık türünün birleşiminden meydana gelen e-sağlık okuryazarlığını diğer okuryazarlıklardan ayıran özelliği durağan olmamasıdır. Norman ve Skinner e-sağlık okuryazarlığını bir zambak metaforunu kullanarak tasvir etmektedir. Zambağın yapraklarını altı okuryazarlık, orta kısmını ise e-sağlık okuryazarlığı oluşturmaktadır. Yapraklar zambağın orta kısmını beslerken, orta kısım ise yaprakları birbirine bağlayarak bütünlük oluşturmaktadır (Norman ve Skinner, 2006).

Temel okuryazarlık becerileri ile sağlık arasında çift yönlü ilişki vardır. Eğitim kişinin sağlığını etkileyecek faktörler hakkında daha fazla bilgi edinmesini ve sağlığını etkileyecek bu faktörlerle ilgili önlemler alarak daha sağlıklı davranışlar edinmesini sağlamaktadır (Dursun, Cesur ve Mocan, 2018). Eğitim düzeyindeki yükselişle bireyler sağlıklarını geliştirmek için ellerindeki kaynakları daha iyi kullanırlar, sağlığı riske atacak davranışlar hakkında daha fazla bilgi edinirler, bilgiyi anlarlar ve yönetirler. Eğitim kişilerin sağlıklı davranışlar edinmesini ve riskli davranışlardan kaçınmasını sağlayarak sağlığı olumlu yönde etkilemektedir (Etile, 2014; Huang, 2015). Madem ki; her bir birey sağlıktan sorumludur, öyleyse; herkesin yeterli düzeyde sağlık konusunda bilgi düzeyine, farkındalığa ve doğru tutum ve davranış geliştirme yetisine sahip olması gerekir. İşte bu nedenle günümüzde sağlık okuryazarlığı kavramı önem kazanmaya başlamıştır (Tözün ve Sözman, 2015).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin bilgileri sağlığı koruyacak ve geliştirecek şekilde anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel, sosyal becerileri temsil eder (Nutbeam, 1998). Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetleri

ortamında gerekli olan temel okuma ve sayısal görevleri uygulama yeteneği de dahil olmak üzere bir beceriler kümesidir (American Medical Association [AMA], 1999). Sağlık okuryazarlığı kavramını ‘ bireylerin ve grupların topluma fayda sağlayacak halk sağlığı kararları almaları için gerekli bilgileri elde etmeleri, işlemeleri, anlamaları, değerlendirmeleri ve bunlara göre hareket etme dereceleri’ olarak halk sağlık okuryazarlığı bağlamında tanımlamıştır (Freedman ve ark., 2009). e-Sağlık okuryazarlığı terimi 2011 yılında revize edilerek sağlık için bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımını destekleyen temel bir beceri seti olarak tanımlanmıştır (Norman, 2011). E-sağlık okuryazarlığı, insanların sağlık ve sağlık hizmetlerini uygulayabilmek veya iyileştirmek için bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanma yeteneklerinin ortaya çıkması olarak tanımlanmıştır (Neter ve Brainin, 2012).

Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık bilgisine ulaşma ve sağlık bilgisini etkili şekilde kullanma becerilerini geliştirirken; hastaların da hastalık sürecinde daha aktif rol oynamalarını sağlamaktadır (Akbolat ve ark., 2016). Sağlık okuryazarlığı, ilaç reçetesini, tıbbi eğitim broşürlerini, randevu kartlarını, doktorların açıklamalarını anlamayı ve sağlık sistemlerini kullanabilme yeteneğini içerir (Uğurlu ve Akgün, 2019). Sağlık okuryazarlığı sağlıklı davranışları, ilaçları doğru kullanımını, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacağını bilmeyi, aydınlatılmış onam formunu anlama ve onaylayabilmeyi, öz bakım ve hastalığın yönetimi hakkında karar verebilmeyi, evdeki tıbbi cihazları doğru kullanma becerilerini kapsar (Yılmaz ve Tiraki, 2016).

Sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan hastaların, yıllık grip aşısı yaptırma oranlarının sağlık okuryazarlığı yeterli olanlara göre daha düşük olduğu, daha az sağlık taraması yaptıkları ve sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları belirlenmiştir (Deek ve ark., 2021). Sağlık sisteminde bireylerin değişen ve artan bilgileri eleştirel bir biçimde anlaması, kullanması ve sağlık kararları verebilmesini sağlamak için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gerekmektedir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

Sağlık okuryazarlığının kavramsallaştırılmasıyla ilgili birçok model sunulmasına rağmen bu modellerin hiçbirinin yeteri kadar kapsamlı olmadığını, birçok yönden eksikliklerinin bulunduğunu düşünmüş ve tüm bu eksiklikleri gidermek için mevcut kavramsal modellerin temel ölçülerini de yansıtan bütüncül bir model sunmuşlardır. Bu model de sağlık okuryazarlığının dört temel unsuru olan sağlık bilgisine ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama ile ilgili yetkinliklerin sağlık bakımı, hastalıkları önleme, sağlığın geliştirilmesi konularında uygulandığı görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı üzerine sosyal, çevresel, bireysel ve durumsal

belirleyicilerin etkisi bulunmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığının bireysel ve toplumsal düzeyinin birbiriyle etkileşim halinde olduğu belirtilmektedir (Sørensen ve ark., 2012).

İstenilen bilgilere çevrimiçi ulaşmak günümüzde yeterince kolay olsa da bilgisayar ve diğer teknolojik araçlara doğru erişim sağlanamadığında bilgisayar okuryazarı olmak mümkün değildir. Bilgisayar okuryazarlığı yeni teknolojilere ve yazılımlara uyum sağlayarak e-sağlık kaynaklarına erişmeyi gerektirmektedir. Bilime dayalı çevrimiçi sağlık bilgilerini algılamak için yeterli bilimsel eğitim deneyimine sahip olunması gerekmektedir. Bilimsel okuryazarlık bireylerin sağlık araştırmalarının nasıl yapıldığını, bilgilerin bulunma sürecini ve araştırmaların sunacağı sınırlamaların ve fırsatların anlaşılmasını sağlamaktadır (Norman ve Skinner, 2006)

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanırken belli başlı yeni girişimlerde bulunabilme kapasitesine sahip olmasıdır. Böylece kişinin ve sağlık hizmet sisteminin özellikleri dikkat edilmesi gereken unsurlardandır. Sağlık okuryazarlığının içinde sigortayla beraber bireyin hangi hizmetlerden yararlanabileceği, hastanede muayene başvurusu işlemleri sırasında sağlık çalışanlarıyla nasıl bir iletişim kuracakları, eczaneden nasıl ilaç alınması gerektiği ve alınan bu ilaçların nasıl kullanılması gerektiği gibi birçok işlev vardır (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

1990'lerden sonra sağlık okuryazarlığıyla ilgili geniş ölçekte faaliyetler, açıklamalar, sağlık harcaması ve sağlık davranışlarıyla ilgili çalışmalar yapıldı. 2000'li yıllardan sonra yeniden gündeme gelen sağlık okuryazarlığı tanımı; ilk olarak Avrupa'da, sonra farklı ülkelerde yapılmış, sınıflandırılmasıyla beraber yeni yöntemler geliştirilmiş ve politika şeklinde sunulmuştur (Sezgin, 2014). Sağlık okuryazarlığı hakkında klinik ve halk sağlığı fikirlerini bütünleştiren bu kavramsal model sistemli ve geniş çaplı bir literatür araştırmasına dahil olan 17 hakem görüşü ve 12 kavramsal boyutun içeriğine ilişkin analizler ile oluşturulmuştur. Modelde sağlık okuryazarlığına katkı sağlayacak planlamalar yapılmasında; sağlık hizmeti, hastalıkların önlenmesi, sağlığı geliştirme konusunda sağlık okuryazarlığının kapsamının ölçülmesinde gerekli olan ekipmanların niteliğinin artırılması ve bu ekipmanların iş görme kapasitesinin analizi için kavramsal boyutta bir zemin oluşturmaktadır (Pelikan ve ark., 2014).

Almanya'da yapılmış bir araştırmada sağlık okuryazarlığının düşük olduğu düşünülen kişilerin hastanelere daha fazla gittikleri sonucuna varılmıştır. İngiltere'de

yapılan benzer bir araştırmada ise sağlık okuryazarlığı seviyesiyle kanser taramasına katılan insan sayısı arasında bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Kobayashi ve ark., 2016).

Sağlık okuryazarlığı, bireyleri gün geçtikçe karmaşıklaşan bir sağlık sistemine yönlendirmek ve kendi sağlıklarını daha iyi yönetmek için gereklidir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin sağlık durumunun kötü olma olasılığının yüksek olduğu, tedaviyi anlamamasının ve hastaneye yatma riskinin daha yüksek olduğu vurgulanmıştır. Okuryazarlık oranları çok düşük olan insanlar için ortalama yıllık sağlık bakımı maliyetleri, genel nüfusun dört katı olabilmektedir (Tatar, 2020). Toplum sağlığı açısından sağlık okuryazarlığının önemini belirleyen altı genel tema şu şekilde tanımlanmıştır (Kanj ve Mitic, 2009).

1. Etkilediği insan sayısı
2. Olumsuz sağlık sonuçları
3. Kronik hastalık oranlarında artış
4. Sağlık bakım maliyetleri
5. Sağlık bilgisi talepleri
6. Eşitlikilik

Sadece lkemizde değil tüm dünyaya bakıldığında sağlık okuryazarlığı ile ilgili yetersizliğin olduğu görülmektedir. Bu yetersizlik de temelde sunulan sağlık hizmetinin kalitesini düşürdüğü bilinen bir gerçektir. Hasta hekim arasındaki ilişkide her ne kadar hekim yeterli bilgi vermiş olsa da hasta tarafında yeterli sağlık okuryazarlığı olmaması nedeniyle tedaviye uyum, aşı programları gibi toplum sağlığını ilgilendiren ve büyük maliyetlere sebep olan bu durumlarda olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Sihota and Lennard 2021).

Sağlık sisteminin verimliliğinin ve devamlılığının sağlanması için sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi en önemli amaçlardandır. Ayrıca toplumların sağlık seviyelerinin artması sonucunda sağlık okuryazarlık seviyesinin artması birbirine paralellik göstermektedir. Sağlık sistemi, toplumsal iletişim ve eğitim sisteminde sağlık okuryazarlığının rl büyüktür. Sadece kişileri değil, toplumun her kesimindeki bireyleri ilgilendirir. Hem toplumsal hem de bireysel katkılar oluşturmaktadır (Hersh et al.2015, Sorensen et al. 2015). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan kesitsel bir çalışmada, sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek olanların mamografiye başvurma, smear testi yaptırma ve haemophilus influenzae-

pnömokok aşılarını yaptırma gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Scott et al.2002).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı Boyutları

Devlet ve yerel düzeylerde sağlık bilgi değişimi girişimlerinin gelişiminin değerlendirilmesi ve izlenmesi için yedi aşamalı çerçeveden bahsedilebilir. Bu çerçevenin içerisinde birçok kamu kurumunda sağlık okuryazarlığını oluşturmada bir dayanak ve elektronik ortama entegrasyonunun sağlanmasında fikir vereceği düşünülmektedir. Çerçevenin birinci aşamasında, bölgenizdeki birden fazla paydaş arasında sağlık bilgi alışverişi ihtiyacının belirlenmesidir (Tabak, 2021). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının gelişiminde önemli olduğunu söylenmektedir. İşlevsel sağlık okuryazarlığı, öncelikle kişilerin kazanımına katkı da bulunmakla beraber topluma da oldukça fayda sağlamaktadır. Nutbeam'ın ikinci sınıflandırılması ise etkileşimli sağlık okuryazarlığı, kişilerin bilgi birikim kapasitesinin geliştirilmesini, motivasyonlarını ve bireylerin kendisine güvenmesi gerektiğini ifade etmektedir. Etkileşimli sağlık okuryazarlığı, işlevsel sağlık okuryazarlığı gibi daha çok kişisel seviyededir. Son sınıflandırılması ise eleştirel sağlık okuryazarlığı, kişiyi sosyal yönden ve politik anlamda destekleyerek gelişiminin artmasına katkı sağlamaktadır. Eleştirel sağlık okuryazarlığının temel prensibi kişilere sunulan sağlık hizmetlerinden elde edilen bilgilerin ve medyada yer alan sağlık ile ilgili bilgilerin kişiler tarafından doğru okunup yorumlamasını sağlamaktır. Kişiler edinmiş olduğu bilgileri değerlendirip sorguladığında, kişilerin kazanımından daha çok topluma kazanç sağlamış olduğunu görecektir (Nutbeam, 2000).

Temel okuryazarlıktan farklı bilgileri bilimsel çerçevede değerlendirip karışıklığı anlamak, teknolojiyi anlamak, bilimdeki belirsizlikleri ve değişimleri anlamayı kapsamaktadır. Bilimin ve teknolojinin her geçen gün yenilikler yaşamasıyla beraber kişilerin bilim ve teknolojiyle ilgili bilgilere sahip olması zorunlu hale gelmektedir. Yapılan güncel bir araştırmada kişilerin bilimdeki yeniliklere rağmen bunlara ilginin çok düşük oranda olduğu görülmektedir (Zarcadoolas ve ark., 2006).

Üçüncü kategori ise yurttaşlık okuryazarlık, kamuyla ilgili konularda bilgi sahibi olma, bu konularda tartışma içerisinde olmak ve karar verme süreçlerine katılma becerisini kapsamaktadır. Verilerin kaynaklarındaki bilgilerin güvenilirliğinin ve kalitesinin yargılanması, verilere nerden ve nasıl ulaşabileceğini öğrenmek, kişinin

kendisini veya başkasını nasıl savunması gerektiğini bilmesi, kişiler arası ilişkileri anlama becerileri de yurttaşlık okuryazarlığının kapsamına girebilir (Zarcadoolas, 2006).

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesiyle, daha sağlıklı insan dolayısıyla daha sağlıklı topluma erişilebileceği düşünülmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek kişinin sağlığıyla ilgili daha iyi seçimler yapması, yaşam tarzını daha sağlıklı hale getirmesi ve sağlığın çevresel belirleyicileri olan sosyal, kültürel, ekonomik faktörlerin farkında olması beklenir. Toplumdaki bireylerin her birinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması ilk başta toplumsal iyileşmelere ve devamında dünyada sağlığın iyileşmesine katkıda bulunacaktır (Hernandez, 2013). Kişilerin düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmaları; hastalıklarını kontrol altına almada güçlük çekmelerine, yaşam kalitelerinin düşmesine, tedaviye uymamalarına, aldıkları sağlık hizmetinden memnun kalmamalarına neden olabilir. Bu kişilerin daha çok hastaneye yatış yaptıkları, tarama programlarını kaçırdıkları, koruyucu sağlık hizmetinden yeterince yararlanamadıkları, ölüm risklerinin bile daha yüksek olduğu görülmüştür (Egbert and Nanna, 2009). Sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılması için en önemli adım bu konunun temel eğitimin ayrılmaz bir bütünü olarak görülmesidir. Westra ve diğerlerine göre sağlık okuryazarlığını geliştirmek için iki yol mevcuttur. Bunlardan ilki, kişilerin güvenilir bilgi kaynaklarına ulaşmasını ve ihtiyaç duyduğu bilgiler üzerine düşünmesini sağlamaktır. İkincisi her bireyin sağlık okuryazarlığına uyum sağlayacak bilgileri oluşturup bunları yine bireylerin en iyi yararlanabileceği şekilde kişilere sunmaktır (Bilir, 2017; Westra, Weinfurter and Delaney, 2014).

2.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı, birey ve sağlık sistemi arasındaki etkileşim sonucu meydana gelir. Bireysel ve sistemsel faktörler karmaşık bir yapıda etkileşim türüdür. Bu minvalde bu faktörler sağlık okuryazarlığını ziyadesiyle etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, gelirin ve eğitim seviyesinin yetersiz olduğu kişilerde, yaşlı bireylerde ve sürekli olarak sağlık problemleri yaşayanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yetersiz bir seviyede oldukları gözlemlenmektedir. Böylece sağlık okuryazarlığının eğitim seviyesinin, gelir durumunun, yaşlılığın, kronik rahatsızlıkların vb. etkilediği görülmektedir (Bilir, 2014).

Sağlık okuryazarlığının anlaşılabilmesi için sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin de bilinmesi gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığının genel bir yaklaşımla; demografik özelliklerden, kültürel farklılıklardan, psiko-sosyal faktörlerden, kişinin okuryazarlık seviyesinden, kronik hastalık varlığından etkilendiği izlenmektedir (Sørensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska and Brand, 2012). Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığını etkileyen demografik özellikler genel olarak; yaş, ırk, cinsiyet, medeni durum, gelir, eğitim ve çalışma durumu olarak bulunmuştur.

Psikososyal faktörler arasında ise aileden ve çevreden yeterince sosyal destek görememek, sağlık ve hastalıklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmamak gibi faktörler olduğu görülmektedir (Ussher, Ibrahim, Reid, Shaw and Rowlands, 2010). Okuryazarlık düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arasında bir bağlantı olduğu kabul edilmektedir ancak araştırmalarda okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin her zaman yüksek düzey sağlık okuryazarlığına sahip olmadığı görülmektedir. Sağlık sistemlerinin karmaşıklığı, erişimin zorluğu, hasta-hekim ilişkisi sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyebilir (Kanj and Wayne, 2010).

Sağlık okuryazarlığı alanındaki araştırmalar incelendiğinde, düşük gelirli ve genel eğitim düzeyi düşük olan kişilerde, yaşlılarda ve uzun süreli sağlık sorunları olan kişilerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel olarak düşük olduğu görülmektedir. Dolayısıyla gelir düzeyi, eğitim düzeyi, kronik hastalıklar, yaşlılık, vb. gibi faktörler sağlık okuryazarlığını etkilendiğini söyleyebiliriz (Bilir, 2014).

Kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinde hafife alınmayacak bir diğer önemli faktör de medyadır. Sağlıkla ilgili bilgiler medyada hedef kitleyi daha geniş kapsayacak basit bir şekilde sunulabilir. Sağlık konusunda medya aracılığı ile bilgi sahibi olan kişilerin çevresindeki kişileri yönlendirme olasılığı da düşünülerek sağlık okuryazarlığı medya tarafından da dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır. (Sezgin, 2014).

Sağlık okuryazarlığının genel bir yaklaşımla; demografik özelliklerden, kültürel farklılıklardan, psikososyal faktörlerden, kişinin okuryazarlık seviyesinden, kronik hastalık varlığından etkilendiği izlenmektedir (Sørensen ve ark., 2012). Sağlık sisteminin karmaşıklığı, sağlık güvencesi kapsamı, sağlık hizmetine erişim düzeyi ve hekim hasta ilişkileri; sağlık okuryazarlığını etkileyen sağlık sistemi ile ilgili faktörlerdir. Söz konusu olan bu faktörler kişilerin hem sağlığını hem de sağlık bilgisini etkilenmektedir (Yılmazel, 2016).

Tablo 2.1. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler

Bireysel faktörler	Sistemsel faktörler
<ul style="list-style-type: none">• Okuryazarlık becerileri• Cinsiyet ve yaş• Motivasyon• Duygusal ve fiziksel sağlık• Sağlık bakımı tecrübesi• Kişisel sağlık koşulları• Sağlık konusundaki inançlar• Sosyoekonomik düzey	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık hizmeti sunucularının iletişim beceri düzeyleri• Sağlık bilgisindeki karmaşıklık• Sağlık sisteminin özellikleri• Hastalar üzerindeki sistemsel talepler ve beklentiler• Sağlık bakım profesyonelleri

(Health Literacy Connection, 2019)

Kişilerin ve toplumun sağlık okuryazarlığı seviyelerinin gelişmiş olması ülkenin sağlık sistemine de katkı sağlayacaktır. Sağlık sistemine ilişkin gerçekleşen bu etki neticesinde, sağlık çalışanlarının bireylerle etkileşiminin olumlu yönde olması, bireylerin istedikleri zaman bilgileri elde ettikleri ve bireylere doğru bir şekilde davranış sergilendiği görülmektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesi, hangi seviyede olursa olsun bireyler sağlık hizmetinden ve sağlıklarıyla ilgili bilgileri alabilecekleri gibi engellerle de karşılaşabilmektedirler (Heaney ve ark., 2011).

Sağlık okuryazarlığı seviyesini etkileyen bir diğer faktörde sağlıklı bir şekilde iletişim kurabilmektir. Bireylere uygulanan tedavilerin bireylerin eğitim seviyelerine göre ve onların anlayabileceği şekilde ilaçları ne şekilde kullanılması gerektiği anlatıldığında hasta ve sağlık personeli arasında doğru bir iletişim kurulmuş olacaktır. Bu durumun sağlık okuryazarlığı seviyesine de katkısı olacaktır. Kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyesinde medyanın da büyük etkisi bulunmaktadır. Bireyler sağlık durumları ile ilgili bilgi edinmek istediklerinde medya aracına başvuracaklardır. Bu bağlamda medya, bireylerin sağlık enformasyonu edinmesinde önemli bir rol üstlenmektedir. Medya vasıtasıyla sağlıkla ilgili donanım sahibi kişilerin bulunmuş oldukları sosyal çevreyi ve bu çevredeki insanların tutumlarını değiştirme olasılığı da sağlık okuryazarlığı kapsamında medyanın titiz bir çalışmayla incelenmesi gerekli olan hususların dahilinde bulunmasının gerekli olduğunu gösterir (Sezgin, 2014).

2.4. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları

Kronik hastalıklardaki kötü sağlık okuryazarlığını; sağlık sistemine uyumsuzluk, etkin tıbbi geçmiş verememek, doktor randevularını takip edememek, ilaçları zamanında almamak veya ilaç dozunun zamanlamasını yanlış yapmak, kronik hastalığa özel rejime uyumda azalma ve hastaneye yatış oranında artma gibi olumsuz sağlık sonuçlarında görebilmekteyiz (Baker ve ark., 2002; Neter ve Brainin, 2019).

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesiyle, daha sağlıklı insan dolayısıyla daha sağlıklı topluma erişilebileceği düşünülmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek kişinin sağlığıyla ilgili daha iyi seçimler yapması, yaşam tarzını daha sağlıklı hale getirmesi ve sağlığın çevresel belirleyicileri olan sosyal, kültürel, ekonomik faktörlerin farkında olması beklenir. Toplumdaki bireylerin herbirinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması ilk başta toplumsal iyileşmelere ve devamında dünyada sağlığın iyilişmesine katkıda bulunacaktır (Hernandez, 2013).

Kişilerin düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmaları; hastalıklarını kontrol altına almada güçlük çekmelerine, yaşam kalitelerinin düşmesine, tedaviye uymamalarına, aldıkları sağlık hizmetinden memnun kalmamalarına neden olabilir.

Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için iki adet yol mevcuttur. Bunlardan ilki, kişilerin güvenilir bilgi kaynaklarına ulaşmasını ve ihtiyaç duyduğu bilgiler üzerine düşünmesini sağlamaktır. İkincisi her bireyin sağlık okuryazarlığına uyum sağlayacak bilgileri oluşturup bunları yine bireylerin en iyi yararlanabileceği şekilde kişilere sunmaktır (Bilir, 2014; Westra ve Weinfurter, 2014). Sınırlı sağlık okuryazarlığı; sağlık hizmeti aramada gecikmeler, bireyin tıbbi durumunu anlayamama, tıbbi tavsiye / kılavuzlara uyulmaması, sağlık maliyetlerinin artması gibi çeşitli olumsuz etkilerin yanı sıra, halk sağlığı hizmetlerinde artan ölüm oranı gibi çeşitli olumsuz sonuçları bulunmaktadır (Sadeghi ve ark., 2013).

Sağlık eğitimi ilişkisi koruyucu sağlık hizmetleri açısından değerlendirildiğinde, sağlık okuryazarlığının düşüklüğünün tarama testlerinin uygulanmasının önünde önemli bir engel olduğu görülmektedir. Baker vd. yetersiz sağlık okuryazarlığı becerilerinin, popülasyondaki yaşlı yetişkinlerde artan ölüm riski ile bağımsız olarak ilişkili olduğunu bulmuştur. Yetersiz ve sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, sağlık eğitimi yetersiz olan bireylere göre daha yüksek gereksiz hastane maliyetleri, daha uzun hastanede kalış süreleri ve daha yüksek gereksiz muayene oranlarına sahip oldukları bilinmektedir. Benzer şekilde yetersiz ve

sınırlı sağlık eğitimi nedeniyle sağlık sistemine geç başvuran bireylerde hastaneye yatış oranları yüksek bulunmuştur (Davis ve ark., 1998).

2.5. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığını, birçok farklı kuruluş farklı şekilde tanımlamaya çalışmıştır. Fakat genel olarak bu kuruluşların sağlık okuryazarlığı, hakkında ortak birleştiği düşünce sağlık okuryazarlığını; kişilerin yeni bilgileri edinmelerinin yanında kullanmalarındır (Baker, 2006). Sağlık okuryazarlığı konusunda en çok araştırmanın yapıldığı Amerika Birleşik Devletleri’nde, Parker ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırma sonucuna göre yetişkinlerin, sadece %12’sinin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu bildirilmiştir. Türkiye’de yapılan bir araştırmada katılımcıların %58,7’sinin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (zdemir ve ark., 2010). Sağlık okuryazarlığı bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemek için etkin bir silah olarak kullanılmaktadır (Nutbeam, 2017).

Fakat COVID-19 salgınıyla anlaşılmıştır ki sağlık okuryazarlığı sadece bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi için değil bulaşıcı hastalıklar için de oldukça önemlidir (Akbal ve Gökler, 2020; Castro-Snchez, Chang, Vila-Candel, Escobedo ve Holmes, 2016).

Sağlık okuryazarlığı ise gelişen teknoloji ile artan bilgi sayesinde bu düzeydeki kişiler daha aktiftir hala kişisel sağlığın ön planda olduğu sylenilmekte ise de kişiler sağlıkla ilgili durumları anlayabilmekte ve sağlıkla ilgili olan aktivitelere katılabilmektedir (Nutbeam, 2000). İngiltere’de yalnız fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyi araştırılan bir çalışmada ise çalışan yaş grubu erişkinlerde %42’sinin günlük sağlık bilgilerinin anlayıp kullanamadıkları görülmüştür (Rowlands et al. 2015).

Türkiye’de 688 hastada yapılan bir çalışmada hastaların sağlık okuryazarlık indeks puanına göre değerlendirildiğinde, beş hastadan  (%58,1) yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlık seviyesinde olduğu tespit edilmiştir (Uğurlu ve Akgün 2019). Türkiye ile Avrupa arasındaki farka bakıldığında ise Avrupa’da yeterli ve daha fazla sağlık okuryazarlığına sahip olanlar Türkiye’ye kıyasla %15 daha fazla olduğu görülmüştür (Sörensen et al. 2012, şengül ve ark., 2017). Genel bağlamda ise sağlık okuryazarlığı düzeylerini gösteren tablo küresel ve ulusal seviyeleri somutlaştırır niteliktedir (bkz tablo2).

Tablo 2.2. Avrupa-Türkiye Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri

Konum Düzyey	Avrupa	Türkiye
Yetersiz	%12,4	%24,5
Sorunlu	%35,2	%40,1
Yeterli	%36	%28,8
Mükemmel	%16,5	%7,6

(Sørensen et al. 2012)

Daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, sağlıkla ilgili bilgilerde daha gelişmiş bir bakış açısına sahip olması olasıdır (Paige ve ark., 2017). Önceki çalışmalarda gösterilmiştir ki yüksek düzey sağlık okuryazarlığı ruh hastalıklarına karşı koruyucu olabilir (Nguyen ve ark., 2020). Yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığının COVID-19 kaynaklı korku üstünde koruyucu etkisinin olduğu görülmüştür (Nguyen ve ark., 2020).

2.6. COVID-19 Hastalığı

İlk koronavirüs enfeksiyonları, 1960 yılında soğuk algınlığının bir nedeni olarak bildirilmiştir. 1960'tan 2002 yılına kadar dört alt tip koronavirüsün (iki α koronavirüs-229E ve NL63 ile 2 β koronavirüs-OC43 ve HKU1) insanları enfekte ettiği bildirilmiştir (Docea ve ark., 2020). SARS-CoV ilk olarak Kasım 2002'de Çin'in güney kesimindeki Guangdong eyaletinde ortaya çıktı ve ardından Şubat 2003 ve Mart 2003'te Hong Kong yoluyla seyahat edenler tarafından Kanada, Singapur ve Vietnam'a yayıldı (Hui, 2017). Temmuz 2003 itibariyle 27 ülkede 7774 ölüm dahil olmak üzere toplam 8096 bildirilen vakadan sonra, daha fazla enfeksiyon tespit edilmedi ve SARS pandemisinin sona erdiği ilan edildi. Zoonotik geçişten kaynaklanan beş ek SARS vakası Aralık 2003-Ocak 2004'te meydana geldi ancak o zamandan beri insan SARS vakası tespit edilmedi (de Wit ve ark., 2016). Orta Doğu solunum sendromu (MERS), MERS koronavirüs veya MERS-CoV'un neden olduğu akut bir solunum sendromu 2012'den 2015'e kadar tüm dünyada 587'den fazla kişinin ölümüne neden olmuştur. Toplamda 26 ülkede 1600'den fazla hastaya yayılmış ve 600'den fazla ölümlerle

sonuçlanmıştır. İlk ve en fazla vaka Suudi Arabistan'dan bildirilmiştir (Faridi, 2015; Gao ve ark., 2016).

Covid-19 enfeksiyonu Aralık 2019 yılında Çin'de başlayıp birkaç ay içinde pandemi halini almıştır. Ülkemizde Mart 2020'den itibaren vaka bildirimleri başlamış olup şu ana kadar vaka sayısı ülkemizde 14 milyonu geçmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022). Aralık 2019'da Çin'in Hubei eyaletinin başkenti Wuhan şehrinde yeni bir bulaşıcı hastalığın ilk vakaları teşhis edildi. Kısa bir süre içinde vakalar katlanarak milyonlarca insanı enfekte eden bir salgına dönüştü ve ilk 6 ayda küresel ölüm sayısı 500.000'den fazla oldu (Pitlik, 2020).

Covid-19 insanların yaşamlarında olumsuz etkiye sebep olduğu gibi virüsün belirsizlik barındırması kaygıya neden olabilmektedir. Virüsün yayılımı ve bireyden bireye bulaşması insanlar arası etkileşim üzerine de korku ve baskı oluşturmalarına neden olmuştur. Kaygı, genellikle tehdit oluşturan sebebin iyi anlaşılması, ortaya çıkış sebebinde belirsizlik olduğu durumlarda ve bireyin stresin başlangıcı ile sonlandırması üzerinde kontrole sahip olmadığı veya çok az kontrole sahip olduğunu hissettikleri durumlarda belirgin bir problem kaynağı olmaktadır (Çiçek, Almalı, 2020; Taha, Matheson, Cronin, Anisman, 2013).

Daha önceki coronavirüs epidemilerinden farklı olarak daha kolay bulaşması nedeniyle bu hastalık ülkemizde de çok sayıda insanı etkilemektedir. Covid-19 enfeksiyonu ön planda akciğer tutulumuyla giden bir hastalık olarak görülse de zamanla böbrek tutulumunun da (proteinüri, hematüri, akut böbrek hasarı, glomerülonefrit) oldukça sık olduğu gözlenmiştir. 701 Covid-19 hastasının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %43'ünde proteinüri saptanırken %26'sında hematüri görülmüştür (Cheng ve ark., 2020). COVID-19 virüsünün ana kaynağı henüz bulunamamıştır. Eldeki kanıtlara göre hayvansal bir kaynağa sahip olduğundan şüphelenilmektedir. Kesin olmasa da eldeki verilere göre kaynak, Wuhan'ın Güney Çin Deniz Ürünleri Şehir Pazarı'nda satılan vahşi hayvanlardır. Burada canlı olarak satılan vahşi hayvanlar genellikle yarasalar, kuşlar, yılanlar, kurbağalar, dağ sıçanları ve tavşanlardan oluşmaktadır. Virüsün insandan insana geçme özelliği kazanması sonucu yeni kaynak, semptomatik ya da asemptomatik COVID-19 pozitif insanlardır. (Shereen ve ark., 2020).

Şu anda, COVID-19 enfeksiyonuna karşı koruma sağladığı varsayılan herhangi bir antiviral ilaç yoktur. Bu nedenle hastalığı tedavi etmek için acil bir seçenek olarak tedavi planında yer alan ve COVID-19'u tedavi ettiği tam olarak kanıtlanmamış bazı

ilaçlar kullanılmaya başlanmıştır. Bu ilaçların tercih edilmesinin en önemli nedeni, önceden var olan bazı hastalıklarda (SARS-COV, MERS-COV, HIV enfeksiyonu vb.) güvenle kullanılacakları deneysel bir çalışmadır (Güney, 2020). COVID-19'un tedavisi semptomatiktir ve şiddetli enfeksiyonu olan hastalarda oksijen tedavisi temel tedaviyi oluşturur. Oksijen tedavisine rağmen solunum yetmezliği gelişen hastalarda mekanik ventilasyon desteği sağlanırken, septik şok gelişenlerde ise hemodinamik stabilizasyonun sağlanması gerekmektedir (Akbiyık, Avşar, 2020; Cascella, Rajnik, Aleem, Dulebohn, Di Napoli, 2021).

2.7. COVID-19 Epidemiyolojisi

Pandemi Yunanca'dan dilimize geçmiş, pan: tümü, hepsi ve demos: toplum, halk, insanlar kelimelerinin bir araya gelmesi ile oluşmuştur. Pandemi, genellikle epidemi tanımı ile bir arada kullanılan ve birbiri ile karıştırılan bir kavramdır. Epidemi toplumun çoğunluğunu etkileyen bulaşıcı hastalık salgını olarak tanımlanmaktadır, pandemi ise bir hastalığın çok geniş bir coğrafyayı ya da tüm dünyayı etkilemesi durumu olarak adlandırılmaktadır (Kelly, 2011; Morens, Folkers, Fauci, 2019). Pandemi, dünya nüfusunun tamamını tehdit edici nitelikte olduğu için acil durum olarak değerlendirilmektedir. DSÖ'nün bir olayı pandemi olarak adlandırması için üç önemli kriterin gerçekleşmesi gereklidir (Aysan ve ark., 2020). Bu kriterler;

- Etkenin mutasyona uğramış bir ajan ya da yeni bir virüs olması
- Etkenin insana çok kolay geçmesi
- Etkenin insandan insana hızlı bir şekilde bulaşmasıdır

COVID-19 hastalığı bu kriterleri karşıladığı için DSÖ tarafından 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak ilan edilmiştir (WHO, 2020). Coronaviridae ailesinden olan koronavirüsler RNA genomuna sahip, tek zincirli ve pozitif sarmalıdır. Pozitif sarmallı olduklarından dolayı RNA bağımlı RNA polimeraz enzimine sahip değildirler ancak genomları bu enzimi kodlayan bilgiyi içermektedir. Yüzeylerindeki çubuksu uzantılardan dolayı Latince kelime anlamı olarak taç manasına gelen "corona" kelimesinden hareketle bu mikroorganizmaya "Coronavirüs" (taçlı virüs) adı verilmiştir (Su ve ark., 2016). Bu durum pandemi döneminde dikkat edilmesi gereken diğer hususları ön plana çıkartmaktadır. Dolayısıyla pandemi sürecinde tıbbi, insani, ekonomik, sosyal, kültürel, sivil ve siyasi hakların korunması önemli olup, göz önünde bulundurulacak etik ilkeler şunlardır (Büken, 2020):

- Gereksinim duyulan tıbbi yardımın verilmesi
- Pandemi süresince bilgilendirme
- İnsanlık onuruna/kişiliğine saygı
- Bireye saygı
- En çok örselenebilir/savunmasız kişiler ve gruplar için öncelikli tıbbi yardım
- Korunma önlemleri
- Sosyal bağları koruma ve onarma önlemleri

Koronavirüsü tespit etmek için çeşitli teşhis yöntemleri kullanılmıştır. Doğrudan testler, viral RNA'yı tespit ederek enfeksiyonu doğrudan tespit ederken dolaylı testler maruz kalan bir konakçıdaki virüse karşı antikorları ölçer. Bir tanısal test yöntemi pandemi sırasında uygun klinik kararları hızlı bir şekilde vermek için yeterli duyarlılığa ve doğruluğa sahip olmalıdır (Giri ve ark., 2021).

Şiddetli COVID-19 ile ilişkili olabilecek laboratuvar bulguları albümin azalması, yüksek C reaktif protein, yüksek laktat dehidrojenaz, lenfopeni, eozinopeni, yüksek eritrosit sedimentasyon hızı, lökopeni veya lökositoz, hiperbilirubinemi, yüksek karaciğer enzimleri ve yüksek kreatinindir. Göğüs röntgeni kritik hastalarda bilateral pnömoni (%11–100), tek taraflı pnömoni (%1,5–85), buzlu cam görüntüsü (%13–100) ve akut solunum sıkıntısı sendromu [ARDS (%17–67)] özelliklerini gösterebilir. Erken vakalarda göğüs röntgeni normal olabilir, bu nedenle COVID-19'u ekarte edecek kadar hassas kabul edilmeyebilir. Bilgisayarlı göğüs tomografisi hastaların %84'ünde, alt bölgelerde üst bölgelerden ve arka bölgelerde ön bölgelerden daha fazla olmak üzere, her iki akciğerde pozitif bulgular gösterebilir. Karakteristik BT özellikleri arasında buzlu cam görüntüsü (%40,3), retiküler paternli buzlu cam görüntüsü (%62,9), konsolidasyon (%33,9), vakuolar işaret (%54,8), mikrovasküler genişleme işareti (%45,2), fibrotik çizgiler (%56,5), subplevral çizgi (%33,9), subplevral şeffaf çizgi (%53,2), hava bronkografisi (%72,6), bronş distorsiyonu (%17,7), plevral kalınlaşma (%48,4), plevral retraksiyon (%56,5) ve plevral efüzyon (%9,7) yer almaktadır (Adil ve ark., 2021).

30 Ocak 2020'de Dünya Sağlık Örgütü yeni koronavirüs salgınını uluslararası önemi haiz bir halk sağlığı acil durumu ilan etti. 11 Şubat 2020'de Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi yeni koronavirüse "SARS-CoV-2" adını verdi ve Dünya Sağlık Örgütü hastalığa "COVID-19" adını verdi (Hu, Guo, Zhou, Shi, 2021).

COVID-19'un hastalık başlangıcında mevcut olan belirti ve semptomlar değişkenlik gösterir (Bulfone ve ark., 2021). Hastalık süresince COVID-19'lu birçok kişinin yaşadığı semptomlar ve görülme sıklıkları aşağıda verilmiştir (Stokes ve ark., 2020):

- Öksürük (%50)
- Ateş veya titreme (%43)
- Kas ve eklem ağrıları (%36)
- Baş ağrısı (%34)
- Nefes darlığı veya nefes almakta zorluk (%29)
- Boğaz ağrısı (%20)
- İshal (%19)
- Yeni tat veya koku kaybı (<%10)
- Burun tıkanıklığı veya akıntısı (<%10)
- Mide bulantısı ya da kusma (<%10)

2.8. COVID-19 ve Kaygı

Covid-19'un pandemiye neden olan bir virüs olduğu WHO tarafından duyurulduktan sonra salgının Türkiye'deki yayılım süreci belirli aşamalardan oluşmaktadır. Türkiye'de ilk koronavirüs vakası 11 Mart 2020'de görülmüştür. Covid-19 vakasının ilk tespit edildiği anda Türkiye'de uygulanan günlük test sayısının ortalama olarak 2-3 bin olduğu bilinmektedir. 12 Mayıs 2020 tarihi baz alınarak Türkiye'de uygulanan toplam test sayısının 1 milyon 440 bin 671 bin olduğu bilinmektedir. Bu tarihteki Covid-19 vaka sayısı 141 bin 475, ölüm sayısı ise 3 bin 894 olarak kayıtlara geçmiştir. Türkiye'de bu süreçte çeşitli önlemler alınmıştır. 1 Ekim 2020 tarihinde Bilimsel Danışma Kurulu'nun Covid-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberinin yayınladığı kılavuzda avm, işyeri, eğitim kurumları gibi yerlerde Covid-19'a karşı alınan önlemleri belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Dünyada büyük ölçüde mortalite ve morbiditeye neden olan COVID-19 salgınında hastalıkla mücadelenin en önemli adımını sosyal mesafe, hijyen ve maske kullanımı içeren korunma davranışları oluşturmaktadır. Hızla gelişen salgın sürecinde sağlıklı kaynaklardan bilgi almak, pandemiden ve infodemiden korunmak kritik öneme sahiptir. Özellikle sosyal medyadan edinilen yanlış bilgiler insanları yanlış yönlendirerek virüs bulaşma oranını artırmaktadır (Akbal ve Gökler, 2020).

Koronavirüs hastalığı, bir halk fiziksel sağlık acil durumu olmasıyla birlikte, vakaların artmasıyla dünya çapında panik durumun ve küresel ruh sağlığının olumsuz şekilde etkilenmesine sebep olduğu söylenebilir (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu, McIntyre ve ark., 2020). Yapılan bir araştırmada ise korona virüs bilgisine maruz kalmanın kaygı ve endişenin artmasında sebep olarak gösterilebilir (Sorokowski, Groyecka, Kowal, Sorokowska, Białek, Lebuda ve ark., 2020).

Covid-19 pandemi döneminde eğitim-öğretim gören öğrencilerin stres durumlarının da yüksek olduğu görülmüştür. Yüz yüze eğitimden çevrimiçi eğitime geçiş belirli durumlar karşısında stres yaratabilmektedir. Öğrencilerin bu süreçte bir anda bu sürece uyum sağlamaları zor olabilmektedir. Öğrencilerin okul içerisinde destekleyici etkinlikler ile çalışması bir nevi onların ruh sağlığını koruyabilmektedir. Covid-19 pandemi döneminde çocuklar özellikle sosyal destek kaynaklarına ihtiyaç duymaktadırlar bu sebeple akranlarından uzakta bulunmaları bir nevi sosyal gelişimlerine ket vurmuştur (Çaykuş ve Çaykuş, 2020).

Ortaya çıkan uluslararası çalışmalar, pandeminin genel popülasyonda travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon belirtilerinin yaygın bir şekilde olduğunu göstermektedir (Adhanom, 2020). Ülkemizde ise ilk korona virüs 11 Mart 2020 tarihinde görülmüştür ve vakanın görülmesi ardından birçok tedbir alınmıştır. İlkokul, ortaokul, lise üniversite gibi eğitim öğretim kurumları uzaktan eğitim sistemine geçmekle beraber 65 yaş üstü ve 20 yaş altı bireylerin sokağa çıkması yasaklanmıştır (İlbasmış, Aksoy, Cihanyurdu, Ünver, Rodopman, 2020). Korona virüs krizinin genel nüfusun, sağlık çalışanlarının ve psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin ruh sağlığı üzerindeki etkisini incelemek için birçok çalışma yapılmıştır. Qiu *et al* (Qiu, Shen, Zhao, Wang, Xie, Xu, 2020). Çalışmasında COVID-19 salgını sırasında Çin'de yaptığı çalışmada virüsün psikolojik sıkıntılara sebep olduğunu belirtmiştir. Yüksek oranda kaygı ise depresyon, alkol, sigara kullanımı ve psikolojik sağlıkta azalma durumlarına sebep olabilmektedir (Ahmed, Ahmed, Aibao, Hanbin, SiyuL, Ahmad, 2020). Korona virüs hastalığı yüksek düzeyde travma sonrası stres, depresif belirtiler ve kaygı durumunda yükselmeye sebep vermektedir (Vindegaard, Benros, 2020).

2.9. COVID-19 Pandemi Farkındalığı ve Alınan Önlemler

COVID-19 pandemisini önlemek için; bireysel ve toplumsal olarak bazı sorumlulukların alınması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve sağlık

profesyonelleri, enfeksiyonun önlenmesine yönelik bilgiler, çözüm önerileri paylaşmaktadır. Bireylerin doğru bilgi kaynaklarına ulaşabilmesi, bu bilgileri anlamlandırabilmesi ve günlük yaşamda uygulayabilmesi sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir. Bu bakımdan bireylerde SOY'un geliştirilmesi, pandemi sürecinde COVID-19 enfeksiyonunun önlenmesinde ve kontrolünde önemli ölçüde katkı sağlayacaktır. Bunun yanı sıra enfeksiyon hastalıklarında yetersiz sağlık okuryazarlığı'nın bağışıklama gibi koruyucu sağlık davranışlarının daha az benimsenmesine, antibiyotiklerin hatalı kullanımına neden olabildiği belirtilmektedir (Castro-Sánchez, Chang, Vila-Candel, Escobedo ve Holmes, 2016).

Covid-19 pandemisinin kişiler üzerinde istenmedik etkiler yaratması alınan önlemlerin sadece okulların kapatılması ile sınırlı kalmadığını, bunun dışında birçok alanda kısıtlamaya gidildiğini göstermektedir. Türkiye'de bu kapsamda bazı şehirlere giriş-çıkış yasakları, çarşı, pazar, market gibi toplu alanlarda maske takma zorunluluğu getirilmiş, salgının pik seviyeye ulaştığı dönemlerde Cumhurbaşkanlığı kararnamesi ile kısmi sokağa çıkma kısıtlamaları ilan edilmiştir. Riskli konumda bulunan 65 yaş ve üstü vatandaşların sokağa çıkma süreleri belli bir dönem devam etmiştir. Bunun dışında salgın döneminde ekonomik anlamda işlerini kaybeden insanlara yönelik belirli bir bütçe yardım planı devreye sokulmuştur (Karataş, 2020).

Covid-19 salgını döneminde yaşanan sosyal, fiziksel izolasyonlar, rutinlerdeki değişiklikler, kısıtlı sosyal alanlar "yeni normal" denilen bir süreç doğurmuştur. Öğrencilerin bu sürece uyum sağlayabilmeleri ve psikolojik dayanıklılıkları güçlendirmek amacıyla psikolojik destek sunulmalı ve etkili teknikler uygulanmalıdır (Çaykuş ve Çaykuş, 2020). Eğitim sürecinden uzak kalan öğrencilerin ruhsal anlamda yaşadıkları veya yaşayacakları sorunlara çözüm bulmak adına birtakım faaliyetler yapılabilir. Öncelikli olarak Covid-19 salgının öğrenciler üzerindeki etkisini daha çok inceleyen araştırmalar yapılabilir (Grubic ve ark., 2020).

Pandemi döneminde özellikle stresle başa çıkma tarzlarının bilinmesi ve kullanılması önemlidir. Bu sebeple bu dönemde kabul temelli başa çıkma, sosyal destek arayabilme, kişinin amacına yönelik adımlarını belirlemesi, yaşamın anlamını sorgulama, ekonomik problemler ve umutsuzluk durumları ile çalışmak son derece önemlidir. Yaşanan stresin azaltılması adına farkındalık, öz şefkat çalışmaları yapılabilir (Polizzi ve ark., 2020).

2.10. Türkiye’de COVID-19

Tüm dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisinin ilan edilmesi ile birlikte, ülkemizde de toplumsal kurumların işleyişinde bazı değişikliklere gidilerek sosyal izolasyon gereği alınan tedbirler her kurumda farklı şekillerde uygulanmaktadır. Pandemi sebebiyle insanların zorunlu olarak evlerinde kalmaları ile birlikte eğitim öğretim faaliyetlerine ara verilmesi ve hemen ardından uzaktan eğitim modeline geçilmesi, camii, kilise vb. ibadethanelerin toplu ibadetlere kapatılmasının yanı sıra, kamu ve toplum hizmeti veren kuruluşlarda da bazı kısıtlamalar uygulanmıştır. Değişen kurumsal işleyişlerin yanı sıra insanların günlük faaliyet alanları, iş yaşantıları, toplumsal algı ve bakış açılarında da birtakım değişikliklerin gerçekleştiği bilinmektedir (Güngörer, 2020).

COVID-19 pandemi sürecinde yemekhanelerin kullanımı kısıtlanmış, bazı kurumlarda tek kullanımlık malzemelerle yemek porsiyonlarının dağıtılması ve yemekhane oturma düzeninin salgından korunmaya uygun hale getirilmesi amaçlanmıştır. T. C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmış olan COVID-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi’nde toplu beslenme yapılan kurumlardan biri olan yemekhanelerde alınması gereken önlemlerden bahsedilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi (CDC), COVID-19 için önleyici eylemler içeren bir kılavuz yayınlamıştır. Kılavuz, hasta çalışanları eve göndermek, evden çalışmayı kolaylaştırmak, iş seyahatlerini azaltmak ve sosyal toplantılardan kaçınmak gibi çalışanlar için eğitimler içermektedir. Bazı çalışanların, şirket veya kuruluşlarının yönlendirmesi doğrultusunda çalışma tarzlarını hazırlıksız bir şekilde değiştirmek için derhal harekete geçmeleri istenmiştir. Diğerleri olağan işlerine devam etmelidir. Ayrıca, COVID-19 ile birçok insanın daha fazla korku, endişe ve psikolojik stres yaşadığı bildirilmiş, çalışanların performansı olumsuz olarak etkilenmiştir. İşverenler tarafından alınan işyeri önlemlerinin çalışanların COVID-19 hakkındaki korku ve endişelerini azaltıp azaltamayacağını ve kabul edilebilir iş performansını sürdürüp sürdüremeyeceğini bilmek önemli olabilir (Sasaki ve ark., 2020).

COVID-19 pandemi sürecinde yemekhanelerin kullanımı kısıtlanmış, bazı kurumlarda tek kullanımlık malzemelerle yemek porsiyonlarının dağıtılması ve yemekhane oturma düzeninin salgından korunmaya uygun hale getirilmesi

amaçlanmıştır. T. C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmış olan COVID-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi'nde toplu beslenme yapılan kurumlardan biri olan yemekhanelerde alınması gereken önlemlerden bahsedilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı halka yönelik koronavirüs riskine karşı 14 tedbir açıklamıştır. Bunlar şu şekildedir (Sağlık Bakanlığı, 2021):

1. Ellerinizi sık sık su ve sabun ile en az 20 saniye boyunca oarak yıkayın.
2. Soğuk algınlığı belirtileri gösteren kişilerle aranızda en az 3-4 adım mesafe koyun.
3. Öksürme veya hapşırma sırasında ağız ve burunu tek kullanımlık mendille kapatın. Mendil yoksa dirseğin iç kısmını kullanın.
4. Tokalaşma, sarılma gibi yakın temaslardan kaçının.
5. Ellerinizle gözlerinize, ağızınıza ve burnunuza dokunmayın.
6. Yurt dışı seyahatlerinizi iptal edin ya da erteleyin.
7. Yurt dışından dönüşte ilk 14 günü evinizde geçirin.
8. Bulduğunuz ortamları sık sık havalandırın.
9. Kıyafetlerinizi 60-90⁰C'de normal deterjanla yıkayın.
10. Kapı kolları, armatürler, lavabolar gibi sık kullandığınız yüzeyleri su ve deterjanla her gün temizleyin.
11. Soğuk algınlığı belirtileriniz varsa yaşlılar ve kronik hastalığı olanlarla temas etmeyin, maske takmadan dışarı çıkmayın.
12. Havlu gibi kişisel eşyalarınızı ortak kullanmayın.
13. Bol sıvı tüketin, dengeli beslenin, uyku düzeninize dikkat edin
14. Düşmeyen ateş, öksürük ve nefes darlığınız varsa, maske takarak bir sağlık kuruluşuna başvurun.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Gediz Devlet Hastanesi dâhiliye polikliniğine gelen hastaların sağlık okuryazarlığı ve Koronavirüs (Covid-19) farkındalığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Kütahya ilinde Gediz Devlet Hastanesinde dahiliye polikliniğine başvuru yapan hastalarla Aralık 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Kütahya ili Gediz ilçesi devlet hastanesi dahiliye polikliniğe Aralık 2021-Ocak 2022 ayında gelen hastalardan oluşmaktadır. Genel olarak hastane kayıtlarına bakıldığında yılda gelen hasta sayısının 5000 dolaylarında olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda gerek yılın tamamını temsil edecek boylamsal araştırma yapılamaması gerekse özel poliklinikte araştırmanın yürütülecek olması nedeniyle veri toplama araçlarındaki madde sayısı ve hastaneye uğrayan toplam hasta sayısı içerisinde %90 güvenirlilik seviyesi %4 hata payında 393 hastaya ulaşılacağı hesaplanmıştır. Dolayısıyla Araştırmada temsil gücü yüksek sapma miktarında hesaplanarak hasta sayısından bir miktar fazla olarak 405 hastaya ulaşarak örneklem oluşturulmuştur.

Örneklem Formülü:
$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya katılanların Aralık 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında Gediz Devlet Hastanesi dahiliye polikliniğine başvuru yapması, 18 yaş ve üzeri olmalarına, araştırmaya katılmaya gönüllü olmalarına ve tüm soruları eksiksiz cevaplamalarına dikkat edildi.

3.5. Araştırma Soruları

Polikliniğe gelen hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin covid-19 farkındalığı ve bazı değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanan bu araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi nedir?
2. Katılımcıların covid-19 farkındalık düzeyi nedir?
3. Polikliniğe gelen hastalarda sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?
4. Polikliniğe gelen hastalarda covid-19 farkındalık düzeyini hangi değişkenler etkilemektedir

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanması amacıyla *Kişisel Bilgi Formu (EK 2)*, *Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği (EK 3)* ve *Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (EK 4)* kullanılmıştır. Her bir ölçme aracına ilişkin detaylı bilgiler aşağıda sırasıyla sunulmuştur.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili bilgi edinmek amacıyla oluşturulan bu form (Cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim, durumu vb.) 12 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği (KFÖ)

Araştırmanın katılımcılarının Koronavirüs (Covid-19) farkındalık düzeyleri ile ilgili bilgi edinmek üzere kullanılan KFÖ, Bilgin (2020) tarafından geliştirilmiştir. 5’li Likert formatındaki ölçekte (1: Hiçbir Zaman, 5: Her Zaman) toplam 17 madde yer almaktadır. Ölçek ile katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) farkındalık düzeyleri “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*”, “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” ve “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” olarak kavramsallaştırılan üç boyutlu bir yapı halinde ölçümlenmektedir. Bu yönüyle üç farklı farkındalık düzeyine ilişkin ayrı ayrı puan elde edilebilen ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanların yükselmesi katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) farkındalık düzeylerinin ilgili alt boyut bağlamında yükseldiği anlamına gelmektedir.

Ölçeğin geçerliği geliştirme çalışmasında açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi olmak üzere iki farklı yöntemle incelenmiştir. Ölçeğin geliştirilme çalışmasında yapılan analizler sonucunda ölçeğin 17 maddeden oluşan bu yapısının Koronavirüs (Covid-19) farkındalığına ilişkin varyansın toplam %62’sini açıkladığı ve bu yapının istatistiksel olarak geçerli olduğu (GFI=.90, AGFI=.85, CFI=.95 ve RMSEA=.07) sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği ise iç tutarlığa dayalı güvenilirlik bağlamında Cronbach Alpha katsayısı hesaplanarak incelenmiş ve bu katsayılar ölçeğin “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*” alt ölçeği için $\alpha = .93$, “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” için $\alpha = .87$ ve “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” için ise $\alpha = .82$ olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin bu araştırma kapsamında güvenilirliğini temsil eden güvenilirlik katsayıları “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*” alt ölçeği için $\alpha = .87$, “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” için $\alpha = .87$ ve “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” için ise $\alpha = .75$ olarak hesaplanmıştır. KFÖ’ye ilişkin örnek maddeler Ek 3’de, ölçek kullanım izni Ek 5’de sunulmuştur.

3.6.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ)

Araştırmanın katılımcılarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilgili bilgi edinmek üzere kullanılan SOYÖ, Toçi, Bruzari ve Sorenson (2013) tarafından geliştirilmiş, Aras ve Bayık-Temel (2017) tarafından ise Türkçe'ye uyarlanmıştır. 5'li Likert formatındaki ölçekte (1: Yapamayacak Durumdayım, 5: Hiç Zorluk Çekmiyorum) toplam 25 madde yer almaktadır. Ölçek ile katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri “Bilgiye Erişim”, “Bilgileri Anlama”, “Değer Biçme/Değerlendirme” ve “Uygulama/Kullanma” olarak kavramsallaştırılan dört boyutlu bir yapı halinde ölçümlenmektedir. Bu yönüyle dört farklı okuryazarlık düzeyine ilişkin ayrı ayrı puan elde edilebilen ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanların yükselmesi katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ilgili alt boyut bağlamında yükseldiği anlamına gelmektedir.

Ölçeğin geçerliği uyarlama çalışmasında açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi olmak üzere iki farklı yöntemle incelenmiştir. Ölçeğin uyarlama çalışmasında yapılan analizler sonucunda ölçeğin 25 maddeden oluşan bu yapısının sağlık okuryazarlığına ilişkin varyansın toplam %49,1'ini açıkladığı ve bu yapının istatistiksel olarak geçerli olduğu (GFI=.82, AGFI=.78, CFI=.82 ve RMSEA=.06) sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği ise iç tutarlığa dayalı güvenilirlik bağlamında Cronbach Alpha katsayısı hesaplanarak incelenmiş ve bu katsayılar ölçeğin “Bilgiye Erişim” alt ölçeği için $\alpha = .71$, “Bilgileri Anlama” için $\alpha = .79$, “Değer Biçme/Değerlendirme” için $\alpha = .66$ ve “Uygulama Kullanma” için ise $\alpha = .62$ olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin bu araştırma kapsamında güvenilirliğini temsil eden güvenilirlik katsayıları “Bilgiye Erişim” alt ölçeği için $\alpha = .96$, “Bilgileri Anlama” için $\alpha = .94$, “Değer Biçme/Değerlendirme” için $\alpha = .93$ ve “Uygulama Kullanma” için ise $\alpha = .91$ olarak hesaplanmıştır. SOYÖ'ye ilişkin örnek maddeler Ek 3'de, ölçek kullanım izni Ek 5'de sunulmuştur.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma verilerinin toplanması sürecine ilk olarak gerekli yasal izinler alınarak başlanmıştır. İlk olarak çalışmada kullanılacak ölçme araçlarını geliştiren ve Türkçe'ye uyarlayan araştırmacılardan ölçek kullanım izni (EK 5), Gediz Devlet

Hastanesi'nden ise uygulama izni (EK 6) talep edilmiştir. Sonrasında ise araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce Biruni Üniversitesi, Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Başkanlığı'ndan (EK 1) onay alınmıştır. (Onay Tarih: 02/12/2021 – Sayı:2021/63-15). Gerekli olan etik ve yasal izinler tamamlandıktan sonra verilerin toplanması aşamasına geçilmiştir

3.8. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde dahiliye polikliniğine başvuran, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara poliklinikte ayrılan özel bir odada veri toplama araçları yüz yüze olarak uygulanmıştır. Uygulama sürecinin başında her bir katılımcıya gönüllük, etik süreçler ve araştırmanın amacı, verilerin incelenmesi, kayıtların saklanması, katılımcıların hakları konularında gerekli bilgilendirme ve açıklamalar yapılmıştır. Araştırma katılımcılarının araştırma kapsamında kullanılan ölçekleri ortalama 20 dakika içerisinde tamamladıkları görülmüştür.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Aralık 2021 ve Ocak 2022 tarihleri arasında dâhiliye polikliniğine gelen hastalarla sınırlıdır.
2. Araştırma örnekleminde yer alan katılımcıların daha önce COVID hikâyesi aranmadan ilgili poliklinik başvuruları dikkate alınarak sınırlandırılmıştır.
3. Araştırma verilerinin bir bölümü katılımcıların kendisi tarafından bir bölümü ise araştırmacının okuyarak katılımcının cevap vermesi neticesinde ulaşılmıştır. Dolayısıyla hastanenin talebi dikkate alınarak anket formlarını doldurulması talep beyanı sınırlılığı beraberinde getirmiştir.

3.10. Verilerin Analizi

Araştırmanın veri toplama aşaması tamamlandıktan sonra öncelikle araştırma verileri araştırmacı tarafından bilgisayara kodlanmıştır. Veriler bilgisayara kodlandıktan sonra ilk olarak veri setinde yer alan kayıp ve/veya hatalı veriler incelenmiştir. Kayıp ve/veya hatalı verilerin incelenmesinde kabul edilebilir yanıtız

madde oranı %5 olarak belirlenmiştir. (Tabachnick ve Fidell, 20xx). Bu noktada %5'in üzerinde yanıtız madde içeren 16 ölçek bataryası veri setinden çıkarılmıştır. Sonrasında ise uç değerler incelenmiş ve uç değer olduğu belirlenen 11 ölçek bataryası araştırmanın veri setinden çıkarılmıştır. Böylece geriye kalan 405 kişilik veri seti araştırmanın nihai veri seti olarak belirlenerek verilerin analizi bu veri seti üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verilerinin analizinde ilk olarak araştırma veri setine ilişkin normallik analizleri gerçekleştirilmiştir. Normallik analizini takiben araştırma katılımcılarının Koronavirüs (Covid-19) farkındalığı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesinde aritmetik ortalama ve standart sapma gibi betimsel istatistikler kullanılmıştır. Dahası araştırmanın katılımcılarının Koronavirüs (Covid-19) farkındalığı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin demografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı ise ortalama karşılaştırmasını temel alan analizler ile incelenmiştir. Bu noktada iki kategoriden oluşan demografik özellikler T-Testi ile, ikiden fazla kategori içeren demografik özellikler ise Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) ile incelenmiştir. Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) ile ortaya çıkan farklılıkların kaynağı ise varyans homojenliği sağlandığı durumlarda Tukey, sağlanmadığı durumlarda ise Tamhane çoklu karşılaştırma testleri ile incelenmiştir. Ayrıca varyans homojenliğinin sağlanmadığı durumlarda Brown-Forsythe testi de analiz sürecine dâhil edilmiştir (Pallant, 20xx). Son olarak verilerin analiz sürecinde araştırma katılımcılarının Koronavirüs (Covid-19) farkındalığı düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı ilişkilerin olup olmadığı ise Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Bahsedilen tüm bu analizler IBM SPSS 22 paket programı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir

4. BULGULAR

Bu bölümde; araştırmada katılımcılardan kişisel bilgi formu ve ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

1. Katılımcılara ilişkin demografik bulgular,
2. Koronavirüs (Covid-19) farkındalığı ve Sağlık Okuryazarlığı ölçekleri puan ortalamalarına ilişkin bulgular,
3. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının demografik özelliklerle karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,
4. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamalarının demografik özelliklerle karşılaştırılmasına ilişkin bulgular;
5. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (N: 405)

Değişken	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	218	53.8
	Erkek	187	46.2
Medeni Durum	Evli	265	65.4
	Bekâr	97	24
	Boşanmış veya eşi vefat etmiş	43	10.6
Yaş	18-35 Yaş	145	35.8
	36-50 Yaş	108	26.7
	51-65 Yaş	85	21
	66+ Yaş	67	16.5
Eğitim Durumu	Okumaz-Yazmaz	22	5.4
	İlkokul	108	26.7
	Ortaokul	42	10.4
	Lise	110	27.2
	Üniversite	123	30.4
Bir İşte Çalışma Durumu	Çalışmıyor	225	55.6
	Çalışıyor	180	44.4
Aylık Gelir Durumu	Gelir giderden az	185	45.7
	Gelir gidere eşit	198	48.9
	Gelir giderden fazla	22	5.4
Genel Sağlık Durumu	Mükemmel	24	5.9
	Çok İyi	90	22.2
	İyi	195	48.1
	Orta (Fena Değil)	87	21.5
	Kötü	9	2.2
Kronik Hastalık Durumu	Evet	164	40.5
	Hayır	241	59.5
Sigara Kullanım Durumu	Evet	141	34.8
	Hayır	264	65.2
Alkol Kullanım Durumu	Evet	66	16.3
	Hayır	339	83.7
Sağlığı İle İlgili Konularda İnternete Bakma	Evet	223	55.1
	Hayır	182	44.9
Covid-19 Aşı Durumu	Aşılınmayan	34	8.4
	1 Doz Aşılana	14	3.5
	2 Doz Aşılana	80	19.8
	3 Doz Aşılana	277	68.4
	Toplam		405

Tablo 4.1 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların %53.8' inin kadın, %65.4' ünün evli, %55.6' sının çalışmadığı, %65.2' sinin sigara

kullanmadığı, %83.7' sinin alkol kullanmadığı belirlendi. Katılımcıların yaş ortalaması ise $45,93 \pm 17,28$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %48.9' u gelirlerinin giderlerine denk olduğunu, %48.1'i genel sağlık durumunu iyi olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların %68.4' ü Koronavirüs (Covid-19) aşısı yaptıran yetişkin bireylerdir.



Tablo 4.2. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği ve Alt Boyut Puan ortalamaları

Ölçek	Alt Ölçek	Madde Sayısı	Toplam Puan	S. Ortalama*
Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği	KF_BTTF	9	33.14	3.68
	KF_GGTF	4	11.27	2.82
	KF_HTF	4	10.23	2.56

KF_BTTF: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı, **KF_GGTF:** Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı, **KF_HTF:** Hijyen Tedbiri Farkındalığı

*Standart Ortalama = Alt Ölçekten Alınan Toplam Puan / Alt Ölçekteki Madde Sayısı

Tablo 4.2 incelendiğinde, Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği'nin alt ölçeklerine ilişkin madde sayılarına bölünerek hesaplanan standart ortalamaların küçükten büyüğe doğru “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ($\bar{x} = 2.56$), “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($\bar{x} = 2.82$) ve “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($\bar{x} = 3.68$) biçiminde sıralandığı görülmektedir. Buradan hareketle katılımcıların “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ve “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” düzeylerinin ortalamaya yakın, “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” düzeylerinin ise ortalamanın üzerinde ve yükseğe yakın olduğu belirlendi.

Tablo 4.3. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Değişken	Cinsiyet	n	\bar{x}	Ss	t	p
KF_BTf	Kadın	218	34.34	4.98	4.95	.000*
	Erkek	187	31.73	5.62		
KF_GGTF	Kadın	218	11.27	3.84	.01	.993
	Erkek	187	11.27	3.88		
KF_HTF	Kadın	218	11.07	3.12	5.86	.000*
	Erkek	187	9.25	3.13		

T-testi

KF_BTf: *Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*, **KF_GGTF:** *Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı*,

KF_HTF: *Hijyen Tedbiri Farkındalığı*

* $p < .05$

Tablo 4.3 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeğinin “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*” ($t = 4.95, p < .05$) ve “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” ($t = 5.86, p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların cinsiyete göre anlamlı biçimde farklılaştığı ancak “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” alt ölçeğinden aldıkları puanların ($t = 0.01, p > .05$) ise cinsiyete göre anlamlı biçimde farklılaşmadığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.3’te yer alan verilere dayalı olarak bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan kadın katılımcıların “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*” ($x = 34.34$) ve “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” ($x = 11.07$) düzeylerinin erkek katılımcıların “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*” ($x = 31.73$) ve “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” ($x = 9.25$) düzeylerinden anlamlı biçimde yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.4. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
KF_BTTF	G. Arası	222.77	2	111.39	3.82	.023**	A-B
	G. İçi	11716.76	402	29.15			
	Toplam	11939.53	404				
KF_GGTF	G. Arası	600.53	2	300.26	22.32	.000**	A-B, A-C, B-C
	G. İçi	5409.14	402	13.46			
	Toplam	6009.66	404				
KF_HTF	G. Arası	106.14	2	53.07	5.14	.006**	A-C, B-C
	G. İçi	4154.05	402	10.33			
	Toplam	4260.18	404				

Tek Yönlü Varyans Analizi

KF_BTTF: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı, **KF_GGTF:** Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı,

KF_HTF: Hijyen Tedbiri Farkındalığı

A: Evli, **B:** Bekâr, **C:** Boşanmış veya eşi vefat etmiş

** $p < .05$

Tablo 4.4 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeğinin “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($F_{(2,402)} = 3.82, p < .05$), “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($F_{(2,402)} = 22.32, p < .05$) ve “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ($F_{(2,402)} = 5.14, p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların medeni duruma göre anlamlı biçimde farklılaştığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.4’ de yer alan verilere dayalı olarak bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan evli katılımcıların “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($x = 33.66, Ss = 5.11$) düzeylerinin bekâr katılımcılardan ($x = 31.97, Ss = 5.92$) anlamlı biçimde yüksek olduğu saptandı. Dahası araştırmanın çalışma grubunda yer alan bekâr katılımcıların “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($x = 12.63, Ss = 3.92$) düzeylerinin hem evli ($x = 11.28, Ss = 3.59$) hem de boşanmış veya eşi vefat etmiş ($x = 8.14, Ss = 3.60$) katılımcılardan anlamlı biçimde yüksek olduğu ayrıca evli katılımcıların “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” düzeylerinin de ($x = 11.28, Ss = 3.59$) boşanmış veya eşi vefat etmiş katılımcılardan ($x = 8.14, Ss = 3.60$) daha yüksek olduğu belirlendi. Bir başka ifade ile araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların

“Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” düzeyleri medeni duruma göre yüksekten düşüğe doğru bekâr, evli ve boşanmış veya eşi vefat etmiş katılımcılar biçiminde sıralanmaktadır. Son olarak araştırmanın çalışma grubunda yer alan boşanmış veya eşi vefat etmiş katılımcıların “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” düzeylerinin ($x= 8.91$, $Ss= 2.90$), evli ($x= 10.24$, $Ss= 3.27$) ve bekâr ($x= 10.79$, $Ss= 3.20$) katılımcılardan anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptandı.



Tablo 4.5. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
KF_BTF	G. Arası	132.01	3	44.00	1.49	.216	---
	G. İçi	11807.52	401	29.45			
	Toplam	11939.53	404				
KF_GGTF	G. Arası	664.46	3	221.49	16.62	.000**	A-C, A-D, B- D, C-D
	G. İçi	5345.21	401	13.33			
	Toplam	6009.66	404				
KF_HTF	G. Arası	21.73	3	7.24	0.69	.561	---
	G. İçi	4238.46	401	10.57			
	Toplam	4260.18	404				

Tek Yönlü Varyans Analizi

KF_BTF: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı, **KF_GGTF:** Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı, **KF_HTF:** Hijyen Tedbiri Farkındalığı

A: 18-35 Yaş, **B:** 36-50 Yaş, **C:** 51-65 Yaş, **D:** 66 yaş ve sonrası

** $p < .05$

Tablo 4.5 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeğinin alt ölçeklerinden sadece “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($F_{(3, 401)} = 16.62, p < .05$) alt ölçeğinden aldıkları puanların yaşa göre anlamlı biçimde farklılaştığı buna karşılık “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($F_{(3, 401)} = 1.49, p > .05$) ve “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ($F_{(3, 401)} = 0.69, p > .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların ise yaşa göre anlamlı biçimde farklılaşmadığı saptandı.

Bununla birlikte Tablo 4.5’de yer alan verilere dayalı olarak “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” alt ölçeğine ilişkin bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan 66 yaş ve üzerindeki ($x = 8.75, Ss = 3.67$) katılımcıların “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” düzeylerinin 18-35 yaş aralığındaki ($x = 12.39, Ss = 3.86$) katılımcılardan, 36-50 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x = 11.79, Ss = 3.60$) ve 51-65 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x = 10.69, Ss = 3.32$) anlamlı biçimde daha düşük olduğu belirlendi.

Ayrıca yapılan analizler sonucunda araştırmanın çalışma grubunda bulunan 18-35 yaş aralığındaki katılımcıların ($x = 12.39, Ss = 3.86$) “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” düzeylerinin 51-65 yaş aralığındaki katılımcıların ($x = 10.69, Ss = 3.32$) “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” düzeylerinden anlamlı biçimde yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 4.6. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
KF_BTTF	G. Arası	43.75	4	10.94	0.37	.832	---
	G. İçi	11895.78	400	29.74			
	Toplam	11939.53	404				
KF_GGTF	G. Arası	1057.13	4	264.28	21.35	.000**	A-D, A-E, B-D, B-E, C-D, C-E
	G. İçi	4952.53	400	12.38			
	Toplam	6009.66	404				
KF_HTF	G. Arası	38.67	4	9.67	0.92	.454	---
	G. İçi	4221.51	400	10.55			
	Toplam	4260.18	404				

Tek Yönlü Varyans Analizi

KF_BTTF: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı, **KF_GGTF:** Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı, **KF_HTF:** Hijyen Tedbiri Farkındalığı

A: Okumaz-Yazmaz, **B:** İlkokul, **C:** Ortaokul, **D:** Lise, **E:** Üniversite

** $p < .05$

Tablo 4.6 incelendiğinde araştırmannın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeğinin alt ölçeklerinden sadece “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($F_{(4, 400)} = 21.35, p < .05$) alt ölçeğinden aldıkları puanların eğitim durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı buna karşılık “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($F_{(4, 400)} = 0.37, p > .05$) ve “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ($F_{(4, 400)} = 0.92, p > .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların ise eğitim durumuna göre anlamlı biçimde farklılaşmadığı belirlendi

Bununla birlikte Tablo 4.6’da yer alan verilere dayalı olarak “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” alt ölçeğine ilişkin bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, lise ($x = 12.46, Ss = 3.52$) ve üniversite ($x = 12.73, Ss = 3.66$) mezunu olan katılımcıların “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” düzeylerinin okumaz-yazmaz ($x = 8.09, Ss = 2.99$), ilkökul mezunu ($x = 9.40, Ss = 3.63$) ve ortaokul mezunu ($x = 10.33, Ss = 2.99$) katılımcılardan anlamlı biçimde daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 4.7. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	Faktör	n	\bar{x}	Ss	t	p
KF_BTF	Çalışmıyor	225	33.67	5.72	2.23	.027*
	Çalışıyor	180	32.47	5.00		
KF_GGTF	Çalışmıyor	225	10.72	3.75	-3.21	.001*
	Çalışıyor	180	11.95	3.89		
KF_HTF	Çalışmıyor	225	10.40	3.33	1.16	.245
	Çalışıyor	180	10.02	3.14		

T Testi

KF_BTF: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı, **KF_GGTF:** Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı,

KF_HTF: Hijyen Tedbiri Farkındalığı

* $p < .05$

Tablo 4.7 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeğinin “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($t = 2.23$, $p < .05$) ve “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($t = -3.21$, $p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların çalışma durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı ancak “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” alt ölçeğinden aldıkları puanların ($t = 1.16$, $p > .05$) ise çalışma durumuna göre anlamlı biçimde farklılaşmadığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.7’de yer alan verilere dayalı olarak bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan bir işte çalışmayan katılımcıların “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($x = 33.67$) düzeylerinin bir işte çalışan katılımcılardan ($x = 32.47$) anlamlı biçimde yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.8. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Aylık Gelir Durumuna Göre Karşılaşması

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
KF_BTF	G. Arası	158.65	2	79.33	2.71	.068	---
	G. İçi	11780.88	402	29.31			
	Toplam	11939.53	404				
KF_GGTF	G. Arası	291.79	2	145.89	10.26	.000**	A-B, A-C
	G. İçi	5717.88	402	14.22			
	Toplam	6009.66	404				
KF_HTF	G. Arası	57.77	2	28.89	2.76	.064	---
	G. İçi	4202.41	402	10.45			
	Toplam	4260.18	404				

Tek Yönlü Varyans Analizi

KF_BTF: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı, **KF_GGTF:** Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı, **KF_HTF:** Hijyen Tedbiri Farkındalığı

A: Gelir giderden az, **B:** Gelir gidere denk, **C:** Gelir giderden fazla

** $p < .05$

Tablo 4.8 incelendiğinde araştırmann çalışma grubunda yer alan katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeğinin alt ölçeklerinden sadece “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($F_{(2, 402)} = 10.26, p < .05$) alt ölçeğinden aldıkları puanların aylık gelir durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı buna karşılık “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($F_{(2, 402)} = 2.71, p > .05$) ve “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ($F_{(2, 402)} = 2.76, p > .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların ise aylık gelir durumuna göre anlamlı biçimde farklılaşmadığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.8’de yer alan verilere dayalı olarak “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” alt ölçeğine ilişkin bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, gelir giderden az ($x = 10.39, Ss = 3.83$) olan katılımcıların “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” düzeylerinin gelir gidere denk ($x = 11.88, Ss = 3.71$) olan katılımcılardan ve gelir giderden fazla ($x = 13.14, Ss = 3.81$) katılımcılardan anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.9. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Genel Sağlık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
KF_BTF	G. Arası	126.22	4	31.55	1.07	.372	---
	G. İçi	11813.31	400	29.53			
	Toplam	11939.53	404				
KF_GGTF	G. Arası	792.57	4	198.14	15.19	.000**	A-D, A-E, B-C, B-D, B-E, C-D, C-E
	G. İçi	5217.10	400	13.04			
	Toplam	6009.66	404				
KF_HTF	G. Arası	53.38	4	13.35	1.27	.282	---
	G. İçi	4206.80	400	10.52			
	Toplam	4260.18	404				

Tek Yönlü Varyans Analizi

KF_BTF: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı, **KF_GGTF:** Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı, **KF_HTF:** Hijyen Tedbiri Farkındalığı

A: Mükemmel, **B:** Çok İyi, **C:** İyi, **D:** Orta (Fena Değil), **E:** Kötü

** $p < .05$

Tablo 4.9. incelendiğinde araştırmının çalışma grubunda yer alan katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeğinin alt ölçeklerinden sadece “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($F_{(4, 400)} = 15.19, p < .05$) alt ölçeğinden aldıkları puanların genel sağlık durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı buna karşılık “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($F_{(4, 400)} = 1.07, p > .05$) ve “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ($F_{(4, 400)} = 1.27, p > .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların ise genel sağlık durumuna göre anlamlı biçimde farklılaşmadığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.9’da yer alan verilere dayalı olarak “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” alt ölçeğine ilişkin bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, genel sağlık durumunu orta (fena değil) ($x = 9.34, Ss = 3.36$) olarak değerlendiren ve kötü ($x = 7.22, Ss = 32.59$) olarak değerlendiren katılımcıların “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” düzeylerinin genel sağlık durumlarını mükemmel ($x = 11.83, Ss = 4.56$), çok iyi ($x = 13.13, Ss = 3.93$) ve iyi ($x = 11.38, Ss = 3.47$) katılımcılardan anlamlı biçimde daha düşük olduğu belirlendi.

Ayrıca yapılan analizler araştırmanın çalışma grubunda yer alan ve genel sağlık durumunu çok iyi ($x= 13.13$, $Ss= 3.93$) olarak değerlendiren katılımcıların “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” düzeylerinin genel sağlık durumunu iyi ($x= 11.38$, $Ss= 3.47$) olarak değerlendiren katılımcılardan anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu saptandı.



Tablo 4.10. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	Kronik Hastalık	n	\bar{x}	Ss	t	p
KF_BTf	Evet	164	33.43	5.36	.89	.375
	Hayır	241	32.94	5.49		
KF_GGTF	Evet	164	10.05	3.66	-5.41	.000*
	Hayır	241	12.10	3.78		
KF_HTF	Evet	164	9.88	3.00	-1.83	.069
	Hayır	241	10.47	3.39		

T Testi

KF_BTf: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı, **KF_GGTF:** Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı, **KF_HTF:** Hijyen Tedbiri Farkındalığı

* $p < .05$

Tablo 4.10 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeğinin “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($t = .89, p > .05$) ve “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ($t = -1.83, p > .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların kronik hastalık durumuna göre anlamlı biçimde farklılaşmadığı ancak “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” alt ölçeğinden aldıkları puanların ($t = -5.41, p < .05$) ise kronik hastalık durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.10’da yer alan verilere dayalı olarak bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan kronik hastalığı bulunan ($x = 10.05$) katılımcıların “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” düzeylerinin kronik hastalığı olmayan ($x = 12.10$) katılımcıların “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” düzeylerinden anlamlı biçimde düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.11. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Sigara Kullanım Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	Sigara Kullanım	n	\bar{x}	Ss	t	p
KF_BTF	Evet	141	31.67	5.77	-4.05	.000*
	Hayır	264	33.92	5.09		
KF_GGTF	Evet	141	11.93	3.95	2.53	.012*
	Hayır	264	10.92	3.76		
KF_HTF	Evet	141	9.76	3.40	-2.15	.032*
	Hayır	264	10.48	3.14		

T Testi

KF_BTF: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı, **KF_GGTF:** Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı, **KF_HTF:** Hijyen Tedbiri Farkındalığı

* $p < .05$

Tablo 4.11 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeğinin “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($t = -4.05$, $p < .05$), “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($t = 2.53$, $p < .05$) ve “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ($t = -2.15$, $p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların sigara kullanım durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.11’de yer alan verilere dayalı olarak bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan sigara kullanan bireylerin “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($x = 31.67$) ve “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ($x = 9.76$) düzeylerinin sigara kullanmayan bireylerin “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($x = 33.92$) ve “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ($x = 10.48$) düzeylerinden daha düşük olduğu belirlendi. Bununla birlikte araştırmanın çalışma grubunda bulunan ve sigara kullanan bireylerin “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($x = 11.93$) düzeylerinin ise sigara kullanmayan bireylerin “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($x = 10.92$) düzeylerinden daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.12. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Alkol Kullanım Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	Alkol Kullanım	n	\bar{x}	Ss	t	p
KF_BTTF	Evet	66	30.44	6.19	-3.97	.000*
	Hayır	339	33.66	5.12		
KF_GGTF	Evet	66	12.05	3.83	1.79	.074
	Hayır	339	11.12	3.85		
KF_HTF	Evet	66	9.55	2.94	-1.88	.060
	Hayır	339	10.37	3.29		

T Testi

KF_BTTF: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı, **KF_GGTF:** Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı, **KF_HTF:** Hijyen Tedbiri Farkındalığı

* $p < .05$

Tablo 4.12 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeğinin yalnızca “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*” ($t = -3.97, p < .05$) alt ölçeğinden elde etmiş oldukları puanların alkol kullanım durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı buna karşılık “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” ($t = 1.79, p > .05$) ve “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” ($t = -1.88, p > .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların ise alkol kullanım durumuna göre anlamlı biçimde farklılaşmadığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.12’de yer alan verilere dayalı olarak bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan alkol kullanan ($x = 30.44$) katılımcıların “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*” düzeylerinin alkol kullanmayan ($x = 33.66$) katılımcıların “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*” düzeylerinden anlamlı biçimde düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.13. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Sağlıkları İle İlgili Konularda İnternete Bakma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	İnternete Bakma	n	\bar{x}	Ss	T	p
KF_BTF	Evet	223	33.64	5.05	2.08	.038*
	Hayır	182	32.52	5.83		
KF_GGTF	Evet	223	12.70	3.57	9.02	.000*
	Hayır	182	9.52	3.46		
KF_HTF	Evet	223	10.54	3.16	2.14	.033*
	Hayır	182	9.85	3.32		

T Testi

KF_BTF: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı, **KF_GGTF:** Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı, **KF_HTF:** Hijyen Tedbiri Farkındalığı

* $p < .05$

Tablo 4.13 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeğinin “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($t = 2.08$, $p < .05$), “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($t = 9.02$, $p < .05$) ve “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ($t = 2.14$, $p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların sağlıkları ile ilgili konularda internete bakıp bakmama durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.13’de yer alan verilere dayalı olarak bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan ve sağlıkları ile ilgili konularda internete bakan bireylerin “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($x = 33.64$), “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($x = 12.70$) ve “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ($x = 10.54$) düzeylerinin sağlıkları ile ilgili konularda internete bakmayan bireylerin “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($x = 32.52$), “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($x = 9.52$) ve “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ($x = 9.85$) düzeylerinden anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.14. Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Aşı Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
KF_BTF	G. Arası	868.40	3	289.47	10.485	.000**	A-D, B-D, C-D
	G. İçi	11071.13	401	27.61			
	Toplam	11939.53	404				
KF_GGTF	G. Arası	63.50	3	21.17	1.427	.234	---
	G. İçi	5946.17	401	14.83			
	Toplam	6009.66	404				
KF_HTF	G. Arası	91.67	3	30.56	2.939	.033**	A-D, B-D
	G. İçi	4168.51	401	10.40			
	Toplam	4260.18	404				

Tek Yönlü Varyans Analizi

KF_BTF: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı, **KF_GGTF:** Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı, **KF_HTF:** Hijyen Tedbiri Farkındalığı

A: Aşı yaptırmamış, **B:** Bir doz aşı yaptırmış, **C:** İki doz aşı yaptırmış, **D:** Üç doz aşı yaptırmış

Tablo 4.14 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeğinin alt ölçeklerinden sadece “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ($F_{(3, 401)} = 1.427, p > .05$) alt ölçeğinden aldıkları puanların aşı durumuna göre anlamlı biçimde farklılaşmadığı buna karşılık “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” ($F_{(3, 401)} = 10.485, p < .05$) ve “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” ($F_{(4, 400)} = 2.939, p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların ise aşı durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı belirlendi.

Bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, üç doz aşı yaptıran katılımcıların “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” düzeylerinin ($x = 34.05, Ss = 5.14$), hiç aşı yaptırmamış ($x = 31.12, Ss = 5.25$), bir doz aşı yaptırmış ($x = 28.36, Ss = 7.07$) ve iki doz aşı yaptırmış ($x = 31.65, Ss = 5.29$) katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte üç doz aşı yaptıran katılımcıların “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” düzeylerinin ($x = 10.52, Ss = 3.15$) hiç aşı yaptırmamış ($x = 9.35, Ss =$

3.41) ve bir doz aşı yaptırmış ($\bar{x}= 8.71$, $Ss= 3.41$) katılımcılardan anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptandı.



Tablo 4.15. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçek	Alt Ölçek	Madde Sayısı	Toplam Puan	Ortalama*
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	SOY_BE	5	18.86	3.77
	SOY_BA	7	24.22	3.46
	SOY_DEĞER	8	29.56	3.70
	SOY_UYG	5	19.86	3.97

SOY_BE: Bilgiye Erişim, SOY_BA: Bilgileri Anlama, SOY_DEĞER: Değer Biçme/Değerlendirme, SOY_UYG: Uygulama/Kullanma

**Standart Ortalama = Alt Ölçekten Alınan Toplam Puan / Alt Ölçekteki Madde Sayısı*

Tablo 4.15 incelendiğinde, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin alt ölçeklerine ilişkin madde sayılarına bölünerek hesaplanan standart ortalamaların küçükten büyüğe doğru “Bilgileri Anlama” ($\bar{x} = 3.46$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($\bar{x} = 3.70$), “Bilgiye Erişim” ($\bar{x} = 3.77$) ve “Uygulama/Kullanma” ($\bar{x} = 3.97$) biçiminde sıralandığı görülmektedir. Buradan hareketle katılımcıların “Bilgileri Anlama”, “Değer Biçme/Değerlendirme”, “Bilgiye Erişim” ve “Uygulama/Kullanma” okuryazarlığı düzeylerinin ortalamasının üzerinde ve yükseğe yakın olduğu belirlendi

Tablo 4.16. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Değişken	Cinsiyet	n	\bar{x}	Ss	T	p
SOY_BE	Kadın	218	19.44	4.93	2.47	.014*
	Erkek	187	18.20	5.15		
SOY_BA	Kadın	218	24.67	7.24	1.37	.172
	Erkek	187	23.70	7.12		
SOY_DEĞER	Kadın	218	30.41	6.88	2.54	.011*
	Erkek	187	28.57	7.70		
SOY_UYG	Kadın	218	20.78	3.38	4.88	.000*
	Erkek	187	18.79	4.59		

T Testi

SOY_BE: Bilgiye Erişim, SOY_BA: Bilgileri Anlama, SOY_DEĞER: Değer Biçme/Değerlendirme, SOY_UYG: Uygulama/Kullanma

* $p < .05$

Tablo 4.16 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “*Bilgiye Erişim*” ($t = 2.47, p < .05$), “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ($t = 2.54, p < .05$) ve “*Uygulama/Kullanma*” ($t = 4.88, p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların cinsiyete göre anlamlı biçimde farklılaştığı ancak “*Bilgileri Anlama*” alt ölçeğinden aldıkları puanların ($t = 1.37, p > .05$) ise cinsiyete göre anlamlı biçimde farklılaşmadığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.16’da yer alan verilere dayalı olarak bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan kadın katılımcıların “*Bilgiye Erişim*” ($x = 19.44$), “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ($x = 30.41$) ve “*Uygulama/Kullanma*” ($x = 20.78$) düzeylerinin erkek katılımcıların “*Bilgiye Erişim*” ($x = 18.20$), “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ($x = 28.57$) ve “*Uygulama/Kullanma*” ($x = 18.79$) düzeylerinden anlamlı biçimde yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.17. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Karşılaştırılması

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
SOY_BE	G. Arası	1853.04	2	926.52	43.85	.000**	A-B, A-C, B-C
	G. İçi	8494.49	402	21.13			
	Toplam	10347.53	404				
SOY_BA	G. Arası	4646.54	2	2323.27	57.47	.000**	A-B, A-C, B-C
	G. İçi	16251.46	402	40.43			
	Toplam	20898.00	404				
SOY_DEĞER	G. Arası	3646.48	2	1823.24	40.72	.000**	A-B, A-C, B-C
	G. İçi	17999.17	402	44.77			
	Toplam	21645.64	404				
SOY_UYG	G. Arası	567.80	2	283.90	18.33	.000**	A-B, A-C, B-C
	G. İçi	6225.18	402	15.49			
	Toplam	6792.98	404				

Tek Yönlü Varyans Analizi

SOY_BE: Bilgiye Erişim, **SOY_BA:** Bilgileri Anlama, **SOY_DEĞER:** Değer Biçme/Değerlendirme, **SOY_UYG:** Uygulama/Kullanma

A: Evli, **B:** Bekâr, **C:** Boşanmış veya eşi vefat etmiş

** $p < .05$.

Tablo 4.17. incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “Bilgiye Erişim” ($F_{(2,402)} = 43.85$, $p < .05$), “Bilgileri Anlama” ($F_{(2,402)} = 57.47$, $p < .05$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($F_{(2,402)} = 40.72$, $p < .05$) ve “Uygulama/Kullanma” ($F_{(2,402)} = 18.33$, $p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların medeni duruma göre anlamlı biçimde farklılaştığı belirlendi. Bununla birlikte Tablo 17’de yer alan verilere dayalı olarak bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin dört bileşeninden de elde etmiş oldukları puanların medeni duruma göre yüksekten düşüğe doğru bekâr, evli ve boşanmış veya eşi vefat etmiş biçiminde sıralandığı belirlendi.

Bu noktada yapılan analizler araştırmanın çalışma grubunda yer alan bekâr katılımcıların “Bilgiye Erişim” ($x = 21.47$, $Ss = 4.44$), “Bilgileri Anlama” ($x = 28.82$, $Ss = 5.83$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($x = 33.19$, $Ss = 6.46$) ve “Uygulama/Kullanma” ($x = 21.25$, $Ss = 4.01$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların hem

evli katılımcıların “*Bilgiye Erişim*” ($x= 18.76$, $Ss= 4.57$), “*Bilgileri Anlama*” ($x= 23.78$, $Ss= 6.52$), “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ($x= 29.44$, $Ss= 6.77$) ve “*Uygulama/Kullanma*” ($x= 19.83$, $Ss= 3.83$) alt ölçeklerinden aldıkları puanlardan hem de boşanmış veya eşi vefat etmiş katılımcıların “*Bilgiye Erişim*” ($x= 13.60$, $Ss= 5.07$), “*Bilgileri Anlama*” ($x= 16.53$, $Ss= 6.47$), “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ($x= 22.14$, $Ss= 6.74$) ve “*Uygulama/Kullanma*” ($x= 16.88$, $Ss= 4.39$) alt ölçeklerinden aldıkları puanlardan anlamlı biçimde yüksek olduğunu belirlendi. Özetle, araştırmanın çalışma grubunda yer alan bekâr katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin dört bileşeninden de elde etmiş oldukları puanların evli ve boşanmış veya eşi vefat etmiş katılımcılardan anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca yapılan analizler sonucunda araştırmanın çalışma grubunda yer alan evli katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin her dört alt ölçeğinden elde ettikleri puanların boşanmış veya eşi vefat etmiş katılımcılardan anlamlı biçimde yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.18. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
SOY_BE	G. Arası	3937.08	3	1312.36	82.09	.000**	A-B, A-C, A-D, B-C, B-D, C-D
	G. İçi	6410.45	401	15.99			
	Toplam	10347.53	404				
SOY_BA	G. Arası	9078.18	3	3026.06	102.66	.000**	A-B, A-C, A-D, B-C, B-D, C-D
	G. İçi	11819.82	401	29.48			
	Toplam	20898.00	404				
SOY_DEĞER	G. Arası	6664.59	3	2221.53	59.46	.000**	A-B, A-C, A-D, B-C, B-D, C-D
	G. İçi	14981.06	401	37.36			
	Toplam	21645.64	404				
SOY_UYG	G. Arası	866.26	3	288.75	19.54	.000**	A-C, A-D, B-D, C-D
	G. İçi	5926.72	401	14.78			
	Toplam	6792.98	404				

Tek Yönlü Varyans Analizi

SOY_BE: Bilgiye Erişim, **SOY_BA:** Bilgileri Anlama, **SOY_DEĞER:** Değer Biçme/Değerlendirme, **SOY_UYG:** Uygulama/Kullanma

A: 18-35 Yaş, **B:** 36-50 Yaş, **C:** 51-65 Yaş, **D:** 66 yaş ve sonrası

** $p < .05$

Tablo 4.18 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “Bilgiye Erişim” ($F_{(3,401)} = 82.09$, $p < .05$), “Bilgileri Anlama” ($F_{(3,401)} = 102.66$, $p < .05$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($F_{(3,401)} = 59.46$, $p < .05$) ve “Uygulama/Kullanma” ($F_{(3,401)} = 19.54$, $p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların yaşa göre anlamlı biçimde farklılaştığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.18’de yer alan verilere dayalı olarak “Bilgiye Erişim” alt ölçeğine ilişkin bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “Bilgiye Erişim” alt ölçeğinden elde etmiş oldukları puanların ortalamasının yaşa göre yüksekten düşüğe doğru 18-35 yaş, 36-50 yaş, 51-65 yaş ve 66 yaş ve sonrası biçiminde sıralandığı saptandı.

Buradan hareketle Tablo 4.18 incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan 18-35 yaş aralığındaki ($x = 21.76$, $Ss = 3.98$) katılımcıların “Bilgiye Erişim”

okuryazarlığı düzeylerinin 36-50 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x= 19.88$, $Ss= 3.32$), 51-65 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x= 17.38$, $Ss= 4.46$) ve 66 yaş ve üzerindeki katılımcılardan ($x= 12.85$, $Ss= 4.40$) daha yüksek olduğu belirdi. Ayrıca araştırmanın çalışma grubunda yer alan 36-50 yaş aralığındaki ($x= 19.88$, $Ss= 3.32$) katılımcıların “*Bilgiye Erişim*” okuryazarlığı düzeylerinin 51-65 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x= 17.38$, $Ss= 4.46$) ve 66 yaş ve üzerindeki katılımcılardan ($x= 12.85$, $Ss= 4.40$) daha yüksek olduğu görülmektedir. Son olarak araştırmanın çalışma grubunda yer alan 51-65 yaş aralığındaki ($x= 17.38$, $Ss= 4.46$) katılımcıların “*Bilgiye Erişim*” okuryazarlığı düzeylerinin 66 yaş ve üzerindeki katılımcılardan ($x= 12.85$, $Ss= 4.40$) daha yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “*Bilgileri Anlama*” alt ölçeğinden aldıkları puanların yaşa göre farklılaşmasının kaynakları incelendiğinde ise, “*Bilgiye Erişim*” alt ölçeğine benzer şekilde “*Bilgileri Anlama*” alt ölçeğinden elde etmiş oldukları puanların ortalamasının yaşa göre yüksekten düşüğe doğru 18-35 yaş, 36-50 yaş, 51-65 yaş ve 66 yaş ve sonrası biçiminde sıralandığı belirlendi.

Buradan hareketle Tablo 4.18 incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan 18-35 yaş aralığındaki ($x= 28.77$, $Ss= 5.35$) katılımcıların “*Bilgileri Anlama*” okuryazarlığı düzeylerinin 36-50 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x= 25.60$, $Ss= 5.02$), 51-65 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x= 21.78$, $Ss= 6.03$) ve 66 yaş ve üzerindeki katılımcılardan ($x= 15.27$, $Ss= 5.45$) daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca araştırmanın çalışma grubunda yer alan 36-50 yaş aralığındaki ($x= 25.60$, $Ss= 5.02$) katılımcıların “*Bilgileri Anlama*” okuryazarlığı düzeylerinin 51-65 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x= 21.78$, $Ss= 6.03$) ve 66 yaş ve üzerindeki katılımcılardan ($x= 15.27$, $Ss= 5.45$) daha yüksek olduğu saptandı. Son olarak araştırmanın çalışma grubunda yer alan 51-65 yaş aralığındaki ($x= 21.78$, $Ss= 6.03$) katılımcıların “*Bilgileri Anlama*” okuryazarlığı düzeylerinin 66 yaş ve üzerindeki katılımcılardan ($x= 15.27$, $Ss= 5.45$) daha yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin üçüncü alt ölçeği olan “*Değer Biçme/Değerlendirme*” alt ölçeğinden aldıkları puanların yaşa göre farklılaşmasının kaynakları incelendiğinde ise, “*Bilgiye Erişim*” ve “*Bilgileri Anlama*” alt ölçeklerine benzer şekilde bu alt ölçekten alınan puanların ortalamasının da yaşa göre yüksekten düşüğe doğru 18-35 yaş, 36-50 yaş, 51-65 yaş ve 66 yaş ve sonrası biçiminde sıralandığı görülmektedir.

Buradan hareketle Tablo 4.18 incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan 18-35 yaş aralığındaki ($x= 33.40$, $Ss= 6.14$) katılımcıların “*Değer Biçme/Değerlendirme*” okuryazarlığı düzeylerinin 36-50 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x=30.62$, $Ss= 5.18$), 51-65 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x=27.89$, $Ss= 6.84$) ve 66 yaş ve üzerindeki katılımcılardan ($x= 21.67$, $Ss= 6.45$) daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca araştırmanın çalışma grubunda yer alan 36-50 yaş aralığındaki ($x= 30.62$, $Ss= 5.18$) katılımcıların “*Değer Biçme/Değerlendirme*” okuryazarlığı düzeylerinin 51-65 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x=27.89$, $Ss= 6.84$) ve 66 yaş ve üzerindeki katılımcılardan ($x= 21.67$, $Ss= 6.45$) daha yüksek olduğu belirlendi. Son olarak araştırmanın çalışma grubunda yer alan 51-65 yaş aralığındaki ($x= 27.89$, $Ss= 6.84$) katılımcıların “*Değer Biçme/Değerlendirme*” okuryazarlığı düzeylerinin 66 yaş ve üzerindeki katılımcılardan ($x= 21.67$, $Ss= 6.45$) daha yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin dördüncü ve son alt ölçeği olan “*Uygulama/Kullanma*” alt ölçeğinden aldıkları puanların yaşa göre farklılaşmasının kaynakları incelendiğinde ise, araştırmanın çalışma grubunda yer alan 66 yaş ve üzerindeki katılımcıların ($x= 17.01$, $Ss= 4.81$) “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinin 18-35 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x= 21.15$, $Ss= 3.82$), 36-50 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x= 20.45$, $Ss= 3.10$) ve 51-65 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x= 19.14$, $Ss= 3.89$) anlamlı biçimde daha düşük olduğu belirlendi. Ayrıca araştırmanın çalışma grubunda yer alan 18-35 yaş aralığındaki ($x= 21.15$, $Ss= 3.82$) katılımcıların “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinin 51-65 yaş aralığındaki katılımcılardan ($x= 19.14$, $Ss= 3.89$) daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.19. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	df1	df2	Brown-Forsythe	P	Anlamli Fark
SOY_BE	4	186.98	59.39	.000**	A-C, A-D, A-E, B-C, B-D, B-E, C-D, C-E, D-E
SOY_BA	4	256.89	92.77	.000**	A-B, A-C, A-D, A-E, B-C, B-D, B-E, C-D, C-E, D-E
SOY_DEĞER	4	253.22	55.70	.000**	A-C, A-D, A-E, B-D, B-E, C-D, C-E, D-E
SOY_UYG	4	216.03	16.29	.000**	A-E, B-D, B-E, C-E, D-E

Tek Yönlü Varyans Analizi

SOY_BE: Bilgiye Erişim, SOY_BA: Bilgileri Anlama, SOY_DEĞER: Değer Biçme/Değerlendirme, SOY_UYG: Uygulama/Kullanma

A: Okumaz-Yazmaz, B: İlkokul, C: Ortaokul, D: Lise, E: Üniversite

** $p < .05$

Not: Yapılan analizde varyansların homojenliği koşulu sağlanmadığı için Pallant'ın(2015) önerileri doğrultusunda Brown-Forsythe katsayısı incelenmiş ve çoklu karşılaştırmalar Tamhane testi ile yapılmıştır.

Tablo 4.19 incelendiğinde katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “Bilgiye Erişim” ($BF_{(4, 186.98)} = 59.39, p < .05$), “Bilgileri Anlama” ($F_{(4, 256.89)} = 92.77, p < .05$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($F_{(4, 253.22)} = 55.70, p < .05$) ve “Uygulama/Kullanma” ($F_{(4, 216.03)} = 16.29, p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların eğitim durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı belirlendi.

Bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan üniversite mezunu ($x = 22.18, Ss = 3.33$) katılımcıların “Bilgiye Erişim” okuryazarlığı düzeylerinin lise mezunu ($x = 20.43, Ss = 3.83$), ortaokul mezunu ($x = 17.83, Ss = 4.18$), ilkokul mezunu ($x = 15.16, Ss = 4.64$) ve okumaz-yazmaz ($x = 12.68, Ss = 4.28$) katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Bununla birlikte lise mezunu ($x = 20.43, Ss = 3.83$) katılımcıların “Bilgiye Erişim” okuryazarlığı düzeylerinin ilkokul mezunu ($x = 15.16, Ss = 4.64$), ortaokul mezunu ($x = 17.83, Ss =$

4.18) ve okumaz-yazmaz ($x= 12.68$, $Ss= 4.28$) katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Son olarak araştırmada ortaokul mezunu ($x= 17.83$, $Ss= 4.18$) katılımcıların “*Bilgiye Erişim*” okuryazarlığı düzeylerinin ilkokul mezunu ($x= 15.16$, $Ss= 4.64$) ve okumaz-yazmaz ($x= 12.68$, $Ss= 4.28$) katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.

Katılımcıların “*Bilgileri Anlama*” okuryazarlığı düzeylerindeki eğitim durumuna göre farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde ise, üniversite mezunu ($x= 29.81$, $Ss= 4.47$) katılımcıların “*Bilgileri Anlama*” okuryazarlığı düzeylerinin lise mezunu ($x= 25.92$, $Ss= 5.10$), ortaokul mezunu ($x= 22.90$, $Ss= 5.90$), ilkokul mezunu ($x= 18.59$, $Ss= 6.32$) ve okumaz-yazmaz ($x= 14.64$, $Ss= 3.40$) katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Üniversite mezunu katılımcılara benzer şekilde lise mezunu ($x= 25.92$, $Ss= 5.10$), katılımcıların da “*Bilgileri Anlama*” okuryazarlığı düzeylerinin ortaokul mezunu ($x= 22.90$, $Ss= 5.90$), ilkokul mezunu ($x= 18.59$, $Ss= 6.32$) ve okumaz-yazmaz ($x= 14.64$, $Ss= 3.40$) katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Dahası analizler sonucunda ortaokul mezunu ($x= 22.90$, $Ss= 5.90$) ve ilkokul mezunu ($x= 18.59$, $Ss= 6.32$) katılımcıların “*Bilgileri Anlama*” okuryazarlığı düzeylerinin de okumaz-yazmaz ($x= 14.64$, $Ss= 3.40$) katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Son olarak yapılan analizler araştırmanın çalışma grubunda yer alan ilkokul mezunu ($x= 18.59$, $Ss= 6.32$) katılımcıların “*Bilgileri Anlama*” okuryazarlığı düzeylerinin okumaz-yazmaz ($x= 14.64$, $Ss= 3.40$) katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.

Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin üçüncü alt ölçeği olan “*Değer Bıçme/Değerlendirme*” alt ölçeğinden aldıkları puanların eğitim düzeyine göre farklılaşmasının kaynakları incelendiğinde ise, araştırmanın çalışma grubunda yer alan üniversite mezunu ($x= 34.63$, $Ss= 5.05$) katılımcıların “*Değer Bıçme/Değerlendirme*” okuryazarlığı düzeylerinin lise mezunu ($x= 31.08$, $Ss= 5.80$), ortaokul mezunu ($x= 27.40$, $Ss= 6.36$), ilkokul mezunu ($x= 24.61$, $Ss= 7.02$) ve okumaz-yazmaz ($x= 22.05$, $Ss= 4.62$) katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Bununla birlikte araştırmanın çalışma grubunda yer alan lise mezunu ($x= 31.08$, $Ss= 5.80$) katılımcıların “*Değer Bıçme/Değerlendirme*” okuryazarlığı düzeylerinin ortaokul mezunu ($x= 27.40$, $Ss= 6.36$), ilkokul mezunu ($x= 24.61$, $Ss= 7.02$) ve okumaz-yazmaz ($x= 22.05$, $Ss= 4.62$) katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Ayrıca yapılan analizler sonucunda araştırmanın çalışma grubunda bulunan okumaz-yazmaz ($x= 22.05$, $Ss= 4.62$) katılımcıların “*Değer Bıçme/Değerlendirme*” okuryazarlığı

düzeylerinin ise ortaokul mezunu ($x= 27.40$, $Ss= 6.36$) katılımcılardan anlamlı derecede düşük olduğu belirdi.

Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin dördüncü ve son alt ölçeği olan “*Uygulama/Kullanma*” alt ölçeğinden aldıkları puanların eğitim düzeyine göre farklılaşmasının kaynakları incelendiğinde ise, araştırmanın çalışma grubunda yer alan üniversite mezunu ($x= 21.82$, $Ss= 3.25$) katılımcıların “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinin lise mezunu ($x= 20.10$, $Ss= 3.69$), ortaokul mezunu ($x= 19.07$, $Ss= 3.92$), ilkokul mezunu ($x= 17.85$, $Ss= 4.48$) ve okumaz-yazmaz ($x= 19.05$, $Ss= 3.70$) katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca yapılan analizler sonucunda araştırmanın çalışma grubunda bulunan ilkokul mezunu ($x= 17.85$, $Ss= 4.48$) katılımcıların “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinin ise lise mezunu ($x= 20.10$, $Ss= 3.69$), ortaokul katılımcılardan anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi.

Tablo 4.20. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	Faktör	n	\bar{x}	Ss	t	P
SOY_BE	Çalışmıyor	225	17.36	5.33	-7.31	.000*
	Çalışıyor	180	20.74	3.98		
SOY_BA	Çalışmıyor	225	21.98	7.51	-7.70	.000*
	Çalışıyor	180	27.02	5.65		
SOY_DEĞER	Çalışmıyor	225	27.52	7.59	-6.75	.000*
	Çalışıyor	180	32.11	6.10		
SOY_UYG	Çalışmıyor	225	19.20	4.29	-3.70	.000*
	Çalışıyor	180	20.68	3.70		

T Testi

SOY_BE: Bilgiye Erişim, SOY_BA: Bilgileri Anlama, SOY_DEĞER: Değer Biçme/Değerlendirme, SOY_UYG: Uygulama/Kullanma

* $p < .05$

Tablo 4.20 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “Bilgiye Erişim” ($t = -7.31$, $p < .05$), “Bilgileri Anlama” ($t = -7.70$, $p < .05$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($t = -6.75$, $p < .05$) ve “Uygulama/Kullanma” ($t = -3.70$, $p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların çalışma durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.20’de yer alan verilere dayalı olarak bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, bir işte çalışan katılımcıların “Bilgiye Erişim” ($x = 20.74$), “Bilgileri Anlama” ($x = 27.02$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($x = 32.11$) ve “Uygulama/Kullanma” ($x = 20.68$) okuryazarlığı düzeylerinin bir işte çalışmayan katılımcıların “Bilgiye Erişim” ($x = 17.36$), “Bilgileri Anlama” ($x = 21.98$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($x = 27.52$) ve “Uygulama/Kullanma” ($x = 19.20$) okuryazarlığı düzeylerinden anlamlı biçimde daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 4.21. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Aylık Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	df1	df2	Brown-Forsythe	P	Anlamlı Fark
SOY_BE	2	119.83	23.26	.000**	A-B, A-C
SOY_BA	2	98.35	22.85	.000**	A-B, A-C

Tek Yönlü Varyans Analizi

SOY_BE: Bilgiye Erişim, **SOY_BA:** Bilgileri Anlama

A: Gelir giderden az, **B:** Gelir gidere denk, **C:** Gelir giderden fazla

** $p < .05$

Not: Yapılan analizde varyansların homojenliği koşulu sağlanmadığı için Pallant'ın (2015) önerileri doğrultusunda Brown-Forsythe katsayısı incelenmiş ve çoklu karşılaştırmalar Tamhane testi ile yapılmıştır.

Tablo 4.22. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan ortalamalarının Aylık Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
SOY_DEĞER	G. Arası	1973.04	2	986.52			
	G. İçi	19672.61	402	48.94	20.16	.000**	A-B, A-C
	Toplam	21645.64	404				
SOY_UYG	G. Arası	93.03	2	46.51			
	G. İçi	6699.95	402	16.67	2.79	.063	---
	Toplam	6792.98	404				

Tek Yönlü Varyans Analizi

SOY_DEĞER: Değer Biçme/Değerlendirme, **SOY_UYG:** Uygulama/Kullanma

A: Gelir giderden az, **B:** Gelir gidere denk, **C:** Gelir giderden fazla

** $p < .05$

Tablo 4.21 ve Tablo 4.22 incelendiğinde katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “Bilgiye Erişim” ($BF_{(2, 119.83)} = 23.26, p < .05$), “Bilgileri Anlama” ($BF_{(2, 98.35)} = 22.85, p < .05$) ve “Değer Biçme/Değerlendirme” ($F_{(2,402)} = 20.16, p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların aylık gelir durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı buna karşılık katılımcıların “Uygulama/Kullanma” ($F_{(2,402)} = 12.79, p > .05$) alt ölçeğinden aldıkları puanların ise aylık gelir durumuna göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği belirlendi.

Bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan gelir giderden az katılımcıların “Bilgiye Erişim” ($x= 17.21, Ss= 5.15$), “Bilgileri Anlama” ($x= 21.80, Ss= 7.59$) ve “Değer Biçme/Değerlendirme” ($x= 27.19, Ss= 7.44$) okuryazarlığı düzeylerinin gelir gidere denk olan katılımcıların “Bilgiye Erişim” ($x= 20.13, Ss= 4.58$), “Bilgileri Anlama” ($x= 26.08, Ss= 6.11$) ve “Değer Biçme/Değerlendirme” ($x= 31.39, Ss= 6.57$) okuryazarlığı düzeylerinden ve gelir giderden fazla olan katılımcıların “Bilgiye Erişim” ($x= 21.41, Ss= 4.15$), “Bilgileri Anlama” ($x= 27.86, Ss= 6.49$) ve “Değer Biçme/Değerlendirme” ($x= 33.05, Ss= 6.90$) okuryazarlığı düzeylerinden anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptandı..

Tablo 4.23. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Genel Sağlık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	df1	df2	Brown-Forsythe	P	Anlamli Fark
SOY_BE	4	133.85	42.01	.000**	A-D, A-E, B-C, B-D, B-E, C-D, C-E, D-E
SOY_BA	4	163.24	52.60	.000**	A-C, A-D, A-E, B-C, B-D, B-E, C-D, C-E, D-E
SOY_DEĞER	4	112.20	31.21	.000**	A-D, A-E, B-C, B-D, B-E, C-D, C-E, D-E
SOY_UYG	4	74.76	8.37	.000**	A-E, B-D, B-E, C-D, C-E, D-E

Tek Yönlü Varyans Analizi

SOY_BE: Bilgiye Erişim, SOY_BA: Bilgileri Anlama

A: Mükemmel, B: Çok İyi, C: İyi, D: Orta (Fena Değil), E: Kötü

*** p < .05*

Not: Yapılan analizde varyansların homojenliği koşulu sağlanmadığından Pallant'ın(2015) önerileri doğrultusunda Brown Forsythe katsayısı incelenmiş ve çoklu karşılaştırmalar Tamhane testi ile yapılmıştır.

Tablo 4.23 incelendiğinde katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “Bilgiye Erişim” (BF (4, 133.85) = 42.01, p < .05), “Bilgileri Anlama” (BF (4, 163.24) = 52.60, p < .05), “Değer Biçme/Değerlendirme” (BF (4, 112.20) = 31.21, p < .05) ve “Uygulama/Kullanma” (BF (4, 74.76) = 8.37, p < .05) alt ölçeklerinden aldıkları puanların genel sağlık durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı belirlendi.

Bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, sağlık durumunu kötü (x= 10.22, Ss= 1.92) olarak değerlendiren katılımcıların “Bilgiye Erişim” okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumlarını mükemmel (x= 21.08, Ss= 5.15), çok iyi (x= 22.09, Ss= 3.65), iyi (x= 19.13, Ss= 4.13) ve orta[fena değil] (x= 15.22, Ss= 5.19) olarak değerlendiren katılımcılardan anlamlı derecede düşük olduğu belirdi. Benzer şekilde yapılan analizler sağlık durumlarını orta [fena değil] (x= 15.22, Ss= 5.19) olarak değerlendiren katılımcıların “Bilgiye Erişim” okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumlarını mükemmel (x= 21.08, Ss= 5.15), çok iyi (x= 22.09, Ss= 3.65) ve iyi (x= 19.13, Ss= 4.13) olarak değerlendiren katılımcılardan anlamlı derecede düşük

olduğunu belirndi. Son olarak araştırmanın çalışma grubunda yer alan ve sağlık durumlarını çok iyi ($x= 22.09$, $Ss= 3.65$) olarak değerlendiren katılımcıların “*Bilgiye Erişim*” okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumlarını iyi ($x= 19.13$, $Ss= 4.13$) olarak değerlendiren katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların “*Bilgileri Anlama*” okuryazarlığı düzeylerindeki genel sağlık durumuna göre farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde ise, araştırmanın çalışma grubunda yer alan ve sağlık durumunu kötü ($x= 11.44$, $Ss= 1.59$) olarak değerlendiren katılımcıların “*Bilgileri Anlama*” okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumlarını mükemmel ($x= 28.83$, $Ss= 6.33$), çok iyi ($x= 28.73$, $Ss= 5.28$), iyi ($x= 24.52$, $Ss= 6.00$) ve orta[fena değil] ($x= 18.93$, $Ss= 7.01$) olarak değerlendiren katılımcılardan anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi. Benzer şekilde yapılan analizler araştırmanın çalışma grubunda yer alan ve genel sağlık durumlarını orta [fena değil] ($x= 18.93$, $Ss= 7.01$) olarak değerlendiren katılımcıların “*Bilgileri Anlama*” okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumlarını mükemmel ($x= 28.83$, $Ss= 6.33$), çok iyi ($x= 28.73$, $Ss= 5.28$) ve iyi ($x= 24.52$, $Ss= 6.00$) olarak değerlendiren katılımcılardan anlamlı derecede düşük olduğu saptandı. Son olarak araştırmanın çalışma grubunda yer alan ve sağlık durumlarını iyi ($x= 24.52$, $Ss= 6.00$) olarak değerlendiren katılımcıların “*Bilgileri Anlama*” okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumlarını mükemmel ($x= 28.83$, $Ss= 6.33$) ve çok iyi ($x= 28.73$, $Ss= 5.28$) olarak değerlendiren katılımcılardan anlamlı derecede düşük olduğu belirnedi.

Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin üçüncü alt ölçeği olan “*Değer Biçme/Değerlendirme*” alt ölçeğinden aldıkları puanların genel sağlık durumuna göre farklılaşmasının kaynakları incelendiğinde ise, araştırmanın çalışma grubunda yer alan ve sağlık durumunu kötü ($x= 17.11$, $Ss= 4.54$) olarak değerlendiren katılımcıların “*Değer Biçme/Değerlendirme*” okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumlarını mükemmel ($x= 33.08$, $Ss= 8.11$), çok iyi ($x= 33.86$, $Ss= 5.46$), iyi ($x= 29.75$, $Ss= 6.39$) ve orta[fena değil] ($x= 25.02$, $Ss= 7.02$) olarak değerlendiren katılımcılardan anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi. Benzer şekilde yapılan analizler araştırmanın çalışma grubunda yer alan ve genel sağlık durumlarını orta [fena değil] ($x= 25.02$, $Ss= 7.02$) olarak değerlendiren katılımcıların “*Değer Biçme/Değerlendirme*” okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumlarını mükemmel ($x= 33.08$, $Ss= 8.11$), çok iyi ($x= 33.86$, $Ss= 5.46$) ve iyi ($x= 29.75$, $Ss= 6.39$) olarak değerlendiren katılımcılardan anlamlı derecede düşük olduğu saptandı. Son olarak araştırmanın çalışma grubunda yer alan ve sağlık durumlarını çok iyi ($x= 33.86$, $Ss= 5.46$) olarak değerlendiren

katılımcıların “Değer Biçme/Değerlendirme” okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumlarını iyi ($x= 29.75$, $Ss= 6.39$) olarak değerlendiren katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirdi.

Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin dördüncü ve son alt ölçeği olan “Uygulama/Kullanma” alt ölçeğinden aldıkları puanların genel sağlık durumuna göre farklılaşmasının kaynakları incelendiğinde ise, araştırmanın çalışma grubunda yer alan ve sağlık durumunu kötü ($x= 13.33$, $Ss= 4.47$) olarak değerlendiren katılımcıların “Uygulama/Kullanma” okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumlarını mükemmel ($x= 20.38$, $Ss= 5.55$), çok iyi ($x= 20.88$, $Ss= 3.43$), iyi ($x= 20.25$, $Ss= 3.38$) ve orta [fena değil] ($x= 18.46$, $Ss= 4.80$) olarak değerlendiren katılımcılardan anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi. Bununla birlikte yapılan analizler sonucunda araştırmanın çalışma grubunda yer alan ve genel sağlık durumunu orta [fena değil] ($x= 18.46$, $Ss= 4.80$) olarak değerlendiren katılımcıların “Uygulama/Kullanma” okuryazarlığı düzeylerinin genel sağlık durumlarını çok iyi ($x= 20.88$, $Ss= 3.43$) ve iyi ($x= 20.25$, $Ss= 3.38$) olarak değerlendiren katılımcılardan anlamlı derecede düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.24. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	Kronik Hastalık	n	\bar{x}	Ss	t	p
SOY_BE	Evet	164	16.22	5.05	-9.28	.000*
	Hayır	241	20.66	4.21		
SOY_BA	Evet	164	20.01	6.93	-	.000*
	Hayır	241	27.09	5.84		
SOY_DEĞER	Evet	164	25.91	7.01	-9.09	.000*
	Hayır	241	32.05	6.44		
SOY_UYG	Evet	164	18.47	4.18	-5.85	.000*
	Hayır	241	20.81	3.77		

T Testi

SOY_BE: Bilgiye Erişim, SOY_BA: Bilgileri Anlama, SOY_DEĞER: Değer Biçme/Değerlendirme, SOY_UYG: Uygulama/Kullanma

* $p < .05$

Tablo 4.24 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “Bilgiye Erişim” ($t = -9.28$, $p < .05$), “Bilgileri Anlama” ($t = -10.75$, $p < .05$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($t = -9.09$, $p < .05$) ve “Uygulama/Kullanma” ($t = -5.85$, $p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların kronik hastalık durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.24’de yer alan verilere dayalı olarak bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan ve herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunan katılımcıların “Bilgiye Erişim” ($x = 16.22$), “Bilgileri Anlama” ($x = 20.01$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($x = 25.91$) ve “Uygulama/Kullanma” ($x = 18.47$) okuryazarlığı düzeylerinin herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmayan katılımcıların “Bilgiye Erişim” ($x = 20.66$), “Bilgileri Anlama” ($x = 27.09$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($x = 32.05$) ve “Uygulama/Kullanma” ($x = 20.81$) okuryazarlığı düzeylerinden anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.25. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Sigara Kullanım Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	Sigara Kullanım	n	\bar{x}	Ss	t	p
SOY_BE	Evet	141	19.37	5.00	1.47	.143
	Hayır	264	18.59	5.08		
SOY_BA	Evet	141	25.39	6.87	2.40	.017**
	Hayır	264	23.60	7.29		
SOY_DEĞER	Evet	141	30.17	7.42	1.22	.223
	Hayır	264	29.24	7.26		
SOY_UYG	Evet	141	19.19	4.37	-2.41	.016**
	Hayır	264	20.22	3.91		

T Testi

SOY_BE: Bilgiye Erişim, SOY_BA: Bilgileri Anlama, SOY_DEĞER: Değer Biçme/Değerlendirme, SOY_UYG: Uygulama/Kullanma

* $p < .05$

Tablo 4.25 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “*Bilgileri Anlama*” ($t = 2.40$, $p < .05$) ve “*Uygulama/Kullanma*” ($t = -2.41$, $p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların sigara kullanım durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı buna karşılık “*Bilgiye Erişim*” ($t = 1.47$, $p > .05$) ve “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ($t = 1.22$, $p > .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların ise sigara kullanım durumuna göre anlamlı biçimde farklılaşmadığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.25’de yer alan verilere dayalı olarak bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan sigara kullanan bireylerin “*Bilgileri Anlama*” ($x = 25.39$) okuryazarlığı düzeylerinin sigara kullanmayan bireylerden ($x = 23.60$) daha yüksek buna karşılık “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinin ise ($x = 19.19$) daha düşük ($x = 20.22$) olduğu saptandı.

Tablo 4.26. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Alkol Kullanım Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	Alkol Kullanım	n	\bar{x}	Ss	t	p
SOY_BE	Evet	66	18.86	5.00	-.001	.999
	Hayır	339	18.86	5.08		
SOY_BA	Evet	66	24.97	6.85	.923	.357
	Hayır	339	24.08	7.26		
SOY_DEĞER	Evet	66	29.55	7.47	-.021	.983
	Hayır	339	29.57	7.30		
SOY_UYG	Evet	66	19.21	4.83	-1.223	.225
	Hayır	339	19.99	3.94		

T Testi

SOY_BE: Bilgiye Erişim, SOY_BA: Bilgileri Anlama, SOY_DEĞER: Değer Biçme/Değerlendirme, SOY_UYG: Uygulama/Kullanma

Tablo 4.26 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin dört alt ölçeğinden de aldıkları puanların alkol kullanım durumuna göre anlamlı biçimde farklılaşmadığı belirlendi.

Tablo 4.27. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Sağlıkları İle İlgili Konularda İnternete Bakma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	İnternete Bakma	n	\bar{x}	Ss	t	p
SOY_BE	Evet	223	21.41	3.41	12.97	.000*
	Hayır	182	15.75	5.02		
SOY_BA	Evet	223	27.82	5.08	12.97	.000*
	Hayır	182	19.81	6.95		
SOY_DEĞER	Evet	223	33.16	5.28	12.68	.000*
	Hayır	182	25.15	7.06		
SOY_UYG	Evet	223	21.25	3.17	7.88	.000*
	Hayır	182	18.15	4.46		

T Testi

SOY_BE: Bilgiye Erişim, SOY_BA: Bilgileri Anlama, SOY_DEĞER: Değer Biçme/Değerlendirme, SOY_UYG: Uygulama/Kullanma

* $p < .05$

Tablo 4.27 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “Bilgiye Erişim” ($t = 12.97$ $p < .05$), “Bilgileri Anlama” ($t = 12.97$, $p < .05$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($t = 12.68$, $p < .05$) ve “Uygulama/Kullanma” ($t = 7.88$, $p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların sağlıkları ile ilgili konularda internete bakma durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı belirlendi.

Bununla birlikte Tablo 4.27’de yer alan verilere dayalı olarak bu farklılaşmaların kaynağı incelendiğinde, araştırmanın çalışma grubunda yer alan ve sağlıkları ile ilgili konularda internete bakan katılımcıların “Bilgiye Erişim” ($x = 21.41$), “Bilgileri Anlama” ($x = 27.82$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($x = 33.16$) ve “Uygulama/Kullanma” ($x = 21.25$) okuryazarlığı düzeylerinin internete bakmayan katılımcıların “Bilgiye Erişim” ($x = 15.75$), “Bilgileri Anlama” ($x = 19.81$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($x = 25.15$) ve “Uygulama/Kullanma” ($x = 18.15$) okuryazarlığı düzeylerinden anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.28. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Aşı Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
SOY_BE	G. Arası	153.78	3	51.26			
	G. İçi	10193.75	401	25.42	2.02	.111	---
	Toplam	10347.53	404				
SOY_BA	G. Arası	326.81	3	108.94			
	G. İçi	20571.19	401	51.30	2.12	.097	---
	Toplam	20898.00	404				
SOY_DEĞER	G. Arası	479.56	3	159.86			
	G. İçi	21166.08	401	52.78	3.03	.029**	A-B
	Toplam	21645.64	404				
SOY_UYG	G. Arası	137.00	3	45.67			
	G. İçi	6655.97	401	16.60	2.75	.042**	A-B
	Toplam	6792.98	404				

Tek Yönlü Varyans Analizi

SOY_BE: Bilgiye Erişim, **SOY_BA:** Bilgileri Anlama, **SOY_DEĞER:** Değer Biçme/Değerlendirme, **SOY_UYG:** Uygulama/Kullanma

A: Aşı yaptırmamış, **B:** Bir doz aşı yaptırmış, **C:** İki doz aşı yaptırmış, **D:** Üç doz aşı yaptırmış

** $p < .05$

Tablo 4.28 incelendiğinde araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “Değer Biçme/Değerlendirme” ($F_{(3,401)} = 3.03, p < .05$) ve “Uygulama/Kullanma” ($F_{(3,401)} = 2.75, p < .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların aşı durumuna göre anlamlı biçimde farklılaştığı buna karşılık “Bilgiye Erişim” ($F_{(3,401)} = 2.02, p > .05$) ve “Bilgileri Anlama” ($F_{(3,401)} = 2.12, p > .05$) alt ölçeklerinden aldıkları puanların ise aşı durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi.

Bu noktada farklılaşmaların kaynağını ortaya koymak üzere yapılan analizler araştırmanın çalışma grubunda yer alan ve hiç aşı yaptırmayan katılımcıların “Değer Biçme/Değerlendirme” ($x = 31.94, Ss = 7.16$) ve “Uygulama/Kullanma” ($x = 19.06, Ss = 4.24$) okuryazarlığı düzeylerinin bir doz aşı yaptıran katılımcıların “Değer Biçme/Değerlendirme” ($x = 25.21, Ss = 6.81$) ve “Uygulama/Kullanma” ($x = 18.07, Ss = 4.05$) okuryazarlığı düzeylerinden anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.29. Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7
(1) KF_BTTF	---	.419**	.566**	.263**	.228**	.312**	.322**
(2) KF_GGTF		---	.500**	.463**	.459**	.438**	.281**
(3) KF_HTF			---	.274**	.221**	.238**	.225**
(4) SOY_BE				---	.900**	.856**	.682**
(5) SOY_BA					---	.903**	.704**
(6)SOY_DEĞER						---	.753**
(7) SOY_UYG							---
<i>M</i>	33.14	11.27	10.23	18.86	24.22	29.56	19.86
<i>SD</i>	5.44	3.86	3.25	5.06	7.19	7.32	4.10
Basıklık	.585	-.740	-.230	-.433	-.767	-.744	.426
Çarpıklık	-.192	.124	.311	-.624	-.429	-.346	-.851

Pearson Momentler Çarpımı korelasyon analizi

KF_BTTF: Bulaşma Tedbiri Farkındalığı, **KF_GGTF:** Güncel Gelişmeleri Takip Farkındalığı, **KF_HTF:** Hijyen Tedbiri Farkındalığı, **SOY_BE:** Bilgiye Erişim, **SOY_BA:** Bilgileri Anlama, **SOY_DEĞER:** Değer Biçme/Değerlendirme, **SOY_UYG:** Uygulama/Kullanma

** $p < .01$

Tablo 4.29 incelendiğinde, Katılımcıların Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği'nin bileşenleri olan “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” ve “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” alt ölçeklerinden aldıkları puanların birbirleri ile orta düzeyde anlamlı biçimde ilişkili olduğu belirlendi. Bununla birlikte Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “Bilgiye Erişim”, “Bilgileri Anlama”, “Değer Biçme/Değerlendirme” ve “Uygulama/Kullanma” alt ölçeklerinden aldıkları puanların ise birbiri ile yüksek düzeyde anlamlı biçimde ilişkili olduğu belirlendi. Dahası veri setindeki değişkenlere ilişkin basıklık ve çarpıklık değerleri George ve Mallery'nin (2010) önerileri doğrultusunda değerlendirildiğinde araştırma veri setinde yer alan değişkenlere ait puanların normal dağılım özelliği taşıdığı saptandı.

Ayrıca Tablo 4.29'de sunulan korelasyon analizi bulgularına dayalı olarak,

1. Katılımcıların “Bulaşma Tedbiri Farkındalığı” düzeylerinin “Bilgiye Erişim” ($r = .26, p < .01$) ve “Bilgileri Anlama” ($r = .23, p < .01$) okuryazarlığı ile düşük bununla birlikte “Değer Biçme/Değerlendirme” ($r = .31, p < .01$) ve

“Uygulama/Kullanma” ($r = .32, p < .01$) okuryazarlığı ile ise orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı biçimde ilişkili olduğu,

2. Katılımcıların “Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı” düzeylerinin “Uygulama/Kullanma” ($r = .28, p < .01$) okuryazarlığı ile düşük bununla birlikte “Bilgiye Erişim” ($r = .46, p < .01$), “Bilgileri Anlama” ($r = .46, p < .01$) ve “Değer Biçme/Değerlendirme” ($r = .44, p < .01$) okuryazarlığı ile ise orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı biçimde ilişkili olduğu,

3. Katılımcıların “Hijyen Tedbiri Farkındalığı” düzeylerinin ise “Bilgiye Erişim” ($r = .27, p < .01$), “Bilgileri Anlama” ($r = .22, p < .01$), “Değer Biçme/Değerlendirme” ($r = .24, p < .01$) ve “Uygulama/Kullanma” ($r = .23, p < .01$) sağlık okuryazarlığı ile düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı biçimde ilişkili olduğu belirlendi.

5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma

Araştırmanın bu bölümünde elde edilen verilerden hareketle ulaşılan bulguları genel sonuçlar bağlamında literatürde yapılan araştırma sonuçlarıyla tartışmak hedeflenmektedir. Dolayısıyla sonuçların tamamı değil ilk olarak dikkati çeken bulgular ön planda tutularak ele alınmıştır.

Çetinel'in (2021) bir özel üniversite hastanesi yerleşkesinde görev yapan sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirdiği araştırmada katılımcıların sağlık çalışanlarının %43,1'nin yeterli sağlık okuryazar düzeyinde ve yalnızca %1,2'nin mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu sonucu bulunmuştur. Kaya'nın (2018) Kırıkkale İli Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi'ne başvuran bireylerin sağlık okuryazarlık seviyeleri, sağlık hizmetleri kullanımı ve bunların birbirleriyle ilişkilerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirdiği araştırmada katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalaması 30,43 olarak, %63,6'sının ise yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olmadığı sonucu bulunmuştur. Köse'nin (2021) bireylerin sağlık okuryazarlığı ve finansal okuryazarlık düzeylerini incelemek, sağlık okuryazarlığı ve finansal okuryazarlığı etkileyen faktörleri belirlemek, bireylerin sağlık okuryazarlığı ve finansal okuryazarlık düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını saptamayı amaçladığı araştırmasında, Rize ilinde ikamet eden 18 yaş üstü gelir sahibi bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 100 puan üzerinden 73,03 puana sahip olması sağlık okuryazarlığının yüksek olduğunun bir göstergesi niteliği taşımaktadır.

Araştırmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından olan "*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*" ve "*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*" düzeylerinin ortalamaya yakın, "*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*" düzeylerinin ise ortalamanın üzerinde ve yükseğe yakın olduğu bulgusu araştırmalarla benzerlik göstermektedir.

Özdemir'in (2021) 15 yaş ve üzeri nüfusun e-sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi amacıyla yaptığı araştırmada katılımcıların meslek bakımında anlamlı farklılığın olduğu tespit edilmiştir. Aslantekin ve ark. (2013) tarafından yapılan araştırmada mesleği olan kişilerle olmayanlar arasında sağlık okuryazarlığı ile anlamlı şekilde fark olduğu tespit edilmiştir. Türkoğlu (2016) tarafından Isparta İl merkezinde

yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve öz bakım düzeyini belirlemek ve sağlık okuryazarlığı ve öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdiği araştırmada mesleklerin sağlık okuryazarlığını etkilediğini belirtmiştir.

Araştırmamızda bir işte çalışan katılımcıların “*Bilgiye Erişim*”, “*Bilgileri Anlama*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ve “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinin bir işte çalışmayan katılımcıların “*Bilgiye Erişim*”, “*Bilgileri Anlama*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ve “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinden anlamlı biçimde daha yüksek olduğu bulgusu benzerlik göstermektedir.

Kutner (2006) gerçekleştirdiği araştırmada sağlık okuryazarlığının kadınlarda daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Sağlık Bakanlığının (2020) yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığının kadınlarda %35.3, erkeklerde %26.4 olarak bulunmuştur. Deniz ve ark. (2018) gerçekleştirdiği çalışmada kadınların sağlık okuryazarlığı ortalamalarının erkeklerin sağlık okuryazarlığı ortalamalarından düşük bulunmuştur.

Araştırmamızda ise kadın katılımcıların “*Bilgiye Erişim*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ve “*Uygulama/Kullanma*” düzeylerinin erkek katılımcıların “*Bilgiye Erişim*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ve “*Uygulama/Kullanma*” düzeylerinden anlamlı biçimde yüksek olduğu saptandı.

Çimen ve Temel (2017) yaşlılarda kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisini ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada, kronik hastalık durumunun sağlık okuryazarlığıyla ilişkisi olmadığı belirlenmiştir.

Literatürde elde edilen bulgulardan farklı olarak araştırmamızda bir kronik rahatsızlığı bulunan katılımcıların “*Bilgiye Erişim*”, “*Bilgileri Anlama*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ve “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinin herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmayan katılımcıların “*Bilgiye Erişim*”, “*Bilgileri Anlama*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ve “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinden anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptandı.

Araştırmamızın aksine Daşlı ve ark. (2022) Covid-19 pandemisinin sağlık okuryazarlık düzeyine ve bu etkinin demografik boyutlarını incelemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada Covid-19 aşısı yaptırma durumuna göre sağlık okuryazarlığı puanlarına bakıldığında aşı yaptırmayanların puan ortalaması 31.47, aşı yaptıranların puan ortalaması 32.12 bulunmuş ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Literatürde elde edilen bulgulardan farklı olarak araştırmamızda hiç aşı yaptırmayan katılımcıların “Değer Biçme/Değerlendirme” ve “Uygulama/Kullanma” okuryazarlığı düzeylerinin bir doz aşı yaptıran katılımcıların “Değer Biçme/Değerlendirme” ve “Uygulama/Kullanma” okuryazarlığı düzeylerinden anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptandı.

Kıraç ve Öztürk (2020) yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı durumu ile sağlık kaygısı arasında ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri araştırmada, 26-35 yaş, 36-45 yaş, 44-55 yaş arasındaki katılımcıların 56 yaş ve üstü olanlardan sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğu ve aynı araştırmada okuryazar olmayanların ilkokul, lise, önlisans, lisans, lisansüstü eğitim alanlardan sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamızda Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin “Bilgiye Erişim” alt ölçeğinden elde etmiş oldukları puanların ortalamasının yaşa göre yüksekten düşüğe doğru 18-35 yaş, 36-50 yaş, 51-65 yaş ve 66 yaş ve sonrası biçiminde sıralandığı ve araştırmanın çalışma grubunda yer alan üniversite mezunu katılımcıların “Bilgileri Anlama” okuryazarlığı düzeylerinin lise mezunu, ortaokul mezunu, ilkokul mezunu ve okumaz-yazmaz katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğu bulguları benzerlik göstermektedir.

Bükecik ve Adana (2021) Konya’ da bir eğitim araştırma hastanesi çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada geliri giderlerinden fazla olanların geliri giderine denk ve az olanlara göre; geliri giderine denk olanların geliri giderinden az olanlara göre sağlık okuryazarlığı puanları yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda gelir giderden az katılımcıların “Bilgiye Erişim”, “Bilgileri Anlama” ve “Değer Biçme/Değerlendirme” okuryazarlığı düzeylerinin gelir gidere denk olan katılımcıların “Bilgiye Erişim”, “Bilgileri Anlama” ve “Değer Biçme/Değerlendirme” okuryazarlığı düzeylerinden ve gelir giderden fazla olan katılımcıların “Bilgiye Erişim”, “Bilgileri Anlama” ve “Değer Biçme/Değerlendirme” okuryazarlığı düzeylerinden anlamlı biçimde daha düşük olduğu bulgusu benzerlik göstermektedir.

Kaya ve Kaplan (2020) hemşirelik öğrencilerinde COVID-19 pandemisi farkındalığının ve sağlık davranışlarının sağlık okuryazarlığı ilişkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların COVID-19 farkındalık düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda katılımcıların “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” düzeylerinin “*Bilgiye Erişim*”, “*Bilgileri Anlama*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ve “*Uygulama/Kullanma*” sağlık okuryazarlığı ile düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı biçimde ilişkili olduğu bulgusu benzerlik göstermektedir.

5.2. Sonuç ve Öneriler

Araştırma kapsamında yapılan analizler ile aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Katılımcıların “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” ve “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” düzeylerinin ortalamaya yakın, “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*” düzeylerinin ise ortalamanın üzerinde ve yükseğe yakın olduğu,
- Katılımcıların “*Bilgileri Anlama*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*”, “*Bilgiye Erişim*” ve “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinin ortalamanın üzerinde ve yükseğe yakın olduğu,
- Araştırmanın kadın katılımcılarının “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*” ve “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” düzeyleri ile “*Bilgiye Erişim*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ve “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinin erkek katılımcılardan daha yüksek olduğu,
- Katılımcıların “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” ve “*Bilgileri Anlama*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*”, “*Bilgiye Erişim*” ve “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinin 66 yaş ve üzerindeki katılımcıların ,18-35 yaş aralığındaki katılımcılardan, 36-50 yaş aralığındaki katılımcılardan ve 51-65 yaş aralığındaki katılımcılardan anlamlı biçimde daha düşük olduğu,
- Katılımcıların “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” ve “*Bilgileri Anlama*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*”, “*Bilgiye Erişim*” ve “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinin eğitim durumuna göre lise ve üniversite mezunu olan katılımcıların, okumaz-yazmaz, ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu katılımcılardan anlamlı biçimde daha yüksek olduğu,
- Katılımcıların “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” ve “*Bilgileri Anlama*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ve “*Bilgiye Erişim*” okuryazarlığı düzeylerinin aylık gelir durumuna göre yüksekten düşüğe doğru, gelir giderden fazla, gelir gidere denk, gelir giderden az olarak sıralandığı,

- Katılımcıların “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” düzeyinin genel sağlık durumuna göre orta (fena değil) olarak değerlendiren ve kötü olarak değerlendiren katılımcıların genel sağlık durumlarını mükemmel, çok iyi ve iyi katılımcılardan anlamlı biçimde daha düşük olduğu, “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” ve “*Bilgileri Anlama*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*”, “*Bilgiye Erişim*” ve “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinin kronik hastalığı bulunan katılımcıların, kronik hastalığı olmayan katılımcılardan anlamlı biçimde düşük olduğu ,
- Katılımcıların “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*”, “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” düzeyi ile “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeyinin sigara kullanım durumuna göre sigara kullanan bireylerin, sigara kullanmayan bireylerden daha düşük olduğu,
- Katılımcıların “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*”, “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” ve “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” düzeyleri ile “*Bilgileri Anlama*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*”, “*Bilgiye Erişim*” ve “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinin internete bakan bireylerin, internete bakmayan bireylerden daha yüksek olduğu,
- Katılımcıların “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*” ve “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” düzeyleri ile “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ve “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı düzeylerinin 3 doz aşı yaptırmış bireylerin, hiç aşı yaptırmamış bireylerden daha yüksek olduğu,
- Katılımcıların “*Bulaşma Tedbiri Farkındalığı*” düzeylerinin “*Bilgiye Erişim*” ve “*Bilgileri Anlama*” okuryazarlığı ile düşük bununla birlikte “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ve “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı ile ise orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı biçimde ilişkili olduğu,
- Katılımcıların “*Güncel Gelişmeleri Takip Etme Farkındalığı*” düzeylerinin “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı ile düşük bununla birlikte “*Bilgiye Erişim*”, “*Bilgileri Anlama*” ve “*Değer Biçme/Değerlendirme*” okuryazarlığı ile ise orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı biçimde ilişkili olduğu,
- Son olarak katılımcıların “*Hijyen Tedbiri Farkındalığı*” düzeylerinin ise “*Bilgiye Erişim*”, “*Bilgileri Anlama*”, “*Değer Biçme/Değerlendirme*” ve “*Uygulama/Kullanma*” okuryazarlığı ile düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı biçimde ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen bu sonuçlara dayanarak;

- Sağlık okuryazarlığının COVID-19 farkındalığı arasında pozitif biçimde ilişkili olduğu sonucuna dayanarak pandemiyle daha iyi mücadele için bireylerin sağlık okuryazarlığının artırılması,
- Kurumların pandemi hakkında internet üzerinden doğru bilgiye erişebilecekleri kaynaklar oluşturması veya geliştirmesi,
- Sağlık okuryazarlığını tanıtıcı dökümanların (afiş, broşür v.b) sayısı artırılıp, toplumun sağlık okuryazarlığının önemli bir konu olduğu bilinci oluşturulmalıdır.
- Sağlık okuryazarlığının ve Covid-19 farkındalığı ilişkisinin daha büyük örnekleme incelenmesi önerilmektedir.



6. KAYNAKLAR

Adhanom, G.T. (2020), Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry, 19*, 129-130.

Adil, M.T., Rahman, R., Whitelaw, D., Jain, V., Al-Ta'an, O., Rashid, F., ve dig. (2021), SARS-CoV-2 and the pandemic of COVID-19. *Postgrad Med J, 97*(1144), 110-116.

Ahmed, M.Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., Ahmad, A. (2020), Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian journal of psychiatry, 51*, 102-122.

Akbal, E., Gökler, M.E. (2020), COVID-19 salgını sürecinde eksikliği ortaya çıkan bir gerçek: Sağlık okuryazarlığı. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi, 5*(55), 148-157.

Akbal, E., Gökler, M.E. (2020), COVID-19 Salgını Sürecinde Eksikliği Ortaya Çıkan Bir Gerçek: Sağlık Okuryazarlığı. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 5*, 148-155.

Akbıyık, A., Avşar, Ö. (2020), Coronavirüs Enfeksiyonu Hastalığının (COVID-19) Epidemiyolojisi ve Kontrolü. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg, 5*(2), 109-116.

Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G., Sağlam, H. (2016), Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi? sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 15*, 354-355.

American Medical Association. (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *Jama, 281*(6), 552-557.

Aras, Z., Bayık Temel, A., (2020), Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *F.N. Hem. Dergisi, 25*(2): 85-94.

Arman, Y. (2021), Bir üniversite hastanesindeki sağlık çalışanlarının COVID-19 salgınından etkilenme durumlarının incelenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr.Gülru Pemra Ünalın).

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

Aysan, A.F., Balcı, E., Karagöl, E.T., Kılıç, E., Gültekin, F., Şahin, F., Parlakpınar, H., ... Gündüz. (2020), Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu Tarihçe, Terminoloji, Tanımlar ve Türkiye’de Mevcut Durum TÜBA Raporları No:34. İçinde: Şeker M, Özer A, Tosun Z, Korkut C, Doğrul M, Editörler. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi.

Baker, D.W. (2006), The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883.

Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker, R.M., Green, D., Ren, J., ... Peel. (2002), Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American journal of public health*, 92(8), 1278-1283.

Bilgin, O. (2020), Koronavirüs (Covid-19) Farkındalık Ölçeği geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Turkish Studies*, 15(6), 237-245. <https://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.44168>

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

Bulfone, T.C., Malekinejad, M., Rutherford, G.W., Razani, N. (2021), Outdoor Transmission of SARS-CoV-2 and Other Respiratory Viruses: A Systematic Review. *Journal of Infection Disease*, 223(4), 550-561.

Büken, N. Ö. (2020), COVID 19 pandemisi ve etik konular. *Sağlık ve Toplum, Covid-19 Özel Sayısı*, 15-26.

Cascella, M., Rajnik, M., Aleem, A., Dulebohn, S.C., Di Napoli, R. (2021), Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). StatPearls: StatPearls. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776> adresinden erişilmiştir.

Castro-Sánchez, E., Chang, P.W., Vila-Candel, R., Escobedo, A.A., Holmes, A.H. (2016), Health literacy and infectious diseases: why does it matter?. *International Journal of Infectious Diseases*, 43, 103-110.

Cheng, Y., Luo, R., Wang, K., Zhang, M., Wang, Z., Dong, L., Li, J., ... Xu. (2020), Kidney disease is associated with in-hospital death of patients with COVID-19. *Kidney international*, 97(5):829-38.

Çaykuş, E.T., Çaykuş, T.M., (2020), Covid-19 Pandemi Sürecinde Çocukların Psikolojik Dayanıklılığını Güçlendirme Yolları: Ailelere, Öğretmenlere ve Ruh Sağlığı Uzmanlarına Öneriler. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 95-113.

Özen Çetinel, Ö. (2021), Sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi: Bir özel hastane zinciri örneği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üye. Pakize Yiğit)

Çiçek, B., Almalı, V. (2020), COVID-19 Pandemisi Sürecinde Kaygı Öz-yeterlilik ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişki: Özel Sektör ve Kamu Çalışanları Karşılaştırması. *Journal of Turkish Studies*, 15(4); 241-260.

Davis, T., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R.B., Murphy, P. (1998), Practical assessment of adult literacy in health care, *Health Education and Behavior*, 25(5), 613-624.

de Wit, E., van Doremalen, N., Falzarano, D., Munster, V.J. (2016), SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. *Nat Rev Microbiol*, 14(8), 523-34.

Deek, H., Itani, L., Davidson, P.M. (2021), Literacy critical to heart failure management: a scoping review. *Heart failure reviews*, 26(6), 1413-1419.

Docea, A.O., Tsatsakis, A., Albulescu, D., Cristea, O., Zlatian, O., Vinceti, M., A Moschos, S., ... Calina. (2020), A new threat from an old enemy: Reemergence of coronavirus (Review). *Int J Mol Med*, 45(6), 1631-43.

Doğan, G. (2021), Sağlık okuryazarlığı, tamamlayıcı alternatif tıbbı yaklaşıım ve bazı sosyodemografik özelliklerin ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumları ile ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir, (Danışman: Doç.Dr. Celalettin Çevik; Doç.Dr. Aysel Özdemir).

Egbert, N., Nanna, K.M. (2009), Health literacy: Challenges and strategies. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3), 1-9.

Etile, F. (2014), Education policies and health inequalities: Evidence from changes in the distribution of Body Mass Index in France, 1981-2003. *Economics and Human Biology*, 13, 46-65.

Faridi, U. (2015), Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV): Impact on Saudi Arabia, *Saudi J Biol Sci.*, 25(7), 1402-5.

Feyman Gök, N. (2013), Anaokullarında erken okuryazarlık çevresinin değerlendirilmesi ve sınıf ortamının çocukların erken okuryazarlık davranışlarına etkisi, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, (Danışman: Prof.Dr. Güzin Sübaşı).

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

Gao, H., Yao, H., Yang, S., Li, L. (2016), From SARS to MERS: evidence and speculation. *Front Med*, 10(4), 377-82.

Giri, B., Pandey, S., Shrestha, R., Pokharel, K., Ligler, F.S., Neupane, B.B. (2021), Review of analytical performance of COVID-19 detection methods. *Anal Bioanal Chem*, 413(1), 35-48.

Grubic, N., Badovinac, S., Johri, M.A. (2020), Student mental health in the midst of the COVID-19 pandemic: A call for further research and immediate solutions. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 517-518. <https://doi.org/10.1177/0020764020925108>

Günay, E. (2020), Klinisyen Gözüyle COVID-19 Tedavisi. *YIU Sağlık Bil Dergisi*, 1, 18-23.

Güngörer, F. (2020), Covid-19'un Toplumsal Kurumlara Etkisi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Salgın Hastalıklar Özel Sayısı, 328–393.

Gürocak, A.A. (2020), Türkiye'de Covid-19 salgını sırasında yetişkinlerin kaygı düzeylerinin ve psikolojik dayanıklılıklarının şema özellikleri açısından incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Barış Önen Ünsalver).

Hasanhanoglu, C. (2020), COVID–19'un İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında İşletmeler Üzerine Etkileri. *Uluslararası Ekonomi ve Siyaset Bilimleri Akademik Araştırmalar Dergisi*, 4(10), 11–27.

Heaney, R.P., Holick, M.F. (2011), Why the IOM recommendations for vitamin D are deficient. *Journal of Bone and Mineral Research*, 26(3), 455-457.

Hernandez, L.M. (2013), *Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary*. National Academies Press.

Hersh, L., Salzman, B., Snyderman, D. (2015), Health Literacy in Primary Care Practice. *Am Fam Physician*, 92, 118–124.

Hu, B., Guo, H., Zhou, P., Shi, Z.L. (2021), Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol*, 19(3), 141-54.

Huang, W. (2015), Understanding the Effects of Education on Health: Evidence from China. Germany: Discussion Paper Series.

Hui, D.S. (2017), Epidemic and Emerging Coronaviruses (Severe Acute Respiratory Syndrome and Middle East Respiratory Syndrome). *Clin Chest Med.*, 38(1), 71-86.

İlbasmış, Ç., Aksoy, A.T., Cihanyurdu, İ., Ünver, H., Rodopman, A. (2020), COVID-19 salgınının çocukların ruh sağlığı üzerindeki etkileri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 28(1); 1-3.

Jahangir, M.A., Muheem, A., Rizvi, M.F. (2020), Coronavirus (COVID-19): history, current knowledge and pipeline medications. *International Journal of Pharmaceutics & Pharmacology*, 4(1), 251-267.

Kan, G. (2021), Pandemi covid-19 stresi ve risk algısının tüketicilerin online satın alma niyeti üzerine bir araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. Ceyda Aysuna Türkyılmaz).

Kanj, M., Mitic, W. (2009), Health Literacy And Health Behaviour, World Health Organization.

Kanj, M., Wayne, M. (2010), Promoting health and development: closing the implementation gap. Proceedings of the 7th Global Conference on Health Promotion. *Glob Health Promot*, 17, 3-95.

Karataş, Z. (2020), COVID-19 Pandemisinin Toplumsal Etkileri, Değişim ve Güçlenme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 3-17.

Kaya, M. (2018), Kişilerin sağlık okuryazarlıkları ve sağlık hizmeti kullanımlarının değerlendirilmesi; Kırıkkale örneği, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırıkkale, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Fatma Özlem Yılmaz).

Kelly, H. (2011), The classical definition of a pandemic is not elusive. *Bull World Health Organ*, 89, 540–551.

Kobayashi, L.C., Wardle, J., Wolf, M.S., Von Wagner, C. (2016), Aging and functional health literacy: a systematic review and meta-analysis. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(3), 445-457.

Köksal, Y.Ö. (2021), Sağlık okuryazarlığı düzeyinin covid-19 korkusu üzerine etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çorum, (Danışman: Dr.Öğr. Üyesi Mustafa Oğulluk).

Köse, B. (2021), Bireylerin sağlık okuryazarlığı ve finansal okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi: Rize ilinde bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Gümüşhane Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gümüşhane, (Danışman: Doç.Dr. Alper Veli Çam).

Lotfi, M., Hamblin, M.R., Rezaei, N. (2020), COVID-19: Transmission, prevention, and potential therapeutic opportunities. *Clin Chim Acta*, 508, 254-266. doi: 10.1016/j.cca.2020.05.044

Morens, D., Folkers, G., Fauci. A. (2019), What Is a Pandemic?; www.cdc.gov/outbreaks/ adresinden erişilmiştir.

Morris, N.S., MacLean, C.D., Littenberg, B. (2013), Change in health literacy over 2 years in older adults with diabetes. *The Diabetes Educator*, 39(5), 638-646

Neter, E., Brainin, E. (2019), Association between health literacy, eHealth literacy and health outcomes among patients with long-term conditions: A systematic review. *European Psychologist*, 24, 68–81.

Neter, E., Brainin, E. (2012), eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), e19.

Neter, E., Brainin, E. (2019), Association between health literacy, ehealth literacy, and health outcomes among patients with long-term conditions. *European Psychologist*, 24, 68–81.

Nguyen, H.C., Nguyen, M.H., Do, B.N., Tran, C.Q., Nguyen, T.T.P., Pham, K.M., Pham, L.V., ... Duong. (2020), People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: The potential benefit of health literacy. *J Clin Med.*, 9, 5-6.

Nguyen, H.T., Do, B.N., Pham, K.M., Kim, G.B., Dam, H.T., Nguyen, T.T., Nguyen, T.T.P., ... Duong, (2020), Fear of COVID-19 scale—associations of its scores with health literacy and health-related behaviors among medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 41-64.

Norman, C. (2011), e-Health literacy 2.0: problems and opportunities with an evolving concept. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), 101-125.

Norman, C.D., Skinner, H.A. (2006), eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), 1-10.

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

Nutbeam, D. (2000), Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.

Nutbeam, D. (2017), Discussion paper on promoting, measuring and implementing health literacy-implications for policy and practice in non-communicable disease prevention and control. *World Health Organ*, 1-29.

Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., Bilgel, N. (2010), Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res* 25(3):464-77.

Özdemir, R. (2021), E-sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi: İstanbul Kadıköy ilçesi örneği, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. Güven Bektemür).

Paige, S.R., Krieger, J.L., Stellefson, M.L. (2017), The Influence of eHealth literacy on perceived trust in online health communication channels and sources. *J Health Commun.*, 22, 53-65.

Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K. (2014), Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study. In *Proceedings of the 6th Annual Health Literacy Research Conference*.

Pitlik, S.D. (2020), COVID-19 Compared to other pandemic diseases. *Rambam Maimonides Med J.*, 11(3), 1-27.

Polizzi, C., Lynn, S.J., Perry, A. (2020), Stress and Coping in the Time of COVID19: Pathways to Resilience and Recovery. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 59-62. <https://doi.org/10.36131/CN20200204>

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., Xu, Y.A. (2020), nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2); 100-113.

Rowlands, G., Protheroe, J., Winkley, J., Richardson, M., Seed, P.T., Rudd, R.A. (2015), Mismatch between population health literacy and the complexity of health information: an observational study. *Br J Gen Pract.*, 65, 379–86.

Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S., Goldstein, R. (2013), Growing awareness of their portance of heathy literacy in individual swith. *COPD*, 10(1), 72-78.

Sağlık Bakanlığı, (2021), COVID-19 Bilgilendirme Platformu. <https://covid19.saglik.gov.tr/> adresinden erişilmiştir.

Sağlık Bakanlığı., (2020), Covid-19 Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Sasaki, N., Kuroda, R., Tsuno, K., & Kawakami, N. (2020), Workplace responses to COVID- 19 associated with mental health and work performance of employees in Japan. *Journal of Occupational Health*, 62(1), 121-134.

Scott, T.L., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Baker, D.W. (2002), Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care*, 40, 395-404.

Sezgin, D. (2014), Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*,73-92.

Shereen, M.A., Khan, S., Kazmi, A., Bashir, N., Siddique, R. (2020), COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *Journal of advanced research*, 24, 91.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012), Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 1-13.

Sorokowski, P., Groyecka, A., Kowal, M., Sorokowska, A., Białek, M., Lebeda, I., Dobrowolska, M., ... Zdeybek. (2020), Can information about pandemics increase negative attitudes toward foreign groups? A case of COVID-19 outbreak. *Sustainability*, 12(12); 4912.

Stokes, E.K., Zambrano, L.D., Anderson, K.N., Marder, E.P., Raz, K.M., Felix, S.E.B., Tie, Y., ... Fullerton. (2020), Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance - United States, January 22-May15, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly*.

Su, S., Wong, G., Shi, W., Liu, J., Lai, A.C.K., Zhou, J., Liu, W., ... Gao. (2016), Epidemiology, Genetic Recombination, and Pathogenesis of Coronaviruses. *Trends Microbiol*, 24(6), 490-502.

Şengül, H., Çınar, F., Çapar, H., Bulut, A., Çakmak, C. (2017), Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve internet kullanımına yönelik tutumları: Bir vakıf üniversitesi örneği. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 4(12), 1277–1287.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020), saglik.gov.tr. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66393/covid-19-salgin-yonetimi-ve-calisma-rehberi.html>

Tabak, H. (2021), *Sağlıklı ve güvenli okul ortamına genel bakış*. İçinde: S. Özkan ve B. Yavuz Tabak. (editör). *Sağlıklı ve güvenli okul yaşamı içinde* (s.3-24), Pegem Akademi.

Taha, S., Matheson, K., Cronin, T., Anisman, H. (2013), Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H1N1 pandemic. *British Journal of Health Psychology*, 19(3); 592–605.

Tatar, M. (2020), *Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, Uzmanlık Tezi, Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale, (Danışman: Prof.Dr. Meral Saygun).

Topuz, A. (2016), *Sağlık okur-yazarlığı ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışmasının yapılması ve ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ilaç uygulama hatalarına etkisinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Şifa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Suzan Özkan).

Tözün, M., Sözmen, M.K. (2015), Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2, 48-54.

Uğurlu, Z., Akgün, H.S. (2019), Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 12, 96-106.

Ussher, M., Ibrahim, S., Reid, F., Shaw, A., Rowlands, G. (2010), Psychosocial correlates of health literacy among older patients with coronary heart disease. *Journal of health communication*, 15(7), 788-804.

Üçkuyu, N. (2020), Ortaokul öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili etmenler, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, (Danışman: Prof.Dr. Ayla Bayık Temel).

Varlı, Ü. (2021), Covid-19 pandemi sürecinde yaşlıların yaşadıkları sağlık anksiyetesi durumunun hastalık algısı ve tedavi uyumuna etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Çanakkale, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Naile Alankaya).

Vindegaard, N., Benros, M.E. (2020), COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89; 531-542.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, S., Choo, F.N., ... Ho. (2020), Longitudinal Study on the Mental Health of General Population during the COVID-19 Epidemic in China. *Brain Behav Immun* 87, 40-48.

Westra, B.L., Weinfurter, E.F., Delaney, C.W. (2014), Integrative Nursing and Health Literacy. *Integrative Nursing*, 11, 445-456.

Wiersinga, W.J., Rhodes, A., Cheng, A.C., Peacock, S.J., Prescott, H.C. (2020), Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*, 324(8):782–793. doi:10.1001/jama.2020.12839

World Health Organization [WHO]., (2020), coronavirus-covid-19. [https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-](https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19)

19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic adresinden erişilmiştir.

Yaman Üzümcü, L. (2021), Pandemi sürecinde, hemşirelerin algılanan covid-19 riski ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları bilgisi, kullanımı ve tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serpil Özdemir).

Yıldız, D. (2020), Covid-19 pandemisi sürecinde acil servisimizde covid-19 alanında değerlendirilen ayaktan ve ambulansla gelen hastaların karşılaştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Hastanesi, Adana, (Danışman: Doç.Dr. Sadiye Yolcu).

Yılmaz, M., Tiraki, Z. (2016), Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür?. *DEUHFED*, 9, 142-147.

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

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., Greer, D.S. (2006), *Advancing health literacy: A framework for understanding and action* (Vol. 17). John Wiley & Sons.

Zumla, A., Chan, J.F., Azhar, E.I., Hui, D.S., Yuen, K.Y. (2016), Coronaviruses-drug discovery and therapeutic options. *Nat Rev Drug Discov.*, 15(5), 327-347. doi:10.1038/nrd.2015.37

7.EKLER

EK 1. Etik Kurul İzin Yazısı



02/12/2021

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Yıldız,

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılan inceleme sonucunda, planladığınız “**Dâhiliye Polikliniğine Gelen Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ve Covid-19 Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**” isimli araştırmanın, kurulumuzun **02.12.2021** tarihli toplantısında etik yönden **uygun** olduğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet BELCE
Etik Kurul Başkanı



10. Yıl Caddesi Protokol Yolu No.45 34010 Topkapı İstanbul
T: 444 8 276 (BRN) F: (212) 416 46 46 E: info@biruni.edu.tr
www.biruni.edu.tr

T. C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Tarih: 02.12.2021

Toplantı Sayısı: 63

Karar No: 2021/63-15

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Yıldız'ın yürütmeyi planladığı "Dâhiliye Polikliniğine Gelen Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ve Covid-19 Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" konulu araştırma projesi incelenmiş olup, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden **uygun** olduğuna karar verildi.

ÜYELER

Adı soyadı /Unvan	Alanı	Bölümü	İmza
Prof. Dr. Ahmet BELCE (Etik Kurul Başkanı)	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya A. B. D.	
Prof. Dr. Leman ŞENTURAN (Etik Kurul Başkan Yrd.)	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Bölümü	✓
Prof. Dr. Fatma ÇELİK (Üye)	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	✓
Doç. Dr. Şölen HİMMETOĞLU (Raportör)	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya A. B. D.	
Doç. Dr. Burcu KARADUMAN (Üye)	Diş Hekimliği Fakültesi	Periodontoloji A. B. D.	
Doç. Dr. Zeynep HOŞBAY (Üye)	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	✓
Dr. Öğr. Üyesi Görsev SÖNMEZ (Üye)	Eğitim Fakültesi	İngilizce Öğretmenliği Bölümü	

EK 2. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu veri toplama arci "Dahiliye Polikliğine Gelen Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ve Covid-19 Farkındalığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi" isimli araştırmaya veri toplamak amacıyla hazırlanmıştır. Araçta yer alan her bir maddeyi okuduktan sonra, sizin için uygun olan seçeneği, ilgili yerlere çarpı işareti (X) koyarak belirtiniz. Vereceğiniz cevaplar, sadece araştırma kapsamında bilimsel amaçlar için kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Verilerin çözümlenmesi toplu halde yapılacağı için, ankette isim belirtmenize gerek yoktur. Cevaplarınızı içtenlikle belirtmeniz, araştırmanın amacına ulaşmasına katkıda bulunacaktır. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Burhan AKBAŞ

Biruni Üniversitesi - Yüksek lisans öğrencisi

I - KİŞİSEL BİLGİLER

Açıklama: Lütfen, kişisel bilgilerinizle ilgili seçeneklerden sizin için uygun olanı, seçeneklerde yer alan boşluğa belirtiniz.

1. **Cinsiyetiniz:** () Kadın () Erkek
2. **Medeni Durum:** () Evli () Bekâr
3. () Boşanmış veya eşi vefat etmiş
4. **Yaşınız:** _____
5. **Eğitim Durumu:** () Okumaz yazmaz () İlkokul () Ortaokul () Lise () Yüksekokul () Lisans () Y.lisans () Doktora
6. **Çalışma durumu:** () Çalışmıyor () Çalışıyor
7. **Mesleğiniz:**.....
8. **Aylık gelir durumu** Gelir giderden az () Gelir gidere eşit ()
Gelir giderden fazla ()
9. **Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur?**
() Mükemmel () Çok iyi () iyi () Orta(Fena Değil) () Kötü
10. **Kronik rahatsızlık:** () Evet() Hayır – varsa:

11. **Sigara Kullanım:** () Evet () Hayır
12. **Alkol Kullanım:** () Evet () Hayır
13. **Bu poliklinikte hizmet alma süreniz:** _____ gün / ay
14. **Sağlığınızla ilgili konularda internete bakarnısınız?** () Evet () Hayır

EK 3. COVID-19 Farkındalık Ölçeği

Açıklama: Lütfen, aşağıdaki her bir ifadeye katılma düzeyinizi seçeneklerde yer alan boşluğa çarpı işareti (X) koyarak belirtiniz.

	Hiç bir zaman	Çok az	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
	1	2	3	4	5
1. Diğer insanlarla sosyal mesafeme dikkat ederim.	()	()	()	()	()
2. Kalabalık ortamlara girmekten kaçırım.	()	()	()	()	()
3. Hastalık belirtisi (öksürme, hırıltı vb) gösterdiğini düşündüğüm kişilerden uzaklaşırım.	()	()	()	()	()
4. Hastalık belirtisi gösterdiğimi düşündüğümde vakit kaybetmeden bir sağlık kuruluşuna başvururum.	()	()	()	()	()
5. Günlük hayatımda sarılma, öpme, tokalaşma vb davranışlardan kaçırım.	()	()	()	()	()
6. Zorunlu olmadıkça evden dışarıya çılmaktan kaçırım.	()	()	()	()	()
7. Ellerimi düzenli olarak sabunla yıkarım.	()	()	()	()	()
8. Su ve sabun olmadığı yerlerde dezenfektan ürünleri ile ellerimi temizlerim.	()	()	()	()	()
9. Evime zorunlu olmadıkça ziyaretçi kabul etmem.	()	()	()	()	()
10. Sosyal medyada koronavirüs ile ilgili haberleri takip ederim.	()	()	()	()	()
11. Sağlık bakanlığının açıklamalarını takip ederim.	()	()	()	()	()
12. Ülkemizdeki günlük vaka, ölüm, iyileşen ve yapılan test sayıları vb bilgileri takip ederim.	()	()	()	()	()
13. Diğer ülkelerdeki koronavirüs ile ilgili bilgileri ve değişimleri takip ederim.	()	()	()	()	()
14. Evden dışarı çıktığımda eldiven takarım.	()	()	()	()	()
15. Evde temas halinde bulunduğum yüzeylerin (kapı kolu, masa vb) temizliğine dikkat ederim.	()	()	()	()	()
16. Dışarı çıkmak zorunda kaldıysam eve döndüğümde kıyafetlerimi yıkarım.	()	()	()	()	()
17. Dışarıdan eve giren ürünleri (alışveriş poşetleri, ürün paketleri vb) temizlerim.	()	()	()	()	()

EK 4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Açıklama: Lütfen, aşağıdaki her bir ifadeye katılma düzeyinizi seçeneklerde yer alan boşluğa çarpı işareti (X) koyarak belirtiniz.

	Uygun değil	Biraz uygun	Oldukça uygun	Biraz uygun
	1	2	3	4
1. Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	()	()	()	()
2. Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?	()	()	()	()
3. Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	()	()	()	()
4. Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	()	()	()	()
5. Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?	()	()	()	()
6. İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?	()	()	()	()
7. Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?	()	()	()	()
8. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?	()	()	()	()
9. Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?	()	()	()	()
10. Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?	()	()	()	()
11. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?	()	()	()	()
12. Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?	()	()	()	()
13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?	()	()	()	()
14. Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?	()	()	()	()
15. Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?	()	()	()	()
16. Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?	()	()	()	()
17. Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?	()	()	()	()
18. Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?	()	()	()	()
19. Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?	()	()	()	()
20. Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?	()	()	()	()
21. Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	()	()	()	()
22. Aşı yaptırma, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	()	()	()	()
23. Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?	()	()	()	()
24. Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?	()	()	()	()
25. Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?	()	()	()	()

EK 5. Covid-19 Farkındalık ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Kullanım İzni

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Gelen Kutusu x



Burhan Akbaş

10 Kas 2021 Çar 10:46



Değerli Hocam merhaba ben Burhan Akbaş Biruni Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD'da Yüksek Lisans öğrencisiyim. Sizin geliştirmiş olduğunuz "Sağl...



Ayla Bayık Temel

14 Kas 2021 Paz 00:36



Alıcı: ben

Sayın Burhan Akbaş

Uzman Hemşire Zühal Aras ile birlikte geçerlik ve güvenilirliğini test ettiğimiz "Sağlık Okuryazarlık Ölçeğini" bilimsel çalışmanızda kullanabilmemiz uygundur. Çalışmalarınızda başarılar dilerim. Makaleye **Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;25(2):85-94** sayısında ulaşabilirsiniz ölçeğin son hali ve kullanımı makalede açık verilmiştir, açıklanmıştır. Makaledeki formu kullanınız. İlginize teşekkür ederim, başarılar dilerim.

Prof. Dr. Ayla Bayık Temel

Burhan Akbaş

10 Kas 2021 Çar, 10:46 tarihinde şunu yazdı:



Koronavirüs(Covid-19) Farkındalık Ölçeği Gelen Kutusu x



Burhan Akbaş

8 Kas 2021 Pzt 22:55



Değerli Hocam merhaba ben Burhan Akbaş Biruni Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD'da Yüksek Lisans öğrencisiyim. Sizin geliştirmiş olduğunuz "Kora...



Okan Bilgin

12 Kas 2021 Cum 12:44



Merhabalar, ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili bilgiler mailim ekindedir. İyi çalışmalar. Burhan Akbaş <burhan

1>, 8 Kas



Burhan Akbaş

12 Kas 2021 Cum 12:45



Alıcı: Hasan



EK 6. Gediz Devlet Hastanesi İzin Yazısı

T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

KARAR NO : 2021 / 131
KARAR TARİHİ : 13.12.2021

BİLİMSEL ARAŞTIRMA BAŞVURU İNCELEME KOMİSYONU KARARI

Bilimsel araştırma, tez, anket, vb. çalışmalara ilişkin başvuruları incelemek, görüş bildirmek ve uygun görülenleri bildirmek amacıyla Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü'nün 08.01.2010 tarih ve E-19978298-903.07.99-35 sayılı Makam Oluru ile oluşturulan Bilimsel Başvuru İnceleme Komisyonunda; Biruni Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Burhan AKBAŞ tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Gediz Devlet Hastanesi'nde yapılacak olan "*Dahiliye Polikliniğine Gelen Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ve Covid-19 Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*" konulu çalışmasını 01.12.2021 ile 30.01.2022 tarihleri arasında uygulayabilmesi amacı ile yapılan izin talebi değerlendirilerek ilgili mevzuatlar çerçevesinde gizlilik derecesine haiz bilgi, belge, doküman v.b. evrakların paylaşılmaması, çalışma sonucunun İl Sağlık Müdürlüğüne sunulması, kısıtlamalar açısından Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İlaç Ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Hasta Hakları Yönetmeliği ve yürürlükteki ilgili diğer mevzuat maddelerine aykırı hareket edilmemesi, sonuçların İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınarak paylaşılması koşuluyla katılımcıların oy birliğiyle uygun görülmüştür.

BASKAN

Saray Mah. Fatih Sultan Mehmet Bulvarı No:40
Tel: (0274) 2236338 Dahili:376
Faks: (0274) 2236183 e-posta: cengiz.gurbuz@saqlik.gov.tr

Bilgi için : Cengiz GÜRBÜZ
Süreklili İşçi

EK 7. Gönüllü Katılım Formu

ARAŞTIRMA GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Bu çalışma, “*Dahiliye Polikliniğine Gelen Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ve Covid-19 Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*” başlıklı bir araştırma çalışması olup bir hastanenin dahiliye polikliniğine gelen hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin, COVID-19 farkındalığı ve bazı sağlık davranışları ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacını taşımaktadır. Çalışma “*Burhan AKBAŞ*” tarafından yürütülmektedir.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışmanın amacı doğrultusunda, kesitsel araştırma türü yapılarak sizden veriler toplanacaktır.
- İsminizi yazmak ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- İstemeniz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Sizden toplanan veriler korunacak ve araştırma bitiminde arşivlenecek veya imha edilecektir.
- Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederim. Çalışma hakkındaki sorularınızı Biruni Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans programından Burhan AKBAŞ’a (mail/tel) yöneltebilirsiniz.

Araştırmacı Adı : Burhan AKBAŞ
Cep Tel

Bu çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabileceğimi bilerek verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

(Lütfen bu formu doldurup imzaladıktan sonra veri toplayan kişiye veriniz.)

Katılımcı Ad ve Soyadı:
İmza:
Tarih:

8.ÖZGEÇMİŞ



9. İNTİHAL RAPORU

DAHİLİYE POLİKLİNİĞİNE GELEN HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE COVID-19 FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLIK RAPORU

% 16	% 14	% 1	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
3	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
4	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
5	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
6	sultanakin.meb.k12.tr İnternet Kaynağı	%1
7	www.isarder.org İnternet Kaynağı	%1
8	www.eab.org.tr İnternet Kaynağı	%1

Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi